

SO_GERICHTE VSBES.2019.214 vom 14. August 2019

SO Obergericht, 2019-08-14, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2019.214

FR: SO_GERICHTE VSBES.2019.214 du 14 août 2019

IT: SO_GERICHTE VSBES.2019.214 del 14 agosto 2019

Erwägungen

E. 2

2.1 Nach Art. 12 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG, SR 831.20) haben Versicherte bis zum vollendeten 20. Altersjahr Anspruch auf medizinische Massnahmen, die nicht auf die Behandlung des Leidens an sich, sondern unmittelbar auf die Eingliederung ins Erwerbsleben oder in den Aufgabenbereich gerichtet und geeignet sind, die Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, dauernd und wesentlich zu verbessern oder vor wesentlicher Beeinträchtigung zu bewahren. Der Bundesrat ist befugt, die Massnahmen gemäss Absatz 1 von jenen, die auf die Behandlung des Leidens an sich gerichtet sind, abzugrenzen. Er kann zu diesem Zweck insbesondere die von der Versicherung zu gewährenden Massnahmen nach Art und Umfang näher umschreiben und Beginn und Dauer des Anspruchs regeln (Art. 12 Abs. 2 IVG).

Nach Art. 2 Abs. 1 der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV, SR 831.201) gelten als medizinische Massnahmen im Sinne von Artikel 12 IVG namentlich chirurgische, physiotherapeutische und psychotherapeutische Vorkehren, die eine als Folgezustand eines Geburtsgebrechens, einer Krankheit oder eines Unfalls eingetretene Beeinträchtigung der Körperbewegung, der Sinneswahrnehmung oder der Kontaktfähigkeit zu beheben oder zu mildern trachten, um die Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, dauernd und wesentlich zu verbessern oder vor wesentlicher Beeinträchtigung zu bewahren. Die Massnahmen müssen nach bewährter Erkenntnis der medizinischen Wissenschaft angezeigt sein und den Eingliederungserfolg in einfacher und zweckmässiger Weise anstreben.

2.2 Laut Art. 12 Abs. 1 IVG werden nur Massnahmen übernommen, die nicht auf die Behandlung des Leidens an sich gerichtet sind. Um Behandlung des Leidens an sich geht es in der Regel bei der Heilung oder Linderung labilen pathologischen Geschehens. Die Invalidenversicherung übernimmt hingegen in der Regel nur solche medizinischen Vorkehren, die unmittelbar auf die Beseitigung oder Korrektur stabiler oder wenigstens relativ stabilisierter Defektzustände oder Funktionsausfälle hinzielen und welche die Wesentlichkeit und Beständigkeit des angestrebten Erfolges voraussehen lassen (Hans-Jakob Mosimann, Orell Füssli Kommentar, 2018, IVG, Nr. 2, Art. 12, S. 342 Rz. 4 mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts 9C_109/2008 vom 18. April 2008 E. 3.1 mit Hinweisen).

Vom strikten Erfordernis der Korrektur stabiler Funktionsausfälle oder Defekte ist im Falle von Minderjährigen gegebenenfalls abzusehen. Hier können medizinische Vorkehren schon dann überwiegend der beruflichen Eingliederung dienen und trotz des einstweilen noch labilen Charakters des Leidens von der Invalidenversicherung übernommen werden, wenn ohne diese Vorkehren eine Heilung mit Defekt oder ein anderer stabilisierter Zustand

einträte, welcher die Berufsbildung oder die Erwerbsfähigkeit voraussichtlich beeinträchtigen würde. Die entsprechenden Kosten werden bei Minderjährigen also von der Invalidenversicherung getragen, wenn das Leiden mit hinreichender Wahrscheinlichkeit zu einem schwer korrigierbaren, die spätere Ausbildung und Erwerbsfähigkeit erheblich behindernden pathologischen Zustand führen würde (Hans-Jakob Mosimann, a.a.O., S. 342 Rz. 5 mit Hinweisen; BGE 131 V 9 E. 4.2 S. 21; Urteile des Bundesgerichts 9C_819/2010 vom 29. Oktober 2010 E. 2.2 und 9C_109/2008 vom 18. April 2008 E 3.1, je mit Hinweisen).

Der Anspruch auf medizinische Massnahmen ist aber auch bei Jugendlichen zu verneinen, wenn ein auf längere Sicht labiles pathologisches Geschehen vorliegt und mit der fraglichen Vorkehr dem drohenden Defekt in absehbarer Zeit nicht eingliederungswirksam vorgebeugt werden kann (Urteil des Bundesgerichts 9C_109/2008 vom 18. April 2008 E. 3.2 mit Hinweis).

2.3 Die Erfolgsaussichten einer medizinischen Massnahme sind prognostisch (ex ante), nicht rückblickend (ex post) einzuschätzen, dafür massgebend ist der medizinische Sachverhalt vor Durchführung der Massnahme in seiner Gesamtheit (Hans-Jakob Mosimann, a.a.O., S. 342 Rz. 6 mit Hinweis; Urteil des Bundesgerichts 9C_109/2008 E. 3.2 mit Hinweisen). Die Massnahmen müssen ferner gemäss Art. 2 Abs. 1 IVV nach bewährter Erkenntnis der medizinischen Wissenschaft angezeigt sowie einfach und zweckmässig sein (Hans-Jakob Mosimann, a.a.O., S. 343 Rz. 8).

2.4 Die medizinischen Eingliederungsmassnahmen gemäss Art. 12 IVG sind in der Regel einmalige oder während begrenzter Zeit bis zum vollendeten 20. Altersjahr durchgeführte Vorkehren (Kreisschreiben des Bundesamtes für Sozialversicherungen [BSV] über die medizinischen Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung [KSME], gültig ab 1. Juli 2019, Rz. 62).

Bei nicht erwerbstätigen Versicherten bis zum vollendeten 20. Lebensjahr können die Massnahmen zur Verhütung oder Verzögerung einer Defektheilung oder eines sonstwie stabilisierten Zustandes wohl eine gewisse Zeit andauern, sie dürfen jedoch nicht Dauercharakter tragen, d.h. zeitlich nicht unbegrenzt erforderlich sein. Dabei muss hinlänglich Wahrscheinlichkeit dafür bestehen, dass die Prognose günstig ist (KSME, Rz. 63 mit Hinweis).

Lähmungen nach Hirnverletzungen und Hirnerkrankungen (inkl. zerebrovaskuläre Erkrankungen) rechtfertigen Eingliederungsmassnahmen der IV, sobald die Behandlung des Grundleidens abgeschlossen oder nur noch nebensächlich geworden ist und der Allgemeinzustand eine Eingliederung erlaubt. Dies kann frühestens 6 Wochen nach Wiedererlangen des vollen Bewusstseins beurteilt werden. Vorher sind Massnahmen der IV ausgeschlossen. Eingliederungsmassnahmen können frühestens 4 Wochen nach Erlangen des vollen Bewusstseins zugesprochen werden. Die Rehabilitationsmassnahmen können auch eine neuropsychologische Therapie umfassen (KSME, Rz. 655-657/855-857.1).

3. Die im Jahr 2011 geborene Beigeladene wurde bei der IV zum Bezug einer medizinischen Massnahme gemäss Art. 12 IVG in Form einer Rehabilitation einer durchgemachten Enzephalitis (Entzündung des Gehirns) im D.____ angemeldet (IV-Nr. 2). Nach den ärztlichen Angaben des D.____ (E.____, Assistenzärztin) vom 21. Mai 2019 liegt kein Geburtsgebrechen gemäss Art. 13 IVG vor (vgl. IV-Nr. 6 S. 1 Ziff. 1.3). Dies wird von keiner Seite bestritten. Zur Beurteilung der Frage, ob die im Zeitraum vom 4. März bis

17. Mai 2019 durchgeführte Frührehabilitation der Beigeladenen gestützt auf Art. 12 IVG von der IV zu übernehmen ist, ist auf die vorliegend ins Recht gelegten medizinischen Unterlagen abzustellen. Daraus ergibt sich Folgendes:

3.1 Die Fachärzte des D.____, Rehabilitationszentrum [...] (Dr. med. F.____, Oberärztin; E.____, Assistenzärztin) stellten in ihrem Bericht vom 15. April 2019 die Diagnosen «Anti-NMDA-Rezeptor Enzephalitis, ED 09.01.2019», «Krampfanfälle, ED 12.01.2019», «Substitutionsbedürftige Koagulopathie unter Plasmapherese», «V.a. selektiver IgA-Mangel», «Harnverhalt am 24.01.2019, 28.01.2019 DD neurogene Blase» und «Cystitis, ED 27.01.2019» und hielten im Rahmen der Begründung fest, die Beigeladene sei seit dem 4. März 2019 im Rehabilitationszentrum für Kinder und Jugendliche hospitalisiert und nehme an einem ärztlich geleiteten, intensiven und multimodalen Therapieprogramm teil, welches Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie und medizinische Trainings- und Sporttherapie sowie Rehabilitationspflege beinhalte. Zudem werde die Patientin neuropsychologisch detailliert abgeklärt und begleitet. Daneben besuche sie die spitalinterne Schule. Im Weiteren wurde angegeben, die Patientin werde nach wie vor intensiv neuropsychologisch abgeklärt und begleitet. Sie zeige hier deutliche Einschränkungen, welche ihren Alltag und auch die Familie aktuell sehr belasteten. Es zeige sich eine niedrige Frustrationstoleranz sowie eine rasche Ermüdbarkeit, verminderte Aufmerksamkeitsspannen und Konzentrationsschwierigkeiten. Weiterhin werde mit B.____ intensiv an der Krankheitsverarbeitung gearbeitet. Die Patientin initiere zwischenzeitlich immer öfter Gespräche und habe in der Kommunikation gute Fortschritte gemacht. Dennoch sei sie immer noch stark impulsiv und leicht sprunghaft im Verhalten. Dies verunmögliche aktuell eine Rückkehr in das häusliche und schulische Setting. In der Mobilität habe B.____ schöne Fortschritte gezeigt. Sie sei freie Fussgängerin im Haus, zeige aber vor allem in der Balance und beim konzentrierten Ausführen der Übungen Schwierigkeiten. Medizinisch befinde man sich aktuell in der Steroidreduktion, welche eine engmaschige Begleitung und Überwachung benötige, bei zusätzlich durch die vorgängige immunsuppressive Therapie bedingter eingeschränkter Immunkompetenz.

Ferner wurde dargelegt, die Patientin brauche weiterhin intensive, multimodale Therapien und einen mindestens wöchentlichen interdisziplinären Austausch, welche nur im stationärem Rahmen durchgeführt werden könnten. Ihre Belastbarkeit sei zudem noch so reduziert, dass eine Rückkehr nach Hause aktuell nicht möglich sei. Das oberste Behandlungsziel, die Rückkehr in das angestammte schulische und soziale Setting, sei somit noch nicht erreicht. Neben den intensiv benötigten Therapien müsse das schulische Setting (Pensum, Unterstützungsangebote) genau abgeklärt und aufgegleist werden (IV-Nr. 4).

3.2 Dem Abschlussbericht des D.____, Rehabilitationszentrum [...], vom 21. Mai 2019 kann entnommen werden, dass die Patientin vom 4. März bis 17. Mai 2019 auf der Station [...] hospitalisiert war. Es wurden folgende Diagnosen gestellt:

Anti-NMDA-Rezeptor Enzephalitis, ED 09.01.2019 mit/bei

- klinisch Somnolenz, Aphasie, Agitation, Meningismus, Dystonie; im Verlauf regredient

- Krampfanfälle: klinisch: Tachykardie, Augendeviation nach oben, Mydriatische Pupillen, rhythmisches Mund öffnen und schliessen. EEG 09.01.2019: vereinbar mit schwerer Hirndysfunktion (z.B. Enzephalitis, Stoffwechselstörung, Hirndruck). Nicht typisch für Status epilepticus.

- Liquor/Serum 09.01.2019: Anti-NMDA-R-AK Titer 1:80 im Liquor, im Serum negativ
- MRI 13.01.2019: Kleinster unspezifischer Gliosespot im juxtakortikalen Marklager temporal rechts. Ansonsten unauffällig.
- Acyclovir i.v. 09.01.2019 ■ 11.01.2019
- Plasmapherese 14.01. ■ 18.01.2019
- Privigen 19.01. ■ 23.01.2019
- Spiricort Hochdosistherapie 01.02.2019 ■ 23.01.2019
- Rituximab 420 mg am; 04.02.2019 und 12.02.2019

St.n. Harnverhalt am 24.01.2019, 28.01.2019 DD neurogene Blase m/b

- vorbestehender Blasenentleerungsstörung
- DK vom 25.01.2019 ■ 27.01.2019
- DK vom 28.01.2019 ■ 30.01.2019
- DK vom 30.01.2019 ■ 05.02.2019

St.n. Substitutionsbedürftiger Koagulopathie unter Plasmapherese

- 2 FFP 15.01., 2 FFP 18.01.
- Calcium-Boli

St.n. Cystitis, ED 27.01.2019

- bei liegendem Dauerkatheder

V.a. selektiver IgA-Mangel mit/bei

- IgA vom 14.01.2019: <0.05g/l

Im Rahmen der Anamnese wurde angegeben, die Patientin sei vom G.____ zur Frührehabilitation bei der obgenannten Diagnose zugewiesen worden. Im Herbst 2018 sei B.____ während 8 Wochen von Halsschmerzen und laufender Nase geplagt worden. Seit Mitte Oktober 2018 habe sie begonnen zu stolpern und zu stottern und die Schulleistungen hätten nachgelassen. Zudem habe sich die Patientin mit Schlafstörungen seit dem 24. Dezember 2018, zunehmender Aggressivität seit dem 1. Januar 2019 sowie mit zunehmender Somnolenz und Fieber seit dem 9. Januar 2019 präsentiert. Die Diagnose einer Anti-NMDA-Rezeptor Enzephalitis habe sich am 13. Januar 2019 bestätigt. Daraufhin seien eine Plasmapherese, eine Steroidtherapie und eine Therapie mit IVIG und Rituximab erfolgt. Der genaue Verlauf im G.____ könne dem entsprechenden Austrittsbericht entnommen werden. Bei Eintritt sei B.____ schon wieder weitgehend selbstständig gewesen und man habe begonnen, die antiepileptische Therapie mit Levetiracetam sowie die Prednisontherapie auszuschleichen.

Zum Verlauf wurde angegeben, bei Eintritt habe die Patientin neuropsychologische Auffälligkeiten wie reduzierte Impulskontrolle, Reizbarkeit, Konzentration und Aufmerksamkeit gezeigt. Sobald sie sich etwas eingelebt habe, habe sie verschiedene Stimmungslagen zum Ausdruck bringen und Regeln besser akzeptieren können. Die Krankheitsverarbeitung sei im Laufe des Aufenthaltes ein wichtiges Thema für B.____ gewesen. Bei Eintritt sei sie freie Fussgängerin gewesen, habe jedoch eine etwas

verminderte Gefahren-Einschätzung gezeigt. Dies habe sich während des Aufenthalts deutlich gebessert. Bei Austritt hätten bei B.____ neuropsychologische Defizite (Aufmerksamkeit, Konzentration, visuell-räumliche Wahrnehmung) persistiert. Ausserdem habe sie manchmal ein sehr hohes Arbeitstempo, weswegen ihr feinmotorische Aufgaben teilweise schwergefallen seien. Am 17. Mai 2019 habe B.____ in das angestammte häusliche und schulische Umfeld entlassen werden können, drei erfolgreiche Schnuppertage in der Herkunftsklasse hätten bereits während der aktuellen Hospitalisation stattgefunden. B.____ werde in die 1. Klasse zurückkehren. In der Schule werde sie durch einen Heilpädagogen zusätzlich unterstützt werden.

Zum neurologischen Bereich wurde angegeben, das Valium sei über 10 Tage ausgeschlichen und am 27. März 2019 ganz gestoppt worden. Darunter habe B.____ keine Durchschlafproblematik oder vermehrte Agitiertheit gezeigt. Ab dem 16. April 2019 sei die abendliche Dosis von Melatonin gestoppt worden. Lea habe darunter keine Einschlafschwierigkeiten gezeigt. Aus neuropsychologischer Sicht wurde ausgeführt, die Prednison-Therapie sei über 11 Wochen schrittweise ausgeschlichen und am 18. April 2019 ganz gestoppt worden. Zu diesem Zeitpunkt habe auch die PPI-Therapie gestoppt werden können. Bis 4 Wochen nach Absetzen der Prednison-Therapie seien regelmässig Blutdruck-Kontrollen und Kontrollen auf Glucosurie durchgeführt worden, welche negativ gewesen seien. Dreieinhalb Wochen nach Absetzen der Prednison-Therapie sei der Cortisolwert noch tief gewesen. Nach Rücksprache mit den Endokrinologen sei eine erneute Blutentnahme zur Bestimmung eines morgendlichen Cortisols nicht sinnvoll gewesen. Es werde ein erneute Cortisol- und ACTH-Bestimmung zwei Wochen nach Austritt beim Kinderarzt empfohlen. Die Patientin habe weiterhin eine Pneumocystis-Prophylaxe dreimal wöchentlich erhalten, welche am 14. Mai 2019 habe gestoppt werden können.

Zur Epilepsie vermerkten die Fachärzte, die Therapie mit Levetiracetam sei nach dem Schema über zwei Wochen alle 3 Tage reduziert worden und habe am 13. März 2019 ganz gestoppt werden können. B.____ habe keine weiteren Krampfanfälle erlitten. Die Therapie mit Calcimagon habe beim Austritt ebenfalls gestoppt werden können. Eine laborchemische Vitamin D Kontrolle vom 9. Mai 2019 habe einen grenzwertig tiefen Vitamin D Spiegel gezeigt. In der Low Vision-Abklärung vom 2. Mai 2019 habe sich ein rechts verminderter Nahvisus gezeigt. Die Kontrastwahrnehmung sei in die Ferne und in die Nähe vermindert. Es werde das Verwenden von weichen Bleistiften, Farbstiften und Filzstiften empfohlen. Ein heller Arbeitsplatz mit guter Ausleuchtung sowie gegebenenfalls eine zusätzliche Tischbeleuchtung seien wichtig für B.____. Es werde empfohlen, dass an der Wandtafel mit gelber oder weisser Schrift gearbeitet werde. Im Verlauf des Reha-Aufenthaltes habe die Patientin immer wieder Schmerzen im Bereich der rechten Ferse sowie der rechten Achillessehne beklagt, welche schon vor der akuten Erkrankung aufgetreten seien. Diese Schmerzen habe man im Rahmen eines Fersenspornis bei verkürzter Wadenmuskulatur beurteilt. Es seien mit B.____ verschiedene Dehnübungen angeschaut worden sowie ein Silikon-Fersenkissen für den rechten Fuss abgegeben worden. Ebenso sei die Wade rechts durch die Physiotherapeutin mit detonisierendem Taping behandelt worden. Darunter habe sich eine deutliche Besserung gezeigt, mit dem Silikonkissen habe B.____ keine Schmerzen mehr in den Fersen gehabt. Im Rahmen der Steroidtherapie sei es zu einer Gewichtszunahme von knapp 6 kg seit Eintritt gekommen. Am 6. Mai 2019 sei ein Ernährungs-Beratungstermin erfolgt. Kurz vor Austritt habe sich bereits eine erste

Reduktion des Gewichts gezeigt.

Die Beurteilung lautet im Wesentlichen dahingehend, es habe sich eine 7-jährige Patientin zur Früh-Rehabilitation bei Anti-NMDA-Rezeptor-Enzephalitis mit insgesamt erfreulichem Verlauf gezeigt. Das Ziel der Aufgleisung einer ambulanten Anschlusslösung mit Reintegration in das angestammte schulische Umfeld habe erreicht werden können. Die Patientin sei in einem kräftigen Ernährungszustand mit typischer Steroid-bedingter Fettverteilung (Stamm, Gesicht). Die Herztöne seien rein und normofrequent und es bestehe kein Herzgeräusch. Die Lungen seien seitengleich belüftet es seien keine Nebengeräusche vorhanden. Es bestünden rege Darmgeräusche über allen Quadranten sowie keine Druckdolenz. Neuroorthopädisch sei die Kraft grobkursorisch normal und die Reflexe seien symmetrisch und nicht verbreitert. Die Patientin gehe und renne frei und sicher, der Seiltänzerengang sowie der Fersen-/Zehengang könne problemlos durchgeführt werden. Schädigungen der Körperstrukturen bestünden nicht. Zu den mentalen Funktionen wurde angegeben, die Aufmerksamkeit und die Merkspanne seien noch reduziert. Die visuell-räumliche Wahrnehmung sei ebenfalls noch reduziert. Es bestehe ein gutes Hörvermögen. Rechts sei der Nahvisus im Vergleich zu links etwas vermindert. Die Kontrastwahrnehmung in die Ferne und in die Nähe sei vermindert. Es bestünden keine Schmerzen. Seit dem Schulbeginn erfolge keine Logopädie mehr; aufgrund der Lese-Rechtschreibschwäche (Richtungsdifferenzierungsschwierigkeiten) werde die Patientin ab August 2019 wieder Logopädie erhalten. Beim Austritt sei B. ___ aktiv, renne, schwimme und reite wieder. Ihr Arbeitstempo sei immer noch zu hoch, dadurch zeige sich feinmotorisch nicht die Genauigkeit, die sie tatsächlich erfüllen könnte (sie müsse oft gebremst werden, dann gehe es).

Die Patientin arbeite am Stoff der ersten Klasse. Sie antworte in kurzen Sätzen und es bestehe ein vollständiges Verständnis. In der Selbstversorgung sei sie nicht eingeschränkt. Sie lebe mit den Eltern zu Hause. Sie zeige ein eher impulsives Verhalten, was anamnestisch vorbestehend bekannt sei, jedoch durch die Erkrankung verstärkt worden sei. Sie würde gerne Reitstunden nehmen, möge Tiere, male, schwimme (zweimal pro Woche), tauche und klettere gerne. Sie gehe in die Mädchen-Riege und ihr Lieblingsfach sei das Rechnen. B. ___ werde nach dem Austritt heilpädagogische Unterstützung erhalten (Förderstufe A) und ab August 2019 auch Logopädie. Es werde eine Visuskontrolle beim Augenarzt empfohlen. Eine EEG und anschließende Befundbesprechung seien für den 27. Juni 2019 geplant. Ausserdem werde eine neuropsychologische Verlaufskontrolle mit Testung im G. ___ in sechs Monaten empfohlen. B. ___ benötige eine Hydrocortison-Stressdosis bei Krankheit/Fieber. Ein entsprechender Notfallpass sei abgegeben worden. Eine psychologische Unterstützung sei beim Austritt bereits durch die Mutter organisiert worden (IV-Nr. 6 S. 6 ff.).

3.3 Die RAD-Ärztin Dr. med. H. ___, Fachärztin für Allgemeinmedizin und Arbeitsmedizin, hielt in ihrer Stellungnahme vom 8. August 2019 fest, ein Geburtsgebrechen liege aktenkundig nicht vor. Es handle sich hier um eine Leidensbehandlung. Die Invalidenversicherung sei deshalb nicht leistungspflichtig (IV-Nr. 14 S. 2).

E. 2.4

hiervor).

4.5 Wie erwähnt, rechtfertigen Hirnerkrankungen, somit auch die vorliegend diagnostizierte Enzephalitis, Eingliederungsmassnahmen der IV, sobald die Behandlung des Grundleidens abgeschlossen oder nur noch nebensächlich geworden ist und der Allgemeinzustand eine Eingliederung erlaubt (vgl. E. II. 2.4 hiervor). Von einer solchen Konstellation ist hier auszugehen, nachdem die Beigeladene nach der Behandlung ihres Leidens im G.____ zur Frührehabilitation dem D.____ zugewiesen wurde. Im Weiteren trifft es zu, dass Rehabilitationsmassnahmen auch eine neuropsychologische Therapie umfassen können (vgl. KSME, Rz. 655-657/855-857.1; E. II. 2.4 hiervor). Demnach kann aus dem Umstand, dass die Beigeladene während der Frührehabilitation verschiedene Therapien absolvierte und neuropsychologisch detailliert abgeklärt und begleitet wurde, nicht abgeleitet werden, es handle sich hier ausschliesslich um eine Leidensbehandlung. Im Übrigen bestehen aufgrund der vorliegenden Unterlagen keine Anhaltspunkte, dass die fragliche Frührehabilitation nicht nach bewährter Erkenntnis der medizinischen Wissenschaft angezeigt und nicht einfach und zweckmässig gewesen wäre (vgl. E. II. 2.3 hiervor). Solches wird von der Beschwerdegegnerin denn auch nicht geltend gemacht.

5. Nach dem Gesagten besteht gestützt auf die vorliegend ins Recht gelegten Akten grundsätzlich ein Anspruch der Beigeladenen auf Übernahme der fraglichen Frührehabilitation im D.____, Rehabilitationszentrum [...], vom 4. März bis 17. Mai 2019 durch die Invalidenversicherung gestützt auf Art. 12 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 2 Abs. 1 IVV. Die Beschwerdegegnerin wird unter dieser Prämisse erneut über den streitigen Anspruch zu befinden haben. Die vorliegend angefochtene Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 14. August 2019, worin das Leistungsgesuch auf medizinische Massnahmen nach Art. 12 IVG mit der Begründung abgewiesen wurde, es handle sich hier ausschliesslich um eine Leidensbehandlung, ist demnach aufzuheben und die Beschwerde ist in diesem Sinne gutzuheissen. Die Versicherte B.____ ist durch diesen Entscheid nicht beschwert, sodass es sich erübrigt, ihr vorgängig Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben.

E. 4

4.1 Die Beschwerdegegnerin lehnte den Anspruch der Beigeladenen auf medizinische Massnahmen mit vorliegend angefochtener Verfügung vom 14. August 2019 im Wesentlichen mit der Begründung ab, gemäss den vorliegenden medizinischen Unterlagen liege kein von der Invalidenversicherung anerkanntes Geburtsgebrechen vor und auch die Anspruchsvoraussetzungen für eine Kostengutsprache nach Art. 12 IVG seien nicht erfüllt. Gemäss dem Bericht des D.____ vom 21. Mai 2019 habe das Ziel der Aufgleisung einer ambulanten Anschlusslösung mit Reintegration in das angestammte schulische Umfeld erreicht werden können. Nach den Abklärungen handle es sich bei der Frührehabilitation der Beigeladenen vom 4. März bis 17. Mai 2019 im Rehabilitationszentrum des D.____ um eine klare Behandlung ihres Leidens, deren Kosten die Invalidenversicherung nicht übernehmen könne (IV-Nr. 15; A.S. 1 ff.).

Die Beschwerdeführerin macht demgegenüber geltend, die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, für diese Eingliederungsmassnahme gemäss Art. 12 IVG aufzukommen. Die Tatsache, dass die medikamentöse Therapie zu Beginn der Rehabilitation schon habe abgesetzt werden können und die Beigeladene weitgehend selbstständig gewesen sei, zeige auf, dass im damaligen Zeitpunkt bereits von einem zumindest relativ stabilisierten Zustand auszugehen sei. Damit liege keine Leidensbehandlung vor. Worauf sich die Beschwerdegegnerin bei ihrer Ablehnung stütze, sei nicht ersichtlich. Die Behandlung habe einen insgesamt erfreulichen Verlauf gezeigt. Das Ziel der Aufgleisung einer ambulanten

Anschlusslösung mit Reintegration in das angestammte schulische Umfeld habe gemäss dem Bericht des D.____ vom 21. Mai 2019 erreicht werden können. Die Eingliederung der Beigeladenen in die Schule und damit ins künftige Berufsleben sei unmittelbar gefährdet gewesen. Eingliederungsmassnahmen seien daher angezeigt gewesen und die gute Prognose habe sich bisher bestätigt (Beschwerde, S. 2 ff.).

4.2 Gemäss den (oben unter E. II. 3.1 und 3.2 hiuvor wiedergegebenen) fachärztlichen Berichten des D.____, Rehabilitationszentrum [...], vom 15. April und 21. Mai 2019 wurde die Beigeladene vom G.____ zur Frührehabilitation dem Rehabilitationszentrum für Kinder und Jugendliche zugewiesen. Die Beigeladene konnte dort im Zeitraum vom 4. März bis 17. Mai 2019 im Rahmen eines stationären Aufenthalts an einem ärztlich geleiteten, intensiven und multimodalen Therapieprogramm teilnehmen, welches Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie und medizinische Trainings- und Sporttherapie sowie Rehabilitationspflege umfasste. Zudem wurde sie neuropsychologisch detailliert abgeklärt und begleitet; daneben konnte sie die spitalinterne Schule besuchen (vgl. IV-Nr. 4 S. 2 und Nr. 6 S. 8). Das Ziel dieser Frührehabilitation bestand darin, eine ambulante Anschlusslösung mit Reintegration der Beigeladenen in ihr angestammtes schulisches Umfeld «aufzugleisen» bzw. vorzubereiten. Dieses Ziel konnte nach den ärztlichen Angaben erreicht werden. So konnte die Beigeladene bereits während dieser Hospitalisation drei erfolgreiche Schnuppertage in der Herkunftsklasse absolvieren und am 17. Mai 2019 in das angestammte häusliche und schulische Umfeld entlassen werden. B.____ werde in die 1. Klasse zurückkehren, wobei sie von einem Heilpädagogen unterstützt werde; ausserdem erhalte sie eine ambulante logopädische, ergotherapeutische und psychologische Behandlung (IV-Nr. 6 S. 8 ff.). Entgegen der Auffassung der Beschwerdegegnerin bzw. der RAD-Ärztin in ihrer Stellungnahme vom 8. August 2019 (IV-Nr. 14 S. 2) kann beim hier fraglichen Rehabilitationsaufenthalt vom 4. März bis 17. Mai 2019 nicht von einer «klaren Behandlung des Leidens», d.h. einer ausschliesslichen Leidensbehandlung, ausgegangen werden, da diese bereits im G.____ erfolgte. Nach den fachärztlichen Angaben bestätigte sich die Diagnose einer Anti-NMDA-Rezeptor Enzephalitis am 13. Januar 2019, worauf die Beigeladene mit einer Plasmapherese, einer Steroidtherapie sowie einer Therapie mit IVIG und Rituximab behandelt wurde. Zum genaueren Verlauf dieser Leidensbehandlung im G.____ wurde auf den entsprechenden Austrittsbericht, welcher von der Beschwerdegegnerin nicht beigezogen wurde, verwiesen (IV-Nr. 6 S. 7).

4.3 Nach der Behandlung der Beigeladenen im G.____ war die eigentliche Leidensbehandlung weitgehend abgeschlossen. So präsentierte sich die Beigeladene beim Eintritt in die Frührehabilitation am 4. März 2019 schon wieder weitgehend selbstständig und es konnte damit begonnen werden, die antiepileptische Therapie mit Levetiracetam sowie die Prednisontherapie auszuschleichen (vgl. IV-Nr. 6 S. 7). B.____ erlitt im Rahmen der Frührehabilitation keine weiteren Krampfanfälle. Auch die Abgabe von Valium konnte über 10 Tage ausgeschlichen und am 27. März 2019 ganz gestoppt werden. Darunter zeigte die Beigeladene keine Durchschlafproblematik oder vermehrte Agitiertheit. Im Weiteren wurde die abendliche Dosis von Melatonin ab dem 16. April 2019 gestoppt. B.____ zeigte auch darunter keine Einschlafschwierigkeiten (IV-Nr. 6 S. 8). Die Prednison- und PPI-Therapien konnten am 18. April 2019 und die Therapie mit Levetiracetam bereits am 13. März 2019 ganz eingestellt werden. Ferner konnte auch die Therapie mit Calcimagon beim Austritt gestoppt werden (IV-Nr. 6 S. 9). Hinweise, dass die Patientin während der Rehabilitation einen längeren Bewusstseinsverlust oder andere relevante medizinische

Störungen erlitten hätte, sind nicht ersichtlich. Angesichts der fachärztlichen Erkenntnisse, wonach die medikamentösen Therapien im Verlauf der Rehabilitation hätten ausgeschlichen und ganz eingestellt werden können und die Beigeladene schon beim Eintritt in die Rehabilitation weitgehend selbstständig gewesen sei, ist mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass im damaligen Zeitpunkt bereits ein zumindest relativ stabilisierter Gesundheitszustand der Patientin bestand. Dies wird auch durch die ärztlichen Feststellungen bezüglich Schädigungen der Körperfunktionen erhärtet, wonach die Patientin beim Austritt aktiv sei, renne, schwimme und wieder reite. Ihr Arbeitstempo sei zwar immer noch zu hoch, wodurch sie feinmotorisch nicht die Genauigkeit zeige, die sie tatsächlich erfüllen könnte; werde sie gebremst, dann gehe es. Laut den ärztlichen Angaben zeigte B.____ ein eher impulsives Verhalten, was anamnestisch bekannt, jedoch durch die Erkrankung verstärkt worden sei. Der Gesundheitszustand von B.____ beim Austritt wird weitgehend als unauffällig beschrieben, wobei die Aufmerksamkeit und die Merkspanne sowie die visuell-räumliche Wahrnehmung noch reduziert seien (IV-Nr. 6 S. 10 f.). Auch wenn während dieser Frührehabilitation noch verschiedene notwendige Therapien durchgeführt wurden und sich der Gesundheitszustand der Beigeladenen weiter stabilisierte, kann hier nicht (mehr) von einem labilen Leidenscharakter gesprochen werden.

4.4 Dass die Eingliederung der Beigeladenen in die Schule und damit ins künftige Erwerbsleben unmittelbar gefährdet und diese Eingliederungsmassnahme im Sinne von Art. 12 IVG angezeigt war, geht aus dem Bericht des D.____ vom 15. April 2019 hervor, wonach die Beigeladene zu Beginn deutliche Einschränkungen gezeigt habe, die ihren Alltag und auch die Familie sehr belastet hätten. So habe sie eine niedrige Frustrationstoleranz sowie eine rasche Ermüdbarkeit, verminderte Aufmerksamkeitsspannen und Konzentrationsschwierigkeiten gezeigt. Mit B.____ sei weiterhin intensiv an der Krankheitsverarbeitung gearbeitet worden. Die Patientin habe zwischenzeitlich zwar immer öfter Gespräche initiiert und in der Kommunikation gute Fortschritte gemacht, dennoch sei sie immer noch stark impulsiv und leicht sprunghaft im Verhalten gewesen. Nach den fachärztlichen Angaben verunmöglichte dies im damaligen Zeitpunkt eine Rückkehr in das häusliche und schulische Setting (IV-Nr. 4 S. 2). Die Frührehabilitation ermöglichte eine wesentliche und dauernde Verbesserung der Schul- und damit auch der künftigen Berufs- und Erwerbsfähigkeit. Das Ziel der Reintegration in das angestammte schulische Umfeld konnte denn auch erreicht werden. Aufgrund der gegebenen Umstände ist davon auszugehen, dass ohne die fragliche Frührehabilitation voraussichtlich ein stabilisierter Zustand eingetreten wäre, wodurch die Schul- und spätere Berufsbildung und damit auch die Erwerbsfähigkeit beeinträchtigt gewesen wären. Dank der Frührehabilitation konnte der Gesundheitszustand der Beigeladenen weiter stabilisiert und damit die Basis für den Schulbesuch, die spätere Ausbildung und damit auch die Erwerbsfähigkeit geschaffen werden. Es lag zum fraglichen Zeitpunkt kein auf längere Sicht labiles pathologisches Geschehen vor und mit der fraglichen Vorkehr konnte dem drohenden Defekt in absehbarer Zeit eingliederungswirksam vorgebeugt werden. Bei der fraglichen Frührehabilitation vom 4. März bis 17. Mai 2019 handelt es sich im Weiteren auch um eine einmalige und zeitlich begrenzte Massnahme, zu deren Beginn eine hinlängliche Wahrscheinlichkeit für eine günstige Prognose bestand (vgl. E. II. 2.3 und

6.1 Die obsiegende Beschwerde führende Person hat Anspruch auf Ersatz der Parteikosten (Art. 61 lit. g ATSG in Verbindung mit Art. 1 Abs. 1 IVG). Die Beschwerdeführerin als obligatorische Krankenpflegeversichererin, die in ihrem amtlichen Wirkungskreis tätig ist, hat praxisgemäss keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (vgl. Kieser, ATSG-Kommentar, 3. Auflage, Zürich 2015, Art. 61 N 200).

6.2 Aufgrund von Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von CHF 200.00 bis CHF 1'000.00 festgelegt. Nach dem Ausgang des vorliegenden Verfahrens hat die Beschwerdegegnerin als unterliegende Partei die Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen. Der Beschwerdeführerin ist der geleistete Kostenvorschuss von CHF 600.00 zurückzuerstatten.

Demnach wird erkannt:

1. In Gutheissung der Beschwerde wird die Verfügung der IV-Stelle des Kantons Solothurn vom 14. August 2019 aufgehoben. Die Sache wird zu neuem Entscheid im Sinne der Erwägungen an die IV-Stelle des Kantons Solothurn zurückgewiesen.

2. Es werden keine Parteientschädigungen zugesprochen.

3. Die IV-Stelle des Kantons Solothurn hat die Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen. Der geleistete Kostenvorschuss von CHF 600.00 wird der Beschwerdeführerin zurückerstattet.

Rechtsmittel

Gegen diesen Entscheid kann innerhalb 30 Tagenseit der Mitteilung beim Bundesgericht Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten eingereicht werden (Adresse: Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern). Die Frist beginnt am Tag nach dem Empfang des Urteils zu laufen und wird durch rechtzeitige Aufgabe bei der Post gewahrt. Die Frist ist nicht erstreckbar (vgl. Art. 39 ff., 82 ff. und 90 ff. des Bundesgerichtsgesetzes, BGG). Bei Vor- und Zwischenentscheiden (dazu gehört auch die Rückweisung zu weiteren Abklärungen) sind die zusätzlichen Voraussetzungen nach Art. 92 oder 93 BGG zu beachten.

Versicherungsgericht des Kantons Solothurn

Der Präsident

Der Gerichtsschreiber

Flückiger

Schmidhauser

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