Tribunale federale
Tribunal federal

{T 7}
I 1098/06

Urteil vom 29. November 2007
II. sozialrechtliche Abteilung

Besetzung
Bundesrichter U. Meyer, Präsident,
Bundesrichter Lustenberger, Borella, Kernen, Seiler,
Gerichtsschreiberin Bollinger Hammerle.

Parteien
CSS Kranken-Versicherung AG, Tribschenstrasse 21, 6005 Luzern, Beschwerdeführerin,

gegen

IV-Stelle Schwyz, Rubiswilstrasse 8, 6438 Ibach, Beschwerdegegnerin,

betreffend Z._____, 1993, handelnd
durch seine Eltern.

Gegenstand
Invalidenversicherung,

Verwaltungsgerichtsbeschwerde gegen den Entscheid des Verwaltungsgerichts des Kantons Schwyz
vom 15. November 2006.

Sachverhalt:

A.
A.a Z._____, geboren 1993, bezog für die Geburtsgebrechen Nr. 390 (angeborene cerebrale Lähmungen) und Nr. 404 (kongenitale Hirnstörungen mit vorwiegend psychischen und kognitiven Symptomen bei normaler Intelligenz) ab 1. Februar bzw. 1. November 1998 Leistungen der Invalidenversicherung.
A.b Unter Hinweis auf massive Ẍ-Beinewurde Z._____ durch seine Mutter am 28. Juni 2004 wiederum zum Bezug von IV-Leistungen angemeldet. Die IV-Stelle Schwyz holte einen Bericht ein des Dr. med. V._____, leitender Arzt Kinderorthopädie, Klinik X._____, vom 16. August 2004, in welchem der Arzt ausgeprägte Genua valga beidseits (Ẍ-Beine, verursacht durch das Geburtsgebrechen Nr. 177 [übrige angeborene Defekte und Missbildungen der Extremitäten, sofern Operation, Apparateversorgung oder Gipsverband notwendig sind]) diagnostizierte und eine Hemiepiphysiodese (Anbringen von Klammern über der Wachstumsfuge [Epiphyse]) als angezeigt erachtete. Überdies ersuchte die IV-Stelle Dr. med. R._____, FMH für Allgemeine Medizin, um einen Bericht vom 1. Dezember 2004 und holte eine Stellungnahme ihres medizinischen Dienstes vom 11. Dezember 2004 ein. Mit Verfügung vom 17. Januar 2005 wies die IV-Stelle das Leistungsbegehren ab, da die Genua valga nicht in direktem Zusammenhang mit dem Geburtsgebrechen Nr. 177 stünden. Diese Verfügung erwuchs unangefochten in Rechtskraft.
A.c Mit Schreiben vom 29. März 2005 ersuchte Dr. med. V._____ die IV-Stelle (erneut) um Übernahme der Kosten für die Hemiepiphysiodese. Die IV-Stelle trat nach Rücksprache mit ihrem medizinischen Dienst am 20. April 2005 auf das Leistungsbegehren nicht ein, da keine neuen Tatsachen geltend gemacht würden.
A.d Am 15. Februar 2006 begab sich Z._____ wiederum zu Dr. med. V._____ in Behandlung. Dieser diagnostizierte eine deutliche Instabilität des linken Kniegelenks bei bekannter vorderer Kreuzbandruptur (welche Z._____ bei einem Sturz vom Rollbrett am 11. März 2003 erlitten hatte) sowie deutliche Genua valga

rechts mehr als links. Dr. med. V._____ erachtete die Vornahme einer Kreuzbandersatzplastik sowie der Hemiepiphysiodese unter derselben Narkose als indiziert. Die IV-Stelle holte eine Stellungnahme ihres Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) vom 25. April 2006 ein. Mit Verfügung vom 16. Mai 2006 anerkannte sie das Vorliegen des Geburtsgebrechens Nr. 177, verneinte indes ihre Leistungspflicht für den geplanten Eingriff, da die Kreuzbandersatzplastik als Haupteingriff zu betrachten sei und es sich dabei um eine Unfallfolge handle, weshalb die Krankenversicherung sowohl für die gesamten Operationskosten als auch für die anschliessende Rehabilitation aufzukommen habe.
Hiegegen erhob die CSS Kranken-Versicherung AG, Luzern (im Folgenden: CSS), Einsprache. Die IV-Stelle bestätigte ihre Verfügung mit Einspracheentscheid vom 17. August 2006.

B.
Das Verwaltungsgericht des Kantons Schwyz wies die Beschwerde der CSS mit Entscheid vom 15. November 2006 ab.

C.
Die CSS führt Verwaltungsgerichtsbeschwerde und beantragt die Aufhebung des vorinstanzlichen Entscheides sowie die Verpflichtung der IV-Stelle, für die Kosten der gleichzeitig durchgeführten Kreuzbandersatzplastik und der Hemiepiphysiodese aufzukommen.
Das kantonale Gericht wie auch die IV-Stelle schliessen auf Abweisung der Verwaltungsgerichtsbeschwerde. Das Bundesamt für Sozialversicherungen und der Mitbeteiligte Z._____ verzichten auf eine Vernehmlassung.
Mit Eingabe vom 27. März 2007 reicht die CSS eine Notiz (Empfehlung) ihres Vertrauensarztes Dr. med. A._____ vom 8. Dezember 2006 zu den Akten.

Das Bundesgericht zieht in Erwägung:

1.
Das Bundesgesetz vom 17. Juni 2005 über das Bundesgericht (BGG) ist am 1. Januar 2007 in Kraft getreten (AS 2006 1205 ff., 1243). Da der angefochtene Entscheid vorher ergangen ist, richtet sich das Verfahren noch nach OG (Art. 132 Abs. 1 BGG; BGE 132 V 393 E. 1.2 S. 395).

2.
Der angefochtene Entscheid betrifft Leistungen der Invalidenversicherung. Da die Verwaltungsgerichtsbeschwerde nach dem 1. Juli 2006 anhängig gemacht worden ist, bestimmt sich die Kognition nach Art. 132 OG in der seit 1. Juli 2006 geltenden Fassung (BGE 132 V 393 E. 1.2 S. 395). Das Bundesgericht prüft somit nur, ob das vorinstanzliche Gericht Bundesrecht verletzte, einschliesslich Überschreitung oder Missbrauch des Ermessens, oder ob der rechtserhebliche Sachverhalt offensichtlich unrichtig, unvollständig oder unter Verletzung wesentlicher Verfahrensbestimmungen festgestellt wurde.

3.
Es ist unbestritten, dass die Operation der auf das erwähnte Geburtsgebrechen (Nr. 177) zurückzuführenden Fehlstellungen grundsätzlich von der Invalidenversicherung zu übernehmen wäre und einzig die vorgezogene Durchführung des Eingriffs ihre Leistungspflicht in Frage stellt. Unbestritten ist weiter auch die Leistungspflicht der Invalidenversicherung für die Nachbehandlung des Geburtsgebrechens (Entfernung der Klammern). Streitig und zu prüfen ist, welche Sozialversicherung (ausschliesslich oder teilweise) für die im Herbst 2006 in stationärer Heilbehandlung an den Knien des Versicherten unter derselben Narkose vorgenommenen Massnahmen (Kreuzbandersatzplastik links und Hemiepiphysiodese beidseits) aufzukommen hat.

4.
4.1 Das kantonale Gericht legt die Rechtsgrundlagen für den Anspruch auf medizinische Massnahmen der Invalidenversicherung im Allgemeinen (Art. 12 IVG) und bei Geburtsgebrechen im Besonderen (Art. 13 IVG) zutreffend dar. Korrekt sind auch die Ausführungen zur Leistungspflicht der Krankenversicherung bei Unfällen Minderjähriger (Art. 1a Abs. 2 lit. b KVG in Verbindung mit Art. 1a UVG). Darauf wird verwiesen.

4.2 Das ATSG enthält als wesentliche Neuerung verschiedene Koordinationsbestimmungen (vgl. Art. 1 lit. c ATSG, welcher die Abstimmung der Leistungen als [zentralen]Zweck anführt). Die (intersystemische) leistungsrechtliche Koordination ist in Art. 63 ff. ATSG geregelt (hiezu auch Ueli Kieser, Leistungskoordination im Sozialversicherungsrecht, Zürich/St. Gallen 2007, S. 97 ff.). Art. 64 ATSG, der die Leistungskoordination im Bereich der Heilbehandlung regelt, lautet wie folgt:
Ï Die Heilbehandlung wird, soweit die Leistungen gesetzlich vorgeschrieben sind, ausschliesslich von einer einzigen Sozialversicherung übernommen.
2 Sind die Voraussetzungen des jeweiligen Einzelgesetzes erfüllt, so geht die Heilbehandlung im gesetzlichen Umfang und in nachstehender Reihenfolge zu Lasten:

a. der Militärversicherung;
b. der Unfallversicherung;
c. der Invalidenversicherung;
d. der Krankenversicherung.
3 Der leistungspflichtige Sozialversicherungsträger übernimmt auch dann allein und uneingeschränkt die Heilungskosten bei stationärer Behandlung, wenn der Gesundheitsschaden nur zum Teil auf einen von ihm zu deckenden Versicherungsfall zurückzuführen ist.
4 Der leistungspflichtige Sozialversicherungsträger kommt ferner für ausserhalb seines Leistungsbereichs liegende Gesundheitsschäden auf, die während einer stationären Heilbehandlung auftreten und nicht getrennt behandelt werden können.¨

5.
5.1 Die Vorinstanz erwog, für die Bestimmung der nach Art. 64 Abs. 2 ATSG leistungspflichtigen Sozialversicherung sei die zeitliche Priorität entscheidend. Nach Lage der medizinischen Akten sei die Kreuzbandersatzplastik am linken Knie in zeitlicher Hinsicht vordringlicher gewesen, so dass die Beschwerde führende Krankenversicherung grundsätzlich auch für die im Rahmen desselben Eingriffs vorgenommene beidseitige Hemiepiphysiodese leistungspflichtig sei. Mangels Zusammenhanges zwischen den beiden Gesundheitsschäden (unfallbedingte Kreuzbandläsion und Geburtsgebrechen Nr. 177) bestehe kein Raum, um die Beschwerdeführerin gestützt auf Art. 64 Abs. 3 ATSG nachträglich zu Lasten der IV von ihrer Leistungspflicht zu befreien. Selbst wenn zunächst eine prioritäre Leistungspflicht der IV angenommen würde, wäre aufgrund des Ëleistungsumfangesdie Invalidenversicherung zu Lasten der Krankenversicherung von ihrer Leistungspflicht wieder zu entbinden. Zu keinem anderen Schluss führe, dass beide Gesundheitsschäden im Rahmen desselben Behandlungskomplexes angegangen worden seien. Die IV-Stelle habe somit zu Recht eine Leistungspflicht der Beschwerdeführerin bejaht und der Verschiedenartigkeit der beiden Leiden insofern Rechnung getragen, als sie für die Nachbehandlung des Geburtsgebrechens (operative Klammerentfernung) ihre Leistungspflicht anerkannt habe.

5.2 Demgegenüber bringt die Beschwerdeführerin vor, das in der Literatur (namentlich von Kieser) vertretene Kriterium der zeitlichen Priorität ergebe sich weder aus dem Gesetzeswortlaut noch wäre eine solche Abgrenzung sinnvoll. Es könne daher ausgeschlossen werden, dass der Gesetzgeber die Leistungspflicht in diesem Sinne habe regeln wollen. Im Übrigen hätten die Ärzte nicht einen der beiden operativen Eingriffe als dringender erachtet. Nach der Kaskadenordnung von Art. 64 Abs. 2 ATSG seien die Kosten der Heilbehandlung von der Invalidenversicherung zu übernehmen. Da die ganze Operation als Heilbehandlung im Sinne von Art. 64 Abs. 2 ATSG zu verstehen sei, finde Abs. 3 dieser Bestimmung keine Anwendung. Schliesslich hätten die Ärzte festgehalten, dass das Geburtsgebrechen zu einer Mehrbelastung des Knies geführt habe, welche durchaus den Kreuzbandriss hätte verursachen können. Wollte man eine Aufsplittung der Gesundheitsschäden vornehmen, wäre für die Operation am rechten Knie allein die Invalidenversicherung zuständig; nach Art. 64 Abs. 3 ATSG hätte sie darüber hinaus auch allein für die Heilungskosten betreffend das linke Knie aufzukommen. Schliesslich spiele der Leistungsumfang entgegen den Erwägungen der Vorinstanz keine Rolle.

5.3 In seiner Vernehmlassung führt das kantonale Gericht aus, es bestünden keine (medizinischen) Anhalts-

punkte, wonach die Kreuzbandersatzplastik einen invalidenversicherungsrechtlichen Bezug habe. Soweit die Beschwerdeführerin im letztinstanzlichen Verfahren erstmals behaupte, das Geburtsgebrechen könnte den Kreuzbandriss ausgelöst haben, handle es sich dabei um ein unzulässiges, nicht belegtes und auch nicht überwiegend wahrscheinliches Novum.

6.
6.1 Wie die Vorinstanz zutreffend ausführt, hat nach dem in Art. 64 Abs. 1 ATSG verankerten Grundsatz der absoluten Priorität ausschliesslich eine einzige Sozialversicherung die Heilbehandlung (soweit die Leistungen gesetzlich vorgeschrieben sind) zu übernehmen. Ein in der Prioritätenordnung von Art. 64 Abs. 2 ATSG subsidiärer Sozialversicherungsträger wird nicht leistungspflichtig (vgl. Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, Zürich/Basel/Genf 2003, N. 3 zu Art. 64 ATSG). Art. 64 Abs. 3 ATSG regelt die grundsätzliche Pflicht der nach Abs. 2 leistungspflichtigen Versicherung zur Übernahme zweigfremder Heilungskosten bei stationärer Behandlung, wenn der (einzige) Gesundheitsschaden (vgl. hiezu auch den französischen [Ï'atteinte à la santéÏund italienischen [ïl danno alla saluteÏGesetzestext, die beide auch nur von einem einzelnen Gesundheitsschaden sprechen; zur Gleichwertigkeit der drei Amtssprachen: Art. 14 Abs. 1 des Bundesgesetzes vom 18. Juni 2004 über die Sammlungen des Bundesrechts und das Bundesblatt [Publikationsgesetz, PublG; SR 170.512]) nur zum Teil auf einen von ihr zu deckenden Versicherungsfall zurückzuführen ist (beispielsweise wenn ein Wirbelsäulenleiden sowohl auf einem Unfall wie auch auf degenerativen [unfallfremden]
Entwicklungen beruht; Kieser, ATSG-Kommentar, N 17 zu Art. 64 ATSG). Wie sich die Leistungspflicht bei mehreren, auf unterschiedlichen Ursachen beruhenden, aber - beispielsweise aus medizinischen Zweckmässigkeitsüberlegungen - im Rahmen derselben stationären Heilbehandlung therapierten Schäden bestimmt (beispielsweise wenn zum Wirbelsäulenleiden ein Lungenkarzinom hinzutritt; Kieser, ebd.), wird in Art. 64 Abs. 3 ATSG nicht und in Abs. 4 nur für den speziellen Fall geregelt, wo weitere Schäden während der stationären Heilbehandlung eintreten (sog. interkurrente Gesundheitsschäden) und eine getrennte Behandlung nicht möglich ist.
6.2
6.2.1 In Anwendung der bis 31. Dezember 2002 gültig gewesenen Normen bestimmte das Eidgenössische Versicherungsgericht den leistungspflichtigen Sozialversicherungsträger bei einem sogenannten Behandlungskomplex (d.h. beim Zusammentreffen verschiedener medizinischer Massnahmen, die gleichzeitig verschiedene, jedoch unter sich zusammenhängende Zwecke verfolgen, die für sich allein genommen sozialversicherungsrechtlich unterschiedliche Folgen nach sich ziehen würden) nach dessen überwiegendem Zweck (BGE 120 V 200 E. 7b S. 212 ff. mit Hinweisen). In BGE 112 V 347 hatte das Eidgenössische Versicherungsgericht zu beurteilen, welcher Sozialversicherer leistungspflichtig war für die gleichzeitige Vornahme einer auf ein Geburtsgebrechen zurückzuführenden Orchidopexie (operative Verlagerung des Hodens in den Hodensack) und einer Herniotomie (Leistenbruchoperation), welche aufgrund einer nicht (mehr) in der Verordnung über Geburtsgebrechen (GgV; SR 831.232.21) aufgeführten Inguinalhernie (Leistenbruch) notwendig wurde. Das Gericht erwog, die Invalidenversicherung sei vollumfänglich leistungspflichtig, wenn in einem einzigen operativen Eingriff gleichzeitig ein Geburtsgebrechen und ein anderes, grundsätzlich in den Bereich der
Krankenversicherung gehörendes Gebrechen angegangen wird, soweit weder die Behebung des einen noch des anderen Leidens im Vordergrund steht, der Eingriff für beide Schäden medizinisch indiziert ist und durch deren gleichzeitige Behebung keine Mehrkosten entstehen. Das Gericht begründete seinen Entscheid damit, dass die Invalidenversicherung im Vergleich mit der damals (d.h. vor dem 1. Januar 1996) noch nicht obligatorischen Krankenversicherung die besseren Leistungen erbringe und es in Anbetracht dessen, dass rein formell sowohl eine Leistungspflicht der Kranken- wie auch der Invalidenversicherung (gleichermassen) begründbar sei, nicht jene Lösung den Vorzug verdiene, welche dem Patienten die ihm grundsätzlich in vollem Umfang zustehende invalidenversicherungsrechtliche Deckung versage. Die ungeteilte Kostenzuweisung an die Invalidenversicherung komme sowohl dem Wesen dieser Versicherung als auch jenem des Krankenversicherungsrechts näher (BGE 112 V 347 E. 6 und 7 S. 353 ff.).
6.2.2 Wie die Vorinstanz zutreffend erwägt, kann im Rahmen von Art. 64 Abs. 2 ATSG die Leistungspflicht nicht mehr nach dem überwiegenden Zweck bestimmt werden, da dies zu einer Vermischung von Leistungspflicht und Leistungsumfang führen würde (hiezu auch Kieser, ATSG-Kommentar, N 13 zu Art. 64 ATSG). Vielmehr ist zunächst für jede einzelne Heilbehandlung die einzige oder die Mehrzahl der nach Ursache oder Ursachen des Gesundheitsschadens grundsätzlich leistungspflichtige(n) Sozialversicherung(en) zu bestimmen

und anschliessend - sofern die versicherungsmässigen Voraussetzungen mehrerer Versicherungszweige erfüllt sind - die Leistungspflicht nach der gesetzlichen Prioritätenordnung festzusetzen. Soweit Vorinstanz und IV-Stelle (unter Berufung auf Kieser) darauf abstellen, welche von mehreren medizinischen Heilbehandlungsmassnahmen zuerst erbracht werden muss, ist mit der Beschwerdeführerin festzuhalten, dass ein solches Kriterium weder im Gesetzeswortlaut noch in den Materialien eine Stütze findet. Davon abgesehen, dass das Abstellen auf die zeitliche Priorität - wie Kieser zu Recht anführt - ein nicht zu unterschätzendes Missbrauchspotenzial birgt (beispielsweise wenn eine zu Lasten der Krankenversicherung (KV) gehende Behandlung
aufgeschoben wird, damit die ebenfalls leistungspflichtige Militärversicherung (MV) nach Art. 64 Abs. 3 ATSG die gesamten Kosten tragen muss; vgl. Kieser, ATSG-Kommentar, N 13 zu Art. 64 ATSG) und der Entscheid über die Reihenfolge mehrerer Eingriffe (Operationsablauf) wohl - von Notfallsituationen abgesehen - regelmässig durch organisatorische Kriterien und nicht durch zeitliche Dringlichkeit geprägt sein dürfte, ist ein solches (zusätzliches) Kriterium unnötig, denn die Prioritätenordnung von Art. 64 Abs. 2 ATSG allein erlaubt bereits eine eindeutige Bestimmung der Leistungspflicht. Immerhin spielt das zeitliche Moment aber insoweit eine Rolle, als die Leistungspflicht eines Sozialversicherers höchstens so lange dauert, wie noch eine Behandlung des ëigenenV̈ersicherungsfalles erfolgt (Kieser, ATSG-Kommentar, N 20 zu Art. 64 ATSG).

7.
7.1 Ob die nach Art. 64 Abs. 2 ATSG prioritär leistungspflichtige Versicherung gestützt auf Art. 64 Abs. 3 ATSG in jedem Fall des Zusammentreffens ëigeneründ f̈remderÜrsachen die gesamten Kosten der stationären Heilbehandlung zu übernehmen hat oder ob es einen (bestimmten) Mindestanteil ëigenerL̈eistungen braucht, damit eine solche umfassende Leistungspflicht entsteht (vgl. hiezu auch Susanne Leuzinger-Naef, Die Leistungskoordination gemäss Art. 63-71 ATSG, in: René Schaffhauser/Ueli Kieser [Hrsg.], Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG], St. Gallen 2003, S. 172), hat das Bundesgericht noch nicht entschieden. Diese Frage ist indes im vorliegenden Verfahren nur zu klären, wenn Art. 64 Abs. 3 ATSG bei gleichzeitiger stationärer Behandlung mehrerer Gesundheitsschäden überhaupt analoge Anwendung finden kann. Dies ist im Folgenden zu prüfen.

7.2 Ist der Wortlaut einer Bestimmung nicht klar und sind verschiedene Interpretationen möglich, so muss unter Berücksichtigung aller Auslegungselemente nach seiner wahren Tragweite gesucht werden. Abzustellen ist dabei namentlich auf die Entstehungsgeschichte der Norm und ihren Zweck, auf die dem Text zu Grunde liegenden Wertungen sowie auf die Bedeutung, die der Norm im Kontext mit anderen Bestimmungen zukommt. Die Gesetzesmaterialien sind zwar nicht unmittelbar entscheidend, dienen aber als Hilfsmittel, um den Sinn der Norm zu erkennen (statt vieler: BGE 133 V 9 E. 3.1 S. 11 mit Hinweisen). Das Bundesgericht hat sich bei der Auslegung von Erlassen stets von einem Methodenpluralismus leiten lassen (BGE 133 V 9 E. 3.1 S. 11).

7.3 Koordinationsbestimmungen im Leistungsbereich waren bereits im Entwurf zu einem Allgemeinen Teil der Sozialversicherung der Arbeitsgruppe der Schweizerischen Gesellschaft für Versicherungsrecht (SGVR) zur Verbesserung der Koordination in der Sozialversicherung vorgesehen. Im entsprechenden B̈ericht und Entwurf(̈publiziert in einem Beiheft zur Schweizerischen Zeitschrift für Sozialversicherung und berufliche Vorsorge [SZS], Bern 1984) wurde zu Art. 70 des Entwurfes (der im Wesentlichen dem heutigen Art. 64 ATSG entspricht) auf S. 55 Folgendes festgehalten:
F̈ür die Heilbehandlung gilt die Regel, dass jeweils nur ein System nach seinen Bestimmungen uneingeschränkt zu leisten hat, dass also keinerlei Leistungsaufteilung erfolgt. Dabei besteht insofern eine Prioritätenordnung, als je nach Ursache des Gesundheitsschadens vorerst die IV (Geburtsgebrechen), die MV oder die UV und, nur wenn keines dieser Systeme leistungspflichtig ist, die KMV (recte: KV) für die Heilbehandlung ihrer Versicherten aufzukommen hat. Als Konsequenz aus diesem Prinzip ergibt sich, dass auch bei nur partieller Erfüllung der Voraussetzungen (z.B. wenn der Gesundheitsschaden nur zum Teil auf Unfall zurückzuführen ist) oder beim Auftreten interkurrenter Gesundheitsschäden während der Heilbehandlung, der zuständige Sozialversicherungszweig die volle Leistung schuldet. Immerhin soll der Bundesrat über die Zuweisung komplexer Behandlungsfälle Detailvorschriften erlassen können.¨

7.4 Die Mitglieder der nationalrätlichen Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit (SGK; Subkommission ATSG) waren sich einig, dass - wie im Entwurf der SGVR vorgesehen - für die Kosten der Heilbehandlung

grundsätzlich nur eine einzige Sozialversicherung aufkommen soll. Verschiedene Kommissionsmitglieder wiesen aber auf die Probleme hin, welche sich bei der ausschliesslichen Leistungspflicht einer Sozialversicherung ergeben, insbesondere auch auf die Pflicht der Versicherung, Leistungen für Schäden zu erbringen, für die sie keine Prämien einnimmt. Die Leistungspflicht für fremde Schäden sollte daher eingeschränkt werden und nur greifen, wenn sich eine getrennte Behandlung der Leiden als unmöglich herausstellt. Diese Voraussetzung sei lediglich in einer Minderheit der Fälle erfüllt (vgl. Votum des Präsidenten [Protokoll der Sitzung vom 15. August 1995 S. 14]: Denn auch der erste Satz in Abs. 3, wonach der Gesundheitsschaden nur zum Teil auf einen von der Sozialversicherung zu deckenden Versicherungsfall zurückzuführen ist, steht unter der Voraussetzung, dass die Gesundheitsschäden nicht getrennt behandelt werden können.). Einzelne Kommissionsmitglieder vertraten beispielsweise die Meinung, dass selbst im Rahmen
stationärer Behandlung bei Beteiligung mehrerer Ärzte eine Aufteilung der Kosten möglich sei; und es wurde diskutiert, ob etwa bei grösseren Unfällen im Rahmen einer Krankheitsbehandlung die Unfallversicherung für die damit zusammenhängenden Kosten aufzukommen habe, selbst wenn die Krankenversicherung prioritär leistungspflichtig wäre (Protokolle der Sitzungen vom 29. Mai und 15. August 1995). Explizit besprochen wurde auch die Rechtslage bei Versicherten mit einem Geburtsgebrechen. Aus den Diskussionsvoten geht hervor, dass interkurrente Krankheiten in solchen Fällen als getrennt behandelbar anzusehen seien, so dass die IV nicht für alle Krankheiten bis zum 20. Lebensjahr bezahlen müsse (Protokoll vom 15. August 1995 S. 15). Die (befürchteten) praktischen Schwierigkeiten bei der Aufteilung der vorab im stationären Bereich typischen pauschalen Abgeltungen auf mehrere Sozialversicherungen sprachen indes für die Mehrzahl der Kommissionsmitglieder trotz der geäusserten Bedenken dafür, am Grundsatz der absoluten Priorität festzuhalten (Protokoll der Sitzung der SGK vom 16./17. November 1995, S. 30 f.; Kieser, ATSG-Kommentar, N 16 zu Art. 64 ATSG mit Hinweisen auf den [unveröffentlichten]Bericht von alt Nationalrat Allenspach an die
nationalrätliche Kommission über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechtes vom 11. August 1996).

7.5 In der Folge hielten die Räte am Prinzip der absoluten Priorität fest, schränkten dessen Geltung aber (weiter) ein. Weil die Unfallversicherer schwer abschätzbare Mehrkosten befürchteten, wenn die ausschliessliche Leistungspflicht auch für fremde Gesundheitsschäden generell eingeführt würde (schriftlicher Bericht der SGK, präsentiert von Nationalrat Philipona anlässlich der Nationalratssitzung vom 15. Dezember 1997; Amtl. Bull. NR 1997 S. 2627; vgl. auch Susanne Leuzinger-Naef, a.a.O., S. 172), aber wohl auch, um den innerhalb der SGK geäusserten Bedenken Rechnung zu tragen (E. 7.4 hievor), beschränkte der Gesetzgeber die exklusive Leistungspflicht einer einzigen Versicherung im Rahmen des ÄTSG lightäuf die stationäre Behandlung (vgl. Parlamentarische Initiative Sozialversicherungsrecht, Bericht der Kommission des Nationalrates für soziale Sicherheit und Gesundheit vom 26. März 1999, in: BBl 1999 S. 4533). In dieser eingeschränkten Form wurde der Grundsatz der absoluten Priorität schliesslich in Abs. 3 von Art. 64 ATSG verankert.

8.
8.1 Den soeben dargestellten Bedenken gegen eine generelle Umsetzung des Grundsatzes der absoluten Priorität ist Rechnung zu tragen. Dass der Gesetzgeber die ausschliessliche Leistungspflicht einer einzigen Sozialversicherung auch für fremde Schäden gleich mehrfach begrenzte, spricht für eine enge Auslegung des Art. 64 ATSG. Das Zusammentreffen mehrerer, in stationärer Heilbehandlung erbrachter medizinischer Massnahmen, die je für sich allein in den Zuständigkeitsbereich verschiedener Versicherungen fallen und zwar gleichzeitig erbracht werden, jedoch voneinander abgrenzbare Gesundheitsschäden betreffen, ist somit grundsätzlich nicht unter Art. 64 Abs. 3 ATSG zu subsumieren. Vielmehr ist davon auszugehen, dass der Gesetzgeber in solchen Fällen eine Koordination im Sinne der absoluten Priorität zu Lasten der nach Art. 64 Abs. 2 ATSG leistungspflichtigen Sozialversicherung gerade nicht beabsichtigt hatte. Im Übrigen gilt es zu beachten, dass selbst bei interkurrenten Gesundheitsschäden eine Leistungspflicht für fremde Schäden nur dann greift, wenn eine getrennte Behandlung nicht möglich ist (Art. 64 Abs. 4 ATSG). Wenn der Gesetzgeber aber sogar in solchen Fällen eine generelle Leistungskoordination nach dem Prinzip der absoluten
Priorität ablehnte, besteht umso weniger Raum, diese bei der gleichzeitigen Behandlung mehrerer Schäden, die von Beginn weg auf unterschiedlichen Ursachen beruhen, anzunehmen. Nicht abschliessend geklärt zu werden braucht die Frage, ob bei einer Mehrzahl von Eingriffen, die so eng miteinander verbunden sind, dass die Nichtbehandlung des einen Gebrechens die Behandlung des oder der anderen Leiden negativ beeinflussen würde, eine abweichende Betrachtungsweise angezeigt ist, indem die mehreren Schäden rechtlich so zu behan-

deln sind, wie wenn ein einziger Gesundheitsschaden vorliegen würde (was zur Anwendbarkeit von Art. 64 Abs. 3 ATSG führt).

8.2 Werden die operative Behebung eines Geburtsgebrechens und eines davon unabhängigen, grundsätzlich nicht in den Anwendungsbereich der Invalidenversicherung fallenden Gesundheitsschadens im Rahmen einer einzigen stationären Heilbehandlung angegangen, etwa weil die Gebrechen im gleichen körperlichen Bereich lokalisiert sind und es aus medizinischer Sicht sinnlos oder gar unverantwortlich wäre, zwei selbstständige Eingriffe nebeneinander (der eine zu Lasten der Invalidenversicherung, der andere zu Lasten der Krankenversicherung) durchzuführen, sind die dabei entstehenden Kosten somit in aller Regel aufzuteilen. Die Aufteilung der Kosten hat sich nach dem bei getrennter Behandlung der Schäden von den jeweiligen Sozialversicherungen zu übernehmenden Anteil zu richten, deren Bezifferung im Einzelfall gestützt auf diesbezügliche ärztliche Angaben erfolgen muss. Allfällige durchführungstechnische Schwierigkeiten (insbesondere Probleme bei der Kostenaufteilung im Rahmen vereinbarter Vollpauschalen oder bei austarifierten Einzelpositionen) vermögen zu keiner anderen Auslegung zu führen (hiezu auch BGE 112 V 347 E. 6 und 7 S. 353 ff.). Im Übrigen hat das Eidgenössische Versicherungsgericht bereits in den unter Geltung des bis 31. Dezember
2002 anwendbaren Rechts beurteilten Fällen die Frage der Kostenteilung regelmässig aufgrund der besonderen Umstände des Einzelfalles geprüft (dabei indes soweit ersichtlich von einer Kostenteilung regelmässig abgesehen).

9.
9.1 Die Vorinstanz stellte für das Bundesgericht grundsätzlich verbindlich (E. 2 hievor) fest, dass die beiden Eingriffe nur (aber immerhin) insofern zusammenhängen, als die zeitlich vordringlichere Kreuzbandersatzplastik Anlass für die vorgezogene Hemiepiphysiodese war. Soweit die Beschwerdeführerin eine diesbezüglich unrichtige Sachverhaltsfeststellung rügt, kann ihr nicht gefolgt werden. Den medizinischen Akten ist zu entnehmen, dass die Behandlung des Geburtsgebrechens zunächst auf einen relativ unbestimmten späteren Zeitpunkt (v̈or Wachstumsabschluss)̈ vorgesehen war (Bericht des Dr. med. V._____ vom 16. August 2004). Weil Beschwerden im Zusammenhang mit der Kreuzbandläsion und das Risiko von Spätfolgen im linken Knie bei weiterem Zuwarten die Vornahme einer Kreuzbandersatzplastik bereits im Jahre 2006 erforderlich machten (Schreiben der Dres. med. M._____ [Oberarzt Kinderorthopädie, Klinik X._____]und V._____ vom 15. Februar 2006) und die Ärzte es als medizinisch sinnvoll (wenn auch nicht zwingend [... kann zeitgleich mit der Kreuzbandersatzplastik durchgeführt werden]̈) erachteten, die beiden Probleme im Rahmen desselben Eingriffs und insbesondere unter derselben Narkose zu behandeln (Verlaufsbericht des Dr.
med. M._____ vom 28. März 2006), wurde die Hemiepiphysiodese früher als ursprünglich vorgesehen durchgeführt. Den medizinischen Akten lässt sich indes nicht entnehmen, dass ein Zuwarten mit der Hemiepiphysiodese die Kreuzbandersatzplastik negativ beeinflusst hätte. Die Ärzte führten lediglich aus, dass die gleichzeitige Vornahme der Eingriffe erfolgte, um dem Versicherten eine zusätzliche Narkose zu ersparen und damit (nur aber immerhin) in medizinischen Zweckmässigkeitsüberlegungen begründet war. Eine getrennte Behandlung wäre somit medizinisch möglich - wenn auch nicht zweckmässig - gewesen (lediglich der Vollständigkeit halber sei darauf hingewiesen, dass mit der kombinierten Operation wohl nicht unerhebliche Kosten eingespart werden konnten, indem nur eine stationäre Hospitalisation notwendig war). Soweit die Beschwerdeführerin im letztinstanzlichen Verfahren erstmals vorbringt, zwischen dem Geburtsgebrechen und dem Kreuzbandriss bestehe ein Zusammenhang insoweit, als die Genua valga die Knieverletzung zumindest begünstigt hätten, kann sie damit nicht gehört werden (Art. 105 Abs. 2 OG). Nach dem Gesagten sind die Kosten der beiden Eingriffe somit auf Beschwerdeführerin und IV-Stelle aufzuteilen.

9.2 Das kantonale Gericht erwog, die (einseitige) Kreuzbandersatzplastik sei als überwiegender Zweck der ganzen Heilbehandlung anzusehen und stützte sich dabei auf eine Stellungnahme des RAD vom 25. April 2006. In dieser sprach sich der RAD-Arzt (dessen fachliche Qualifikation nicht bekannt ist, obwohl ihr für die Beweiswürdigung einiges Gewicht zukommt; Urteil des Bundesgerichts I 211/06 vom 22. Februar 2007 E. 5.4.1; vgl. auch BGE 132 V 368 E. 8.4 S. 386) zwar explizit für die Übernahme der Kosten auch des Anlegens der Klammern - und nicht nur für deren operative Entfernung - durch die Invalidenversicherung aus, ging jedoch nicht näher auf die (ihm im Übrigen von der IV-Stelle auch gar nicht unterbreitete) Frage ein, welche Anteile an den Gesamtkosten auf die beiden Eingriffe entfallen. Die Sachverhaltsabklärung ist in diesem Punkt

unvollständig. Ohne entsprechende Klärung (welche wohl am Besten durch Nachfrage bei den an der Operation beteiligten Ärzten herbeizuführen ist) können die auf die Kranken- und die Invalidenversicherung entfallenden Kostenanteile aber nicht festgesetzt werden. Die Sache ist daher an die IV-Stelle zurückzuweisen, damit sie ergänzende Abklärungen vornimmt und hernach den dem Ergebnis dieser
Informationen entsprechenden Kostenanteil übernimmt.

Demnach erkennt das Bundesgericht:

1.
Die Verwaltungsgerichtsbeschwerde wird in dem Sinne teilweise gutgeheissen, dass der Entscheid des Verwaltungsgerichtes des Kantons Schwyz vom 15. November 2006 und der Einspracheentscheid der IV-Stelle Schwyz vom 17. August 2006 aufgehoben werden und die Sache an die IV-Stelle zurückgewiesen wird, damit sie, nach erfolgter Abklärung im Sinne der Erwägungen, über den Leistungsanspruch neu verfüge.

2.
Die Gerichtskosten von Fr. 500.- werden je zur Hälfte der Beschwerdeführerin und der IV-Stelle Schwyz auferlegt.

3.
Dieses Urteil wird den Parteien, dem Verwaltungsgericht des Kantons Schwyz, der Ausgleichskasse Schwyz, dem Bundesamt für Sozialversicherungen und Z._____ zugestellt.
Luzern, 29. November 2007

Im Namen der II. sozialrechtlichen Abteilung
des Schweizerischen Bundesgerichts

Der Präsident: Die Gerichtsschreiberin:

Meyer Bollinger Hammerle