

SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2008/104 vom 21. November 2008

Sg Versicherungsgericht, 2008-11-21, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_IV_2008_104

FR: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2008/104 du 21 novembre 2008

IT: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2008/104 del 21 novembre 2008

Regeste

Art. 13 IVG, Art. 12 IVG, Art. 19 IVG (in der bis Ende 2007 gültig gewesenen Fassung). Fünfmönatiger Aufenthalt eines Versicherten mit dem Geburtsgebrechen Ziff. 404 (POS) in der Tagesklinik "Haus auf Wiesen". Der Aufenthalt wurde notwendig, weil der Versicherte aufgrund seiner Verhaltensstörung und sekundären emotionalen Störung, die sich aus dem Geburtsgebrechen Ziff. 404 ergaben, auf einer Sonderschule ohne Tagesstruktur nicht mehr tragbar war. Leistungsanspruch unter dem Titel Art. 13 IVG bejaht. Selbst bei einer Verneinung des Anspruchs unter diesem Titel hätte die IV-Stelle den Anspruch noch unter Art. 12 IVG bzw. Art. 19 IVG prüfen müssen (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 21. November 2008, IV 2008/104).

Erwägungen

E. 1

1.1 Im vorliegenden Fall sind der IV-Stelle eine ganze Anzahl Verfahrensfehler unterlaufen, sodass vorab der verfahrensmässige Ablauf zu rekonstruieren ist. Die KJPD beantragten bei der Beschwerdegegnerin am 5. Februar 2007 Kostengutsprache für teilstationäre Behandlung in der Tagesklinik "Haus auf Wiesen" und am 10. Juli 2007 interne Sonderschulung im Bad Sonder ab Beginn des Schuljahrs 2007/2008. Der zweite Antrag wurde nach Rücksprache mit dem RAD-Arzt Dr. E.____ mit Mitteilung vom 7. August 2007 anstandslos bewilligt (IV-act. 60); diese Kostengutsprache ist mittlerweile rechtskräftig. 1.2 Der Versicherte hielt sich vom 5. Februar 2007 bis 13. Juli 2007 in der Tagesklinik "Haus auf Wiesen" auf (vgl. IV-act. 56). Die Beschwerdegegnerin bezog sich in ihrem formlosen Schreiben vom 26. Juni 2007 auf das Gesuch der KJPD vom 5. Februar 2007 und verweigerte die Kostengutsprache für den "teilstationären Aufenthalt" (IV-act. 53). Auf Gesuch der Mutter des Versicherten vom 2. Juli 2007 um Eröffnung einer rechtmittelfähigen Verfügung (IV-act. 54) erliess die Beschwerdegegnerin am 5. Juli 2007 eine Verfügung mit dem Betreff "Keine Kostengutsprache für medizinische Massnahmen" (IV-act. 55). Auf den Einwand der KJPD vom 18. Juli 2008 hin (IV-act. 57) veranlasste sie weitere Abklärungen und verfügte am 21. Januar 2008 erneut ablehnend (IV-act. 65). Möglich ist, dass die Beschwerdegegnerin die Verfügung vom 2. Juli 2007 nachträglich in einen Vorbescheid gemäss Art. 57a IVG umdeutete und daraufhin ihrer Ansicht nach am 21. Januar 2008 erstmals über das Gesuch vom 2. Februar 2007 verfügte. Stellt man sich auf den Standpunkt, das Schreiben vom 26. Juni 2007 habe bereits der Gewährung des rechtlichen Gehörs gedient, wäre wohl kein Vorbescheid mehr nötig gewesen und die Verfügung vom 8. Juli 2007 wäre tatsächlich als eine solche zu betrachten. Mit den nach der Stellungnahme der KJPD vom 18. Juli 2007 eingeleiteten weiteren Abklärungen und der am 21. Januar 2008 erfolgten Neuverfügung wäre der Beschwerdegegnerin diesfalls zu

unterstellen, sie habe ihre erste Verfügung vom 8. Juli 2007 widerrufen und anschliessend neu verfügt. Welche dieser beiden Varianten zutrifft, kann offen gelassen werden. Die Verfügung vom 21. Januar 2008 war verfahrensrechtlich jedenfalls zulässig und die Beschwerdeerhebung erfolgte innert der ordentlichen Rechtsmittelfrist. Auf die Beschwerde ist somit einzutreten. 1.3 Am 1. Januar 2008 sind mit der 5. IVG-Revision verschiedene Änderungen des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG; SR 831.20) in Kraft getreten. Weil in zeitlicher Hinsicht grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgebend sind, die bei der Erfüllung des zu Rechtsfolgen führenden Tatbestands Geltung haben (BGE 127 V 467 Erw. 1), sind vorliegend die bis zum 31. Dezember 2007 geltenden materiellen Bestimmungen anzuwenden. Dass die angefochtene Verfügung aufgrund der verfahrensmässigen Fehler der Beschwerdegegnerin zufällig erst im Januar 2008, also nach Inkrafttreten der 5. IV-Revision, erlassen wurde, rechtfertigt freilich nicht die Anwendung des neuen Rechts, zumal sich der zu beurteilende Sachverhalt vollständig im Jahr 2007 zugetragen hat und kein Anknüpfungspunkt mit dem neuen Recht besteht.

E. 2

2.1 Nach Art. 13 Abs. 1 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. 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). Die Geburtsgebrechen sind in der Liste im Anhang der Verordnung über Geburtsgebrechen (GgV; SR 831.232.21) aufgeführt (Art. 1 Abs. 2 GgV). Als medizinische Massnahmen, die für die Behandlung eines Geburtsgebrechens notwendig sind, gelten sämtliche Vorkehren, die nach bewährter Erkenntnis der medizinischen Wissenschaft angezeigt sind und den therapeutischen Erfolg in einfacher und zweckmässiger Weise anstreben (Art. 2 Abs. 3 GgV). 2.2 Nach konstanter höchstrichterlicher 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. 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 (BGE 100 V 41 mit Hinweisen; I 32/06 vom 9. August 2007, Erw. 5.1). Gemäss Bundesgericht muss das sekundäre Leiden eine unmittelbare Folge, eine fast zwangsläufige Konsequenz des Geburtsgebrechens sein (I 32/06, Erw. 5.1, 5.4). 2.3 Die Übernahme der Kosten für den Aufenthalt im "Haus auf Wiesen" erfolgt offenbar praxisgemäss unter dem Titel der medizinischen Massnahmen, wenn die entsprechenden Voraussetzungen gegeben sind. Dass grundsätzlich medizinische Massnahmen betroffen sind, verdeutlicht auch der Vertrag vom 29. August 2005 zwischen der Stiftung Kinder- und Jugendpsychiatrische Dienste St. Gallen und santésuisse u.a. betreffend Behandlungen, die in der Tagesklinik

"Haus auf Wiesen" erbracht werden. Gemäss dessen Art. 8 bezahlen die Krankenversicherer für die Behandlung im "Haus auf Wiesen" eine Tagespauschale von Fr. 120.- (vgl. ABl 2005, 2192 ff.).

2.4 Im vorliegenden Fall anerkannte die Beschwerdegegnerin bereits im Jahr 2000 das Vorliegen des Geburtsgebrechens Ziff. 404 beim Beschwerdeführer. Sie stellt sich nun auf den Standpunkt, die teilstationäre Behandlung im "Haus auf Wiesen" stehe nicht in unmittelbarem Zusammenhang mit dem Geburtsgebrecben Ziff. 404, sondern mit dem Tourette-Syndrom (IV-act. 53). Dr. D. ___ präzierte im Schreiben vom 18. Juli 2007 seine früheren Ausführungen dahingehend, dass neben dem Geburtsgebrecben Ziff. 404 und dem Tourette-Syndrom eine sekundäre emotionale Störung und eine Verhaltensstörung vorliege. Er berichtet von sozial-depressivem Rückzug, geringer Frustrationstoleranz und impulsiven emotionalen Ausbrüchen des Versicherten. In der Gesamtbeurteilung sei aus kinderpsychiatrischer Sicht ein unmittelbarer Zusammenhang zwischen emotionaler Störung und Verhaltensstörung und dem Geburtsgebrecben Ziff. 404 gegeben. Es sei bekannt, dass die hirnfunktionelle Störung des Geburtsgebrechens Ziff. 404 sekundär zu einer emotionalen Störung oder Verhaltensstörung führen könne. Dies sei auch hier der Fall (IV-act. 57-1). Die RAD-Ärztin Dr. F. ___ hielt in ihrer Stellungnahme vom 15. August 2007 fest, beim Versicherten liege aus versicherungsmedizinischer Sicht eine behandlungsbedürftige, vermutlich multifaktoriell bedingte neuropsychiatrische Erkrankung vor. Anhand der vorhandenen Unterlagen sei nicht eindeutig beurteilbar, welche Rolle die einzelnen Faktoren (Geburtsgebrecben Ziff. 404, psychosoziale Faktoren, neu diagnostiziertes Tourette-Syndrom) bei den zunehmenden schulischen Problemen mit sozialer Ausgrenzung gespielt und eine teilstationäre kinderpsychiatrische sowie weiterführende ambulante psychotherapeutische Behandlung erforderlich gemacht hätten. Deswegen gelangte die Beschwerdegegnerin an Dr. med. G. ___, Fachärztin FMH für Kinder- und Jugendmedizin (IV-act. 61).

2.5 Dr. G. ___ hielt am 6. November 2007 fest, Ticstörungen und auch die ausgeprägte Form des Tourette-Syndroms würden bei Kindern mit ADHS/POS gehäuft auftreten. Eine eigentliche kausale Abhängigkeit des einen Syndroms vom anderen bestehe jedoch nicht. Das Tourette-Syndrom könne auch isoliert auftreten und sei insofern als eine eigenständige Krankheit anzusehen. Die früher (und weiterhin) bestehenden Störungen des Versicherten würden auf der ausgeprägten Wahrnehmungsschwäche beruhen. Sie hätten zur Diagnose des psychoorganischen Syndroms geführt. Ein kausaler Zusammenhang mit dem neu diagnostizierten Tourette-Syndrom bestehe nicht (Wahrnehmungsschwäche kein Vorläufer des Tourette-Syndroms). Die bestehende Impulsivität könne ebenfalls nicht auf das Tourette-Syndrom zurückgeführt werden, wenn auch eine zusätzliche psychologische Belastung durch das Tourette-Syndrom auftrete. Eine cerebrale Funktionsstörung (im Sinn eines organischen Psychosyndroms) liege beim Versicherten vor. Inwiefern dies einerseits zum Wahrnehmungsschwäche und andererseits zum Tourette-Syndrom führe, könne sie nicht beantworten, so Dr. G. ___. Der Versicherte zeige seit langem eine ausgesprochene Schwäche in der Wahrnehmungsorganisation. Dies führe einerseits zu deutlichen schulischen Schwierigkeiten, andererseits häufig zu Fehlinterpretationen im sozialen Umgang mit Kollegen und der Lehrerin (IV-act. 63-6).

2.6 Dr. D. ___ betonte im Schreiben vom 1. Februar 2008, die Komplexität der psychiatrischen Störung sei zwar in den früheren Befunden, nicht aber in der Rubrik Diagnosen zum Ausdruck gekommen. Neben dem Geburtsgebrecben Ziff. 404 und dem Tourette-Syndrom lägen eine sekundäre emotionale Störung und eine Verhaltensstörung vor. In der Gesamtbeurteilung sei aus kinderpsychiatrischer Sicht ein unmittelbarer Zusammenhang zwischen emotionaler

Störung und Verhaltensstörung und dem Geburtsgebrehen Ziff. 404 gegeben. Es sei bekannt, dass die hirnfunktionale Störung des Geburtsgebrehens Ziff. 404 sekundär zu einer emotionalen oder Verhaltensstörung führen könne. Dies sei auch beim Versicherten der Fall. Das Tourette-Syndrom sei als komorbide Störung anzusehen, die die Problematik zusätzlich verschlimmere und zusätzliche Anforderungen an Lehrer und Pädagogen stelle (IV-act. 69-2 f.; vgl. auch IV-act. 71). 2.7 In ihrer Stellungnahme vom 2. Juli 2008 wies die RAD-Ärztin Dr. F. ___ darauf hin, der Eintritt ins "Haus auf Wiesen" sei erforderlich gewesen wegen der zunehmend ausgeprägten komplexen kombinierten Tic-Störung/Tourette-Syndrom und nicht im Zusammenhang mit dem Geburtsgebrehen Ziff. 404. Diesbezüglich beruft sie sich auf einen Bericht von Dr. D. ___ vom 1. bzw. 2. Mai 2007, speziell auf die Antwort auf die Zusatzfrage 1 im Beiblatt. Der Zusammenhang mit einer sekundären emotionalen Störung und Verhaltensstörung und dem Geburtsgebrehen Ziff. 404 sei dabei von untergeordneter Bedeutung (act. G 23.1). 2.8 Am 6. August 2008 betonte Dr. D. ___ erneut, der Eintritt in die Tagesklinik "Haus auf Wiesen" sei in erster Linie aufgrund der sekundären emotionalen Störung und der Verhaltensstörung erfolgt (act. G 25.1). Dies sowie der kausale Zusammenhang dieser Störungen mit dem Geburtsgebrehen Ziff. 404 sind plausibel. Dr. D. ___ hatte sich entgegen der Ansicht von Dr. F. ___ nie gegenteilig geäußert. In jener von ihr zitierten Antwort auf Zusatzfrage 1 hatte Dr. D. ___ am 2. Mai 2007 festgehalten, im Verlauf der letzten anderthalb Jahre habe sich beim Versicherten eine komplexe, kombinierte Tic-Störung entwickelt. Parallel dazu habe er in der Kleinklasse D sozial nicht mehr integriert werden können, sodass er vom Unterricht suspendiert worden sei (IV-act. 47-3). Die Parallelität dieser Unmöglichkeit der Integration und der daraus folgenden Suspendierung einerseits mit der Entwicklung des Tourette-Syndroms andererseits bedeutet nicht, dass der Aufenthalt in der Tagesklinik "Haus auf Wiesen" wegen des Tourette-Syndroms notwendig geworden wäre. Dr. D. ___ hat dieses Missverständnis in seinen späteren Schreiben überzeugend widerlegt. Einzig unter Hinweis auf die Aussage von Dr. D. ___ vom 1./2. Mai 2007 kann entgegen der RAD-Ärztin Dr. F. ___ nicht auf einen entscheidend massgebenden ursächlichen Zusammenhang zwischen dem Tourette-Syndrom und dem Klinikeintritt geschlossen werden. Dr. G. ___ hatte am 6. November 2007 darauf hingewiesen, eine Beschulung im Jahrzeitenhaus sei aufgrund von unüberwindbaren Differenzen mit der Lehrerin nicht mehr möglich gewesen (IV-act. 63-6). Auch dies ist ein Hinweis darauf, dass der Eintritt in das "Haus auf Wiesen" primär wegen der Verhaltensstörung und der sekundären emotionalen Störung nötig wurde. Diese wiederum hängen eng mit dem Geburtsgebrehen Ziff. 404 zusammen. Auch Dr. G. ___ hatte die von ihr geschilderte ausgeprägte Wahrnehmungsschwäche und die dadurch bedingten Schwierigkeiten direkt auf das Geburtsgebrehen Ziff. 404 zurückgeführt. 2.9 Insgesamt belegen die medizinischen Akten hinlänglich, dass der Aufenthalt im "Haus auf Wiesen" zumindest hauptsächlich wegen der Problematik des Geburtsgebrehens Ziff. 404 bzw. der qualifiziert adäquat kausalen Verhaltensstörung und emotionalen Störung notwendig wurde. Die Beschwerdegegnerin hat die Kosten für den Klinikaufenthalt unter dem Titel des Art. 13 IVG zu übernehmen.

E. 3

Selbst wenn man mit der Beschwerdegegnerin eine Kostenübernahme unter dem Titel des Art. 13 IVG verneinen und gemäss ihrem Hinweis in der Duplik unter dem Titel des Art. 12 IVG prüfen würde, würde eine Kostenpflicht der Beschwerdegegnerin wahrscheinlich bestehen. Der Versicherte bezog seit Jahren Therapieleistungen über die IV (Ergotherapie, wohl auch Psychotherapie, die im Jahrzeitenhaus auch zum Angebot gehört). Unter diesen

Umständen könnte ihm kaum entgegengehalten werden, er habe das Wartejahr für eine Kostenübernahme nach Art. 12 IVG im Februar 2007 noch nicht erfüllt gehabt. Auch die übrigen Voraussetzungen des Art. 12 IVG wären wohl gegeben. Dass die Betreuung im "Haus auf Wiesen" positiv verlief, ist hinreichend belegt, teilten die KJPD am 10. Juli 2007 doch mit, die Behandlung dort habe erfolgreich durchgeführt werden können, wodurch der Versicherte wieder eingliederungsfähig geworden sei und im Rahmen einer internen Sonderbeschulung weiter beschult werden könne (IV-act. 56). Unter Berücksichtigung der medizinischen Akten erscheint die Beurteilung der Beschwerdegegnerin in der Beschwerdeantwort, die Behandlung sei eine eigentliche Leidensbehandlung und keine Massnahme, die später einem drohenden stabilen, nur schwer korrigierbaren Defekt vorbeuge, nicht als überzeugend.

E. 4

4.1 Im Übrigen wäre die definitive Kostenübernahmeverweigerung durch die Beschwerdegegnerin ohnehin verfrüht gewesen, selbst wenn kein Anspruch aus Art. 13 bzw. Art. 12 IVG bestehen würde. Zu prüfen wäre nämlich darüber hinaus, ob eine Kostenübernahme nicht unter dem Titel der Sonderschulung (Art. 19 IVG in der bis Ende 2007 gültig gewesenen Fassung) angezeigt wäre. Das "Haus auf Wiesen" ist eine Einrichtung der KJPD. Es wird auf der vom Amt für Soziales gemäss Art. 4 der Verordnung über Kinder- und Jugendheime (sGS 912.4) geführten öffentlichen Liste der von ihm bewilligten Einrichtungen der Heimpflege genannt (Ziff. 2 auf S. 8) und ist eine halbstationär konzipierte Tagesklinik. Gemäss Information auf der Website handelt es sich um eine kinderpsychiatrische Tagesstätte mit Schule für sieben Kinder. Die Tagesklinik biete Raum für Kinder, die aufgrund ihrer Problemstellung nicht mehr ambulant behandelt werden könnten (www.kjpd-sg.ch/index.php?seite=78). Dr. D.____ erläuterte in seinem Schreiben vom 9. September 2008, das Behandlungskonzept umfasse eine psychotherapeutische Behandlung (mit einer Stunde Einzelpsychotherapie pro Woche und einer anderthalbstündigen familientherapeutischen Sitzung alle drei Wochen), eine sozialpädagogische Betreuung, die die Tagesstruktur ausserhalb der Schulzeiten umfasse, sowie den Schulunterricht. In der Schule werde in einer kleinen Klasse von sieben Schülern nach dem Lehrplan der Regelschule unterrichtet. Die Beschulung jedes einzelnen Kindes erfolge nach individualisiertem Lehrplan. Im Rahmen des individualisierten Unterrichts erhalte jeder Schüler etwa eine halbe Stunde Einzelförderung pro Tag (act. G 31). Das "Haus auf Wiesen" weist eindeutige Merkmale einer Sonderschule auf; die Bezeichnung als "Tagesklinik" vermöchte dem keinen Abbruch zu tun.

4.2 Im vorliegenden Fall kann die grundsätzliche Sonderschulbedürftigkeit des Beschwerdeführers ohne weiteres als erwiesen betrachtet werden. Der Versicherte besuchte nie die Regelschule. Ihm wurde bereits bei Einschulung im Jahr 2002 eine Sonderschulung im Externat bewilligt (IV-act. 7). Eine Verlängerung erfolgte mit Verfügung vom 15. August 2003 ab Beginn des Schuljahrs 2003 bis Ende Schuljahr 2006/2007 (IV-act. 13). Der RAD-Arzt Dr. E.____ verwies in seiner Stellungnahme vom 3. August 2008 auf den Bericht des Schulpsychologischen Diensts vom 14. Juni 2007 und von den KJPD vom 1. Mai 2007 (IV-act. 47; 52) und bezeichnete die Sonderschulbedürftigkeit als klar ausgewiesen (IV-act. 58). So wurde denn auch für das Schuljahr 2007/2008 sogar eine interne Sonderschulung bewilligt (IV-act. 60).

4.3 Ein Anspruch auf Beiträge an einen dem Gesundheitsschaden der versicherten Person angepassten Sonderschulunterricht besteht nach der Rechtsprechung (AHI-Praxis 2000 S. 77) nur, wenn das besuchte Institut formell, sei es generell durch das Bundesamt für Sozialversicherung (Art. 10 Abs. 1 der bis Ende 2007 in Kraft gewesenen Verordnung über

die Zulassung von Sonderschulen in der Invalidenversicherung [SZV; AS 2007 5823 neues Fenster]), sei es im Einzelfall durch die zuständige kantonale Amtsstelle (Art. 10 Abs. 2 SZV), als IV-rechtliche Sonderschule zugelassen worden ist (Art. 26 bis IVG, Art. 1 ff. SZV). Sollte das "Haus auf Wiesen" als Sonderschule anerkannt sein, so hätte die Beschwerdegegnerin die Kosten, die für den Beschwerdeführer zwischen Februar und Juli 2007 anfielen, also gegebenenfalls im Rahmen der Sonderschulmassnahmen gemäss ihrem Tarif zu übernehmen. Bei einer Verneinung der Voraussetzungen von Art. 13 bzw. Art. 12 IVG hätte die Beschwerdegegnerin vor einer grundsätzlichen Leistungsabweisung also die generelle Anerkennung des "Hauses auf Wiesen" sowie nötigenfalls die Anerkennung im Einzelfall zu prüfen gehabt, wobei denkbar gewesen wäre, dass seitens des "Haus auf Wiesen" ein Gesuch um Anerkennung im Einzelfall noch eingereicht worden wäre, sollte keine generelle Anerkennung bestehen. Diesbezüglich können jedoch weitere Abklärungen unterbleiben, weil gemäss den obenstehenden Erwägungen bereits ein Anspruch auf Kostenübernahme aus Art. 13 IVG resultiert.

E. 5

5.1 Die Beschwerde wird gemäss den Erwägungen gutgeheissen und die angefochtene Verfügung aufgehoben. Die Beschwerdegegnerin hat die Kosten für den Aufenthalt in der Tagesklinik "Haus auf Wiesen" gestützt auf Art. 13 IVG zu übernehmen. 5.2 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. Sie ist von der unterliegenden Beschwerdegegnerin zu bezahlen. Der Gerichtskostenvorschuss von Fr. 600.- ist dem Rechtsvertreter des Beschwerdeführers zurückzuerstatten. 5.3 Bei diesem Verfahrensausgang hat der Beschwerdeführer Anspruch auf eine Parteientschädigung, die vom Gericht ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen wird (Art. 61 lit. g ATSG; vgl. auch Art. 98 ff. VRP/SG, sGS 951.1). Der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers reichte am 8. September 2008 seine Kostennote ein, die sich auf Fr. 3'747.30 (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer, ohne Gerichtskostenvorschuss) beläuft. Da der Rechtsvertreter mit der Replik nur eine Rechtsschrift eingereicht hat, liegt dieses Honorar zwar an der oberen Grenze, erscheint aber aufgrund der verfahrens- sowie materiellrechtlich komplizierten Situation gerade noch als vertretbar. Der geringe Zusatzaufwand, der dem Rechtsvertreter im Zusammenhang mit dem Schreiben von Dr. D. ___ vom 9. September 2008 noch entstanden ist, ist bei dieser Sachlage jedoch nicht noch zusätzlich zu vergüten. Die Beschwerdegegnerin hat dem Beschwerdeführer somit eine Parteientschädigung von Fr. 3'747.30* (inkl. Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu entrichten. Demgemäss hat das Versicherungsgericht im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 53 GerG entschieden: 1. Die Beschwerde wird unter Aufhebung der angefochtenen Verfügung vom 21. Januar 2008 gutgeheissen. Der Beschwerdeführer hat gestützt auf Art. 13 IVG Anspruch auf Übernahme der Kosten für den Aufenthalt im "Haus auf Wiesen" vom 5. Februar 2007 bis 13. Juli 2007. 2. Die Beschwerdegegnerin hat die Gerichtskosten von Fr. 600.- zu bezahlen. Der Kostenvorschuss von Fr. 600.- wird dem Beschwerdeführer zurückerstattet. 3. Die Beschwerdegegnerin hat dem Beschwerdeführer eine Parteientschädigung von Fr. 3'747.30 * zu bezahlen. * Fr. 3'147.30 gemäss Urteil "Berichtigung eines Kanzleifehlers" vom 9. Dezember 2008.

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