

SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2006/38 vom 14. Juni 2006

Sg Versicherungsgericht, 2006-06-14, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_IV_2006_38

FR: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2006/38 du 14 juin 2006

IT: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2006/38 del 14 giugno 2006

Regeste

Art. 8 Abs. 3 lit. a IVG, Art. 12 IVG, Art. 5 Abs. 2 IVG und Art. 8 Abs. 2 ATSG: Voraussetzungen für medizinische Massnahmen bei Jugendlicher mit einer Anpassungsstörung erfüllt; Anspruch bejaht auch für den Fall, dass eine paranoide Schizophrenie bestünde. Entgegen der vom Bundesgericht seit den 1970er-Jahren konstanten Rechtsprechung handelt es sich bei Schizophrenie nicht um eine psychische Krankheit, die nach aktueller Erkenntnis der medizinischen Wissenschaft ohne kontinuierliche Behandlung nicht dauerhaft gebessert werden könnte. Neuere Erkenntnisse zur Behandelbarkeit von Schizophrenie; im vorliegenden Fall Kostengutsprache für Psychotherapie (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 14. Juni 2006, IV 2006/38).

Erwägungen

E. 1

Streitig ist vorliegend, ob die Kosten für die Psychotherapie der Beschwerdeführerin von der Beschwerdegegnerin übernommen werden müssen. Sollte ein Anspruch auf Kostenübernahme bestehen, muss geprüft werden, für welchen Zeitraum dies der Fall ist.

E. 2

a) Gemäss Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG; SR 831.20) haben invalide oder von einer Invalidität unmittelbar bedrohte Versicherte einen Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen, soweit diese Massnahmen notwendig und geeignet sind, die Erwerbsfähigkeit wieder herzustellen, zu verbessern, zu erhalten oder ihre Verwertung zu fördern. Zu diesen Eingliederungsmassnahmen gehören auch die medizinischen Massnahmen (Art. 8 Abs. 3 lit. a IVG). Ein Anspruch auf die Übernahme einer medizinischen Massnahme besteht nur, wenn diese Massnahme nicht auf die Behandlung des Leidens an sich, sondern unmittelbar auf die berufliche Eingliederung gerichtet und geeignet ist, die Erwerbsfähigkeit dauernd und wesentlich zu verbessern oder vor einer wesentlichen Beeinträchtigung zu bewahren (Art. 12 Abs. 1 IVG). Deshalb übernimmt die IV nur diejenigen medizinischen Vorkehren, die auf die Beseitigung oder die Korrektur stabiler oder wenigstens relativ stabiler Defektzustände und Funktionsausfälle abzielen und die einen wesentlichen und beständigen Erfolg erwarten lassen (vgl. etwa BGE 120 V 279 E. 3a). Etwas anderes gilt für die nichterwerbstätigen Personen, die das 20. Altersjahr noch nicht vollendet haben. Sie gelten gemäss Art. 5 Abs. 2 IVG i.V.m. Art. 8 Abs. 2 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) als invalid, wenn die Gesundheitsbeeinträchtigung voraussichtlich eine Erwerbsunfähigkeit zur Folge haben

wird. Die Praxis hat aus dieser eigenständigen Definition der Invalidität für Jugendliche abgeleitet, dass auch bei einem labilen Leiden medizinische Massnahmen zu übernehmen seien, wenn ohne diese Massnahmen ein Defekt oder ein sonstwie stabilisierter Zustand einträte, der die berufliche Ausbildung oder die Erwerbstätigkeit beeinträchtigen würde. Wenn die fragliche medizinische Massnahme überwiegend der beruflichen Eingliederung dient, spielt es also keine Rolle, dass sie eine Behandlung des Leidens an sich darstellt (vgl. etwa BGE 105 V 20 oben). Diese Sonderlösung für Jugendliche erleidet allerdings rechtsprechungsgemäss eine Einschränkung: Eine medizinische Massnahme kann dann nicht übernommen werden, wenn eine Dauerbehandlung im Sinne einer zeitlich unbegrenzten Therapie erforderlich ist (vgl. ULRICH MEYER-BLASER, Die Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, S. 84 unten). Der Grund dafür liegt nach der Rechtsprechung darin, dass die Therapie in diesen Fällen die Entstehung eines Defekts oder eines sonstwie stabilisierten Zustandes nur hinausschieben, d.h. dass sie keine Heilung bewirken kann. Auch wenn die zeitlich unbeschränkt notwendige medizinische Massnahme eindeutig überwiegenden Eingliederungscharakter hat, kann sie nach dieser Praxis also nicht übernommen werden (ZAK 1981, 548 f.). b) Nach der Rechtsprechung des EVG können medizinische Vorkehren bei Jugendlichen schon dann überwiegend der beruflichen Eingliederung dienen und trotz des einstweilen noch labilen Leidenscharakters von der IV übernommen werden, wenn ohne diese Vorkehren eine Heilung mit Defekt oder ein sonstwie stabilisierter Zustand einträte, wodurch die Berufsbildung oder die Erwerbsfähigkeit oder beide beeinträchtigt würden (AHI 2003 S. 105 E. 2, 2000 S. 64 E. 1, je mit Hinweisen). In diesem Sinne werden die Kosten der psychiatrischen Behandlung Minderjähriger von der IV getragen, wenn das psychische Leiden mit hinreichender Wahrscheinlichkeit zu einem schwer korrigierbaren, die spätere Ausbildung und Erwerbsfähigkeit erheblich behindernden oder gar verunmöglichenden stabilen pathologischen Zustand führen würde. Umgekehrt kommen medizinische Massnahmen der IV auch bei Minderjährigen nicht in Betracht, wenn sich solche Vorkehren gegen psychische Krankheiten richten, die nach heutiger Erkenntnis der medizinischen Wissenschaft ohne kontinuierliche Behandlung nicht dauerhaft gebessert werden können. Es darf keine Therapie von unbeschränkter Dauer oder zumindest über eine längere Zeit hinweg in Frage stehen, bei der sich hinsichtlich des damit erreichbaren Erfolges keine zuverlässige Prognose stellen lässt (AHI 2003 S. 106 E. 4b; EVGE I 128/04 vom 12. August 2004 E. 2.1). c) Das EVG hat in verschiedenen Entscheiden festgehalten, dass "in der Regel" unter anderem Schizophrenie zu den Krankheiten zähle, die nach der heutigen Erkenntnis der medizinischen Wissenschaft nicht gebessert werden könnten. Deren Behandlung fällt nach der höchstgerichtlichen Rechtsprechung nicht in den Bereich der IV. In diesen Fällen gehe es nicht um einen "einstweilen noch labilen Leidenscharakter", sondern um eine dauernde Behandlung des Leidens, von der nicht mehr gesagt werden könne, sie diene (auch) der beruflichen Eingliederung. Es fehle somit am Eingliederungscharakter der Therapie. Da die Behandlungsbedürftigkeit in diesen Fällen auch im Erwachsenenalter unverändert andauere, bestehe kein Grund, die speziell für Versicherte vor dem vollendeten 20. Altersjahr geltende Praxis anzuwenden. Andere Krankheiten würden nach medizinischen Erkenntnissen einen individuell unterschiedlichen Verlauf nehmen. Dies sei beispielsweise bei der Anorexia nervosa der Fall, die zur totalen Remission führen oder chronisch-persistierende und chronisch-rezidivierende Varianten aufweisen könne. Von einer Heilung lasse sich nur bei 45 % der Fälle sprechen. Eine partielle Besserung trete bei etwa 33 % der Patienten ein, und 20 % würden einen

chronifizierten Krankheitsverlauf zeigen (EVGE I 256/05 vom 10. Oktober 2005, E. 2.3 f.). Diese Praxis, wonach bei Schizophrenie die Behandlungsbedürftigkeit immer auch im Erwachsenenalter unverändert andauere, wurde im Jahre 1974 in BGE 100 V 44, E. 2a mit dem Hinweis auf die entsprechende Auffassung der damaligen Schweizerischen Gesellschaft für Kinderpsychiatrie begründet und seither jeweils unbesehen übernommen, so beispielsweise in BGE 105 V 20, E. 5, AHJ 2000 S. 64, E. 1, EVGE I 16/03 vom 6. Mai 2003, E. 2.2, EVGE I 23/04 vom 23. September 2004, E. 2.2 oder im soeben zitierten EVGE I 256/05 vom 10. Oktober 2005, E. 2.3. In der Rechtsprechung finden sich keine Hinweise darauf, dass seit den 1970er-Jahren je geprüft worden wäre, ob die medizinische Wissenschaft über neuere Kenntnisse zur Schizophrenie verfüge oder dass solche in den Entscheidungen Berücksichtigung gefunden hätten.

E. 3

a) Dem Kreisschreiben über die medizinischen Eingliederungsmassnahmen (KSME; gültig ab 1. November 2005) ist in Rz. 645-647/845-847.4 zu entnehmen, dass das Vorliegen von Krankheiten und Defekten, die nach heutiger Kenntnis der Medizin ohne dauernde Behandlung nicht gebessert werden könnten (z.B. Schizophrenie, manisch-depressive Psychosen), medizinische Massnahmen auch gegenüber Jugendlichen ausschliessen würden. Diese Ziffer wurde im Januar 2004 revidiert. Die Beschwerdegegnerin macht diesbezüglich geltend, eine neue medizinische Erkenntnis habe darin keinen Eingang gefunden. Es fragt sich aber, ob in den über dreissig Jahren seit Begründung der oben zitierten Rechtsprechung tatsächlich keine neuen medizinischen Erkenntnisse gewonnen wurden. Der zitierte Satz im Kreisschreiben in der Fassung vor 1. Januar 2004 ist unverändert geblieben. Die Revision im Januar 2004 betraf nur eine Ergänzung der Randziffer, wonach medizinische Massnahmen der IV gegenüber Jugendlichen auch für Leiden, die einer Therapie zumindest über längere Zeit hinweg bedürfen und ohne dass sich eine zuverlässige Prognose stellen lässt, ausgeschlossen sind (z.B. hyperkinetische Störungen, Anorexien). Die Regeln in Rz. 645-647/845-847.4 sind Verwaltungsweisungen des Bundessamtes für Sozialversicherung (BSV) und insofern verbindliche Vorschriften an die Durchführungsorgane über die Art und Weise, wie sie ihre Aufgaben zu erfüllen haben. Sie sind aber keine Rechtssätze, sondern geben den Standpunkt des BSV über die Anwendung solcher wieder, d.h. die Weisungen bedürfen keiner gesetzlichen Grundlage (ZAK 1984, 487; ZAK 1989, 27; BGE 109 V 207; BGE 117 Ib 231). Sie können daher im Einzelfall vom Gericht überprüft werden (ZAK 1989, 27). Es soll sie aber bei seinen Entscheidungen mitberücksichtigen, sofern sie eine dem Einzelfall angepasste und gerecht werdende Auslegung der anwendbaren gesetzlichen Bestimmungen zulassen (BGE 113 V 21; BGE 114 V 15 E. 1c). Dabei ist den Bestrebungen der Verwaltung bzw. der Versicherer Rechnung zu tragen, die darauf abzielen, durch interne Weisungen und Richtlinien eine möglichst rechtsgleiche Behandlung der Versicherten zu gewährleisten (BGE 116 V 310 E. 2). b) Rz. 645-647/845-847.4 KSME stützt sich offensichtlich auf die erwähnte, seit 1974 bestehende und oben erläuterte Rechtsprechung. Dabei wird die höchstrichterliche Einschränkung ignoriert, wonach Schizophrenie nur "in der Regel" zu jenen ohne dauernde Behandlung nicht besserungsfähigen Krankheiten zählt. Nachfolgend ist zu prüfen, ob bei der Beschwerdeführerin überhaupt eine Schizophrenie vorliegt. Bei Bejahung dieser Frage muss zudem geprüft werden, ob die erwähnte Randziffer des KSME rechtmässig ist, ob also die medizinische Wissenschaft Schizophrenie tatsächlich noch immer als eine ohne dauernde Behandlung nicht besserungsfähige Krankheit betrachtet, was einen Ausschluss der Leistungspflicht der IV für medizinische Massnahmen weiterhin rechtfertigen würde.

E. 4

a) Dr. med. C.____, die die Beschwerdeführerin seit November 2005 psychotherapeutisch behandelt, distanzierte sich in ihrem Bericht vom 23. Februar 2006 von der Diagnose der Schizophrenie (act. G 1.3). Diese impliziere oftmals einen chronischen und invalidisierenden Verlauf, weshalb in der Adoleszenz mit dieser Diagnose zurückzuhalten sei. Während der Adoleszenz müsse ein Mensch seine Persönlichkeit entdecken, stärken und bedürfe dazu der Förderung. Die Vorgeschichte der Beschwerdeführerin mit einer chronisch psychisch kranken Mutter, die sich zunehmend der Verantwortung für ihre Kinder entzogen habe, bis sie mit einem Selbstmord ein Ende gesetzt habe, erschwere die Selbstfindung in zweierlei Hinsicht: erstens durch das ungünstige Vorbild des sich in die Krankheit Entziehens und zweitens durch die Überlastung der Beschwerdeführerin als Älteste mit Verantwortung für die drei jüngeren Geschwister. Tatsache sei, dass die Beschwerdeführerin kurz vor dem Antritt ihrer Lehre einen psychotischen Zusammenbruch erlebt habe. Ein psychotischer Zusammenbruch sei eine deskriptive Diagnose eines psychischen Zustandsbildes, in dem der Mensch nicht mehr in der Lage sei, inneres Geschehen und äussere Einflüsse voneinander zu trennen. Mit der Behandlung sei dieser Zustand wieder verschwunden. Dr. C.____ legt dar, dass eine Diagnose mit einer chronischen Implikation die Gefahr schaffe, eine "self-fulfilling prophecy" zu kreieren, bei jeder krisenhaften Erfahrung, die teils zur normalen Adoleszenz gehöre, die "Krankheit" zu wittern. Sie spricht bei der Beschwerdeführerin von einer "Anpassungsstörung mit vorwiegend ängstlichen und teilweise depressiven Elementen". Anamnestisch liege eine psychotische Reaktion vor. Der RAD bezeichnet in seiner Stellungnahme vom 13. März 2006 die Diagnose von Dr. C.____ als "beschönigend". Die Ärzte der Klinik A.____ sowie der Dienste B.____ hätten eine paranoide Schizophrenie bestätigt. Am ehesten könnten wohl die Ärzte eine qualifizierte diagnostische Einschätzung vornehmen, die die Versicherte zurzeit der Dekompensation gesehen und behandelt hätten (act. G 3.1). Die Diagnose von Dr. C.____ muss dennoch keineswegs als beschönigend betrachtet werden. Mit nachvollziehbarer Begründung legt die Psychiaterin und Psychotherapeutin dar, dass das bei Erstellen des ärztlichen Zeugnisses im Februar 2006 vorliegende Krankheitsbild am ehesten einer Anpassungsstörung entspreche. Sie hält fest, dass der Einspracheentscheid auf eine viel zu starre Auffassung von psychotischer Erkrankung (Schizophrenie) abstelle (act. G 1.3). Sie befürchtet, dass die Beschwerdeführerin durch die Brille einer pauschalisierenden Diagnose in Richtung einer Invalidität abgeschoben werden solle (act. G 5.1, S. 2, vierter Absatz). Ob im Zeitpunkt des Einspracheentscheids die Diagnose der Schizophrenie tatsächlich zutraf, ist danach offen. Bereits aus diesem Grund ist ein Anspruch auf die Bezahlung medizinischer Massnahmen durch die IV nicht einfach mit dem Hinweis auf Rz. 645-647/845-847.4 KSME abzulehnen. Eine Anpassungsstörung im Pubertätsalter kann nicht unbesehen unter Rz. 645-647/845-847.4 KSME subsumiert werden. b) Wie erläutert, werden die Kosten der psychiatrischen/psychotherapeutischen Behandlung unter 20-Jähriger von der IV getragen, wenn das psychische Leiden mit hinreichender Wahrscheinlichkeit zu einem schwer korrigierbaren, die spätere Ausbildung und Erwerbsfähigkeit erheblich behindernden oder gar verunmöglichenden stabilen pathologischen Zustand führen würde. Dr. C.____ hält fest, dass bei der Beschwerdeführerin ohne Behandlung die Rückfallgefahr in psychotisches Erleben unter den Herausforderungen der beruflichen Ausbildung und Bewährung gegeben sei (act. G 1.3, S. 2, Schlussfolgerung 4). Der Mensch in der Adoleszenz sei sehr plastisch, also entwicklungsfähig. Die Beschwerdeführerin steht kurz vor dem Ende ihrer Schulzeit und

vor dem Eintritt ins Berufsleben. Es ist ohne weiteres nachvollziehbar, dass sie gerade in dieser veränderungsreichen und anstrengenden Phase aufgrund ihrer Anpassungsstörung in besonderem Masse auf professionelle Unterstützung (in Form der Psychotherapie) angewiesen ist. Ohne diese Unterstützung ist wahrscheinlich, dass sie ihre psychischen Probleme nicht in hinreichender Weise überwinden kann, um den Schritt ins Erwerbsleben, also die berufliche Eingliederung, zu schaffen. Gelingt ihr jedoch der Einstieg ins Berufsleben, so wird wahrscheinlich auch ihr Selbstbewusstsein gestärkt und sie wird künftig auf psychotherapeutische Unterstützung verzichten können. Die Prognose von Dr. C.____ sowie die bisherigen Erfahrungen sind jedenfalls durchwegs positiv. Es kann also nicht von einer Krankheit mit leistungsausschliessender kontinuierlich andauernder notwendiger Behandlung ausgegangen werden. Somit sind die Voraussetzungen für die Übernahme der Psychotherapiekosten durch die Beschwerdegegnerin erfüllt. c) Der RAD macht geltend, die Versicherte sei bereits seit 12. März 2003 in ambulanter psychotherapeutischer Behandlung gestanden. Diese habe aber offensichtlich die psychotische Dekompensation nicht verhindern können. Gemäss den vorhandenen medizinischen Akten wurde die Beschwerdeführerin vor ihrem "psychotischen Zusammenbruch" im Februar 2004 nicht wegen einer Schizophrenie psychotherapeutisch behandelt. Vielmehr war sie den Diensten B.____ aufgrund von Schlafstörungen, Prüfungsängsten und Denkauffälligkeiten vorgestellt worden (IV-act. 12, S. 2, Ziff. D/3). Im Frühling 2003 verfehlte sie die Aufnahmeprüfung für die Kantonsschule (IV-act. 14, S. 2, Ziff. D/3). Der Suizid der Mutter hatte sich nur wenige Jahre zuvor ereignet und konnte von der Beschwerdeführerin zu Beginn der Pubertät kaum in kurzer Zeit und ohne fremde Hilfe verarbeitet werden. Vor diesem Hintergrund kann nicht davon ausgegangen werden, dass die Psychotherapie vor dem Zusammenbruch im Februar 2004 der gezielten Behandlung einer Schizophrenie diene und diese Behandlung den Eintritt der psychotischen Dekompensation nicht verhindern konnte. Entgegen der Auffassung des RAD lässt sich nicht sagen, dass die erste Behandlungsphase einer Schizophrenie bereits drei Jahre gedauert habe.

E. 5

a) Selbst wenn von einer Schizophrenie auszugehen wäre, sind die Psychotherapiekosten von der Beschwerdegegnerin zu übernehmen, wie nachfolgend aufzuzeigen ist. Die heutige schweizerische Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie (SGKJPP) hat auf ihrer Website eine umfangreiche Broschüre des Zentrums für Kinder- und Jugendpsychiatrie der Universität Zürich mit dem Titel "Schizophrene Psychosen im Jugendalter", verfasst von Dr. med. Hellmuth Braun-Scharm und Dipl. Psych. Norbert Kienzle, veröffentlicht. Dort werden unter Bezugnahme auf Untersuchungen der letzten Jahrzehnte die verschiedenen möglichen Verlaufsformen beschrieben. Die günstige Verlaufsform sei demnach eine zeitlich befristete, einmalige Episode von mehrwöchiger oder mehrmonatiger Dauer, die folgenlos abklinge. Bei der mittleren Verlaufsform würden meist mehrere schizophrene Episoden von mindestens mittelgradiger Ausprägung auftreten. Nach Abklingen der Akutsymptomatik würden mehr oder weniger deutliche Leistungseinbussen verbleiben. Von ungünstigen Verlaufsformen spreche man heute dann, wenn schwere akute Episoden häufig auftreten und keine Stabilisierung zulassen würden und z.B. Halluzinationen und Wahn in starker Ausprägung fortbeständen. In diesem Fall sei in der Regel für lange Zeit professionelle Hilfe nötig. Selbst bei diesen Formen sei manchmal nach jahrelanger Krankheitsdauer unerwartet noch eine Besserung zu verzeichnen (S. 15 f.). b) Ein von der Beschwerdeführerin eingereichter Artikel aus dem

Jahr 2005 trägt den Titel "Psychische Krankheiten – der Verlauf ist oft besser, als lange angenommen wurde". Tabea Apfel, Oberärztin an der Psychiatrischen Poliklinik des Universitätsspitals Basel, legt darin unter Bezugnahme auf neuere Studien dar, dass 20 bis 30% der an Schizophrenie Erkrankten nach einem ersten Auftreten der Krankheit ohne Rückfall gesund würden. Lediglich etwa 20% der an Schizophrenie Erkrankten würden langfristig und dauerhaft an den Beschwerden der Krankheit leiden (act. G 1.1.2). Der von der Beschwerdeführerin eingereichten, aus dem Jahr 2005 stammenden wissenschaftlichen Sichtung der jüngeren internationalen Schizophreniestudien "Size of burden of schizophrenia and psychotic disorders", an der u.a. die beiden Universitätsprofessoren aus Zürich und Basel, Rössler-Riecher und Rössler, beteiligt waren, ist zu entnehmen, dass über 100 Jahre der Schizophrenie-Forschung das Puzzle der Krankheit noch nicht vollständig gelöst haben, dass aber in den vergangenen beiden Jahrzehnten grosse Fortschritte erzielt werden konnten (act. 1.1.1, S. 3, zweiter Absatz). Die grössten Studien über den Verlauf der Schizophrenie wurden von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) koordiniert. Gemäss der 1996 veröffentlichten Teilstudie der WHO-DOS-Studie erleiden 18% der Schizophrenie-Patienten keinen Rückfall und 44% werden wieder gesund oder sind nur wenig beeinträchtigt (S. 5, letzter Absatz). Nach der 1989 veröffentlichten "Buckinghamshire Study" bleiben 22% der Erkrankten über fünf Jahre nach dem ersten Klinikaufenthalt symptomfrei (S. 6, dritter Absatz). In Entwicklungsländern beträgt die Rate der innert zwei Jahren vollständig Genesenen nach einem 1992 veröffentlichten Teil der WHO-DOS-Studie 63% verglichen mit 37% in den entwickelten Ländern. Auch wenn die Gründe hierfür offenbar noch nicht restlos geklärt sind, vermutet man, dass die stärkere Familienunterstützung in Entwicklungsländern dieses Phänomen erkläre (S. 6, vierter Absatz). c) Vor dem Hintergrund dieser neueren Erkenntnisse ist offensichtlich, dass in der Beurteilung der Schizophrenie und deren Behandlungscharakter nicht länger auf den Stand der medizinischen Forschung der 1970er Jahre abgestellt werden kann. Insbesondere rechtfertigt es sich nicht länger, eine schizophrene Erkrankung pauschal und ohne Rücksicht auf den Einzelfall zu den Krankheiten zu zählen, die ohne kontinuierliche Behandlung nicht dauerhaft gebessert werden können. Die neuere Forschung zeigt, dass die Behandlungsbedürftigkeit im Erwachsenenalter heute bei Weitem nicht mehr in allen Fällen der Schizophrenie unverändert andauert. Die Anspruchsvoraussetzungen betreffend medizinische Massnahmen der IV sind somit etwa mit jenen bei der Anorexia nervosa vergleichbar. In diesem Zusammenhang hat das EVG mit Entscheid vom 10. Oktober 2005 festgehalten, der Umstand, dass die Anspruchsvoraussetzungen oftmals nicht erfüllt seien, ändere nichts daran, dass im Einzelfall zu prüfen sei, ob Anspruch auf medizinischen Massnahmen gegenüber der IV bestehe (I 256/05, E. 2.4). d) Ob die Krankheit der Beschwerdeführerin – unter der Annahme, es handle sich um eine Schizophrenie – auch ohne permanente Behandlung dauerhaft gebessert werden kann, hängt nicht zuletzt von der Prognose der behandelnden Ärzte ab. Nach der stationären Behandlung stellten die behandelnden Ärzte der Klinik A.____ in ihrem Bericht vom 28. Juni 2004 eine günstige Prognose. Die kognitiven Ressourcen und die Kooperation der Familie, die Akzeptanz der Medikation und die vorbestehende therapeutische Beziehung zu den Behandlerinnen im ambulanten Bereich würden insgesamt günstige Voraussetzungen für die Rehabilitation der Patientin darstellen. Als prognostisch eher ungünstig wurden das verzögerte Ansprechen auf die medikamentöse Behandlung, die genetische Vorbelastung und die vorbestehenden sozialen Integrationsschwierigkeiten genannt (IV-act. 12). Die Ärzte der Dienste B.____ hielten in ihrem Bericht vom 18. August 2004 fest, dass angesichts des jugendlichen Alters

der Patientin der Entwicklungsaspekt mit Aussicht auf eine gute bis vollständige Remission der Krankheit zu berücksichtigen sei (IV-act. 14). Dr. C. ___ äussert in ihren ärztlichen Zeugnissen vom 23. Februar und 4. April 2006 ebenfalls eine günstige Prognose (act. G 1.3, 5.1). Der Replik vom 21. April 2006 ist zu entnehmen, dass die Beschwerdeführerin im Frühling 2006 eine für die Lehre zur Kinderbetreuerin notwendige Praktikumsstelle in einer Kindertagesstätte in E. ___ erhalten habe. Zudem habe die tägliche Dosis der benötigten Neuroleptika auf 0.5 mg reduziert werden können (act. G 5). Wie der oben zitierten Darstellung schizophrener Psychosen im Jugendalter von Dr. Braun-Scharm und Dipl. Psych. Kienzle zu entnehmen ist, sei eine Prognosestellung grundsätzlich umso schwieriger, je früher sie angestellt werde (a.a.O., S. 16). Während in der ersten Beurteilung der Ärzte der Klinik A. ___ neben positiven Elementen auch einige möglicherweise negative erwähnt wurden, sind die zeitlich später erfolgten Prognosen der Dienste B. ___ und von Dr. C. ___ durchwegs positiv. Unter Berücksichtigung der Tatsache, dass eine Prognose immer Wahrscheinlichkeitscharakter hat und nie mit absoluter Sicherheit die zukünftige Entwicklung vorhersehen kann, ist sie vorliegend entgegen der Ansicht der Beschwerdegegnerin als günstig zu bezeichnen. Die Ansicht des RAD, eine zuverlässige Prognose lasse sich noch nicht stellen, trifft auch vor dem Hintergrund der Tatsache, dass etwa die positive Prognose der Dienste B. ___ bereits im Sommer 2004 erfolgte, von Dr. C. ___ bestätigt wurde und sich bis heute bewahrheitete, nicht zu. Die Beschwerdegegnerin verweist zur Begründung ihrer Einschätzung, es liege keine genügende bzw. genügend günstige Prognose vor, auf den Entscheid I 615/03 (richtig: I 615/01) vom 28. Februar 2003. Dieser Entscheid lässt sich jedoch mit dem vorliegenden Sachverhalt schon deshalb nicht vergleichen, weil in jenem Fall die Prognose bezüglich beruflicher Eingliederung der dortigen Beschwerdeführerin offen war und nach Ansicht der Ärzte vor Ablauf von ca. zwei Jahren diesbezügliche Massnahmen sicherlich eine psychische Überforderung der Versicherten dargestellt hätten (E. 4.1). e) Auch bei einer günstigen Prognose ist eines der Behandlungsziele der Psychotherapeuten stets die Vermeidung einer erneuten psychotischen Dekompensation. Dies bedeutet jedoch keineswegs, dass die Therapie nur darauf ausgerichtet ist, einen bestehenden Zustand zu halten und eine Verschlechterung zu vermeiden. Ganz im Gegenteil beweisen die seit Sommer 2004 erzielten Fortschritte der Beschwerdeführerin, dass eine Besserung eingetreten ist und eine gänzliche Heilung möglich scheint. Die Ärztin des RAD würdigt in ihrer Stellungnahme vom 13. März 2006 diese medizinische Seite nur ungenügend und beachtet die Erkenntnisse der Wissenschaft zur Schizophrenie in den letzten Jahrzehnten nicht. Bei Jugendlichen bis zur Vollendung des 20. Lebensjahres ist wie erläutert nicht von Bedeutung, ob die fragliche medizinische Massnahme eine Behandlung des Leidens an sich darstellt, wenn sie überwiegend der beruflichen Eingliederung dient (siehe oben Erwägung 2a). Die Ärzte der Dienste B. ___ bescheinigten, dass ohne entsprechende medizinische und berufliche Massnahmen von einer schlechten Entwicklungsprognose mit unzureichender beruflicher Integration und drohender Invalidität ausgegangen werden müsse (IV-act. 14). Ohne professionelle Hilfe ist also überwiegend wahrscheinlich, dass das psychische Leiden die Ausbildung oder spätere Erwerbsfähigkeit erheblich behindern oder gar verunmöglichen würde. Die Prognose ist günstig, von einer dauerhaften Besserung wird ausgegangen und eine vollständige Heilung erscheint – insbesondere auch unter Berücksichtigung der neueren medizinischen Forschung zur Schizophrenie – als möglich. Somit sind die Voraussetzungen zur Übernahme der Psychotherapiekosten durch die Beschwerdegegnerin auch gegeben, wenn entgegen der nachvollziehbaren Einschätzung von Dr. C. ___ von der Diagnose der

paranoiden Schizophrenie auszugehen wäre. f) Die Beschwerdegegnerin zitiert im Einspracheentscheid die Rechtsprechung des EVG in ZAK 1971 S. 604, wonach ein psychotischer Zustand – Ausnahmen vorbehalten – bei einem Kind lange fortschreitend bleibe. Bei einem an solchen Störungen leidenden Kind diene die psychotherapeutische Massnahme in der Regel nicht der Verhinderung eines stabilen Defektzustandes, der sich in naher Zukunft einstellen würde. Vorbehalten habe das EVG den Fall, dass eine medizinische Massnahme, die an sich der Leidensbehandlung diene, derart eng mit gleichzeitig zur Durchführung gelangenden medizinischen Eingliederungsmassnahmen verbunden sei, dass sie von diesen nicht getrennt werden könne, ohne die Erfolgsaussichten zu gefährden. Demzufolge könne Psychotherapie von der IV übernommen werden, wenn sie der Ergänzung der Sonderschulung oder anderer Massnahmen pädagogischer Art diene, sofern sie nicht selbst von derartiger Bedeutung sei, dass sie die anderen Massnahmen in den Hintergrund verweisen würde. Aus den Akten sei vorliegend nicht ersichtlich, dass die Psychotherapie in Ergänzung zu einer Sonderschulmassnahme oder ähnlichem durchgeführt werde. Wie erläutert, wurden seit Fällung des von der Beschwerdegegnerin zitierten EVG-Entscheids im Jahr 1971 betreffend die Schizophrenie wesentliche neue Erkenntnisse erzielt. Insbesondere kann nicht mehr ohne weiteres davon ausgegangen werden, dass ein psychotischer Zustand bei einem Kind immer lange fortschreitend bleibt. Dafür ist die Beschwerdeführerin, die ihren erstmals aufgetretenen psychotischen Zustand während des stationären Aufenthalts in der Klinik A.____ überwand, seither keinen Rückfall erlitt und deren Chancen auf gänzliche Heilung von den Ärzten als günstig bezeichnet werden, das beste Beispiel. Die medizinischen Unterlagen belegen zudem, dass die Psychotherapie der Verhinderung eines stabilen Defektzustandes dient, der sich ohne die Therapie in naher Zukunft wahrscheinlich einstellen würde. Bereits aus diesem Grund vermag der Hinweis auf die Rechtsprechung in ZAK 1971 S. 604 einen Anspruch auf Übernahme der Psychotherapiekosten vorliegend nicht zu beseitigen. Sogar wenn sich der medizinische Wissensstand seit ZAK 1971 S. 604 nicht verändert hätte, wäre die Beschwerdeführerin zu den dort eigens erwähnten Ausnahmen zu zählen und ein Anspruch zu bejahen.

E. 6

a) Die Beschwerdeführerin lässt in der Beschwerde mit Verweis auf die Einsprache beantragen, die Kosten für die Psychotherapie seien ab Beginn der Therapie und nicht erst ab dem 2. Behandlungsjahr zu übernehmen. Rz. 645-647/845-847.5 KSME legt fest, dass die Kostenübernahme erst ab dem zweiten Behandlungsjahr erfolgt. Gemäss einem am 12. Januar 2006 ergangenen Entscheid des EVG (I 372/05), in dem sich dieses mit der Angemessenheit der einjährigen Karenzfrist befasst, bestehe kein Anlass, die Gesetzmässigkeit dieser Verwaltungspraxis in Frage zu stellen (E. 2.8). Die Karenzfrist sei sinnvoll, in der normativen Ordnung abgestützt und erweise sich als gesetzeskonform (E. 2.9). Vor dem Hintergrund dieser an sich fragwürdigen Rechtsprechung ist vorliegend eine einjährige Karenzfrist zu beachten. Die ambulante Psychotherapie begann am 24. Juni 2004 (IV-act. 23). Das Karenzjahr war zu diesem Zeitpunkt bereits abgelaufen, da die Beschwerdeführerin nach der Aktenlage schon ein knappes Jahr vor Beginn des stationären Aufenthalts in der Klinik A.____ (Februar 2004) bei den Diensten B.____ mit ambulanter Psychotherapie begonnen hatte (IV-act. 12-2/5; IV-act. 14-2/5; act. G 3.1). Obwohl damals noch keine Diagnose gestellt wurde, sind die beiden Behandlungsphasen der ambulanten Psychotherapie nicht unabhängig voneinander. Damit fällt der Behandlungsbeginn in den März 2003. Das Karenzjahr war im Juni 2004 also bereits abgelaufen. b) Gemäss Rz. 645-647/845-847.5 KSME ist die Psychotherapie jeweils für maximal zwei Jahre zu

vergüten. Die Beschwerdeführerin lässt in der Beschwerde vom 28. Februar 2006 beantragen, die Kosten für die Psychotherapie seien während der kommenden zwei Jahre zu übernehmen (act. G 1). Im Arztbericht vom 18. August 2004 hatten die behandelnden Ärzte der Dienste B. ___ ausgeführt, die ambulante Behandlung sei am 16. Juni 2004 (erneut) aufgenommen worden. Das erste Jahr sei von der Krankenkasse bezahlt worden (IV-act. 14). Mit Schreiben vom 10. August 2005 beantragte die behandelnde Psychologin der Dienste B. ___ Übernahme der Psychotherapiekosten durch die Beschwerdegegnerin für mindestens zwei weitere Jahre (IV-act. 23). Es erscheint mit Blick auf die Verwaltungspraxis als angemessen, die Kostenübernahme während zweier Jahre ab Juni 2004 zu bewilligen.

E. 7

a) Zusammenfassend ist festzuhalten, dass ausgehend von der Diagnose einer Anpassungsstörung mit vorwiegend ängstlichen und teilweise depressiven Elementen die Voraussetzungen für die Übernahme der Psychotherapiekosten für zwei Jahre gegeben sind. Die Therapie ist für die erfolgreiche berufliche Eingliederung unerlässlich und wird gemäss der günstigen Prognose in Bezug auf die Überwindung der Krankheit in absehbarer Zeit eingestellt werden können. Selbst wenn man von der ursprünglichen Diagnose einer paranoiden Schizophrenie ausgehen würde, wären die Anspruchsvoraussetzungen für die Übernahme der Therapiekosten durch die Beschwerdegegnerin erfüllt. Aufgrund der neueren Erkenntnisse in der medizinischen Forschung kann nicht länger davon ausgegangen werden, dass Schizophrenien stets denselben Verlauf nehmen und die Behandlungsbedürftigkeit in diesen Fällen auch im Erwachsenenalter unverändert andauere. Da insbesondere bei erstmals an Schizophrenie Erkrankten eine beachtliche Heilungschance besteht, ist im Einzelfall zu prüfen, ob nach den von der Rechtsprechung entwickelten Voraussetzungen ein Anspruch auf medizinische Massnahmen gegenüber der IV besteht. Vorliegend ist dies zu bejahen. Allem voran liegt eine genügend wahrscheinliche günstige Heilungsprognose vor. Der Anspruch auf Übernahme der Psychotherapiekosten besteht für die Zeit ab Juni 2004, zumal zu jenem Zeitpunkt das Karenzjahr bereits abgelaufen war. Die Beschwerde ist somit unter Aufhebung des Einspracheentscheids gutzuheissen. b) Der Vater der Beschwerdeführerin beantragt Entschädigungsfolgen für das Beschwerdeverfahren (act. G 1). Der obsiegenden Partei werden nach Art. 61 lit. g ATSG die Parteikosten ersetzt. Unter Parteikosten werden insbesondere die Vertretungskosten verstanden. Dazu zählen die Entschädigung, die die vertretende Person für ihren Aufwand geltend macht sowie die Barauslagen dieser Vertretung. Darüber hinaus gehören zu den Parteikosten auch besondere Auslagen, die für Abklärungsmassnahmen entstanden sind, die durch den Versicherungsträger anzuordnen und durchzuführen gewesen wären, jedoch – an dessen Stelle – durch die Partei veranlasst wurden (UELI KIESER, ATSG-Kommentar, Zürich 2003, Rz. 96 zu Art. 61). Anders als im Einspracheverfahren wird die Beschwerdeführerin im Beschwerdeverfahren nicht mehr durch einen Rechtsanwalt vertreten, sondern durch ihren Vater. Nach der Rechtsprechung steht Eltern, die ihr Kind im Prozess vertreten, keine Parteientschädigung für Arbeitsaufwand und Umtriebe zu. Die Eltern handeln primär als Inhaber der elterlichen Sorge und als gesetzliche Vertreter, ohne die das minderjährige Kind gar nicht prozessieren könnte (ZAK 1984 S. 276). Kosten für besondere Auslagen im Zusammenhang mit Abklärungsmassnahmen werden zudem nicht geltend gemacht, weshalb der Antrag auf Zusprache einer Parteientschädigung vollumfänglich abzuweisen ist. Demgemäss hat das Versicherungsgericht im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 53 GerG entschieden: 1. Die

Beschwerde wird unter Aufhebung des Einspracheentscheids vom 31. Januar 2006 gutgeheissen und die Beschwerdegegnerin wird im Sinne der Erwägungen angewiesen, der Beschwerdeführerin die Kosten für die Psychotherapie ab Juni 2004 zu bezahlen. 2. Es werden keine Gerichtskosten erhoben. 3. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.

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