

# **SG\_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2012/215 vom 13. Juni 2013**

Sg Versicherungsgericht, 2013-06-13, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg\\_publicationen\\_IV\\_2012\\_215](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_IV_2012_215)

FR: SG\_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2012/215 du 13 juin 2013

IT: SG\_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2012/215 del 13 giugno 2013

## **Regeste**

Art. 12 Abs. 1 IVG. Medizinische Eingliederungsmassnahmen bei Personen vor der Vollendung des 20. Altersjahrs (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 13. Juni 2013, IV 2012/215).

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Nicht erwerbstätige Minderjährige gelten als invalid, wenn die Beeinträchtigung ihrer Gesundheit voraussichtlich eine ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit zur Folge haben wird (Art. 5 Abs. 2 IVG i.V.m. Art. 8 Abs. 2 ATSG). Invalide oder von einer Invalidität bedrohte Versicherte haben einen Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen, die notwendig und geeignet sind, die Erwerbsfähigkeit wieder herzustellen, zu erhalten oder zu verbessern (Art. 8 Abs. 1 lit. a IVG). Zu den Eingliederungsmassnahmen gehören auch die medizinischen Massnahmen (Art. 8 Abs. 3 lit. a IVG). Gemäss Art. 12 Abs. 1 IVG haben Versicherte bis zum vollendeten 20. Altersjahr einen Anspruch auf medizinische Massnahmen, die nicht auf die Behandlung des Leidens an sich, sondern unmittelbar auf die Eingliederung ins Erwerbsleben gerichtet und geeignet sind, die Erwerbsfähigkeit dauernd und wesentlich zu verbessern oder vor einer wesentlichen Beeinträchtigung zu bewahren.

1.1 Art. 12 Abs. 1 IVG unterscheidet zwischen medizinischen Vorkehren, die der Behandlung des Leidens an sich dienen, und den medizinischen Massnahmen, die unmittelbar auf die Eingliederung in das Erwerbsleben gerichtet sind, d.h. die bezwecken, die Erwerbsfähigkeit dauernd und wesentlich zu verbessern oder doch vor einer wesentlichen Beeinträchtigung zu bewahren. Nur letztere können einen Leistungsanspruch begründen. Diese Unterscheidung ist nicht medizinischer, sondern rein rechtlicher Natur. Deshalb gibt es keine medizinischen Vorgaben, an die bei der rechtlichen Würdigung der laufenden Behandlung angeknüpft werden könnte. Insbesondere kann die Annahme der Beschwerdeführerin nicht richtig sein, dass jede an eine Akutbehandlung anschliessende Rehabilitation ohne weiteres als auf die Eingliederung gerichtete medizinische Massnahme zu betrachten sei. Bietet die Medizin kein brauchbares Unterscheidungskriterium, auf das bei der rechtlichen Würdigung direkt abgestellt werden könnte, muss die Rechtsanwendung selbst Kriterien entwickeln. Die Art der konkreten Behandlung (z.B. Physiotherapie) ist als Kriterium nicht geeignet, da jede medizinische Leistung sowohl den Heilungsprozess vorantreiben als auch - indirekt oder direkt - die Berufsbildungs- und Erwerbsfähigkeit fördern kann. Damit bleibt als Kriterium die Qualität des Bedarfs der versicherten Person nach einer medizinischen Leistung. Dieser Bedarf hängt von der jeweils aktuellen gesundheitlichen Situation ab. Dabei ist aber einzuräumen, dass immer sowohl ein Bedarf nach einem Vorantreiben des Heilungsprozesses als auch ein solcher nach einer Förderung

der Berufsbildungs- und Erwerbsfähigkeit besteht. Die Abgrenzung muss sich danach richten, ob in der konkreten Situation noch der Behandlungsbedarf überwiegt oder bereits der Eingliederungsbedarf wichtiger geworden ist. Der Normalverlauf dürfte so sein, dass zu Anfang der Behandlungsbedarf überwiegt, dieser dann aber - mit der fortschreitenden Verbesserung des Gesundheitszustands - an Bedeutung einbüsst und den bisherigen Vorrang vor der Eingliederung verliert, so dass neu deren Bedeutung überwiegt. Die medizinische Behandlung hat damit im Normalfall aus der Sicht des Anwenders des Art. 12 Abs. 1 IVG zunächst keinen relevanten Eingliederungscharakter. Das ändert sich aber im Verlauf der Zeit grundlegend, so dass schliesslich der Eingliederungscharakter überwiegt und ein Leistungsanspruch gestützt auf Art. 12 Abs. 1 IVG entsteht.

1.2 In der Praxis zur früheren (auch die Erwachsenen als leistungsberechtigt betrachtenden) Fassung des Art. 12 Abs. 1 IVG wurde nicht auf die jeweils aktuelle Bedarfssituation (Heilung oder Eingliederung) abgestellt. Stattdessen wurde zwischen einem labilen Krankheitsgeschehen und einem stabilen Gesundheitszustand unterschieden. Erst wenn ein stabiler Gesundheitszustand erreicht war, bestand gestützt auf Art. 12 Abs. 1 IVG ein Anspruch auf medizinische Eingliederungsmassnahmen (vgl. Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, bearbeitet von Ulrich Meyer, 2. A., S. 132 f.). Würde man im vorliegenden Fall einen stabilen Gesundheitszustand verlangen, um die medizinische Behandlung gestützt auf Art. 12 Abs. 1 IVG übernehmen zu können, bestünde mit Sicherheit kein Anspruch auf die Deckung der Kosten der Rehabilitation des Versicherten in der Klinik C. Die in dieser Rehabilitationsklinik erbrachten medizinischen Leistungen haben nämlich bis zum Klinikaustritt der Überwindung der Folgen der Malnutrition gedient und den Gesundheitszustand des Versicherten bis zum letzten Tag immer noch verbessert. So ist beispielsweise mit der Physio- und Ergotherapie bis zuletzt eine Heilung der Paraplegie angestrebt und auch erreicht worden. Die damit immer ausgeprägter einhergehende Verbesserung der Mobilität und damit der Chance des Versicherten, in Zukunft eine Berufsausbildung zu absolvieren, hat am weiteren Andauern eines labilen Krankheitsgeschehens nichts geändert. Die Rechtsprechung hat allerdings schon unter der Geltung der früheren Fassung den Art. 12 Abs. 1 IVG für Minderjährige anders interpretiert als Erwachsene. Während für die Erwachsenen erst ab dem Erreichen eines stabilen Gesundheitszustands ein Leistungsanspruch entstehen konnte, war für die Minderjährigen bereits beim Erreichen eines relativ stabilisierten Gesundheitszustands ein Leistungsanspruch möglich. Ein solcher Gesundheitszustand liegt vor, wenn trotz des einstweilen noch labilen Leidenscharakters ohne medizinische Massnahmen "eine Heilung mit Defekt oder ein sonstwie stabilisierter Zustand einträte, wodurch die Berufsbildung oder die Erwerbsfähigkeit oder beide beeinträchtigt würden" (U. Meyer, a.a.O., S. 133 f.). Es ist also nicht nötig, dass die eigentliche Heilbehandlung abgeschlossen ist. Vielmehr wird schon während der noch laufenden Heilbehandlung von der Leistungspflicht des obligatorischen Krankenversicherers auf die Leistungspflicht der Invalidenversicherung "umgeschaltet".

1.3 Demnach besteht ein Anspruch auf medizinische Eingliederungsmassnahmen nach Art. 12 Abs. 1 IVG, sobald die laufende medizinische Behandlung nicht mehr überwiegend der Förderung des Heilungsprozesses, sondern überwiegend der Förderung der Eingliederung im Hinblick auf die spätere Berufsbildung/Erwerbstätigkeit dient. Das massgebende Abgrenzungskriterium bzw. der leistungsbegründende Sachverhalt besteht also darin, dass von einer weiteren medizinischen Behandlung kein erheblicher Heilungsfortschritt i.e.S. mehr zu erwarten ist, so dass der

Eingliederungszweck der medizinischen Behandlung deutlich in den Vordergrund tritt. Dieser Wechsel wird sich allerdings kaum je auf einen präzisen Zeitpunkt im Therapieverlauf festlegen lassen und er wird auch kaum je sofort erkennbar sein, so dass in aller Regel ex post über einen Anspruch auf eine medizinische Eingliederung wird entschieden werden müssen. Auch wenn die IV-Stellen dank der Vorleistungspflicht der obligatorischen Krankenversicherung (Art. 70 Abs. 2 lit. a ATSG) mit dem Entscheid über die Gewährung von medizinischen Massnahmen gestützt auf Art. 12 Abs. 1 IVG zuwarten können, bis sich der Therapieverlauf über einen langen Zeitraum ex post überblicken lässt, wird die Bestimmung des Zeitpunkts, in welchem sich der Charakter der medizinischen Behandlung in leistungserheblicher Weise geändert hat, kaum je auf den Tag oder auch nur auf die Woche genau möglich sein. Die Antwort auf die Frage nach dem Beginn des Anspruchs auf medizinische Eingliederungsmassnahmen gemäss Art. 12 Abs. 1 IVG wird deshalb in den meisten Fällen mit einem grossen Ermessen bei der Würdigung des massgebenden Sachverhalts verbunden sein müssen. Das gilt auch für den vorliegend zu beurteilenden Sachverhalt. Immerhin kann mit der Beschwerdegegnerin davon ausgegangen werden, dass die Behandlung im Kantonsspital in B.\_\_\_\_ eindeutig noch in weit überwiegendem Mass dem Heilungsprozess gedient hat. Dasselbe gilt, wenn auch weniger deutlich, weil dort bereits erste Rehabilitationsmassnahmen vorgenommen worden sind, für die Behandlung im Ostschweizer Kinderspital in St. Gallen. Bei der Rehabilitation in der Klinik C.\_\_\_\_ hat die Beschwerdegegnerin klar erkennbare Fortschritte bei der Heilbehandlung (Ende des Einsatzes der nasogastralen Sonde bzw. Normalisierung der Nahrungsaufnahme, erstmaliges Auftreten einer Schrittauslösung bzw. Beginn grosser Fortschritte beim Gehen am Rollator und beim Treppensteigen, Erreichen der Selbständigkeit bei der Katheterisierung) als Indizien für eine entscheidende Verbesserung des Gesundheitszustands betrachtet und daraus den Schluss gezogen, dass der Versicherte ab diesem Zeitpunkt (April 2011) überwiegend auf medizinische Eingliederungsmassnahmen und nicht mehr auf medizinische Massnahmen zur Förderung des Heilungsprozesses angewiesen gewesen sei, so dass die Rehabilitation überwiegend den Charakter der medizinischen Eingliederung und nicht mehr der Therapie gehabt habe. Damit hat die Beschwerdegegnerin ihr Ermessen zugunsten des Versicherten ausgeübt, ohne es aber zu überschreiten. Hätte sie demgegenüber die Rehabilitation ab dem Tag des Eintritts in die Klinik als medizinische Eingliederung qualifiziert, wie es die Beschwerdeführerin sinngemäss verlangt, wäre das nicht mehr durch das Ermessen gedeckt gewesen, da die Rehabilitation in den ersten Monaten klar überwiegend der Therapie, d.h. der Förderung der Heilung der Folgen der Malnutrition, gedient hat. Die angefochtene Verfügung erweist sich deshalb im Ergebnis als rechtmässig.

## **E. 2**

Entsprechend den vorstehenden Ausführungen ist die Beschwerde abzuweisen. Die unterliegende Beschwerdeführerin hat für die Verfahrenskosten aufzukommen. Der Beurteilungsaufwand erweist sich als durchschnittlich, weshalb die Gerichtsgebühr praxisgemäss auf Fr. 600.-- festgesetzt wird. Sie ist durch den von der Beschwerdeführerin geleisteten Kostenvorschuss von Fr. 600.-- gedeckt. Demgemäss hat das Versicherungsgericht im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP entschieden: 1. Die Beschwerde wird abgewiesen. 2. Die Beschwerdeführerin hat eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- zu bezahlen; diese Gebühr ist durch den in gleicher Höhe geleisteten Kostenvorschuss gedeckt.

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