

Obergericht Appenzell Ausserrhoden
3. Abteilung

Urteil vom 16. Dezember 2015

Mitwirkende	Obergerichtspräsident E. Zingg Oberrichter Dr. med. S. Graf, H.P. Fischer, Ch. Wild, Dr. F. Windisch Obergerichtsschreiberin A. Mauerhofer
Verfahren Nr.	O3V 15 17
Sitzungsort	Trogen
Beschwerdeführerin	Krankenversicherung A____
Vorinstanz	IV-Stelle Appenzell Ausserrhoden , Neue Steig 15, Postfach, 9102 Herisau
Gegenstand	IV-Leistungen für B____ (geb. XX.XX.2000, Vers. Nr. 0.000.000)

Rechtsbegehren

a) der Beschwerdeführerin:

In Aufhebung der Verfügung vom 27. April 2015 sei die IV-Stelle des Kantons Appenzell Ausserrhoden zu verpflichten, die Kosten der Epiphysiodese samt Nachbehandlung zu übernehmen; unter Kostenfolge zu Lasten der Beschwerdegegnerin.

b) der Vorinstanz:

Die Beschwerde sei abzuweisen.

Sachverhalt

- A. Der am XX.XX.2000 geborene B___ wurde von seinen Eltern am 6. Dezember 2014 bei der Invalidenversicherung (nachfolgend: Vorinstanz) zum Leistungsbezug angemeldet, nachdem er sich im Ostschweizer Kinderspital in St. Gallen einer Hemiepiphysiodese bei Genua vara beidseits unterzogen hatte.
- B. Mit Vorbescheid vom 4. Februar 2015 teilte die Vorinstanz der Familie B___ mit, dass gemäss den medizinischen Unterlagen kein von der Invalidenversicherung anerkanntes Geburtsgebrechen vorliege und auch die Anspruchsvoraussetzungen für eine Kostengutsprache nach Art. 12 des Invalidenversicherungsgesetzes fehlten, weshalb das Leistungsbegehren abzuweisen sei (IV-act. 8).
- C. B___ ist bei der Krankenversicherung A___ (nachfolgend: Beschwerdeführerin) krankenversichert. Diese erhob am 27. Februar 2015 Einwand gegen den Vorbescheid und ersuchte um Kostenübernahme der beantragten medizinischen Massnahmen (IV-act. 12). Nach weiteren Abklärungen hielt die Vorinstanz mit Verfügung vom 27. April 2015 an der Abweisung des Leistungsbegehrens fest (IV-act. 17).
- D. Gegen diese Verfügung richtet sich die von der Beschwerdeführerin am 21. Mai erhobene Beschwerde ans Obergericht (act. 1). Mit Vernehmlassung vom 7. Juli 2015 (act. 6) verlangte die Vorinstanz deren Abweisung. Nachdem die Parteien auf die Durchführung einer mündlichen Verhandlung verzichtet hatten und keine weiteren Rechtschriften mehr einreichten, wurde die Sache am 16. Dezember 2015 in der dritten Abteilung des Obergerichts in Abwesenheit der Parteien abschliessend beraten und darüber entschieden.

Beide Parteien verlangten eine schriftliche Ausfertigung des begründeten Urteils. Das schriftlich begründete Urteil wird hiermit eröffnet.

- E. Auf weitere Einzelheiten im Sachverhalt und in den IV-Akten sowie die Vorbringen der Parteien in den Rechtschriften wird, soweit entscheiderelevant, in den nachfolgenden Erwägungen näher eingegangen.

Erwägungen

1. Formelles

Der angefochtene Entscheid ist in Anwendung von Sozialversicherungsrecht ergangen. Gemäss Art. 57 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG, SR 830.1) i.V.m. Art. 28 Abs. 1 lit. b des Justizgesetzes (JG, bGS 145.31) beurteilt das Obergericht Beschwerden gegen solche Entscheide. Die örtliche Zuständigkeit ist gegeben (Art. 58 Abs. 1 ATSG).

Die von Amtes wegen vorzunehmende Prüfung der weiteren Prozessvoraussetzungen ergibt, dass diese hinsichtlich der Form- und Fristenfordernisse erfüllt sind (insbesondere Art. 1 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung [IVG, SR 831.20] i.V.m. Art. 60 Abs. 1 und Art. 61 lit. b ATSG sowie Art. 54, Art. 56 und Art. 59 des Gesetzes über die Verwaltungsrechtspflege [VRPG, bGS 143.1]). Die Beschwerdeführerin ist als Krankenversicherer von B___ zur Beschwerde legitimiert (Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 59 ATSG).

Auf die Beschwerde ist somit einzutreten.

2. Materielles

2.1.

Die zuständigen Fachärzte des Ostschweizer Kinderspitals für Kinder- und Jugendchirurgie, Dres. C___ und D___, bemerkten in ihrem Schreiben vom 12. Januar 2015 Folgendes zur seitens der Vorinstanz erfolgten Anfrage: *„Wir erhalten von Ihnen die Nachfrage für eine IV-Abklärung. Uns ist nicht klar, weshalb es zu der IV-Anmeldung gekommen ist. B___ leidet unter einem ausgeprägten Morbus Osgood Schlatter auf der*

linken Seite und unter Genua vara bds. mit St. n. temporärer lateraler Hemiepiphyseodese der proximalen Tibia bds. Beides qualifiziert sich unserer Meinung nach nicht für eine IV-Anmeldung“ (IV-act. 5). Die Vorinstanz ersuchte dennoch um Zustellung des Operationsberichts und bat darum, genauer mitzuteilen, welche Indikation zur Hemiepiphyseode geführt hatte (IV-act. 13). Aus den hierauf der Vorinstanz zugestellten Unterlagen ergibt sich, dass der damals 13jährige B___ im Ostschweizer Kinderspital vorstellig wurde aufgrund von Knieschmerzen links bei Morbus Osgood Schlatter. Im Rahmen der klinischen Untersuchung fielen Genua vara bds. auf und die radiologische Abklärung zeigte eine varische Beinachse von 5°. Familie B___ berichtete über eine Zunahme der varischen Achse und wünschte daher eine wachstumslenkende Korrektur. Am 3. Oktober 2014 wurde die wachstumslenkende Korrektur der Genua vara mit temporärer lateraler Hemiepiphyseodese proximale Tibia bds. durchgeführt. (IV-act. 15, S. 1 ff.).

2.2.

Zwischen den Parteien ist strittig, wer für die angefallenen Behandlungskosten von B___ aufzukommen hat. Unbestritten ist, dass bei B___ im vorliegenden Zusammenhang kein Geburtsgebrechen vorliegt, für welches gestützt auf Art. 13 IVG eine Leistungspflicht der Vorinstanz zu bejahen wäre. Auf die diesbezügliche zutreffende Begründung der Vorinstanz in der angefochtenen Verfügung wird verwiesen. Uneinig sind sich die Parteien aber darüber, ob eine Leistungspflicht der Vorinstanz gestützt auf Art. 12 IVG zu bejahen ist.

2.3.

Gemäss Art. 12 Abs. 1 IVG haben Versicherte bis zum vollendeten 20. Altersjahr Anspruch auf medizinische Massnahmen, die nicht auf die Behandlung des Leidens an sich, sondern unmittelbar auf die Eingliederung ins Erwerbsleben oder in den Aufgabenbereich gerichtet und geeignet sind, die Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, dauernd und wesentlich zu verbessern oder vor wesentlicher Beeinträchtigung zu bewahren. Der Bundesrat ist seiner Befugnis gemäss Art. 12 Abs. 2 IVG, die Massnahmen gemäss Art. 12 Abs. 1 IVG von jenen, die auf die Behandlung des Leidens an sich gerichtet sind, abzugrenzen, mit der Umschreibung in Art. 2 Abs. 1 der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV, SR 831.201) nachgekommen. Nach Art. 2 Abs. 1 IVV gelten als medizinische Massnahmen im Sinne von Artikel 12 IVG namentlich chirurgische, physiotherapeutische und psychotherapeutische Vorkehren, die eine als Folgezustand eines Geburtsgebrechens, einer Krankheit oder eines Unfalls eingetretene Beeinträchtigung der Körperbewegung, der Sinneswahrnehmung oder der Kontaktfähigkeit zu beheben oder zu mildern trachten, um die Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im

Aufgabenbereich zu betätigen, dauernd und wesentlich zu verbessern oder vor wesentlicher Beeinträchtigung zu bewahren. Die Massnahmen müssen nach bewährter Erkenntnis der medizinischen Wissenschaft angezeigt sein und den Eingliederungserfolg in einfacher und zweckmässiger Weise anstreben.

2.4.

Die Beschwerdeführerin argumentiert, aufgrund der medizinischen Sachlage sei mit dem Beweisgrad einer hohen Wahrscheinlichkeit bei einer unterlassenen Korrektur der O-Beine damit zu rechnen, dass sich bei B___ ein schwerer und nicht rückgängig zu machender Defektzustand in Form einer Kniegelenksarthrose ausbilde, welche erhebliche Auswirkungen auf die Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, haben würde (Beschwerde, S. 4). Eine solche Schlussfolgerung lässt sich indes nicht aus den eingeholten Arztberichten ziehen. Nachdem bereits Dres. C___ und D___ klar geäussert hatten, die Leiden von B___ qualifizierten sich nicht für eine IV-Anmeldung (IV-act. 5), ist auch im Bericht von Dr. E___ (IV-act. 15) nicht die Rede davon, dass die wachstumslenkende Korrektur zur Vorbeugung eines nicht rückgängig zum machenden Defektzustandes in Form einer Kniegelenksarthrose vorgenommen worden wäre; vielmehr war die wachstumslenkende Korrektur aufgrund einer Zunahme der varischen Achse „gewünscht worden“ (IV-act. 15, S. 1). Dass sich ohne die Operation eine Kniegelenksarthrose ausgebildet hätte, welche vorbeugend mit der Operation verhindert werden konnte bzw. dass die Operation aus einem solchen Grund angezeigt war, ergibt sich nicht aus den einschlägigen Arztberichten.

2.5.

Im vorliegenden Verfahren geht es nicht darum, zu beurteilen, ob die Operation für B___ notwendig war oder nicht, sondern es geht einzig um die Frage, ob eine Leistungspflicht der Invalidenversicherung oder der Krankenversicherung besteht. Dass die Behandlung von B___ sinnvoll und angezeigt war, wird von keiner der beiden Parteien in Frage gestellt. Es ist aber in unserem Sozialversicherungsrechtssystem notwendig, die Aufgabenbereiche der Invalidenversicherung einerseits und der sozialen Kranken- und Unfallversicherung andererseits voneinander abzugrenzen. Der Gesetzgeber ging dabei vom Grundsatz aus, dass die Behandlung einer Krankheit oder einer Verletzung ohne Rücksicht auf die Dauer des Leidens primär in den Aufgabenbereich der Krankenversicherung gehört (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_452/2014 vom 29. Oktober 2014, E. 2.1). Art. 12 Abs. 1 IVG umschreibt die Vorkehren medizinischer Art, welche von der Invalidenversicherung nicht zu übernehmen sind, mit dem Rechtsbegriff "*Behandlung des Leidens an sich*". Eine solche ist zwar auch bei gewissen Geburtsgebrechen, welche aufgrund der diesbezüglichen gesetzlichen Regelung dennoch von der Invalidenversicherung zu übernehmen sind, zu

bejahen; ein Geburtsgebrechen ist aber im vorliegenden Fall unbestrittenermassen nicht gegeben. Grundsätzlich hat somit die primär in Anspruch zu nehmende Krankenversicherung für die in Frage stehende Behandlung aufzukommen, es sei denn, das Gesetz sehe eine Haftung der Invalidenversicherung vor. Eine Leistungspflicht der Invalidenversicherung gestützt auf Art. 12 IVG kommt nur dann in Frage, wenn es sich um eine auf die Eingliederung ins Erwerbsleben oder in den anerkannten Aufgabenbereich gerichtete Massnahme handelt (vgl. MEIER/REICHMUTH, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, 3. Auflage, Zürich/Basel/Genf 2014, Rz. 5 zu Art. 12). Nach der Rechtsprechung sind von der Invalidenversicherung grundsätzlich nur solche Vorkehren zu übernehmen, die nicht auf die Heilung oder Linderung labilen pathologischen Geschehens gerichtet sind. Während dies bei Erwachsenen ohne Weiteres gilt, sind bei Jugendlichen - ihrer körperlichen und geistigen Entwicklungsphase Rechnung tragend - medizinische Vorkehren trotz des einstweilen noch labilen Leidenscharakters von der Invalidenversicherung zu übernehmen, wenn ohne diese in absehbarer Zeit eine Heilung mit Defekt oder ein sonst wie stabilisierter Zustand einträte, wodurch die Berufsbildung oder die Erwerbsfähigkeit oder beide beeinträchtigt würden (Urteil des Bundesgerichts 9C_912/2014 vom 7. Mai 2015, E. 1.2, m.w.H.). Die Invalidenversicherung hat daher bei Jugendlichen auch dann Leistungen zu erbringen, wenn es darum geht, mittels geeigneter Massnahmen einem die berufliche Ausbildung oder die künftige Erwerbsfähigkeit beeinträchtigenden Defektzustand vorzubeugen. Dabei ist zu berücksichtigen, dass die meisten Krankenpflegemassnahmen über ihren Hauptzweck hinaus, die Beeinträchtigung der körperlichen oder seelischen Integrität zu beseitigen, sich regelmässig auch in beruflich-erwerblicher Hinsicht günstig auswirken. Der Eingliederungserfolg einer medizinischen Vorkehr allein ist daher kein geeignetes Kriterium für die Beantwortung der Abgrenzungsfrage (MEIER/REICHMUTH, a.a.O., Rz. 2 zu Art. 12).

2.6.

Die Beschwerdeführerin verweist zur Begründung ihrer Auffassung, wonach die Invalidenversicherung für die Behandlungskosten aufzukommen habe, auf Bestimmungen im Kreisschreiben über die medizinischen Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung (KSME, abrufbar unter <http://www.bsv.admin.ch/vollzug/documents/view/3948/lang:deu/category:34>; die im vorliegenden Fall einschlägigen Bestimmungen sind in der Version gültig seit 1.1.2015 gleich formuliert wie in der seit 1.1.2016 geltenden Version). Gemäss Ziff. 54.1/03 KSME kann die Invalidenversicherung medizinische Eingliederungsmassnahmen nach Art. 12 IVG ausnahmsweise auch übernehmen, wenn noch nicht stabile oder relativ stabilisierte Zustände bestehen, nämlich dann, wenn die auszuführenden Massnahmen mit hinlänglicher Zuverlässigkeit erwarten lassen, dass damit einem später drohenden stabilen, nur schwer korrigierbaren Defekt vorgebeugt

werden kann, der sich wesentlich auf die Erwerbstätigkeit oder Berufsbildung auswirken würde. Ein Gesundheitsschaden muss aber vorhanden sein. Eigentliche Krankheitsprophylaxe sowie Vorkehren, die lediglich das Entstehen eines stabilisierten Zustandes hinausschieben, sind indessen ausgeschlossen. In Ziff. 738/938.3 KSME ist unter der Überschrift „O-Beine - Crura vara“ festgehalten, die Osteotomie bei O-Beinen bei jugendlichen, im Berufsbildungsalter stehenden Versicherten sei eine Eingliederungsmassnahme der Invalidenversicherung, *„wenn in absehbarer Zeit mit einem schwer korrigierbaren Defekt (Arthrose) zu rechnen wäre und vermutet werden darf, dass mit dem Eingriff ein Fortschreiten des arthrotischen Prozesses verhindert werden kann. ... Nur aus ästhetischen Gründen ausgeführte Osteotomien sind keine Eingliederungsmassnahmen der IV.“* Schliesslich zitiert die Beschwerdeführerin Ziff. 1013 KSME, wo zur Epiphysiodese festgehalten ist, dass *„bei Wachstumsstörungen, insbesondere an einer unteren Gliedmasse“, eine Epiphysiodese am längeren Glied, die einen Längenausgleich bezweckt und nicht auf einfachere Weise behoben werden kann, als medizinische Eingliederungsmassnahme der IV gilt; die „Ursache der Wachstumsstörung ist dabei unerheblich, jedoch muss der Charakter der Operation als Vorbeugung gegen einen schweren korrigierbaren Defekt deutlich sein.“*

2.7.

Verwaltungsweisungen, wozu auch das KSME gehört, haben nicht den Stellenwert von Rechtsregeln und können insbesondere keine von den gesetzlichen Bestimmungen abweichenden Ansprüche begründen. Die Gerichte weichen aber im Interesse einer einheitlichen Rechtsanwendung in der Regel nicht ohne triftige Gründe von den in Verwaltungsweisungen enthaltenen Konkretisierungen und Umschreibungen ab, wenn dadurch die rechtlichen Vorgaben überzeugend konkretisiert werden (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_748/2012, E. 4.1, m.w.H.). Art. 12 Abs. 1 IVG nennt als Voraussetzung für eine Kostenübernahme der medizinischen Massnahmen durch die Invalidenversicherung ausdrücklich die Eingliederung ins Erwerbsleben oder den Aufgabenbereich als angestrebtes Ziel. Dieser Vorgabe des Gesetzgebers entsprechend ist im KSME festgehalten, dass die medizinischen Massnahmen der Invalidenversicherung nicht auf die Behandlung des Leidens an sich ausgerichtet sind, sondern durch die Korrektur stabiler Funktionsausfälle oder Defekte die berufliche Eingliederung anstreben und somit bezwecken, die Erwerbsfähigkeit oder die Berufsbildung oder die Fähigkeit, im Aufgabenbereich tätig zu sein, dauernd und wesentlich zu beeinflussen (Ziff. 38.1/03 KSME). Zur Leidensbehandlung und damit in den Bereich der Krankenversicherung gehören dagegen grundsätzlich prophylaktische Vorkehren zur Verhinderung stabiler Defektzustände. Eine umfassende medizinische Invaliditätsprophylaxe ist dem IVG - ausser namentlich bei den Geburtsgebrechen - grundsätzlich fremd (Ziff. 40.1/03 KSME).

2.8.

Die Beschwerdeführerin geht bei der Zitierung der Bestimmungen aus dem KSME davon aus, die bei B___ vorgenommene Hemiepiphysiodese solle *„verhindern, dass beim Versicherten schon im jungen Erwachsenenalter starke arthrotische Veränderungen eintreten. Durch den wachstumslenkenden Eingriff könnte dieses erhöhte Risiko verhindert und minimiert werden, zumal bereits starke Schmerzen bestehen“* und verweist auf einen *„Bericht des Ostschweizer Kinderspitals vom 14. Oktober 2014“* (Beschwerde, S. 4). Ein solcher Bericht findet sich indessen nicht in den Akten. Aus dem stattdessen vorliegenden Bericht vom 2. April 2015 (IV-act. 15, S. 1) ergibt sich vielmehr, dass B___ aufgrund von einseitigen Knieschmerzen links bei Morbus Osgood Schlatter im Kinderspital St. Gallen vorstellig wurde; erst im Rahmen der Untersuchung fielen Genua vara bds. auf. Im Operationsbericht vom 6. Oktober 2014 (IV-act. 15, S. 2 f.) sind weder beidseitige starke Schmerzen noch das Ziel, mit der Operation drohenden arthrotischen Veränderungen vorzubeugen, festgehalten. Erwähnt sind lediglich ein beidseitiges Genu varum von 5° und die durchgeführte Achskorrektur. Als Grund für die wachstumslenkende Korrektur wird auf Rückfrage der Vorinstanz folgendes angeführt: *„Familie B___ berichtet über eine Zunahme der varischen Achse, daher war die wachstumslenkende Korrektur gewünscht worden“* (IV-act. 15, S. 1). Die Argumentation der Beschwerdeführerin, wonach aufgrund der medizinischen Sachlage *„mit dem Beweisgrad einer hohen Wahrscheinlichkeit bei einer unterlassenen Korrektur der O-Beine damit zu rechnen [wäre], dass sich beim Versicherten ein schwerer und nicht rückgängig zu machender Defektzustand in Form einer Kniegelenksarthrose ausbildet“*, lässt sich nicht auf die Angaben der behandelnden Ärzte stützen.

2.9.

Der von der Beschwerdeführerin zur Begründung ihrer Auffassung zitierte Entscheid der Einzelrichterin des Versicherungsgerichts St. Gallen vom 26. November 2013 unterscheidet sich damit vom Sachverhalt im vorliegenden Fall wesentlich: Zwar wurde auch in jenem Fall bei einem minderjährigen Mädchen eine Hemiepiphysiodese zur Korrektur der Genua vara durchgeführt, allerdings mit der Begründung, die Fehlbelastung zufolge der Genua vara bds. wirke sich auf den Schulbesuch aus; die Einzelrichterin stellte fest, dass durch die Hemiepiphysiodese die Erwerbsfähigkeit des Mädchens prognostisch wesentlich verbessert bzw. vor einer wesentlichen Beeinträchtigung bewahrt werde. Aufgrund der Angaben der behandelnden Ärzte war in jenem Fall davon auszugehen, dass ohne Hemiepiphysiodese zu einem späteren Zeitpunkt eine Osteotomie durchgeführt werden müsste. Abgesehen davon, dass die st. Gallische Rechtsprechung für das urteilende Gericht ohnehin nicht verbindlich ist, liegt somit gar kein mit dem vorliegenden Fall

vergleichbarer Sachverhalt vor. Die medizinische Sachlage im vorliegenden Fall begründet gerade keine Leistungspflicht der Vorinstanz. Zu Recht argumentiert die Vorinstanz, es sei vorliegend nicht von einer so schweren Einschränkung aufgrund der *Genua vara* auszugehen, dass von einer Invalidität oder einer drohenden Invalidität ausgegangen werden müsste.

2.10.

Bei diesem Ergebnis braucht die Frage nicht weiter geprüft zu werden, ob der Argumentation der Vorinstanz in der angefochtenen Verfügung gefolgt werden kann, wonach auch deshalb, weil die Osteotomie eine vollkommen andere Operationsart als die Hemiepiphysiodese sei, keine Leistungspflicht der Vorinstanz bestehe. Eine Leistungspflicht der Vorinstanz entfällt bereits aus dem Grund, dass die vom Gesetz ausdrücklich vorgesehene Grundsatzvoraussetzung einer Kostenübernahme durch die Invalidenversicherung nicht erfüllt ist, nämlich die Voraussetzung, dass es sich um eine medizinische Massnahme handelt, *„die unmittelbar auf die Eingliederung ins Erwerbsleben oder in den Aufgabenbereich gerichtet und geeignet ist, die Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, dauern und wesentlich zu verbessern oder vor wesentlicher Beeinträchtigung zu bewahren“* (Art. 12 Abs. 1 IVG). Damit hat es die Vorinstanz zu Recht abgelehnt, für die beantragten Kosten aufzukommen.

3. Kosten und Entschädigung

Nach Art. 69 Abs. 1^{bis} IVG sind Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder Verweigerung von Leistungen der Invalidenversicherung kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt. Vorliegend erscheint die in vergleichbaren Fällen üblicherweise festgelegte Entscheidgebühr von Fr. 800.-- als angemessen, unter Verrechnung mit dem von der Beschwerdeführerin in gleicher Höhe geleisteten Kostenvorschuss.

Es besteht kein Anspruch auf eine Entschädigung.

Das Obergericht erkennt:

1. Die Beschwerde der Krankenversicherung A___ wird abgewiesen.
2. Der Beschwerdeführerin wird eine Gerichtsgebühr von Fr. 800.-- auferlegt, unter Verrechnung mit dem von ihr in gleicher Höhe einbezahlten Kostenvorschuss.
3. Es werden keine Entschädigungen zugesprochen.
4. **Rechtsmittel:** Gegen dieses Urteil kann innert 30 Tagen seit dessen Zustellung beim Schweizerischen Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten gemäss Art. 39 ff., 82 ff. und 90 ff. des Bundesgesetzes vom 17. Juni 2005 über das Bundesgericht (BGG, SR 173.110) geführt werden. Die Beschwerdeschrift ist zu unterzeichnen und dreifach einzureichen. Der angefochtene Entscheid mitsamt Zustellcouvert ist beizulegen. Die Beschwerdeschrift hat die Begehren und deren Begründung zu enthalten. Die Beweismittel sind zu bezeichnen und, soweit die Beschwerdeführerin diese in Händen hat, beizulegen.
5. Zustellung an die Beschwerdeführerin, die Vorinstanz und das Bundesamt für Sozialversicherungen. Eine Kopie dieses Entscheids geht zur Kenntnis an Familie B___.

Im Namen der 3. Abteilung des Obergerichts

Der Obergerichtspräsident:

Die Gerichtsschreiberin:

lic. iur. Ernst Zingg

lic. iur. Annika Mauerhofer

versandt am: 28.01.16