

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil des Einzelrichters vom 11. Juni 2018

Verwaltungsrichter Loosli
Gerichtsschreiberin Schädeli

A. _____
gesetzlich vertreten durch ihre Eltern B. _____ und C. _____
Beschwerdeführerin

gegen

IV-Stelle Bern
Scheibenstrasse 70, Postfach, 3001 Bern
Beschwerdegegnerin

betreffend Verfügung vom 28. Juli 2017



Sachverhalt:

A.

Die am 25. März 2013 geborene A. _____ (Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) wurde am 11. April 2013 unter Hinweis auf zwei Geburtsgebrechen bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug angemeldet (Akten der IV, Antwortbeilagen [AB] 1). Die IV-Stelle Bern (IVB bzw. Beschwerdegegnerin) tätigte Abklärungen und erteilte am 3. Dezember 2013 (AB 23) Kostengutsprache für medizinische Massnahmen bzw. für die Behandlung des Geburtsgebrechens Ziff. 462 gemäss Anhang zur Verordnung vom 9. Dezember 1985 über Geburtsgebrechen (GgV; SR 831.232.21) für die Zeit vom 25. März 2013 bis 31. März 2023 (Revision). Weiter übernahm sie die Kosten für die Behandlung des Geburtsgebrechens Ziff. 395 und für ärztlich verordnete Behandlungsgeräte (AB 26) sowie diejenigen für die Behandlung des Geburtsgebrechens Ziff. 495 / 497 bis zum Abschluss der Intensivbehandlung (AB 29).

Das am 8. September 2016 gestellte Gesuch um Kostengutsprache für Ergotherapie (AB 45) lehnte die IVB nach Rücksprache mit dem Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD; AB 50) mit formlosem Schreiben vom 25. November 2016 (AB 51) ab. Daran hielt sie unter Berücksichtigung der weiteren Stellungnahmen des RAD (AB 55, 59, 64) sowie nach Durchführung des Vorbescheidverfahrens (AB 60, 65) mit Verfügung vom 28. Juli 2017 (AB 67) fest.

B.

Hiergegen erhob die Versicherte, gesetzlich vertreten durch ihre Eltern, am 31. August 2017 Beschwerde und liess beantragen, die angefochtene Verfügung sei aufzuheben und die Sache zur verfügungsweisen Festsetzung des Leistungsumfangs an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.

Mit Beschwerdeantwort vom 6. November 2017 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde.

Am 8. Dezember 2017 erneuerte die Beschwerdeführerin ihre Anträge replikweise und machte weitere Ausführungen zur Beschwerdeantwort.

Mit Eingabe vom 14. Dezember 2017 hielt die Beschwerdegegnerin – bei gleichzeitigem Verzicht auf eine umfassende Duplik – an den gestellten Rechtsbegehren fest.

Erwägungen:

1.

1.1 Der angefochtene Entscheid ist in Anwendung von Sozialversicherungsrecht ergangen. Die Sozialversicherungsrechtliche Abteilung des Verwaltungsgerichts beurteilt gemäss Art. 57 des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) i.V.m. Art. 54 Abs. 1 lit. a des kantonalen Gesetzes vom 11. Juni 2009 über die Organisation der Gerichtsbehörden und der Staatsanwaltschaft (GSOG; BSG 161.1) Beschwerden gegen solche Entscheide. Die Beschwerdeführerin ist im vorinstanzlichen Verfahren mit ihren Anträgen nicht durchgedrungen, durch den angefochtenen Entscheid berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an dessen Aufhebung, weshalb sie zur Beschwerde befugt ist (Art. 59 ATSG). Die örtliche Zuständigkeit ist gegeben (Art. 69 Abs. 1 lit. a des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung [IVG; SR 831.20]). Da auch die Bestimmungen über Frist (Art. 60 ATSG) sowie Form (Art. 61 lit. b ATSG; Art. 81 Abs. 1 i.V.m. Art. 32 des kantonalen Gesetzes vom 23. Mai 1989 über die Verwaltungsrechtspflege [VRPG; BSG 155.21]) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde einzutreten.

1.2 Anfechtungsobjekt bildet die Verfügung vom 28. Juli 2017 (AB 67). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch auf medizinische Massnahmen in Form von Ergotherapie im Zusammenhang mit dem anerkannten Geburtsgebrechen Ziff. 462 Anhang GgV.

1.3 Ergotherapie im Rahmen von medizinischen Massnahmen wird jeweils für zwei Jahre verfügt (vgl. E. 2.4.2 hiernach). Bei einer einmal wöchentlich stattfindenden stündlichen Sitzung mit den Therapieleistungen Ziff. 7601, 7602 und 7604 wird die Streitwertgrenze von Fr. 20'000.-- nicht erreicht (vgl. AB 45 S. 1, 48 S. 3 bzw. Richtlinien zum Ergotherapie-Tarifvertrag zwischen dem Ergotherapeut/innen-Verband Schweiz [EVS] und dem Schweizerischen Roten Kreuz [SRK] einerseits und santesuisse andererseits, Fassung vom Dezember 2004, Ziff. 2.4, Tarifvertrag vom 15. Juli 1993, abrufbar unter www.mtk-ctm.ch > Tarife > Ergotherapie > Ergotherapie Ambulant > Grundlagen, sowie Vereinbarung über den Taxpunktwert vom 15. Juli 1993 [Bestandteil des Tarifvertrages], Ziff. 1), weshalb die Beurteilung der Beschwerde in die einzelrichterliche Zuständigkeit fällt (Art. 57 Abs. 1 GSOG).

1.4 Das Gericht überprüft den angefochtenen Entscheid frei und ist an die Begehren der Parteien nicht gebunden (Art. 61 lit. c und d ATSG; Art. 80 lit. c Ziff. 1 und Art. 84 Abs. 3 VRPG).

2.

2.1 Nach Art. 13 Abs. 1 IVG haben Versicherte bis zum vollendeten 20. Altersjahr Anspruch auf die zur Behandlung von Geburtsgebrechen (Art. 3 Abs. 2 ATSG) notwendigen medizinischen Massnahmen. Der Bundesrat bezeichnet die Gebrechen, für welche diese Massnahmen gewährt werden; er kann die Leistung ausschliessen, wenn das Gebrechen von geringfügiger Bedeutung ist (Art. 13 Abs. 2 IVG). Die Geburtsgebrechen sind in der Liste im Anhang zur GgV aufgeführt. Ziff. 462 Anhang GgV nennt das Geburtsgebrechen "angeborene Störungen der hypothalamohypophysären Funktion (hypophysärer Kleinwuchs, Diabetes insipidus, Prader-Willi-Syndrom und Kallmann-Syndrom)".

2.2 Geburtsgebrechen nehmen in der Invalidenversicherung eine Sonderstellung ein. Denn bis zum vollendeten 20. Altersjahr können Versicherte gemäss Art. 8 Abs. 2 IVG unabhängig von der Möglichkeit einer späteren Eingliederung in das Erwerbsleben die zur Behandlung von Geburtsgebrechen notwendigen medizinischen Massnahmen beanspruchen. Eingliede-

rungszweck ist die Behebung oder Milderung der als Folge eines Geburtsgebrechens eingetretenen Beeinträchtigung (BGE 115 V 202 E. 4e cc S. 205; Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 21. Mai 2015, 8C_664/2014, E. 2.2). Die versicherte Person hat in der Regel nur Anspruch auf die dem jeweiligen Eingliederungszweck angemessenen, notwendigen Massnahmen, nicht aber auf die nach den gegebenen Umständen bestmöglichen Vorkehren (vgl. Art. 8 Abs. 1 IVG); denn das Gesetz will die Eingliederung lediglich so weit sicherstellen, als diese im Einzelfall notwendig, aber auch genügend ist. Ferner muss der voraussichtliche Erfolg einer Eingliederungsmassnahme in einem vernünftigen Verhältnis zu ihren Kosten stehen (Entscheid des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG, heute BGer] vom 9. Februar 2004, I 667/03, E. 2.3).

2.3 Nach der Rechtsprechung erstreckt sich der Anspruch auf medizinische Massnahmen ausnahmsweise 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 Geburtsgebrechen und dem sekundären Leiden muss demnach ein qualifizierter adäquater Kausalzusammenhang bestehen. Nur wenn im Einzelfall dieser qualifizierte ursächliche Zusammenhang zwischen sekundärem Gesundheitsschaden und Geburtsgebrechen gegeben ist und sich die Behandlung überdies als notwendig erweist, hat die Invalidenversicherung im Rahmen des Art. 13 IVG für die medizinischen Massnahmen aufzukommen. Nicht erforderlich ist, dass das sekundäre Leiden unmittelbare Folge des Geburtsgebrechens ist; auch mittelbare Folgen des angeborenen Grundleidens können zu diesem in einem qualifiziert adäquaten Kausalzusammenhang stehen (BGE 100 V 41 E. 1a S. 41; SVR 2011 IV Nr. 14 S. 38 E. 3.1).

2.4 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; BGE 142 V 58 E. 2.2 S. 60).

2.4.1 Nach der Rechtsprechung gilt eine Behandlungsart dann als bewährter Erkenntnis der medizinischen Wissenschaft entsprechend, wenn

sie von Forschenden und Praktizierenden der medizinischen Wissenschaft auf breiter Basis anerkannt ist. Das Schwergewicht liegt auf der Erfahrung und dem Erfolg im Bereich einer bestimmten Therapie. Die für den Bereich der Krankenpflegeversicherung entwickelte Definition der Wissenschaftlichkeit findet prinzipiell auch auf die medizinischen Massnahmen der Invalidenversicherung Anwendung. Eine Vorkehr, welche mangels Wissenschaftlichkeit nicht durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung zu übernehmen ist, kann grundsätzlich auch nicht als medizinische Massnahme nach Art. 12 oder 13 IVG zu Lasten der Invalidenversicherung gehen. Medizinische Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung (Art. 12 und 13 IVG) werden somit nur unter der Voraussetzung gewährt, dass sie wissenschaftlich anerkannt sind (wissenschaftlich nachgewiesene Wirksamkeit; vgl. zum Ganzen Entscheid des BGer vom 10. November 2009, 9C_403/2009, E. 4.1).

2.4.2 Die medizinischen Massnahmen umfassen die Behandlung, die vom Arzt selbst oder auf seine Anordnung durch medizinische Hilfspersonen in Anstalts- oder Hauspflege vorgenommen wird, mit Ausnahme von logopädischen und psychomotorischen Therapien (Art. 14 Abs. 1 lit. a IVG) und die Abgabe der vom Arzt verordneten Arzneien (Art. 14 Abs. 1 lit. b IVG). Gemäss dem vom Bundesamt für Sozialversicherungen (BSV) herausgegebenen Kreisschreiben über die medizinischen Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung (KSME [in der ab 1. Juni 2017 gültigen Fassung]; zur Bedeutung von Verwaltungsweisungen vgl. BGE 139 V 122 E. 3.3.4 S. 125) kann die Ergotherapie bei Körperbehinderten eine notwendige Ergänzung der Physiotherapie wie auch eine eigenständige medizinische Eingliederungsmassnahme darstellen (Rz. 1014 KSME). Sie ist im Rahmen von Art. 13 IVG jeweils für zwei Jahre zu verfügen (Rz. 1015.1 KSME). Die Ergotherapie muss ärztlich verordnet sein und die Indikation zur Therapie durch neurologisch oder neuropsychologisch fassbare Störungen begründet sein, die mit entsprechenden Befunden dokumentiert sein müssen und welche sich auf den Erwerb von Fähigkeiten und Fertigkeiten auswirken. Aus dem Antrag zur Ergotherapie müssen die Ziele der Behandlung hervorgehen (Rz. 1017 KSME).

2.5 Die Verwaltung als verfügende Instanz und – im Beschwerdefall – das Gericht dürfen eine Tatsache nur dann als bewiesen annehmen, wenn sie von ihrem Bestehen überzeugt sind. Im Sozialversicherungsrecht hat das Gericht seinen Entscheid, sofern das Gesetz nichts Abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen. Die blossе Möglichkeit eines bestimmten Sachverhaltes genügt diesen Beweisanforderungen nicht. Das Gericht hat vielmehr jener Sachverhaltsdarstellung zu folgen, die es von allen möglichen Geschehensabläufen als die wahrscheinlichste würdigt (BGE 138 V 218 E. 6 S. 221; SVR 2017 UV Nr. 20 S. 67 E. 3.2).

3.

3.1 Bei der Beschwerdeführerin wurde hauptsächlich ein Prader-Willi-Syndrom (fortan PWS) mit Muskelhypotonie, geistiger Behinderung und Kleinwuchs diagnostiziert (vgl. AB 7 S. 1, 11 S. 1, 50 S. 2, 55 S. 2, 57 S. 4, 59 S. 2). Zu der in diesem Zusammenhang verordneten Ergotherapie enthalten die medizinischen Akten im Wesentlichen das Folgende:

3.1.1 In der Verordnung vom 22. August 2016 (AB 45 S. 2) gab Dr. med. D._____, Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin, bei im Rahmen des PWS erhobener Diagnose einer muskulären Hypotonie sowie einer Bewegungs- und Koordinationsstörung an, Ziel der Behandlung sei das Verbessern oder Erhalten der körperlichen Funktionen als Beitrag zur Selbständigkeit in den alltäglichen Lebensverrichtungen.

3.1.2 Dr. med. D._____ führte im Bericht vom 10. Oktober 2016 (AB 48) aus, geplant sei eine einmal wöchentliche Ergotherapie für die Dauer von zwei Jahren, welche die Verbesserung der Koordination, der muskulären Dysbalance und der Sensomotorik bei ausgeprägter Hypotonie und Koordinationsstörung anstrebe. Die Beschwerdeführerin brauche aufgrund des PWS mehr Hilfestellung als ein vergleichbares Kind in diesem Alter. Sie könne nicht selber Treppen steigen, ermüde rasch, falle um und brauche Hilfe beim Aufstehen und Anziehen.

3.1.3 Im Bericht vom 14. November 2016 (AB 50) führte Dr. med. E._____, Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin des RAD, aus, die Beschwerdeführerin habe bei Geburt eine perinatale Asphyxie Geburtsgebrechen Ziff. 497 mit muskulärer Hypotonie Geburtsgebrechen Ziff. 395 erlitten und sei mit Physiotherapie behandelt worden. Mittels Ergotherapie solle die Koordination, muskuläre Dysbalance und Sensomotorik bei ausgeprägter Hypotonie und Koordinationsstörung verbessert werden. Zum PWS gehörten unter anderem die Muskelhypotonie, eine geistige Behinderung (Intelligenzminderung) und ein Kleinwuchs. Das Geburtsgebrechen Ziff. 462 beinhalte nur die Kleinwuchsbehandlung bei angeborener Störung der hypothalamohypophysären Funktionen (Wachstumshormonmangel). Die aktuelle Koordinationsstörung sei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ein Restbefund der früheren leichten cerebralen Bewegungsstörung Geburtsgebrechen Ziff. 395 nach perinataler Asphyxie und stehe nicht in direktem Zusammenhang mit dem PWS. Damit bestehe aus versicherungsmedizinischer Sicht kein Zusammenhang zwischen der Ergotherapie und dem Geburtsgebrechen Ziff. 462. Auch die Voraussetzungen der Kostenübernahme nach Art. 12 IVG seien nicht erfüllt.

3.1.4 Die RAD-Ärztin Dr. med. E._____ hielt im Bericht vom 3. Januar 2017 (AB 55) fest, aus versicherungsmedizinischer Sicht beinhalte die Behandlung des Geburtsgebrechens Ziff. 462 nur die Behandlung der Störungen der hypothalamohypophysären Funktion resp. des Kleinwuchses durch Wachstumshormonmangel. Losgelöst von der Ursache der psychomotorischen Entwicklungsverzögerung sei diese mit heilpädagogischer Früherziehung anzugehen. Seit 2008 würden die pädagogischen Massnahmen nicht mehr der IV unterstehen.

3.1.5 Am 30. Januar 2017 (AB 57 S. 1 ff.) führte PD Dr. med. F._____, Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin, zuhanden der Beschwerdegegnerin aus, die Ergotherapie sei bei Säuglingen und Kindern mit einem PWS im Rahmen des Geburtsgebrechens Ziff. 462 aus medizinischer Sicht zwingend indiziert. Es bestehe ein direkter und unmittelbarer Zusammenhang zwischen dem genannten Geburtsgebrechen und der psychomotorischen Entwicklungsverzögerung, der generalisierten Muskelhypotonie und Muskelschwäche sowie der daraus resultierenden motorischen

und koordinativen Defizite. Die Ziele der Ergotherapie würden die Verbesserung der Körperwahrnehmung, Gleichgewichtskontrolle, Krafftörderung im Schulter- und Rumpfbereich, um stehende Tätigkeiten durchhalten zu können, und Krafftörderung im Bereich der Extremitäten, um die Mobilität und Selbständigkeit im Alltag zu unterstützen, umfassen. Anfängliche Ergotherapie und anschliessende Physiotherapie seien bei PWS-Betroffenen lebenslang notwendig, weil sie eine syndrombedingte Muskelschwäche als Folge der syndrombedingten Hypoaktivität hätten. Im Säuglings- und Kleinkindalter stellten die Ergotherapie und anschliessend die Physiotherapie zentrale Pfeiler der Behandlung von Kindern mit einem PWS dar. Bei der Beschwerdeführerin sei die Ergotherapie im Moment unbedingt notwendig, später werde sie durch die lebenslange Physiotherapie abgelöst werden.

3.1.6 In der Aktennotiz des RAD vom 23. Mai 2017 (AB 64) wurde hinsichtlich der telefonischen Besprechung zwischen Dr. med. D. _____ und Dr. med. E. _____ festgehalten, die behandelnde Kinderärztin habe bestätigt, dass es sich vorliegend um Symptome einer umschriebenen Entwicklungsstörung der motorischen Funktionen, mithin um ICD-10 F82, handle. Die RAD-Ärztin führte aus, für das PWS gebe es kein eigenständiges Geburtsgebrechen wie das Geburtsgebrechen Ziff. 489 bei Trisomie 21, mit welchem alle Therapien abgedeckt seien. Das Geburtsgebrechen Ziff. 462 beinhalte nur die Kleinwuchsbehandlung mit Wachstumshormon. Die Symptome der umschriebenen Entwicklungsstörung der motorischen Funktionen (ICD-10 F82) könnten keinem anderen Geburtsgebrechen zugeordnet werden. Die Muskelhypotonie allein begründe keine medizinischen Massnahmen der IV.

3.2 Das Prinzip inhaltlich einwandfreier Beweiswürdigung besagt, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel objektiv zu prüfen hat, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf das Gericht bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 127, 125 V 351 E. 3a S. 352).

3.3 Zu beurteilen ist zunächst der medizinische Zusammenhang zwischen der diagnostizierten muskulären Hypotonie bzw. Bewegungs- und Koordinationsstörung (AB 45 S.2) und dem PWS (vgl. E. 2.3 hiavor).

3.3.1 Das PWS ist ein ätiologisch heterogenes Fehlbildungssyndrom mit Deletion des väterlichen Chromosoms 15. Als Symptome werden unter anderem Intelligenzminderung, Adipositas, Kleinwuchs, Diabetes mellitus und angeborene Muskelhypotonie mit verzögerter Entwicklung der statischen Funktionen (bzw. deutliche kognitive Entwicklungsstörung / im Vordergrund stehende Entwicklungsstörung) aufgeführt (vgl. MICHAELIS / NIEMANN, Entwicklungsneurologie und Neuropädiatrie - Grundlagen, diagnostische Strategien, Entwicklungstherapien und Entwicklungsförderungen, 5. Aufl. 2017, S. 211 und 383, sowie PSCHYREMBEL, Klinisches Wörterbuch, 266. Aufl. 2014, S. 1721 f.). Die muskuläre Hypotonie ist häufigster neurologischer Befund bei neurologisch auffälligen Kindern und wird definiert als herabgesetzter Ruhetonus eines Muskels oder der gesamten Muskulatur, welcher seine Ursache in einer funktionellen Störung des extrapyramidalen Systems, des Kleinhirns, der Hinterstrangbahnen des Rückenmarks, des zweiten Neurons der Willkürmotorik, metabolisch oder angeboren hat, wobei zu letzterem beispielhaft das floppy infant bei PWS genannt wird (MICHAELIS / NIEMANN, a.a.O., S. 85; PSCHYREMBEL, a.a.O., S. 980).

3.3.2 In der angefochtenen Verfügung hielt die Beschwerdegegnerin zu Recht fest, dass die höchstrichterliche Rechtsprechung die muskuläre Hypotonie beim PWS – als direkte Folge der hypothalamohypophysären Störung – unter das Geburtsgebrechen Ziff. 462 subsumiere und die Invalidenversicherung die diesbezüglich erbrachten Leistungen für Physiotherapie übernehme (vgl. AB 67 S. 1 sowie Entscheide des EVG vom 29. Januar 2004, I 19/03, E. 3.3.2 und E. 4.3, und vom 9. Februar 2004, I 667/03, E. 3.2 f., siehe auch Beschwerdeantwort S. 3 Ziff. 10). Die muskuläre Hypotonie stellt mithin als unmittelbare Folge des PWS einen sekundären Gesundheitsschaden zur hypothalamohypophysären Störung dar und begründet damit – entgegen den Ausführungen der RAD-Ärztin (vgl. AB 64) – Anspruch auf medizinische Massnahmen gemäss Art. 13 IVG (vgl. E. 2.3 hiavor). Neue medizinische Erkenntnisse, welche es gebieten, von der dargelegten Rechtsprechung abzuweichen, liegen nicht vor. Dass mit der

förmlich diagnoseinhärenten muskulären Hypotonie nunmehr eine Bewegungs- und Koordinationsstörung bzw. eine Entwicklungsstörung vorliegt, ergibt sich bei einer verminderten Muskelkraft von selbst (vgl. auch Symptome des PWS gemäss MICHAELIS / NIEMANN, a.a.O., S. 211 und 383, sowie AB 68 S. 83 [„...der muskulären Hypotonie und deren konsekutiven motorischen Funktionsstörungen.“]).

3.4 Weiter ist zu prüfen, ob die Ergotherapie bei PWS-Patienten eine nach bewährter Erkenntnis der medizinischen Wissenschaft angezeigte Massnahme darstellt. Dies hängt davon ab, ob die Krankenpflegeversicherung die Leistungen zu übernehmen hätte (vgl. E. 2.4.1 hiervor).

3.4.1 Die Leistungen gemäss Art. 25 Abs. 1 des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG; SR 832.10) umfassen unter anderem die Behandlungen, die ambulant von Personen durchgeführt werden, welche auf Anordnung oder im Auftrag eines Arztes oder einer Ärztin Leistungen erbringen (Art. 25 Abs. 2 lit. a Ziff. 3 KVG). Zu diesen Personen, welche auf ärztliche Anordnung hin und in selbständiger Weise sowie auf eigene Rechnung Leistungen erbringen, gehören u.a. Ergotherapeuten und Ergotherapeutinnen (Art. 46 Abs. 1 lit. b der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung [KVV, SR 832.102]). Gemäss Art. 6 Abs. 1 der Verordnung vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV; SR 832.112.31) übernimmt die obligatorische Krankenpflegeversicherung die Kosten der Leistungen, die auf ärztliche Anordnung hin von Ergotherapeuten und Ergotherapeutinnen erbracht werden, soweit sie der versicherten Person bei somatischen Erkrankungen durch Verbesserung der körperlichen Funktionen zur Selbständigkeit in den alltäglichen Lebensverrichtungen verhelfen (lit. a) oder im Rahmen einer psychiatrischen Behandlung durchgeführt werden (lit. b).

3.4.2 Bei der Ergotherapie handelt es sich um Massnahmen zur Unterstützung und Begleitung von Menschen, die in ihren alltags- oder arbeitsbezogenen Fähigkeiten eingeschränkt oder von Einschränkung bedroht sind. Deren Ziel ist die Wiederherstellung, Entwicklung, Verbesserung, Erhaltung oder Kompensation gestörter exekutiver u.a. kognitiver, motorischer oder sensorischer Funktionen und Fähigkeiten sowie die Ermögli-

chung von Selbständigkeit, Handlungsfähigkeit im Alltag und gesellschaftlicher Teilhabe (PSCHYREMBEL, a.a.O., S. 626; vgl. zum Ziel der Ergotherapie auch Entscheid des BGer vom 3. Januar 2008, 9C_372/2007, E. 5). Ergotherapie wird bei Kindern beispielsweise zur Behandlung von Koordinations-, Aufmerksamkeits-, Konzentrations- und Verhaltensstörungen eingesetzt. Die Therapie beschäftigt sich vor allem mit dem Zusammenspiel verschiedener Formen der Motorik, mit verschiedenen Wahrnehmungsqualitäten, der visuellen und akustischen Wahrnehmung sowie mit der Kontrolle von Bewegung und Wahrnehmung durch den Intellekt (STRASSBURG / DACHENEDER / KRESS, Entwicklungsstörungen bei Kindern - Praxisleitfaden für die interdisziplinäre Betreuung, 5. Aufl. 2013, S. 339).

3.4.3 Gemäss den Fachärzten Dr. med. D._____ und PD Dr. med. F._____ ist Ziel der verordneten Ergotherapie die Verbesserung der Koordination, der muskulären Dysbalance und der Sensomotorik der Beschwerdeführerin (AB 48 S. 3) bzw. die Verbesserung der Körperwahrnehmung, Gleichgewichtskontrolle, Kraftförderung im Schulter- und Rumpfbereich, um stehende Tätigkeiten durchhalten zu können, und Kraftförderung im Bereich der Extremitäten, um die Mobilität und Selbständigkeit im Alltag zu unterstützen (AB 57 S. 1). Diese Therapieziele wurden vor dem Hintergrund der PWS-bedingten muskulären Hypotonie sowie Bewegungs- und Koordinationsstörung formuliert (AB 45 S. 2).

Es überzeugt, wenn Dr. med. D._____ festhält, die Beschwerdeführerin brauche aufgrund des PWS mehr Hilfestellung als ein vergleichbares Kind in diesem Alter, sie könne nicht selber Treppen steigen, ermüde rasch, falle um und brauche Hilfe beim Aufstehen und Anziehen (AB 48 S. 3). Insofern zielt die zu erbringende Ergotherapie bei Vorliegen einer somatischen Erkrankung auf die Verbesserung der körperlichen Funktionen der Beschwerdeführerin zur Selbständigkeit in ihren alltäglichen Lebensverrichtungen ab.

Überdies ist die Ergotherapie medizinisch indiziert, legte doch PD Dr. med. F._____ am 30. Januar 2017 schlüssig und überzeugend dar, dass es auf alle Fälle einer lebenslangen Fortsetzung der regelmässigen Bewegungstherapie bedürfe. Die Ergotherapie sei momentan unbedingt notwendig und werde später durch Physiotherapie abgelöst, wobei die IV für letz-

tere bundesgerichtlich bestätigt Kostengutsprache erteilt (vgl. E. 3.3.2 hier-
vor). Dieses Vorgehen mit zunächst Ergotherapie im Säuglings- und Klein-
kindesalter und erst späterer Physiotherapie werde oft durchgeführt, wobei
es sich je nach Einzelfall etwas unterschiedlich gestalte (AB 57 S. 1 f.).
Dass die Ergotherapie zweifelsfrei angezeigt sei, bestätigte PD Dr. med.
F._____ am 17. August 2017 (AB 68 S. 82) und auch die Kinderärztin
Dr. med. D._____ beurteilte die Therapie im Bericht vom 28. August
2017 als klar indiziert zur Behandlung der muskulären Hypotonie und deren
konsekutiven motorischen Funktionsstörungen (AB 68 S. 83). Auch
G._____, Fachpsychologin für Neuropsychologie und Psychotherapie
FSP, sprach sich dringlich für eine Weiterführung der Ergotherapie aus
(AB 68 S. 66). Sodann ergibt sich aus den von der Beschwerdeführerin im
vorliegenden Verfahren eingereichten Unterlagen bzw. Fachartikeln, dass
das PWS somatische, endokrinologische und neurologische Anteile hat
und für die motorische und sprachliche Entwicklung unter anderem Ergo-
therapie indiziert ist (vgl. AB 68 S. 49 - 54 [insbes. S. 51] bzw. HANS-
CHRISTOPH STEINHAUSEN, Entwicklungsstörungen im Kindes- und Jugend-
alter - Ein interdisziplinäres Handbuch, 2001, S. 5, sowie BECKER / STE-
DING-ALBRECHT [Hrsg.], Ergotherapie im Arbeitsfeld Pädiatrie, 2. Aufl. 2015,
S. 199). Auch der Ratgeber für PWS-Betroffene thematisiert zur Behand-
lung der Symptomatik Ergotherapie (Beschwerdebeilage [BB] 16). Hierzu
macht die RAD-Ärztin ferner nicht geltend, Ergotherapie sei zur Erreichung
der formulierten Ziele nicht geeignet, sondern sie beschränkt sich einzig auf
eine – medizinisch rudimentär begründete – allgemeine Bestreitung der
Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin. Damit stehen ihre Beurteilungen
den wissenschaftlichen sowie übrigen fachmedizinischen Einschätzungen
nicht entgegen.

Schliesslich ist die einmal wöchentlich geplante Ergotherapie auch finansi-
ell angemessen und unter medizinischen – wie soeben ausgeführt – und
praktischen Gesichtspunkten geeignet, bei der Beschwerdeführerin zum
angestrebten Erfolg zu führen (vgl. BGer 8C_664/2014, E. 2.2).

3.4.4 Zusammenfassend ist nach dem Beweisgrad der überwiegenden
Wahrscheinlichkeit (E. 2.5 hier-
vor) erstellt, dass es sich bei der Ergo-
therapie um eine nach bewährter Erkenntnis der medizinischen Wissenschaft

angezeigte Massnahme zur Behandlung der PWS-bedingten muskulären Hypotonie bzw. der damit verbundenen Bewegungs- und Koordinationss-
törung handelt, die den therapeutischen Erfolg in einfacher und zweckmäs-
siger Weise anstrebt.

4.

Nach dem Dargelegten ist die Ergotherapie eine im Sinne von Art. 13 IVG
notwendige Massnahme, um die bei der Beschwerdeführerin durch das
PWS verursachten gesundheitlichen Einschränkungen zu behandeln.

Die Beschwerde ist gutzuheissen und die angefochtene Verfügung vom
28. Juli 2017 (AB 67) aufzuheben. Die Sache ist an die Beschwerdegegner-
in zurückzuweisen, damit sie über den Umfang des Anspruchs auf Ergo-
therapie neu verfüge.

5.

5.1 Gemäss Art. 69 Abs. 1^{bis} IVG ist das Beschwerdeverfahren vor dem
kantonalen Versicherungsgericht in Streitigkeiten um die Bewilligung oder
Verweigerung von IV-Leistungen kostenpflichtig. Die Kosten sind nach dem
Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von
Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festzulegen.

Die Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 800.--, hat bei diesem
Ausgang des Verfahrens die unterliegende Beschwerdegegnerin zu tragen
(Art. 108 Abs. 1 VRPG; BVR 2009 S. 186 E. 4). Der geleistete Kostenvor-
schuss von Fr. 800.-- ist der Beschwerdeführerin nach Eintritt der Rechts-
kraft des Urteils zurückzuerstatten.

5.2 Da der Aufwand für die Beschwerdeführung nicht das Mass dessen
überstieg, was dem Einzelnen zur Besorgung eigener Angelegenheiten
zugemutet werden darf, hat die nicht anwaltlich vertretene Beschwerdefüh-
rerin trotz des Obsiegens keinen Anspruch auf die Ausrichtung einer Par-
teientschädigung (BGE 127 V 205 E. 4b S. 207).

Demnach entscheidet der Einzelrichter:

1. In Gutheissung der Beschwerde wird die angefochtene Verfügung der IV-Stelle Bern vom 28. Juli 2017 aufgehoben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen, damit sie im Sinne der Erwägungen neu verfüge.
2. Die Verfahrenskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdegegnerin zur Bezahlung auferlegt. Der von der Beschwerdeführerin geleistete Kostenvorschuss von Fr. 800.-- wird ihr nach Rechtskraft des Urteils zurückerstattet.
3. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.
4. Zu eröffnen (R):
 - B. _____ und C. _____ z.H. der Beschwerdeführerin
 - IV-Stelle Bern
 - Bundesamt für Sozialversicherungen

Der Einzelrichter:

Die Gerichtsschreiberin:

Rechtsmittelbelehrung

Gegen dieses Urteil kann innert 30 Tagen seit Zustellung der schriftlichen Begründung beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten gemäss Art. 39 ff., 82 ff. und 90 ff. des Bundesgesetzes vom 17. Juni 2005 über das Bundesgericht (BGG; SR 173.110) geführt werden.