

# **SG\_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2016/43 vom 29. August 2017**

Sg Versicherungsgericht, 2017-08-29, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg\\_publicationen\\_IV\\_2016\\_43](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_IV_2016_43)

FR: SG\_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2016/43 du 29 août 2017

IT: SG\_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2016/43 del 29 agosto 2017

## **Regeste**

Art. 13 IVG. Art. 12 IVG. Ziff. 403 Anh. GgV. Die Beschränkung des Leistungsanspruchs bei einer kongenitalen Oligophrenie auf die Behandlung eines erethischen oder apathischen Verhaltens ist gesetzwidrig. Je jünger eine versicherte Person ist, umso tiefer sind die Anforderungen an den Nachweis einer späteren Eingliederung ins Erwerbsleben (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 29. August 2017, IV 2016/43). Aufgehoben durch Urteil des Bundesgerichts 8C\_632/2017.

## **Erwägungen**

### **E. 1**

1.1 Laut dem Art 13 Abs. 1 IVG hat eine versicherte Person bis zum vollendeten 20. Altersjahr einen Anspruch auf die zur Behandlung eines Geburtsgebrechens notwendigen medizinischen Massnahmen. Gemäss dem Art. 12 Abs. 1 IVG hat eine versicherte Person zudem 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. Die Art. 12 und 13 IVG stimmen bezüglich der Anspruchsvoraussetzungen weitgehend überein und sehen dieselbe Rechtsfolgenanordnung vor, nämlich die Vergütung der Kosten von medizinischen Massnahmen durch die Invalidenversicherung. Der Unterschied zwischen den beiden Normen besteht darin, dass ein Leistungsanspruch gestützt auf den Art. 13 IVG auf jene Geburtsgebrehen beschränkt ist, die eine Leistungspflicht der Invalidenversicherung begründen können (Art. 13 Abs. 2 IVG und GgV), während der Leistungsanspruch gestützt auf den Art. 12 IVG auf eingliederungswirksame Behandlungen beschränkt ist. Im Anwendungsbereich des Art. 13 IVG spielt die Eingliederungswirksamkeit keine Rolle. Im Anwendungsbereich des Art. 12 IVG ist es dagegen unerheblich, ob es sich bei der Gesundheitsbeeinträchtigung um ein Geburts- oder um ein erworbenes Gebrechen handelt. Für die Prüfung eines Leistungsbegehrens, das auf eine medizinische Massnahme abzielt, muss in aller Regel geprüft werden, ob ein Anspruch gestützt auf den Art. 13 IVG oder gestützt auf den Art. 12 IVG besteht. Die Beschwerdegegnerin hat vorliegend bei der Würdigung des Sachverhaltes zu Recht beide Normen berücksichtigt. Den Gegenstand dieses Beschwerdeverfahrens bildet folglich die Frage, ob die Beschwerdeführerin gestützt auf den Art. 13 IVG oder gestützt auf den Art. 12 IVG einen Anspruch auf eine Vergütung der Kosten einer Ergotherapie hat. 1.2 Der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin hat in seiner Eingabe vom 16. November 2015 ausgeführt, dass die Verweigerung der Kostengutsprache gestützt auf den Art. 12 IVG akzeptiert werde. Indem er in seiner Beschwerdeschrift dann doch wieder (auch) eine

Vergütung gestützt auf den Art. 12 IVG beantragt hat, hat er sich widersprüchlich (im Sinne eines *venire contra factum proprium*) verhalten. Entgegen der Ansicht der Beschwerdegegnerin kommt diesem Umstand aber keine relevante Bedeutung zu, denn bei der Eingabe vom 16. November 2015 hat es sich nur um eine Stellungnahme zum vorgesehenen Entscheid gehandelt. Der nachträgliche Gesinnungswandel des Rechtsvertreters der Beschwerdeführerin kann nicht als rechtsmissbräuchlich qualifiziert werden und hat der Beschwerdegegnerin auch keinen Nachteil verursacht. Folglich ist sowohl auf die Leistungspflicht gestützt auf den Art. 13 IVG als auch auf jene gestützt auf den Art. 12 IVG einzugehen.

## **E. 2**

2.1 Der Art. 13 Abs. 1 IVG enthält den Grundsatz, dass eine versicherte Person bis zur Vollendung des 20. Altersjahres einen Anspruch auf alle zur Behandlung eines Geburtsgebrechens notwendigen medizinischen Massnahmen habe. Der historische Gesetzgeber hat mit dieser Bestimmung eine Lücke im Krankenpflegeversicherungsrecht schliessen wollen, das damals Leistungen im Zusammenhang mit Geburtsgebrechen „begrifflich“ (BBl 1958 II 1178) nicht erfasst hat. Seine Absicht ist es also gewesen, die Krankenpflegeversicherung gemäss dem KUVG für Geburtsgebrechen nachzubilden. Dieser Absicht ist bei der Revision der Krankenversicherung mit der Einführung eines Versicherungsobligatoriums insofern Rechnung getragen worden, als keine Leistungspflicht der (nun obligatorischen) Krankenpflegeversicherung im Zusammenhang mit den von der Invalidenversicherung anerkannten Geburtsgebrechen vorgesehen wurde (vgl. BBl 1992 I 154 f. und 264). An dieser Ordnung hat sich seither nichts Grundlegendes geändert, weshalb der (geltungszeitliche) Sinn und Zweck des Art. 13 IVG immer noch dem Willen des historischen Gesetzgebers entspricht. Der Art. 13 IVG beinhaltet also eine Krankenpflegeversicherung für im Sinne des IVG anerkannte Geburtsgebrechen, die inhaltlich jener gemäss dem KVG entspricht. Vor diesem Hintergrund handelt es sich beim Art. 13 IVG im Grunde um eine Koordinationsnorm, die regelt, ob die Kosten einer Heilbehandlung von der Krankenpflege- oder von der Invalidenversicherung zu tragen sind. Dabei gilt gemäss dem Art. 13 Abs. 1 IVG der Grundsatz, dass bei Geburtsgebrechen die Invalidenversicherung und bei allen anderen (sogenannt erworbenen) Gebrechen die Krankenpflegeversicherung leistungspflichtig sei. Dieser Grundsatz wird durch den Art. 13 Abs. 2 IVG konkretisiert, wobei die Leistungspflicht der Invalidenversicherung (zulasten der Krankenpflegeversicherung) auf jene Geburtsgebrechen eingeschränkt wird, die der Verordnungsgeber in einer abschliessenden Liste (im Anhang zur GgV) erwähnt hat. Der im Art. 13 Abs. 2 IVG enthaltene Auftrag des Bundesrates hat sich also offenkundig darauf beschränkt, den Kreis jener Geburtsgebrechen (einschränkend) zu definieren, für die die Invalidenversicherung eine Leistungspflicht trifft. In diesem Auftrag ist nicht (in maiore minus) die Kompetenz enthalten gewesen, die Leistungspflicht der Invalidenversicherung anderweitig einzuschränken, denn dies wäre offensichtlich nicht vom Sinn und Zweck des Art. 13 IVG, eine umfassende Krankenpflegeversicherung für anerkannte Geburtsgebrechen zur Verfügung zu stellen, gedeckt gewesen.

2.2 In der im Art. 13 IVG vorgesehenen von der Invalidenversicherung finanzierten Krankenpflegeversicherung für jene Geburtsgebrechen, die vom Verordnungsgeber im Anhang zur GgV erwähnt worden sind, gelten dieselben Grundsätze wie in der Krankenpflegeversicherung gemäss dem KVG, was insbesondere bedeutet, dass nur jene medizinischen Massnahmen als zur Behandlung eines Geburtsgebrechens notwendig zu qualifizieren sind, die nach der bewährten Erkenntnis der medizinischen Wissenschaft angezeigt sind und die den therapeutischen

Erfolg in einer einfachen und zweckmässigen Weise anstreben (Art. 2 Abs. 3 GgV; vgl. Art. 32 Abs. 1 KVG). Ob diese Voraussetzungen erfüllt sind, ist jeweils – wie im Anwendungsbereich des KVG auch – anhand der konkreten Umstände des Einzelfalles zu prüfen. Der Art. 13 IVG sieht keine Möglichkeit vor, die Leistungspflicht der Invalidenversicherung bei einem anerkannten Geburtsgebrechen generell zu beschränken. Dessen ungeachtet hat der Verordnungsgeber die Leistungspflicht der Invalidenversicherung in der Ziff. 403 Anh. GgV auf jene Behandlungsmassnahmen beschränkt, die sich gegen ein erethisches oder apathisches Verhalten richten. Augenscheinlich kann nicht davon ausgegangen werden, dass alle medizinischen Massnahmen, die nicht der Behandlung eines erethischen oder eines apathischen Verhaltens dienen, nicht einfach und zweckmässig seien. Die Beschränkung in der Ziff. 403 Anh. GgV findet also keine Stütze im Gesetz, sondern widerspricht vielmehr eindeutig dem oben wiedergegebenen Sinn und Zweck des Art. 13 IVG. Sie ist folglich gesetzwidrig. 2.3 Gemäss der verbindlichen Feststellung vom 14. September 2015 leidet die Beschwerdeführerin am Geburtsgebrechen Ziff. 403 Anh. GgV (kongenitale Oligophrenie). Gemäss dem Art. 13 IVG hat sie folglich einen Anspruch auf sämtliche medizinische Massnahmen, die zur Behandlung dieses Geburtsgebrechens und seiner Folgen (vgl. Rz. 11 des Kreisschreibens über die medizinischen Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung) notwendig sind. Die Kinderärztin Dr. C. \_\_\_ hat als Zweck der Ergotherapie ursprünglich die Verbesserung der Praxis und andererseits die Fokussierung auf eine Arbeit angegeben. Während des laufenden Beschwerdeverfahrens hat sie ausgeführt, die Verbesserung der Praxis habe nur eine untergeordnete Bedeutung. Im Vordergrund stünden die Lenkung des überaktiven und umtriebigen Verhaltens in konstruktive Bahnen und die Verbesserung der Ausdauer bei der Bearbeitung einer Aufgabe. Die RAD-Ärztin Dr. E. \_\_\_ und die Beschwerdegegnerin haben diese nachträgliche Stellungnahme als eine Uminterpretation der ursprünglichen Indikation zugunsten der Beschwerdeführerin interpretiert und daraus gefolgert, dass die Ausführungen von Dr. C. \_\_\_ nicht überzeugend seien. Dieser Auffassung kann nicht gefolgt werden, denn ein eigentlicher Wechsel der Indikation oder der Begründung für die Notwendigkeit der Ergotherapie ist nicht ersichtlich. Als Uminterpretation könnte höchstens der Umstand gewertet werden, dass Dr. C. \_\_\_ der Verbesserung der Praxis in der nachträglichen Stellungnahme einen kleineren Stellenwert zugemessen hat. Allerdings hatte Dr. C. \_\_\_ schon im ursprünglichen Bericht mehrfach darauf hingewiesen, dass die Beschwerdeführerin nur an einer leicht ausgeprägten Dyspraxie leide. Die formalistisch anmutenden Ausführungen der RAD-Ärztin Dr. E. \_\_\_ wecken deshalb keine ernsthaften Zweifel an der Überzeugungskraft der Berichte von Dr. C. \_\_\_. Hinzu kommt, dass die Verbesserung der Praxis mit Blick auf den Hilflösenentschädigungsanspruch der Beschwerdeführerin schadenmindernd wirken könnte. Ein wesentlicher Teil des Hilfebedarfs der Beschwerdeführerin in den alltäglichen Lebensverrichtungen des An- und Auskleidens und des Essens ist nämlich auf die fehlende Feinmotorik zurückzuführen (vgl. IV-act. 113–3), weshalb von einer (wesentlichen) Verbesserung der Praxis eine weitgehende Selbständigkeit in diesen beiden Bereichen erwartet werden kann. Vor diesem Hintergrund liegt die Verbesserung der Praxis offenkundig auch im Interesse der Beschwerdegegnerin. Auch die Ausführungen der Ergotherapeutin zeigen, dass die Ergotherapie jene Ziele verfolgt, die Dr. C. \_\_\_ genannt hat. Entgegen der Ansicht der Beschwerdegegnerin ist nicht entscheidend, ob die Ergotherapie spezifisch und ausschliesslich der Behandlung des erethischen Verhaltens dient, denn die entsprechende

Beschränkung in der Ziff. 403 Anh. GgV ist, wie oben dargelegt, gesetzwidrig. Die Voraussetzungen für eine grundsätzliche Kostenvergütungspflicht der Beschwerdegegnerin für die Ergotherapie sind damit erfüllt. 2.4 Angesichts der verbindlichen Anerkennung des Geburtsgebrechens Ziff. 403 Anh. GgV und der Erfüllung der Anspruchsvoraussetzungen für die Vergütung einer Ergotherapie erweist sich die angefochtene Verfügung als rechtswidrig. Sie ist durch die Feststellung zu ersetzen, dass die Beschwerdeführerin einen Anspruch auf eine Ergotherapie hat. Damit ist das Verwaltungsverfahren allerdings noch nicht abgeschlossen, denn das auf einen rechtsgestaltenden Entscheid abzielende Begehren um die Vergütung der Kosten einer Ergotherapie kann nur mit einer rechtsgestaltenden Verfügung abschliessend behandelt werden. Die Sache ist deshalb an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Diese wird die Anerkennung der Ergotherapeutin F. \_\_\_ als Durchführungsstelle und die Vergütungspflicht in Bezug auf die durchgeführten ergotherapeutischen Behandlungen prüfen. Dafür wird sie die relevanten Akten der Krankenpflegeversicherung beiziehen und sich mit einer allfälligen Sachverhaltswürdigung der Krankenpflegeversicherung in Bezug auf die Wissenschaftlichkeit der durchgeführten Ergotherapiemassnahmen auseinandersetzen.

### **E. 3**

Damit erübrigt sich die Beantwortung der Frage nach der Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin gestützt auf den Art. 12 IVG. Im Sinne eines obiter dictum ist aber darauf hinzuweisen, dass der Art. 12 IVG nicht nur auf eine Eingliederung in den ersten Arbeitsmarkt abzielt, wie die Beschwerdegegnerin fälschlicherweise anzunehmen scheint. Auch die Eingliederung in den geschützten Rahmen (vgl. Art. 16 Abs. 2 lit. a IVG) oder in einen Aufgabenbereich ist vom Sinn und Zweck der Eingliederungsmassnahmen erfasst. Eine allfällige spätere ökonomisch relevante Erwerbsfähigkeit kann allerdings nicht nachgewiesen werden, denn es geht dabei nicht um ein Sachverhaltselement, das sich mit dem erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit ermitteln lässt, sondern um eine Prognose für die Zukunft, die naturgemäss nicht beweisbar ist. Folglich kann in Bezug auf die spätere Erwerbsfähigkeit nur mit Plausibilitäten operiert werden. Angesichts des Sinn und Zwecks der medizinischen und beruflichen Eingliederung – die Optimierung der Erwerbsfähigkeit – drängt es sich auf, in der Regel eher von einer späteren ökonomisch relevanten Erwerbsfähigkeit auszugehen, denn mit jeder verweigerten Eingliederungsmassnahme nimmt das Risiko zu, dass die versicherte Person später tatsächlich keine ökonomisch relevante Erwerbsfähigkeit erreichen wird. Im konkreten Einzelfall kann daher eine Eingliederungsmassnahme nur dann mit der Begründung verweigert werden, die versicherte Person werde später nicht in einem ökonomisch relevanten Ausmass erwerbsfähig sein, wenn mit einer hohen Plausibilität davon ausgegangen werden muss, dass die versicherte Person nicht einmal in einer geschützten Werkstätte einen minimalen Leistungslohn werde erzielen können. In allen anderen Fällen darf eine Gefährdung einer späteren Erwerbsfähigkeit nicht mit einer Verweigerung von Eingliederungsmassnahmen in Kauf genommen werden. Je jünger die versicherte Person ist, umso weiter ist der Zeitpunkt entfernt, auf den hin die Eingliederungsfähigkeit prognostiziert werden muss, und umso ungewisser muss folglich eine entsprechende Prognose sein. Dabei ist auch zu berücksichtigen, dass die ersten Lebensjahre eines Menschen in aller Regel von einer stetigen Entwicklung geprägt sind, was Prognosen über einen Zeitraum von vielen Jahren regelmässig verunmöglicht. In Bezug auf Kinder wird es daher nur in wenigen Ausnahmefällen möglich sein, eine spätere Eingliederungsunfähigkeit mit der notwendigen Plausibilität zu prognostizieren. In aller Regel wird keine zuverlässige

Prognose abgegeben werden können. Das bedeutet, dass die Invalidenversicherung in der weit überwiegenden Mehrheit der Fälle die Kosten von medizinischen Eingliederungsmassnahmen vergüten muss. Eine blosser Entwicklungsverzögerung kann es beispielsweise bei einem zehnjährigen Knaben nicht rechtfertigen, eine medizinische Massnahme mit der Begründung zu verweigern, dieser werde später wohl kaum einen ökonomisch relevanten Mehrwert als Arbeitskraft generieren (anderer Meinung mit vor diesem Hintergrund unzutreffender Begründung: Urteil des Bundesgerichtes 9C\_842/2016 vom 27. April 2017, E. 5). Die Beschwerdeführerin ist im Zeitpunkt des Erlasses der angefochtenen Verfügung erst rund elf Jahre alt gewesen. In diesem Zeitpunkt hat noch nicht mit einer ausreichenden Plausibilität prognostiziert werden können, dass später jede Eingliederung – auch jene in den geschützten oder in den Aufgabenbereich – ausgeschlossen sein werde. Mit Blick auf den grundsätzlichen Zweck der Eingliederung – die Minimierung des Risikos einer rentenbegründenden Invalidität – erweist sich die Verweigerung der Kostenvergütung für die Ergotherapie auch mit Blick auf den Art. 12 IVG als ungerechtfertigt.

#### **E. 4**

Die Gerichtskosten von 600 Franken sind der unterliegenden Beschwerdegegnerin aufzuerlegen. Der von der Beschwerdeführerin geleistete Kostenvorschuss von 600 Franken wird dieser selbstverständlich zurückerstattet. Die Beschwerdegegnerin hat der Beschwerdeführerin eine Parteientschädigung auszurichten. Angesichts des unterdurchschnittlichen Aktenumfangs ist der erforderliche Vertretungsaufwand als leicht unterdurchschnittlich zu qualifizieren. Die Parteientschädigung wird deshalb auf 2'500 Franken (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer) festgesetzt. Entscheid im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP 1. In Gutheissung der Beschwerde wird die angefochtene Verfügung vom 8. Januar 2016 aufgehoben und festgestellt, dass die Beschwerdeführerin einen Anspruch auf die Vergütung der Kosten einer Ergotherapie hat; die Sache wird zur Fortsetzung des Verwaltungsverfahrens im Sinne der Erwägungen an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen. 2. Die Beschwerdegegnerin hat die Gerichtskosten von Fr. 600.-- zu bezahlen; der Beschwerdeführerin wird der von ihr geleistete Kostenvorschuss von Fr. 600.-- zurückerstattet. 3. Die Beschwerdegegnerin hat die Beschwerdeführerin mit Fr. 2'500.-- zu entschädigen.

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