

SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2007/133 vom 31. August 2007

Sg Versicherungsgericht, 2007-08-31, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_IV_2007_133

FR: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2007/133 du 31 août 2007

IT: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2007/133 del 31 agosto 2007

Regeste

Art. 13 IVG: Ein psychoorganisches Syndrom (POS) kann nur dann als Geburtsgebrechen gemäss Ziff. 404 GgV Anhang anerkannt werden, wenn es neben den Voraussetzungen von Diagnose und Behandlungsbeginn vor dem 9. Altersjahr und den kumulativ zu erfüllenden Kriterien der Rz. 404.5 KSME mit überwiegender Wahrscheinlichkeit prä- oder perinatal entstanden und nicht etwa durch frühkindliche Verwahrlosung erworben wurde. Vorliegend wurde die überwiegende Wahrscheinlichkeit und damit ein Leistungsanspruch aus Art. 13 IVG verneint und die Sache zur Prüfung der Kostenübernahme für medizinische Massnahmen unter dem Titel von Art. 12 IVG an die IV-Stelle zurückgewiesen (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kanton St. Gallen vom 31. August 2007, IV 2007/133).

Erwägungen

E. 1

Mit der angefochtenen Verfügung hat die Beschwerdegegnerin eine Kostengutsprache für medizinische Massnahmen gegenüber der Beschwerdeführerin abgelehnt. Ihre Begründung betraf allein einen möglichen Anspruch nach Art. 13 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG; SR 831.20). Nach der Rechtsprechung ist jedoch in Fällen, da Versicherten bis zum vollendeten 20. Altersjahr nicht gestützt auf Art. 13 IVG medizinische Massnahmen gewährt werden können, auch zu prüfen, ob dies nicht gestützt auf Art. 12 IVG möglich ist (vgl. EVGE I 309/05 vom 1. Dezember 2005). Streitgegenstand im vorliegenden Verfahren bildet demnach der Anspruch der Beschwerdeführerin auf medizinische Massnahmen unter beiden Titeln.

E. 2

a) Nach Art. 13 IVG haben Versicherte bis zum vollendeten 20. Altersjahr Anspruch auf die zur Behandlung von Geburtsgebrechen (Art. 3 Abs. 2 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG; SR 830.1]) notwendigen medizinischen Massnahmen (Abs. 1). Der Bundesrat bezeichnet die Gebrechen, für die diese Massnahmen gewährt werden. Er kann die Leistung ausschliessen, wenn das Gebrechen von geringfügiger Bedeutung ist (Abs. 2). Gemäss Art. 1 der Verordnung über Geburtsgebrechen (GgV; SR 831.232.21) gelten als Geburtsgebrechen im Sinn von Art. 13 IVG solche Gebrechen, die bei vollendeter Geburt bestehen. Der Zeitpunkt, in dem ein Geburtsgebrechen als solches erkannt wird, ist unerheblich (Abs. 1). Die Geburtsgebrechen sind in der Liste im Anhang der GgV aufgeführt (Abs. 2). b) Ziff. 404 GgV Anhang umschreibt als Geburtsgebrechen kongenitale Hirnstörungen mit vorwiegend psychischen und kognitiven Symptomen bei normaler Intelligenz (kongenitales infantiles Psychosyndrom, kongenitales hirndiffuses psychoorganisches Syndrom, kongenitales

hirnlokales Psychosyndrom), sofern sie mit bereits gestellter Diagnose als solche vor Vollendung des neunten Altersjahres behandelt worden sind (kongenitale Oligophrenie ist ausschliesslich als Ziff. 403 zu behandeln). Kongenitale Hirnstörungen im Sinne von Ziff. 404 GgV Anhang können sowohl angeboren (prä- oder perinatal entstanden) als auch nachgeburtlich erworben sein. Für einen Leistungsanspruch nach Art. 13 IVG von Bedeutung ist daher nicht nur, ob ein POS als solches vorliegt, sondern auch, ob es angeboren ist. Nach der konstanten Rechtsprechung beruhen die Anspruchsvoraussetzungen der Ziff. 404 (Diagnose und Behandlungsbeginn vor vollendetem 9. Altersjahr) auf der medizinisch begründeten und empirisch belegten Annahme, dass ein erst später diagnostiziertes und behandeltes Leiden nicht mehr auf einem angeborenen, sondern einem erworbenen POS beruht, das nicht von der Invaliden-, sondern von der Krankenversicherung zu übernehmen ist (EVGE I 265/04 vom 30. September 2004, Erw. 3.1; BGE 122 V 120 Erw. 3a/cc und dd). Ist bei Diagnose und Behandlungsbeginn vor dem 9. Altersjahr eine frühkindliche Verwahrlosung ausgewiesen, ist fachärztlich festzustellen, ob diese als Ursache der Symptomatik bezeichnet werden muss. Zutreffendenfalls ist ebenfalls kein Geburtsgebrechen anzunehmen (Rz. 404.2 des vom Bundesamt für Sozialversicherung erlassenen Kreisschreibens über die medizinischen Eingliederungsmassnahmen in der Invalidenversicherung [KSME]). c) Nach der Verwaltungspraxis können die Voraussetzungen von Ziff. 404 GgV als erfüllt gelten, wenn vor dem neunten Geburtstag mindestens Störungen - des Verhaltens im Sinne krankhafter Beeinträchtigung der Affektivität oder der Kontaktfähigkeit - des Antriebes - des Erfassens (perzeptive, kognitive oder Wahrnehmungsstörungen) - der Konzentrationsfähigkeit sowie - der Merkfähigkeit ausgewiesen sind. Diese Symptome müssen kumulativ nachgewiesen sein; sie müssen jedoch nicht unbedingt gleichzeitig vorhanden sein, sondern können unter Umständen sukzessive auftreten. Wenn bis zum neunten Geburtstag nur einzelne der erwähnten Symptome ärztlich festgestellt werden, sind die Voraussetzungen der Ziff. 404 GgV nicht erfüllt (Rz 404.5 KSME).

E. 3

a) Der behandelnde Arzt Dr. C.____ stellte die Diagnose des Geburtsgebrechens Ziff. 404 nach einer Abklärung der Beschwerdeführerin im Frühling 2006, die ergotherapeutische Behandlung begann Anfang Juni 2006 (IV-act. 40-4 ff.). Damals hatte die am 16. Januar 1998 geborene Beschwerdeführerin das 9. Altersjahr also noch nicht vollendet. Im Beiblatt zum Geburtsgebrechen Ziff. 404 geht Dr. C.____ die fünf Voraussetzungen der Rz 404.5 KSME einzeln durch: - Zur Verhaltensstörung im Sinne krankhafter Beeinträchtigung der Affektivität oder der Kontaktfähigkeit führt er aus, die Beschwerdeführerin sei sozial nicht stabil und zeige ein extremes Trotzverhalten, verweigere etc. und stelle damit die Heimbetreuerinnen immer wieder vor Probleme. Auch in der Schule sei sie emotional instabil und im Umgang mit anderen Kindern äusserst intrigant und zum Teil gemein. Sie habe immer Streit und schaffe extra Konfliktsituationen. - Störungen des Antriebs sieht Dr. C.____ in einem zum Teil impulsiven Lösungsverhalten, ständiger Unruhe mit Händen und Füssen, Schwierigkeiten, ruhig für sich zu spielen, Unmöglichkeit zu warten und störendem Verhalten gegenüber anderen. Die Hyperaktivität sei abhängig von der Umgebung, was Dr. C.____ sehr häufig bei Kindern mit dieser Diagnose beobachte. - Störungen des Erfassens zeigen sich gemäss Dr. C.____ in verminderter taktilkinästhetischer Diskriminationsfähigkeit, einer reduzierten taktilkinästhetischen Erfassungsspanne, einer verminderten visuellen Erfassungsspanne, einer verminderten Figurhintergrunddifferenzierung, einer verminderten Raumerfassung, einer verminderten

auditiv-verbale und -nonverbale Erfassungsspanne und in eingeschränkter Kanalkapazität. - Betreffend Konzentrationsfähigkeit bemerkt Dr. C. ___ eine deutlich erhöhte Ermüdbarkeit. Lehrer, Logopädin, Heimbetreuerinnen und die Kindsmutter hätten zudem folgendes bemerkt: Konzentrationsschwäche, übermässige Vergesslichkeit im Alltag, Mühe mit der Daueraufmerksamkeit, Schwierigkeiten zuzuhören, Mühe mit Anleitung/gestaffelten Aufträgen, Organisationsschwierigkeiten, Mühe, sich länger geistig anzustrengen, häufiges Verlieren und Verlegen und leichte Ablenkbarkeit durch äussere Reize. - Die Merkfähigkeit ist gemäss Dr. C. ___ im Bereich der Taktilkinästhetik, der auditiv-verbale und -nonverbale Merkfähigkeit und im Bereich der visuellen Merkfähigkeit reduziert, was auch in der Schule beschrieben werde. Dr. C. ___ bescheinigte für die Beschwerdeführerin einen IQ von 76. Zusammen mit der Epilepsie handle es bei der Beschwerdeführerin sich vermutlich nicht um ein klassisches Aufmerksamkeitsdefizit-Syndrom (ADS) und es sei mässig zu diskutieren, wie weit die Epilepsie, deren Behandlung oder andere Umstände mit ursächlich gewesen seien (IV-act. 40-3 f.). Wie einem Bericht von Dr. C. ___ zuhanden der behandelnden Ergotherapeutin vom 24. Juli 2006 zu entnehmen ist, seien sich alle Betreuenden (Mutter, Lehrer, Heimbetreuerinnen) einig gewesen, dass eine motorische Therapie sinnvoll sei. Im Juni 2006 wurde eine Ergotherapie begonnen. Der Bericht schliesst mit dem Hinweis Dr. C. ___, er werde versuchen, die Beschwerdeführerin bei der IV für das Geburtsgebrechen Ziff. 404 anzumelden, da die IV ungern motorische Therapien über Ziff. 387 (Epilepsie) zahle (IV-act. 40-8 f.). b) Dr. B. ___ teilt in seiner Begutachtung vom 20. Dezember 2006 die Diagnose von Dr. C. ___ nicht, sondern geht von einem ADS vom unaufmerksamen Typ mit Teilleistungsschwierigkeiten und knappem kognitiven Potential aus. Weiter diagnostiziert er Verhaltensauffälligkeiten nach Frühverwahrlosung/emotionaler Deprivation. Die belastete frühe Kindheitsphase habe die Entwicklung der Beschwerdeführerin gefährdet und in einen Obhutsentzug und einer Platzierung der Beschwerdeführerin mit fünf Jahren im Kinderheim gemündet. Die Persönlichkeitsentwicklung sei durch eine sehr schwierige und konflikthafte Beziehung der Elternteile bis heute gestört. Ein zusätzliches Erschwernis resultiere aus dem knappem kognitiven Potential an der Grenze zu einer leichten geistigen Behinderung. Dr. B. ___ hält fest, die Abklärungen von Dr. C. ___ seien ausserordentlich seriös und kompetent durchgeführt worden. Viele sehr gute Übereinstimmungen in der Einschätzung lägen vor. Die wesentliche Differenz liege in der unterschiedlichen Gewichtung der Auswirkungen der Frühdeprivation auf die Verhaltensauffälligkeiten, die aufgrund des KSME eine POS-Diagnose nicht zuliesse. Immerhin bestehe die Möglichkeit, indizierte medizinische Massnahmen über das verfügte Geburtsgebrechen Ziff. 387 abzurechnen (IV-act. 47). c) Dr. C. ___ nahm zum Gutachten B. ___ am 16. März 2007 Stellung. Die Beschwerdeführerin sei aus ihrer schwierigen sozialen Situation sukzessive hinausgenommen worden und sei nun schon seit längerem fast die ganze Zeit im Kinderheim platziert. Die Eltern habe sie nur noch an gewissen Wochenenden gesehen. Trotzdem habe sich ihr Verhalten in der Schule nur wenig gebessert. Sie habe weiterhin, auch nach langer Stabilisierung der sozialen Situation, eine Verhaltensstörung gegenüber anderen Kindern und ihrer Affektkontrolle gezeigt. Erst nachdem mittels Ritalin ihre Aufmerksamkeit gesteigert worden sei, sei es zu einem wesentlichen Fortschritt in dieser Beziehung gekommen. Durch das Ritalin werde ihr ermöglicht, auch im sozialen Bereich reflektiert zu handeln. Dies zeige klar, dass die angeborene Störung einen wesentlichen Anteil an ihren Verhaltensauffälligkeiten habe. Nach seiner Erfahrung hätte die Beschwerdeführerin auch in normalen

Familienverhältnissen mit diesen Grundvoraussetzungen höchstwahrscheinlich eine Störung des Verhaltens entwickelt. Die soziale Problematik habe das Ganze aber zusätzlich bestärkt. Zusammenfassend sei es seines Erachtens nicht möglich, in einer so komplexen Situation einer Ursache die Hauptverantwortung für die Verhaltensstörung wissenschaftlich korrekt zuzuschreiben (act. G 3.1). d) Dr. C.____ und Dr. B.____ sind sich im Wesentlichen darüber einig, dass die in Rz 404.5 KSME genannten Voraussetzungen des Geburtsgebrechens Ziff. 404 gegeben sind. Anders als Dr. C.____ vermutet Dr. B.____ jedoch, die Verhaltensstörung sei nicht angeboren, sondern durch frühkindliche Verwahrlosung bzw. Frühdeprivation erworben. Der Vertretung der Beschwerdeführerin ist nach ihren Angaben bewusst, dass deren soziales Umfeld problematisch ist. Es sei durchaus möglich, dass die schwierigen Verhältnisse zur Verstärkung ihrer Probleme beigetragen hätten. Es scheine aber nicht möglich zu gewichten, ob die Verhaltensauffälligkeiten krankheits- oder sozialbedingt seien. Tatsächlich ist nicht ersichtlich, dass objektive Kriterien eine zuverlässige Beantwortung der Frage zulassen würden, ob die Verhaltensauffälligkeiten ihren Ursprung in einem Geburtsbrechen haben oder ob die nach Lage der Akten eingetretene frühkindliche Verwahrlosung dafür verantwortlich ist. Dr. B.____ vermag auch nicht mehr als Indizien dafür zu nennen, dass die Probleme nach der Geburt aufgrund der Lebensumstände erworben wurden. Die Akten enthalten verschiedene solcher Hinweise. So dauert es nach Aussage einer Heimbetreuerin gegenüber Dr. C.____ anlässlich der Besprechung vom 24. Juli 2006 nach einem Wochenende bei den getrennt lebenden Eltern (vor allem beim Vater) die halbe Woche, bis sich die Beschwerdeführerin wieder an die Regeln halte (IV-act. 40-8). Die Beschwerdeführerin wurde bereits als Kleinkind bis zur Fremdplatzierung im Herbst 2003 offenbar von der Mutter auf nächtliche Barbesuche mitgenommen oder alleine zuhause gelassen. Das Kind sei immer wieder von Passanten oder Nachbarn nachts weinend auf dem Fensterbrett der im 4. Stock gelegenen Wohnung gesehen worden. Den Weg zum Kindergarten habe es zum Teil ohne Begleitung zurückgelegt. Die Vormundschaftsbehörde berichtete zudem von vermutetem Missbrauch (vgl. das Protokoll der Vormundschaftsbehörde vom 27. Oktober 2003, IV-act. 3). Trotz solcher Indizien auf eine frühkindliche Verwahrlosung erscheint es nicht als überwiegend wahrscheinlich, dass diese ursächlich für die Symptomatik ist. Dasselbe gilt jedoch auch für eine angeborene Entstehung. Beide Möglichkeiten sind vertretbar, wie die gegenläufigen, grundsätzlich aber beide nachvollziehbaren Einschätzungen von Dr. C.____ und Dr. B.____ beweisen. Es ist aus medizinischer Sicht also offenbar nicht möglich, eine prä- oder perinatale oder eine postnatale Entstehung der Auffälligkeiten mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zu belegen. Dies gesteht die Vertretung der Beschwerdeführerin ein und dies besagt auch die Aussage von Dr. C.____, wonach in einer so komplexen Situation die Hauptverantwortung für die Verhaltensstörung keiner Ursache wissenschaftlich korrekt zugeschoben werden könne. Eine verlässlichere, eine überwiegende Wahrscheinlichkeit begründende Beantwortung dieser Frage wäre vor diesem Hintergrund auch von weiteren medizinischen Abklärungen nicht zu erwarten, weshalb darauf zu verzichten ist (antizipierte Beweiswürdigung; vgl. BGE 122 V 157, Erw. 1d). Damit ist der im Sozialversicherungsrecht grundsätzlich massgebende Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit für ein die Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin nach Art. 13 IVG begründendes angeborenes POS nicht erbracht. Die Folgen der Beweislosigkeit hat die Beschwerdeführerin zu tragen, weshalb ein Leistungsanspruch nach Art. 13 IVG verneint werden muss.

E. 4

a) Zu prüfen ist, ob die indizierten medizinischen Massnahmen über das Geburtsgebrechen Ziff. 387 von der Beschwerdegegnerin zu finanzieren sind, wie dies Dr. B.____ vorschlägt (IV-act. 47-7) und auch Dr. C.____ eventualiter beantragt (IV-act.40-4). Nach der Rechtsprechung erstreckt sich der Anspruch auf medizinische Massnahmen ausnahmsweise auch auf die Behandlung sekundärer Gesundheitsschäden, die zwar nicht mehr zum Symptomenkreis des Geburtsgebrechens gehören, aber nach medizinischer Erfahrung dennoch häufig die Folge dieses Gebrechens sind. Zwischen dem Geburtsgebrechen und dem sekundären Leiden muss demnach ein qualifizierter adäquater Kausalzusammenhang bestehen. Nur wenn im Einzelfall dieser qualifizierte ursächliche Zusammenhang zwischen sekundärem Gesundheitsschaden und Geburtsgebrechen gegeben ist und sich die Behandlung überdies als notwendig erweist, hat die Invalidenversicherung im Rahmen des Art. 13 IVG für die medizinischen Massnahmen aufzukommen (BGE 100 V 41 mit Hinweisen; AHI 2001 S. 79 Erw. 3a). An die Erfüllung der Voraussetzungen des rechtserheblichen Kausalzusammenhanges sind strenge Anforderungen zu stellen, zumal der Wortlaut des Art. 13 IVG den Anspruch der versicherten minderjährigen Person auf die Behandlung des Geburtsgebrechens an sich beschränkt (vgl. das Urteil IV 2006/277 des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 16. Mai 2007, Erw. 3b). b) Dr. B.____ und Dr. C.____ sind sich im Grunde darüber einig, dass die Verhaltensauffälligkeiten der Beschwerdeführerin nicht in die Diagnose der Epilepsie hineininterpretiert werden können. Dr. B.____ hält explizit fest, die infantile Absenzen-Epilepsie, die derzeit medikamentös, klinisch wie auch elektroencephalographisch gut kontrolliert sei, lasse massgebende Folgen auf Intelligenz und kognitive Leistungen ausschliessen. Die Entwicklungsauffälligkeiten hätten ja auch bereits vor der Diagnose der Epilepsie bestanden. Allerdings seien bei Absenzen-Epilepsien oft uneinheitliche Leistungsprofile zu beachten, die Symptomatik bei der Beschwerdeführerin sprengt aber einen solchen Rahmen komplett. Die pathologischen Auffälligkeiten könnten daher nicht als Folge der Epilepsie betrachtet werden (IV-act. 47-6). Dr. C.____ wies in seinem Schreiben vom 24. Juli 2006 an die behandelnde Ergotherapeutin darauf hin, die Epilepsie werde medikamentös behandelt, allerdings sei die Beschwerdeführerin trotzdem nicht ganz anfallsfrei (IV-act. 40-5). Anlässlich einer EEG-Untersuchung vom 8. Juni 2006 am Ostschweizer Kinderspital wurde jedoch festgehalten, die Beschwerdeführerin sei unter Co-Medikation anfallsfrei (IV-act. 39). Jedenfalls führt keiner der Ärzte aus, es liege zwischen den Verhaltensauffälligkeiten und der Absenzen-Epilepsie ein qualifizierter Kausalzusammenhang im Sinn der oben zitierten Rechtsprechung vor – im Gegenteil verneint Dr. B.____ einen solchen Kausalzusammenhang explizit. Im Rahmen des Geburtsgebrechens Ziff. 387 kann die beantragte Ergotherapie demnach nicht bezahlt werden.

E. 5

a) Da eine Kostenübernahme nach Art. 13 IVG nach dem Gesagten nicht in Frage kommt, bleibt ein allfälliger Anspruch der Beschwerdeführerin gemäss Art. 12 IVG zu prüfen. Nach diesem Artikel haben Versicherte 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 (Abs. 1). Als medizinische Massnahmen im Sinn von Art. 12 IVG gelten nach Art. 2 Abs. 1 IVV 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. Die Massnahmen müssen nach bewährter Erkenntnis der medizinischen Wissenschaft angezeigt sein und den Eingliederungserfolg in einfacher und zweckmässiger Weise anstreben. Die IV übernimmt unter dem Aspekt von Art. 12 IVG grundsätzlich nur medizinische Vorkehren, die unmittelbar auf die Beseitigung oder Korrektur stabiler oder wenigstens relativ stabilisierter Defektzustände oder Funktionsausfälle hinzielen und welche die Wesentlichkeit und Beständigkeit des angestrebten Erfolges gemäss Art. 12 Abs. 1 IVG voraussehen lassen (BGE 120 V 279 Erw. 3a; AHI 2000 S. 64 Erw. 1). b) 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 ATSG 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 sonst wie 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). 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, Zürich 1997, S. 84 unten). Der Grund dafür liegt nach der Rechtsprechung darin, dass die Therapie in diesen Fällen die Entstehung eines Defekts oder eines sonst wie 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 S. 548 f.). c) Die höchstrichterliche Rechtsprechung hat bereits mehrere Urteile gefällt, in denen die IV die Behandlung eines nicht angeborenen POS unter Art. 12 IVG zu übernehmen oder die Sache näher abzuklären hatte (EVGE I 16/03 vom 16. Mai 2003, I 653/01 vom 16. August 2002; vgl. auch I 577/04 vom 14. April 2005, mit Hinweisen). Im letztgenannten Urteil hat das Eidgenössische Versicherungsgericht (heute Bundesgericht) festgehalten, dass nicht jedes POS generell zum Ausschluss von IV-Leistungen führt. Massgebend ist, ob im konkreten Einzelfall mit der Fortsetzung der Behandlung verhindert werden kann, dass die Berufsbildung der versicherten Person auf Grund der bestehenden psychischen und sozialen Konflikte beeinträchtigt wird und es gelingt, eine stabile Defektentwicklung zu verhindern. Unter solchen Umständen ist die bei Minderjährigen für die Übernahme einer Psychotherapie durch die IV rechtsprechungsgemäss ausreichende Voraussetzung, dass das psychische Leiden ohne die psychotherapeutische Behandlung zu einem schwer korrigierbaren, die spätere Ausbildung und Erwerbsfähigkeit erheblich behindernden oder gar verunmöglichten stabilen pathologischen Zustand führen würde, erfüllt (siehe auch das Urteil I 508/06 des Bundesgerichts vom 6. Februar 2007, Erw. 4.3). Auch Ergotherapie zur Behandlung eines POS wurde bereits zugesprochen (etwa in EVGE I 223/06 vom 6. Dezember 2006). d) Die Beschwerdegegnerin hat nicht geprüft, ob die Übernahme der Kosten für die beantragte medizinische Massnahme unter dem Titel von Art. 12 IVG in Frage kommt, obwohl sie dazu verpflichtet gewesen wäre und Dr. C. ___ diesen

Eventualantrag beim Leistungsgesuch vom 26. Juli 2006 obendrein explizit stellte (IV-act. 40-4). Eine Ergotherapie oder eine nach Angaben von Dr. C.____ möglicherweise notwendig werdende Psychomotoriktherapie können bei Vorliegen der weiteren Voraussetzungen wie erläutert grundsätzlich in den Leistungsbereich des Art. 12 IVG fallen. Aus den Akten ist nicht erkennbar, ob und gegebenenfalls wie sich die gesundheitliche Störung der Beschwerdeführerin auf die zukünftige Erwerbsfähigkeit auswirken wird. Damit lässt sich auch nicht beurteilen, ob ohne die Ergotherapie eine Heilung mit Defekt oder ein sonstwie stabilisierter Zustand einzutreten droht, der die Berufsbildung oder die Erwerbsfähigkeit beeinträchtigt. Ebensovienig ist ersichtlich, ob die angebehrte Massnahme geeignet und notwendig ist, einem derartigen Defekt vorzubeugen, und ob es sich um eine zeitlich begrenzte Vorkehr handelt. Da somit noch nicht rechtsgenügend erstellt ist, dass keine Massnahmen gemäss Art. 12 IVG in Betracht kommen, hat die Beschwerdegegnerin die entsprechenden notwendigen Abklärungen nachzuholen.

E. 6

a) Vor diesem Hintergrund ist die Verfügung vom 26. Februar 2007 bei teilweiser Gutheissung der Beschwerde aufzuheben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit diese einen Anspruch der Beschwerdeführerin auf medizinische Massnahmen nach Art. 12 IVG nach Vornahme der notwendigen Abklärungen überprüfe und darüber neu verfüge. b) Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.- bis Fr. 1000.- festgelegt (Art. 69 Abs. 1 bis IVG). Eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.- erscheint als angemessen. Die Rückweisung zur Neuurteilung gilt praxisgemäss als volles Obsiegen (ZAK 1987 S. 268 Erw. 5a). Somit unterliegt die Beschwerdegegnerin vollumfänglich. Da sie gemäss Art. 3 Abs. 1 lit. b des st. gallischen Einführungsgesetzes zur Bundesgesetzgebung über die Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (sGS 350.1) Teil der Sozialversicherungsanstalt und damit Teil einer selbständigen öffentlich-rechtlichen Anstalt ist, kommt Art. 95 Abs. 3 VRP/SG (Befreiung von der Pflicht zur Übernahme amtlicher Kosten) nicht zur Anwendung (vgl. Urs Peter Cavelti/Thomas Vögeli, Verwaltungsgerichtsbarkeit im Kanton St. Gallen – dargestellt an den Verfahren vor dem Verwaltungsgericht, 2. Aufl., 2003, Rz 792). Die Beschwerdegegnerin hat deshalb die gesamte Gerichtsgebühr von Fr. 600.- zu bezahlen. c) Die Vertretung der Beschwerdeführerin beantragt in der Beschwerde Entschädigungsfolgen. 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). Ist die (teilweise) obsiegende Partei nicht durch einen Anwalt vertreten, so wird ihr praxisgemäss für gewöhnlich keine Parteientschädigung zugesprochen (BGE 113 IB 353 neues Fenster Erw. 6b). Einer durch die Sozialen Dienste bzw. das Sozialamt vertretenen Partei entsteht in der Regel kein Aufwand, der zu ersetzen wäre (vgl. BGE 126 V 11). Da der Vertretung offensichtlich keine besonderen Auslagen im Sinne der obigen Erläuterung angefallen und derartige Kosten denn auch nicht geltend gemacht werden, besteht kein Anspruch auf eine Entschädigung. Demgemäss hat das Versicherungsgericht im Zirkulationsverfahren gemäss

Art. 53 GerG entschieden: 1. In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird die Verfügung vom 26. Februar 2007 aufgehoben und die Sache wird zur weiteren Abklärung und zur neuen Verfügung im Sinne der Erwägungen an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen. 2. Die Beschwerdegegnerin bezahlt eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.-. 3. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.

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