

# **SG\_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2008/157 vom 27. Oktober 2008**

Sg Versicherungsgericht, 2008-10-27, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg\\_publicationen\\_IV\\_2008\\_157](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_IV_2008_157)

FR: SG\_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2008/157 du 27 octobre 2008

IT: SG\_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2008/157 del 27 ottobre 2008

## **Regeste**

Art. 13 IVG, Ziff. 404 GgV Anhang. Rechtzeitiger Behandlungsbeginn eines POS? (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 27. Oktober 2008, IV 2008/157).

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Mit der angefochtenen Verfügung hat die Beschwerdegegnerin einen Anspruch des Versicherten auf medizinische Massnahmen zur Behandlung des Geburtsgebrechens Ziff. 404 (Art. 13 IVG) abgelehnt. In der Beschwerdeantwort beantragt sie die Abweisung der Beschwerde und begründet den Antrag auch mit dem Fehlen der Anspruchsvoraussetzungen nach Art. 12 IVG. Nach der Rechtsprechung ist in Fällen, da Versicherten bis zum vollendeten 20. Altersjahr nicht gestützt auf Art. 13 IVG medizinische Massnahmen gewährt werden können, praxisgemäss auch zu prüfen, ob dies nicht gestützt auf Art. 12 IVG möglich ist (vgl. Entscheid des Eidgenössischen Versicherungsgerichts i/S M. vom 1. Dezember 2005, I 309/05).

### **E. 2**

2.1 Nach Art. 13 IVG haben Versicherte bis zum vollendeten 20. Altersjahr Anspruch auf die zur Behandlung von Geburtsgebrehen (Art. 3 Abs. 2 ATSG) notwendigen medizinischen Massnahmen (Abs. 1). Der Bundesrat bezeichnet die Gebrechen, für welche diese Massnahmen gewährt werden. Er kann die Leistung ausschliessen, wenn das Gebrechen von geringfügiger Bedeutung ist (Abs. 2). Gemäss Art. 1 der Verordnung über Geburtsgebrehen (GgV) gelten als Geburtsgebrehen im Sinn von Art. 13 IVG solche Gebrechen, die bei vollendeter Geburt bestehen. Der Zeitpunkt, in dem ein Geburtsgebrehen als solches erkannt wird, ist unerheblich (Abs. 1). Die Geburtsgebrehen sind in der Liste im Anhang der GgV aufgeführt (Abs. 2). 2.2 Ziff. 404 GgV Anhang umschreibt als Geburtsgebrehen 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). 2.3 Kongenitale Hirnstörungen im Sinne von Ziff. 404 GgV Anhang können sowohl angeboren (prä- oder perinatal entstanden) als auch nachgeburtlich erworben sein. Von Bedeutung ist daher nicht nur, ob ein POS als solches vorliegt, sondern auch, ob es angeboren ist. Nach der konstanten Rechtsprechung beruhen die in der Ziff. 404 genannten Voraussetzungen auf der medizinisch begründeten und

empirisch belegten Annahme, dass das Gebrechen vor Vollendung des neunten Altersjahres diagnostiziert und behandelt wird, wenn es angeboren ist (vgl. BGE 122 V 120 E. 3a/cc und dd). Bei den Kriterien der rechtzeitig vor dem neunten Altersjahr gestellten Diagnose und dem rechtzeitigen Behandlungsbeginn handelt es sich um Anspruchsvoraussetzungen. Fehlende rechtzeitige Diagnose und fehlende Behandlung schaffen die unwiderlegbare Rechtsvermutung, dass es sich nicht um ein angeborenes POS handelt (BGE 122 V 122 f. E. 3c/bb; Entscheid des Eidgenössischen Versicherungsgerichts i/S S. vom 19. August 2004, I 508/03, und des Bundesgerichts i/S E. vom 14. Januar 2008, 8C\_300/07).

### **E. 3**

3.1 Der Versicherte wurde am 23. Mai 2007 neun Jahre alt. Die Diagnose eines POS wurde bei ihm unbestrittenermassen am 30. April 2007, also vor dem neunten Geburtstag, gestellt. Im Arztbericht der KJPD vom 10. Dezember 2007 wurden denn auch - in ausreichender Weise - Störungen sowohl des Verhaltens, des Antriebes, des Erfassens, der Konzentrationsfähigkeit wie der Merkfähigkeit beschrieben. 3.2 Strittig ist, ob auch die Behandlung des POS des Versicherten rechtzeitig begonnen hat. Die KJPD haben am 18. Juli 2007 dargelegt, es habe bis anhin (seit dem 30. April 2007) eine kinderpsychiatrische Behandlung stattgefunden. Am 10. Dezember 2007 bestätigten sie, die spezifische POS-Behandlung habe ab dem 30. April 2007 stattgefunden und der Beginn sei am 30. April 2007 gewesen (act. 9-3/8). Ihrem Schreiben vom 26. Februar 2008 schliesslich ist zu entnehmen, dass in der Zeit vom 30. April bis 27. August 2007 fünf Sitzungen kinderpsychiatrischer Behandlung unter Einbezug der Kindseltern stattgefunden hätten. Damit ist aktenmässig ausgewiesen, dass zumindest eine erste kinderpsychiatrische Behandlung noch vor Erreichen des neunten Altersjahrs stattgefunden hat. 3.3 Die Beschwerdegegnerin stellt sich gestützt auf die Beurteilung des RAD auf den Standpunkt, es hätten nur Verlaufskontrollen stattgefunden und lediglich einmal monatlich durchgeführte kinderpsychiatrische Verlaufskontrollen könnten nicht als POS-spezifische Behandlung gelten. Sie leitet dies aus der Antwort der KJPD vom 10. Dezember 2007 auf die Frage ab, in welcher Frequenz die kinderpsychiatrische Behandlung stattfinde, wo die KJPD festgehalten hatten, einmal pro Monat fänden kinderpsychiatrische Verlaufskontrollen statt. Angesichts der oben erwähnten wiederholten Feststellungen der psychiatrischen Fachstelle, dass der Versicherte kinderpsychiatrisch behandelt worden sei, rechtfertigt es sich nicht, einen im Zusammenhang mit der erfragten Frequenz gemachten Hinweis auf einen Kontrollaspekt zum Anlass zu nehmen, den Konsultationen des Versicherten im Beisein der Eltern den verschiedentlich ausdrücklich bescheinigten Behandlungscharakter abzusprechen. 3.4 Auch dass es, wie die KJPD am 26. Februar 2008 erklärten, in der Folge bei fünf Sitzungen blieb und dass - bei vorübergehender leichter Stabilisierung der emotionalen Situation des Versicherten - von der Aufnahme einer intensiven Psychotherapie abgesehen und prioritär die dringend notwendige ergotherapeutische Behandlung der Teilleistungsstörungen eingeleitet wurde, vermag an der Erfüllung des Anspruchskriteriums nichts zu ändern. Massgebend ist allein der rechtzeitige Beginn der Behandlung. So strikt die Rechtsprechung aus Gründen der Rechtssicherheit ausschliesst, auf die klaren Voraussetzungen rechtzeitiger Diagnose und rechtzeitiger Behandlung zu verzichten (vgl. Entscheid des Eidgenössischen Versicherungsgerichts i/S S. vom 31. August 2001, I 558/00), und so wenig es danach auch nur irgendeinen Grund geben kann, der selbst einen rechtzeitig geplanten und auch nur kurz verzögerten Behandlungsbeginn als anspruchswahrend gelten lassen könnte (für den Fall einer geltend gemachten Termin-Überlastung der für die Behandlung vorgesehenen

Spezialisten oder Institutionen: Entscheid des Eidgenössischen Versicherungsgerichts i/S G. vom 5. September 2001, I 554/00), so eindeutig muss auch nur eine einzige Behandlung vor Erreichen der Altersgrenze zur Erfüllung der Anspruchsvoraussetzungen ausreichen. Das Leiden gilt diesfalls als angeborenes. Massgebend und genügend ist, dass das Geburtsgebrechen rechtzeitig erkannt und seine Behandlung rechtzeitig aufgenommen worden ist. Wie die (vorliegend fachärztliche) Behandlung ausgestaltet war und wie intensiv die Behandlungsfrequenz und wie lange die Behandlungsdauer waren, kann keine ausschlaggebende Bedeutung besitzen. Nach der Rechtsprechung würde es etwa auch nicht schaden, wenn eine Behandlung auch noch auf andere (als das POS-) Leiden gerichtet wäre (vgl. Entscheid des Eidgenössischen Versicherungsgerichts vom 16. Juni 2005, I 9/05). 3.5 Es steht unter diesen Umständen fest, dass von einem angeborenem POS auszugehen ist. Die Voraussetzungen einer Leistungszusprechung nach Art. 13 IVG sind erfüllt. 3.6 Hat sich das POS als angeboren erwiesen, könnte sich bereits die Behandlung aus dem Jahr 2004 - zumindest auch - auf die Symptome dieses Geburtsgebrechens bezogen haben. Die aus dem Rückblick naheliegende Frage kann indessen offen bleiben. Zur Erfüllung der Anspruchsvoraussetzungen der rechtzeitigen POS-Behandlung könnte sie nach der Rechtsprechung für sich allein jedenfalls nur dann dienen, wenn die Diagnose damals bereits gestellt gewesen wäre, was nach der gegenwärtigen Aktenlage (Benennung des Diagnosedatums vom 30. April 2007; ohne Beilage eines Arztberichts über die damals gestellten Diagnosen) nicht der Fall ist. Es kann angemerkt werden, dass sich die Fragestellung wohl ergibt, weil es sich bei all den POS-Symptomen um nicht leicht fass- und messbare Elemente handelt, wie die Rechtsprechung festhält. Obwohl sie zu einem Geburtsgebrechen gehören können, treten sie nicht schon bei Säuglingen, sondern erst in den nachfolgenden Lebensjahren in unterschiedlicher Schwere und in unterschiedlichen Zeitspannen auf. In vielen Fällen, in welchen schliesslich ein POS diagnostiziert wird, sind anfänglich nur einzelne der genannten Symptome augenfällig und führen bereits zu Behandlungen, welche mangels ausdrücklicher POS-Diagnose von der Krankenkasse oder gegebenenfalls von der Invalidenversicherung, jedoch nicht unter Ziff. 404 GgV Anhang, übernommen werden (8C\_300/07; vgl. Entscheid des Eidgenössischen Versicherungsgerichts i/S K. vom 6. Dezember 2006, I 223/06). Die Zwecksetzung der Regel über die unwiderlegbare Vermutung gegen das Vorliegen eines Geburtsgebrechens erscheint im Übrigen allerdings bereits gewahrt, wo eine Behandlung schon für die Zeit vor dem kritischen neunten Geburtstag geplant ist, doch ist es dem Richter beim Rigorismus der Praxis verwehrt, die notwendige rechtssichere Grenzziehung flexibler vorzunehmen (nicht veröffentlichter Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen i/S S. vom 22. August 2008). Dass die Ergotherapie vorliegend erst nach dem massgeblichen Zeitpunkt (wieder) aufgenommen wurde, ist nach dem Dargelegten nicht von Bedeutung. Die Frage nach Ansprüchen auf der Grundlage von Art. 12 IVG entfällt.

#### **E. 4**

4.1 Im Sinne der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde unter Aufhebung der angefochtenen Verfügung vom 6. März 2008 zu schützen und dem Versicherten sind Leistungen nach Art. 13 IVG zur Behandlung des Geburtsgebrechens Ziff. 404 GgV Anhang zuzusprechen. 4.2 Angesichts des Unterliegens der Beschwerdegegnerin rechtfertigt es sich, ihr die Gerichtskosten, die nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festgelegt werden (Art. 69 Abs. 1 bis IVG), gesamthaft aufzuerlegen (vgl. Art. 95 Abs. 1 VRP/SG). Eine Entscheidgebühr von Fr. 600.-- erscheint angemessen. Der Beschwerdeführerin ist der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 600.--

zurückzuerstatten. 4.3 Eine Parteientschädigung ist nicht zuzusprechen (vgl. nicht veröffentlichter Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen i/S C. vom 1. Dezember 2005). Demgemäss hat das Versicherungsgericht im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 53 GerG entschieden: 1. In Gutheissung der Beschwerde wird die angefochtene Verfügung vom 6. März 2008 aufgehoben und es werden dem Versicherten im Sinne der Erwägungen Leistungen nach Art. 13 IVG zur Behandlung des Geburtsgebrechens Ziff. 404 GgV Anhang zugesprochen. 2. Die Beschwerdegegnerin bezahlt eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.--. 3. Der Beschwerdeführerin wird der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 600.-- zurückerstattet.

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