

# **SG\_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2011/49, IV 2011/50 vom 20. September 2011**

Sg Versicherungsgericht, 2011-09-20, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg\\_publicationen\\_IV\\_2011\\_49,IV\\_2011\\_50](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_IV_2011_49,IV_2011_50)

FR: SG\_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2011/49, IV 2011/50 du 20 septembre 2011

IT: SG\_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2011/49, IV 2011/50 del 20 settembre 2011

## **Regeste**

Art. 13 IVG Kostenübernahme einer spezifisch zur Behandlung von Ess- und Fütterstörungen ausgerichteten Psychotherapie eines Kindes und seiner Eltern im Rahmen von Art. 13 IVG. Rückweisung zu weiteren Abklärungen, da aufgrund der Aktenlage nicht erstellt ist, dass ein Geburtsgebrechen Ursache der Ess- und Fütterstörung ist (Entscheidung des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 20. September 2011, IV 2011/49 und IV 2011/50).

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Da beiden Verfahren derselbe Sachverhalt zu Grunde liegt und sich die gleichen Rechtsfragen stellen, rechtfertigt es sich, sie zu vereinigen und in einem einzigen Urteil zu erledigen (vgl. BGE 128 V 124 Erw. 1 und 128 V 192 Erw. 1, je mit Hinweisen).

### **E. 2**

Gemäss Art. 59 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) ist zur Beschwerde berechtigt, wer durch die angefochtene Verfügung oder den Einspracheentscheid berührt ist und ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Änderung hat. Als Spezialbestimmung regelt Art. 49 Abs. 4 ATSG, dass ein Versicherungsträger eine Verfügung, die die Leistungspflicht eines anderen Trägers berührt, auch diesem zu eröffnen hat, woraufhin dieser dieselben Rechtsmittel ergreifen kann wie die versicherte Person. Die Beschwerdeführerin 1 ist die Krankenversicherung der Versicherten. Verneint die Beschwerdegegnerin ihre Leistungspflicht für die Psychotherapie, so wird die Beschwerdeführerin 1 diesbezüglich leistungspflichtig. Sie ist von der angefochtenen Verfügung also berührt und demnach zur Beschwerdeführung legitimiert.

### **E. 3**

3.1 Nach Art. 13 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG; SR 831.20) haben Versicherte bis zum vollendeten 20. Altersjahr Anspruch auf die zur Behandlung von Geburtsgebrechen notwendigen medizinischen Massnahmen. Als Geburtsgebrechen im Sinn dieser Norm gelten Gebrechen, die bei vollendeter Geburt bestehen (Art. 3 Abs. 2 ATSG; SR 830.1). 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). Die Geburtsgebrechen sind in der Liste im Anhang der Verordnung über Geburtsgebrechen (GgV; SR 831.232.21) aufgeführt (Art. 1 Abs. 2 GgV). In Ziff. 395 Anhang GgV werden leichte cerebrale Bewegungsstörungen (Behandlung bis Ende des 2. Lebensjahres) als Geburtsgebrechen

aufgeführt. Der Anspruch auf die notwendigen medizinischen Massnahmen beginnt mit deren Einleitung, frühestens jedoch nach vollendeter Geburt (Art. 2 Abs. 1 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). 3.2 Nach der Rechtsprechung erstreckt sich der Anspruch auf medizinische Massnahmen nach Art. 13 IVG in Verbindung mit Art. 3 Abs. 2 ATSG ausnahmsweise - und vorbehaltlich der hier nicht zur Diskussion stehenden Haftung für das Eingliederungsrisiko nach Art. 11 IVG - auch auf die Behandlung sekundärer Gesundheitsschäden, die zwar nicht mehr zum Symptomenkreis des Geburtsgebrechens gehören, aber nach medizinischer Erfahrung häufig die Folge dieses Gebrechens sind. Zwischen dem Geburtsgebrecen und dem sekundären Leiden muss demnach ein qualifizierter adäquater Kausalzusammenhang bestehen. Nur wenn im Einzelfall dieser qualifizierte ursächliche Zusammenhang zwischen sekundärem Gesundheitsschaden und Geburtsgebrecen gegeben ist und sich die Behandlung überdies als notwendig erweist, hat die Invalidenversicherung im Rahmen des Art. 13 IVG in Verbindung mit Art. 3 Abs. 2 ATSG für die medizinischen Massnahmen aufzukommen. An die Erfüllung der Voraussetzungen des rechtserheblichen Kausalzusammenhangs sind strenge Anforderungen zu stellen, zumal der Wortlaut des Art. 13 IVG in Verbindung mit Art. 3 Abs. 2 ATSG den Anspruch der versicherten Minderjährigen auf die Behandlung des Geburtsgebrechens an sich beschränkt (BGE 100 V 41 mit Hinweisen; AHI 2001 S. 79 Erw. 3a und 1998 S. 249 Erw. 2a; Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichtes [EVG; seit 1. Januar 2007: Sozialrechtliche Abteilung des Bundesgerichts] in Sachen M. vom 2. August 2005, I 220/05; vgl. auch BGE 129 V 209 Erw. 3.3 mit Hinweis). Dabei ist für die Bejahung eines solch qualifizierten adäquaten Kausalzusammenhangs nicht ausschlaggebend, ob das sekundäre Leiden unmittelbare Folge des Geburtsgebrechens ist; auch mittelbare Folgen des angeborenen Grundleidens können zu diesem in einem qualifiziert adäquaten Kausalzusammenhang stehen (Pra 1991 Nr. 214 S. 906 Erw. 3b; Urteile des Eidgenössischen Versicherungsgerichtes in Sachen M. vom 2. August 2005, I 220/05, und in Sachen Z. vom 9. Dezember 2002, I 108/02).

#### **E. 4**

4.1 Die Beschwerdegegnerin begründet die Ablehnung der beantragten psychotherapeutischen Massnahmen im Wesentlichen damit, dass die Ess- und Fütterstörung klar nicht in direktem und unmittelbarem Zusammenhang mit den leichten cerebralen Bewegungsstörungen stehe. Die Bewegungsstörungen zeigten sich einzig in einer mässigen Spontanaktivität und monotonen Bewegungsmustern in den Beinen. Zudem sei eine Schlucktherapie durchgeführt worden, welche in der Zwischenzeit wieder habe beendet werden können. Das Geburtsgebrecen könne mit der Psychotherapie nicht beeinflusst werden. Die Psychotherapie behandle alleine die posttraumatische Fütterstörung. Die psychotherapeutische Behandlung einer "elterlichen Traumatisierung" falle im Sinn einer Leidensbehandlung in den Zuständigkeitsbereich der Krankenversicherung (act. G 4.1, IV 2010/49; act. G 4.1, IV 2010/50). 4.2 Dem halten die Beschwerdeführerinnen im Wesentlichen entgegen, zwischen der Ess- und Fütterungsstörung und dem Geburtsgebrecen Ziff. 395 bestehe ein qualifizierter adäquater Kausalzusammenhang. Es sei unbeachtlich, ob das sekundäre Leiden unmittelbare Folge des Geburtsgebrechens sei; auch eine mittelbare Folge des Geburtsgebrechens könne zu diesem in einem qualifizierten adäquaten Kausalzusammenhang stehen. Die Kausalkette sei

im Arztbericht von Dr. C.\_\_\_\_ vom 15. Dezember 2010 nachvollziehbar aufgezeigt worden. Zudem liege ein Behandlungskomplex vor, in welchem auch die Psychotherapie der Eltern eine zentrale Rolle spiele. Eine ähnliche Konstellation habe auch im Fall des Urteils des Bundesgerichts 9C\_1036/2009 vom 29. Januar 2010 vorgelegen. Darin habe das Bundesgericht die IV-Stelle des Kantons Thurgau verpflichtet, für die Psychotherapie der Eltern bzw. der Behandlung der Interaktion mit dem Kind aufzukommen (act. G 1, IV 2010/49).

4.3 Fest steht, dass die Beschwerdeführerin 2 an dem Geburtsgebrechen gemäss Ziff. 395 GgV-Anhang (leichte cerebrale Bewegungsstörungen) leidet. Strittig ist, ob die Invalidenversicherung die psychotherapeutische Behandlung der Ess- und Fütterungsstörung unter dem Titel medizinische Massnahmen gemäss Art. 13 IVG zu übernehmen hat. Unbeachtlich ist dabei entgegen der Auffassung der Beschwerdegegnerin, dass die beantragte medizinische Massnahme nicht das Geburtsgebrechen an sich, sondern die Ess- und Fütterstörung behandelt, sofern zwischen dem Geburtsgebrechen und dem sekundären Gesundheitsschaden ein natürlicher und qualifizierter adäquater Kausalzusammenhang im Sinn der höchstrichterlichen Rechtsprechung vorliegt. Diesbezüglich herrscht zwischen den Parteien Uneinigkeit.

4.4 Die Beschwerdeführerinnen stützen sich betreffend des Kausalzusammenhangs im Wesentlichen auf die Ausführungen von Dr. C.\_\_\_\_. Dieser diagnostizierte bei der Beschwerdeführerin 2 eine Fütterstörung im Zusammenhang mit einer bestehenden medizinischen (neurologischen) Erkrankung (Diagnose 605 gemäss dem Klassifikationssystem DC 0-3R 2005) sowie eine posttraumatische Fütterstörung (Diagnose 606 gemäss dem Klassifikationssystem DC 0-3R 2005; act. G 6.1). Nach Geburt in der 26 1/7 Schwangerschaftswoche (GG 460g, Status nach maschineller Hochfrequenzbeatmung über sechs Tage) und Entwicklung diverser Komplikationen bestehe in Absprache mit den Kollegen der Entwicklungs- und Neuropädiatrie ein allgemeiner Entwicklungsrückstand, eine Gedeihstörung und eine cerebrale Bewegungsstörung mit muskulärer Rumpfhypotonie und leicht verändertem Reflexmuster. Die aufgetretene Fütter- bzw. Essstörung sowie Gedeihstörung sei ursächlich im Zusammenhang mit den neurologischen Beeinträchtigungen zu sehen. Von Seiten der Logopädie existiere ein anhaltend verändertes Saugmuster bei allgemein retardierter Oralmotorik (IV-act. 59-2 f.). Die cerebrale Bewegungsstörung beziehe sich nicht nur auf die untere Extremität, sondern habe u.a. auch Auswirkungen auf das Saug-/Kau- und Schluckverhalten des Kindes (act. G 6.1). Zudem habe nach langer und intensiver medizinischer Behandlung mit multiplen langwierigen aversiven Erfahrungen im Mund- und Rachenbereich (Sondierung, Intubationen und anderen notwendigen Handlungen und Manipulationen; vgl. IV-act. 55-1) reaktiv ein vermeidendes Fütter- und Essverhalten resultiert (act. G 6.1). Das Kind werde daher innerhalb eines multiprofessionellen Behandlungsteams für frühkindliche Ess- und Fütterstörungen behandelt. Die Kernklientel des Teams bestehe aus ehemaligen Frühgeborenen und ihren Familien, die längere Zeit intensivmedizinische Pflege erfahren hätten. Die Kinder würden in den ersten Lebensjahren immer zusammen mit ihren Eltern behandelt. Insbesondere die betroffenen Mütter seien durch die intensivmedizinischen Erfahrungen leicht bis schwer psychisch traumatisiert. Gelingen es, elterliche Traumatisierungen zu behandeln, könne man in der Regel von einem äusserst positiven Verlauf und einer Auflösung der Symptomatik innerhalb von wenigen Wochen bis Monaten ausgehen (IV-act. 55-1). Die Eltern seien täglich damit konfrontiert, ihr Kind nicht wie erwartet ernähren zu können. Neben der organischen Beeinträchtigung der Nahrungsaufnahme käme es in der Folge zu Teufelskreisen in der

Eltern-Kind-Interaktion, manchmal auch in der Beziehung zwischen Eltern und Kind. Wollte man die Entwicklung des Kindes beschleunigen und fördern, so müssten, wenn möglich, alle entwicklungshindernden Faktoren angegangen werden. Belastende Erinnerungen (Körpergedächtnis des Kindes, Erfahrungen und Erinnerungen der Eltern), Kommunikation zwischen Eltern und Kind oder die psychische Verfassung der Eltern spielten oft eine bestimmende Rolle für die weitere Entwicklung des Kindes. Diese Prozesse zu erkennen, zu steuern und zu behandeln, Eltern zu stärken und auf bestimmte Verhaltensweisen des Kindes aufmerksam zu machen sei die Aufgabe des multidisziplinären Teams, in dem der pädiatrisch und psychotherapeutische Arzt eine zentrale Position inne habe. Es erfordere psychotherapeutisches Wissen, damit die Eltern in der Lage seien, ihr Kind optimal zu fördern und die Genesung ihres Kindes zusammen mit den anderen therapeutischen Disziplinen optimal zu beschleunigen (IV-act. 59-2 f.). Die von der Beschwerdeführerin angesprochene Traumatisierung beziehe sich jedoch nicht nur auf die Eltern des Kindes, sondern auch auf das Kind selber (act. G 6.1). 4.5 Damit die Behandlung eines sekundären Gesundheitsschadens im Rahmen von Art. 13 IVG von der Invalidenversicherung übernommen werden kann, muss dessen Ursache in einem Geburtsgebrechen liegen (natürliche Kausalität). Darüber hinaus muss der sekundäre Gesundheitsschaden eine häufige Folge bzw. fast zwangsläufige Konsequenz des Geburtsgebrechens sein (qualifizierter adäquater Kausalzusammenhang, vgl. Urteil des Bundesgerichts I 32/06 vom 9. August 2007, Erw. 5.4). Dr. C.\_\_\_\_ führt die Ess- und Fütterstörung einerseits auf die cerebrale Bewegungsstörung und andererseits auf die intensivmedizinischen Erfahrungen infolge der Frühgeburt zurück. Dass die cerebrale Bewegungsstörung Ursache der Ess- und Fütterstörung ist, lässt sich aufgrund der dem Gericht zur Verfügung stehenden Akten nicht mit dem erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit beurteilen. Näheres zu den cerebralen Bewegungsstörungen ist einzig dem Bericht des Ostschweizer Kinderspitals vom 19. Februar 2010 zu entnehmen. Darin hält die Oberärztin fest, dass bei der Beschwerdeführerin 2 neurologisch eine mässige Spontanaktivität mit repetitiven und monotonen Bewegungsmustern vor allem in den unteren Extremitäten auffalle. Der Muskeltonus erscheine in den Beinen aktiv und passiv leicht erhöht (IV-act. 26). Der Verlauf der cerebralen Bewegungsstörungen ist indessen nicht weiter dokumentiert, insbesondere befindet sich kein entwicklungspädiatrischer Verlaufsbericht in den Akten, aus dem ersichtlich ist, dass die cerebralen Bewegungsstörungen sich auf das Saug-/Kau- und Schluckverhalten des Kindes auswirken würden. Auch der Bericht des Kantonspitals St. Gallen vom 19. Februar 2010 über die Hospitalisation zur Überwachung der Sauerstoffsättigung vom 16. Februar 2010 bis 18. Februar 2010 lässt diesbezüglich keinen Rückschluss zu. Die Mutter gab den behandelnden Ärztinnen an, das Mädchen trinke seit Spitalaustritt viel (alle 3 - 4 h 100 - 150 ml). Offenbar war die Nahrungsaufnahme auch bei Spitalaustritt unauffällig (IV-act. 52-1 ff.). Zumindest dem Bericht der Spitex vom 7. Mai 2010 lässt sich jedoch ein Hinweis auf einen möglichen Zusammenhang zwischen den cerebralen Bewegungsstörungen und der Ess- und Fütterstörung entnehmen. Darin wird eine Schlucktherapie zum Training des Schluckreflexes und Schluckablaufs aufgeführt (IV-act. 48-2). Wenngleich die Ausführungen von Dr. C.\_\_\_\_ nachvollziehbar sind und er offenbar Rücksprache mit den Kollegen der Entwicklungs- und Neuropädiatrie hielt, ist für die gerichtliche Beurteilung nicht hinreichend erstellt, dass die cerebralen Bewegungsstörungen Ursache der Ess- und Fütterstörung sind. Des Weiteren ist zu beachten, dass Dr. C.\_\_\_\_ neben den cerebralen Bewegungsstörungen die

intensivmedizinischen Erfahrungen infolge der Frühgeburt (Sondierung, Intubationen und anderen notwendigen Handlungen und Manipulationen) als weitere Ursache für die Ess- und Fütterstörung aufführt. Möglicherweise liegen somit zwei Ursachen bzw. allenfalls ein Zusammenwirken mehrerer Ursachen für den sekundären Gesundheitsschaden vor. Dies ist insofern von Bedeutung, als bei Geburtsgebrechen, bei welchen die Leistungen zeitlich beschränkt sind, wie beispielsweise beim Geburtsgebrechen nach Ziff. 494 (Neugeborene mit einem Geburtsgewicht unter 2000 g bis zur Erreichung eines Gewichtes von 3000 g), eine Leistungspflicht der Invalidenversicherung für sekundäre Folgen nur im Rahmen der festgeschriebenen zeitlichen Limitierung besteht (BGE 129 V 207 Erw. 3.3 f.). 4.6 Zusammenfassend ist festzuhalten, dass aufgrund der Aktenlage nicht hinreichend erstellt ist, ob ein Geburtsgebrechen Ursache der Ess- und Fütterstörung ist, sodass weitere Abklärungen angezeigt sind. Erst die Kenntnis der Ursache(n) für die Ess- und Fütterstörung wird die Beurteilung des qualifizierten adäquaten Kausalzusammenhangs überhaupt ermöglichen, wobei die Frage, ob die Ess- und Fütterstörung im konkreten Fall eine häufige Folge des ursächlichen Geburtsgebrechens ist, aus medizinischer Sicht zu klären ist. Diesbezüglich ist darauf hinzuweisen, dass die Ärztin des Regionalärztlichen Dienstes (RAD) in ihrer internen Stellungnahme vom 25. November 2010 lediglich festgehalten hat, dass der Zusammenhang zwischen den cerebralen Bewegungsstörungen und der Ess- und Fütterstörung nicht ausgewiesen sei (IV-act. 56-1 f.). Die Stellungnahme des RAD sagt indessen nichts hinsichtlich der im Zusammenhang mit der qualifizierten Adäquanz interessierenden Frage aus, ob Ess- und Fütterstörungen nach medizinischer Erfahrung eine häufige Folge cerebraler Bewegungsstörungen bzw. eine fast zwangsläufige Konsequenz dieses Geburtsgebrechens sein können. 4.7 Da nach dem Gesagten noch offen ist, ob die Psychotherapie gestützt auf Art. 13 IVG von der Invalidenversicherung zu übernehmen ist, erübrigen sich weitere Ausführungen zu einer Kostenübernahme nach Art. 12 IVG. Gegebenenfalls wird die Prüfung der Kostenübernahme nach Art. 12 IVG von der Beschwerdegegnerin nachzuholen sein (vgl. Entscheid des Eidgenössischen Versicherungsgerichts i/S M. vom 1. Dezember 2005, I 309/05).

## **E. 5**

Im Übrigen ist darauf hinzuweisen, dass einer Kostenübernahme der beantragten Psychotherapie der Beschwerdeführerin 2 zusammen mit ihren Eltern gestützt auf Art. 13 IVG grundsätzlich nichts entgegen steht, sofern auch die finanzielle Verhältnismässigkeit der Massnahme ausgewiesen ist (Art. 2 Abs. 3 GgV). Nach den Schilderungen von Dr. C.\_\_\_\_ handelt es sich vorliegend nicht um eine gewöhnliche Psychotherapie, sondern um ein anerkanntes und geeignetes Therapiekonzept zur ärztlichen Begleitung und Unterstützung der Beschwerdeführerin 2 und ihrer Eltern bei der Bewältigung der Ess- und Fütterstörung. Darüber hinaus ist die Therapie notwendig, um eine Chronifizierung und drohende Sondenernährung zu verhindern. Entgegen der Auffassung der Beschwerdegegnerin steht dabei nicht ausschliesslich die Behandlung einer "elterlichen Traumatisierung" im Zentrum. Gemäss Dr. C.\_\_\_\_ wird mit der angewandten Therapie das Kind therapiert, wobei die Eltern als Mediatoren des Therapeuten zu dienen scheinen. Eltern und Kleinkind bzw. vor allem Mutter und Kleinkind bilden naturgemäss - insbesondere bei der Nahrungsaufnahme - eine derart enge Einheit, dass bei der Anwendung des vorliegenden Therapiekonzepts eine Unterscheidung zwischen einer Therapierung der Eltern und Therapierung des Kindes kaum möglich erscheint und daher nur eine gesamtheitliche Betrachtung in Frage kommt. Ein adäquates Verhalten der Eltern im Umgang mit der Ess- und Fütterstörung dürfte jedoch ohne Zweifel massgebenden

Einfluss auf deren Behebung haben, sodass auch deren Unterstützung unabdingbar ist. So hat sich auch das Bundesgericht in einem ähnlich gelagerten Fall für die Übernahme einer Psychotherapie eines mental retardierten und an ausgeprägten Entwicklungsverzögerungen leidenden Kindes und seiner Mutter im Rahmen von Art. 13 IVG zur Korrektur eines interaktiven Verhaltens- und Reaktionsmusters aufgrund einer Fütter- und Essstörung ausgesprochen. Es erwog, dass dieses Ziel mit ergotherapeutischen oder logopädischen Massnahmen auf Seiten der Tochter alleine nicht hätte erreicht werden können (Urteil 9C\_1036/2009 vom 29. Januar 2010, Erw. 3 f.).

## **E. 6**

6.1 Nach dem Gesagten ist die Verfügung vom 3. Januar 2011 aufzuheben, und die Sache ist zur weiteren Abklärung sowie zur neuen Verfügung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. 6.2 Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.- bis Fr. 1'000.- festgelegt (Art. 69 Abs. 1 bis IVG). Eine Gerichtsgebühr von insgesamt Fr. 600.- erscheint vorliegend als angemessen. Die Rückweisung zur Neuurteilung gilt praxisgemäss als volles Obsiegen (BGE 132 V 235 Erw. 6.2). Die Beschwerdegegnerin hat deshalb die gesamte Gerichtsgebühr von Fr. 600.- zu bezahlen. Den beiden Beschwerdeführerinnen sind die von ihnen geleisteten Kostenvorschüsse von je Fr. 600.- zurückzuerstatten. Demgemäss hat das Versicherungsgericht im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP entschieden: 1. Die Beschwerden werden unter Aufhebung der Verfügung vom 3. Januar 2011 teilweise gutgeheissen und die Sache zu weiteren Abklärungen im Sinn der Erwägungen und neuer Verfügung an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen. 2. Die Beschwerdegegnerin hat die Gerichtskosten von Fr. 600.- zu bezahlen. Den Beschwerdeführerinnen werden die geleisteten Kostenvorschüsse von je Fr. 600.- zurückerstattet.

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