

200 17 96 IV
SCI/SCC/SEE

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil des Einzelrichters vom 29. August 2017

Verwaltungsrichter Schwegler
Gerichtsschreiberin Schertenleib Gamero

Sanitas Grundversicherungen AG
Jägerstrasse 3, 8004 Zürich
Zustelladresse: Sanitas, Versicherungsrechtsdienst, Postfach, 8021 Zürich
Beschwerdeführerin

gegen

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

in Sachen

A. _____
gesetzlich vertreten durch **C.** _____

betreffend Verfügung vom 16. Dezember 2016



Sachverhalt:

A.

Der 1999 geborene A. _____ (Versicherter) wurde im April 2001 von der Eltern bei der IV-Stelle Bern (IVB bzw. Beschwerdegegnerin) zum Bezug von IV-Leistungen für Versicherte vor dem 20. Altersjahr angemeldet (Akten der IVB, Antwortbeilage [AB] 1, 13 S. 2). Die IVB anerkannte die Geburtsgebrechen (Gg) Nr. 201 (AB 16), Nr. 423 (AB 28) und Nr. 390 (AB 39).

Im Zusammenhang mit dem Geburtsgebrechen Gg Nr. 390 sprach die IVB als (medizinische) Massnahmen u.a. die Übernahme von Kosten für Ergotherapie zu, welche sie – auf Antrag – mehrmals verlängerte (vgl. AB 51, 53, 54, 65, 66, 73, 74, 103, 105, 122, 124 S. 5 f., 127, 153). Nachdem die behandelnde Ärztin am 14. April 2016 die Übernahme der Kosten für Physio-, Hippo- und Ergotherapie für ein weiteres Jahr beantragt und dazu Berichte der Therapeuten eingereicht (AB 173, 175) und die IVB einen Bericht des RAD vom 26. Juli 2016 (AB 176 S. 2 f.) eingeholt hatte, bewilligte die IVB mit Mitteilung vom 22. August 2016 die Kostenübernahme der Leistungen für Physio- und Hippotherapie bis 31. Juli 2017 (AB 178). Mit Vorbescheid vom gleichen Tag stellte sie die Einstellung der Kostengutsprache für Ergotherapie in Aussicht (AB 177). Hiergegen erhoben die Krankenkasse des Versicherten am 16. September 2016 (AB 181) und die Eltern des Versicherten am 21. September 2016 Einwände (AB 183). Nach einer Stellungnahme des RAD vom 24. Oktober 2016 (AB 188 S. 2) verfügte die IVB am 16. Dezember 2016 die Einstellung der Kostengutsprache für Ergotherapie ab dem 1. Februar 2017 (AB 190).

B.

Am 31. Januar 2017 erhob die Krankenkasse des Versicherten, Sanitas Grundversicherungen AG, beim Verwaltungsgericht des Kantons Bern Beschwerde. Sie beantragt, die Verfügung vom 16. Dezember 2016 sei aufzuheben. Es seien die gesetzlichen IVG-Leistungen über den 1. Februar 2017 hinaus zu vergüten.

Mit Beschwerdeantwort vom 13. März 2017 beantragte die IVB die Abweisung der Beschwerde. Zur Begründung verwies sie auf die Stellungnahmen des RAD vom 24. Oktober 2016 und vom 7. März 2017.

In der Replik vom 19. April 2017 und der Duplik vom 11. Mai 2017 hielten die Parteien an den Anträgen 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 Angefochten ist die Verfügung der IV-Stelle Bern vom 16. Dezember 2016 (AB 190). Streitig ist die Übernahme der Kosten für Ergotherapie einmal wöchentlich von Februar 2017 (Zeitpunkt der Einstellung) bis maximal April 2019 (Zeitpunkt, in dem der Versicherte 20 Jahre alt wird; vgl. auch AB 77 und E. 2.2.4 nachfolgend).

Der Streitwert liegt unter Fr. 20'000.-- (zum Streitwert: vgl. AB 147 [Fr. 1'500.-- pro Quartal]), weshalb die Beurteilung der Beschwerde in die einzelrichterliche Zuständigkeit fällt (Art. 57 Abs. 1 GSOG).

1.3 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 Als Geburtsgebrechen gelten diejenigen Krankheiten, die bei vollendeter Geburt bestehen (Art. 3 Abs. 2 ATSG).

2.2 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).

2.2.1 Mit Art. 13 Abs. 2 IVG wurde dem Bundesrat die Kompetenz erteilt, aus der Gesamtheit der Geburtsgebrechen im medizinischen Sinne jene auszuwählen, für welche medizinische Massnahmen der IV zu gewähren sind (Geburtsgebrechen im Rechtssinne des IVG; BGE 122 V 113 E. 3a cc S. 119). Der Bundesrat verfügt dabei über einen weiten normativen Ermessensspielraum (BGE 105 V 21; AHI 1999 S. 168 E. 2b). Die Geburtsgebrechen sind in der Liste im Anhang zur Verordnung vom 9. Dezember 1985 über Geburtsgebrechen (GgV; SR 831.232.21) aufgeführt.

2.2.2 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. Eingliederungszweck ist die Behebung oder Milderung der als Folge eines Geburts-

gebrechens eingetretenen Beeinträchtigung (BGE 115 V 202 E. 4e cc S. 205; Entscheid des BGer vom 21. Mai 2015, 8C_664/2014, E. 2.2).

2.2.3 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).

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 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 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).

2.2.4 Nach Art. 3 GgV erlischt der Anspruch auf Behandlung eines Geburtsgebrechens am Ende des Monates, in dem die Versicherten das 20. Altersjahr zurückgelegt haben, selbst wenn eine vor diesem Zeitpunkt begonnene Massnahme fortgeführt wird. Diese Altersgrenze ist absolut; weder die Auslegung der Gesetzesbestimmung noch die hierzu ergangene Rechtsprechung lassen eine Ausnahme "im Sinne einer Einzelfallgerechtigkeit" zu (BGE 120 V 277 E. 2 S. 279; ZAK 1989 S. 402).

2.3 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 125 V 351 E. 3a S. 352; SVR 2015 IV Nr. 28 S. 86 E. 4.1).

2.4

2.4.1 Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten, sondern dessen Inhalt (BGE 137 V 210 E. 6.2.2 S. 269, 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352).

2.4.2 Den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte kommt Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen. Die Tatsache allein, dass der befragte Arzt in einem Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger steht, lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und auf Befangenheit schliessen. Gleiches gilt, wenn ein frei praktizierender Arzt von einer Versicherung wiederholt für die Erstellung von Gutachten beigezogen wird (SVR 2008 IV Nr. 22 S. 70 E. 2.4). Es bedarf vielmehr besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen. Im Hinblick auf die erhebliche Bedeutung, welche den Arztberichten im Sozialversicherungsrecht zukommt, ist an die Unparteilichkeit des Gutachters allerdings ein strenger Massstab anzulegen (BGE 125 V 351 E. 3b ee S. 354).

Sofern RAD-Untersuchungsberichte den Anforderungen an ein ärztliches Gutachten (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352) genügen, auch hinsichtlich der

erforderlichen ärztlichen Qualifikationen, haben sie einen vergleichbaren Beweiswert wie ein anderes Gutachten (SVR 2009 IV Nr. 53 S. 165 E. 3.3.2).

3.

3.1 Umstritten ist die Leistungspflicht bei Geburtsgebrechen nach Art. 13 IVG. Vorliegend hat die Beschwerdegegnerin u.a. das Geburtsgebrechen (Gg) Nr. 390 (Angeborene cerebrale Lähmungen [spastisch, dyskinetisch {dyston, choreo-athetoid}, ataktisch]) anerkannt (AB 39, 77). Den weiter anerkannten Gg Nr. 201 und Nr. 423 kommt im vorliegenden Zusammenhang unbestritten keine Bedeutung zu. Als konkrete Massnahmen gemäss Art. 13 IVG sprach die Beschwerdegegnerin zufolge des Gg 390 die Übernahme der Kosten für Ergotherapie (vgl. AB 66, 74, 105, 127, 153), für Physiotherapie (vgl. AB 89, 118, 141) und für Hippotherapie (AB 118, 141, 172) über mehrere Jahre zu. Nachdem die behandelnde Ärztin einen weiteren Antrag auf eine Übernahme der Kosten für Physio-, Ergo- und Hippotherapie gestellt hatte (Bericht vom 14. Juni 2016 von Dr. med. B._____, Fachärztin für Pädiatrie und Neuropädiatrie [AB 173]), übernahm die Beschwerdegegnerin die Kosten für die Physio- und Hippotherapie vom 1. Juli 2016 bis 31. Juli 2017 (AB 178) und lehnte die Übernahme der Kosten für die Ergotherapie ab dem 1. Februar 2017 ab (angefochtene Verfügung vom 16. Dezember 2016 [AB 190]).

3.2 Es ist zu Recht unbestritten, dass im Zusammenhang mit dem Gg 390 Ergotherapie grundsätzlich zugesprochen werden kann: Gemäss Kreisschreiben über die medizinischen Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung (KSME; gültig ab 1. Januar 2017) ist Ergotherapie im Rahmen von medizinischen Massnahmen gemäss Art. 13 IVG jeweils für zwei Jahre zu verfügen. Anträge zur Verlängerung der Ergotherapie sind aufgrund der vom Arzt im Verlauf erhobenen detaillierten Befunde, deren Auswirkungen im Alltag und eines ausführlichen Therapieberichts zu prüfen. Dabei ist auf eine nachvollziehbare Therapieplanung zu achten, aus der auch die Ziele der Behandlung hervorgehen (KSME Rz. 1015.1). Die Ergotherapie muss ärztlich verordnet sein. Die Indikation zur Therapie

muss durch neurologische 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 (KSME Rz. 1017). Diesbezüglich ist den Akten das Folgende zu entnehmen:

3.2.1 Am 24. März 2015 führte die behandelnde Fachärztin für Pädiatrie und Neuropädiatrie, Dr. med. Julia B._____, aus, in der Ergotherapie zeige der Versicherte nun eine deutliche Verbesserung der Handlungsplanung und Organisation. Auch in feinmotorischen Aufgaben habe er sich deutlich verbessert. Im Moment werde nun an Verbesserung der Handlungsplanung, z.B. mit innerem Gespräch, sowie behandelnde Lern- und Wissensanwendung mit komplexeren Aufgaben gearbeitet. Dies könne auch gut berufsbezogen in der Folge eingesetzt werden (AB 149 S. 1).

3.2.2 Im Bericht vom 14. April 2015 diagnostizierte die RAD-Ärztin Dr. med. D._____, Fachärztin für Pädiatrie, Schwerpunkt Neuropädiatrie, eine ataktische cerebrale Bewegungsstörung (Gg 390) und eine nahezu mittelgradige Intelligenzminderung (ICD-10 F71). Der Versicherte leide an einer ataktischen cerebralen Bewegungsstörung mit Auswirkung auf die Praxis, Handlungsplanung, Gleichgewicht und Koordination. Er sei nahezu mittelgradig intelligenzgemindert und habe eine eingeschränkte Sehkraft. In der Ergotherapie werde an der Praxis und Handlungsplanung, in der Physiotherapie am Gleichgewicht und an der Koordination gearbeitet. Der Versicherte sei selbstständiger geworden. Die Indikation zur Verlängerung der Ergo- und Physiotherapie je einmal pro Woche im Rahmen der Kostengutsprache für das Gg 390 könne nachvollzogen werden für ein Jahr (AB 152 S. 2).

3.2.3 Im Bericht der Ergotherapie der Schule E._____ vom 13. Juni 2016 hielt die Ergotherapeutin zu den Therapiezielen/-schwerpunkten fest, der Versicherte verbessere die Handlungsplanung bei einfachen Aufgaben. Er bekomme einen verbalen Auftrag, könne das Vorgehen mit Hilfe laut überdenken und dann ausführen. Fernziel sei das Verinnerlichen des „Inneren Sprechens“. Der Versicherte verbessere seine Handgeschicklichkeit (z.B. Knöpfe öffnen/schliessen), das bimanuelle Arbeiten (z.B. Schneiden

mit der Schere) und die Anpassung der Kraftdosierung (AB 173 S. 2). Bezüglich der Selbstversorgung führte die Ergotherapeutin aus, das gründliche Putzen (der Zähne) zeige sich als Herausforderung, weil ein Handlungsablauf fehle, aber auch weil der Versicherte im Mundbereich sehr sensibel sei. Für das Schliessen/Öffnen von Knöpfen seien Ablaufsätze nach den eigenen Worten des Versicherten notiert worden. Es sei deutlich zu erkennen, dass der Versicherte mit dieser Hilfestellung die Tätigkeit ruhiger und mit besserem feinmotorischem Geschick angehe. Oft klappe es sogar auch ganz selbstständig (AB 173 S. 3). Der Versicherte werde im Sommer 2017 aus der Schule E. _____ austreten. Voraussichtlich werde er einer Tagesbeschäftigung in einer Werkstätte nachgehen und evtl. in einer Aussenwohngruppe der Schule E. _____ übernachten. Um an den noch nicht erreichten Zielen weiterzuarbeiten und den Versicherten optimal auf die verschiedenen Wechsel und die neuen auf ihn zukommenden Tätigkeiten vorzubereiten, sehe sie (die Ergotherapeutin) es als notwendig, ihn bis dahin weiterhin einmal wöchentlich zu fördern (AB 173 S. 4).

3.2.4 Im Antrag zur Verlängerung der Ergotherapie (Bericht vom 14. Juni 2016) hielt Dr. med. B. _____ fest, es liege der Schwerpunkt in einer verbesserten Handlungsplanung, eine verbesserte Handgeschicklichkeit (z.B. Knöpfe öffnen und schliessen, bimanuelle Arbeiten, schneiden mit der Schere) und Anpassung der Kraftdosierung sowie Unterstützung in der Selbstversorgung (z.B. Körperhygiene und Zähneputzen). Auch lerne der Versicherte verschiedene Werkzeuge und Maschinen kennen, die er in einfachen Tätigkeiten einsetzen könne als Vorbereitung für die Tagesstätte (AB 173 S. 1).

Im gleichentags erstellten Bericht – zuhanden der Kinderärztin Dr. med. F. _____ – diagnostizierte Dr. med. B. _____ ein unklares Dysmorphiesyndrom mit: Lippen-Kiefer-Gaumenspalte, Mikrocornea beidseits mit Kolobom und Visuseinschränkung, eine Mikrozephalie, eine leicht ataktische Cerebralparese (Gg 390 anerkannt) und eine kognitive Entwicklung im Rahmen einer geistigen Behinderung (Son-IQ 2005 ca. 50) sowie eine Kyphoskoliose. Zur Selbstständigkeit hielt die Ärztin fest, dass der Versicherte sich selbstständig an- und ausziehen könne. Er benutze den ÖV alleine. Er brauche beim Duschen und Zähneputzen noch Anleitung, er

esse alleine, teils werde von den Eltern noch das Brot gestrichen (AB 198 S. 1). Zum Status führte Dr. med. B. _____ u.a. aus, es bestünde eine leichte Dysmetrie beidseits, kein Tremor, die Dysdiadochokinese sei jetzt flüssig. Es liege ein sicherer Fingerfolgeversuch und Fingeroppositionsversuch, gutes Laufen, Rennen, Zehen- und Fersengang sowie Einbeinstand, flüssiges monopedaless Hüpfen und beginnender Hampelmannsprung vor (AB 198 S. 2).

3.2.5 Im Bericht vom 26. Juli 2016 führte die RAD-Ärztin Dr. med. D. _____ aus, der Versicherte erhalte seit dem 1. November 2005 Ergotherapie, d.h. seit über 10 Jahren. Gemäss der Ergotherapeutin liege seine kognitive Entwicklung wahrscheinlich im Rahmen einer geistigen Behinderung (Son-IQ 2005 ca. 50), d.h. nahe an einer mittelgradigen Intelligenzminderung (ICD-10 F71). Der Versicherte werde beruflich nicht eingegliedert, sondern werde ab Sommer 2017 einer Tagesbeschäftigung in einer Werkstätte nachgehen. Mit 17 Jahren würden weitere Fortschritte bescheiden bleiben. Die Ergotherapie stehe im Zusammenhang mit der Intelligenzminderung (ICD-10 F71) und nicht mit dem Gg 390. Der beantragte Therapieumfang und die Dauer seien aus versicherungsmedizinischer Sicht nicht nachvollziehbar (AB 176 S. 2 f.).

Am 24. Oktober 2016 führte Dr. med. D. _____ an, weitere Fortschritte würden bescheiden bleiben. Der Versicherte habe seit über zehn Jahren Ergotherapie erhalten und sei optimal während des Wachstums und der Entwicklung gefördert worden. Trotzdem werde er auch als Erwachsener weiterhin auf fremde Hilfe angewiesen sein und die Selbstständigkeit in weiteren sechs Monaten Ergotherapie nicht erreichen. Schwerpunkt der Ergotherapie sei eine verbesserte Handlungsplanung, eine verbesserte Handgeschicklichkeit (z.B. Knöpfe öffnen und schliessen, bimanuelle Arbeiten, schneiden mit der Schere) und Anpassung der Kraftdossierung sowie Unterstützung in der Selbstversorgung (z.B. Körperhygiene und Zähneputzen). Die Beschwerdeführerin zweifle das Ausmass der Intelligenzminderung bei einem IQ 50 an, es liege eine leichte vor. Tatsache sei jedoch, dass der Versicherte mit der Kombination seiner körperlichen und kognitiven Einschränkungen in der freien Wirtschaft nicht eingegliedert werden könne (AB 188 S. 3).

Im Bericht vom 7. März 2017 hielt Dr. med. D. _____ fest, der Versicherte werde 17 Jahr alt, sein Wachstum dürfte mehrheitlich abgeschlossen sein. Während des Wachstums lasse sich nicht eindeutig unterscheiden, welche Symptome Folgen der Cerebralparese seien und welche Folgen der Intelligenzminderung. Sowohl eine Cerebralparese, als auch eine mittelgradige bis schwerste Intelligenzminderung wirkten sich einschränkend auf die Selbstständigkeit/Selbstversorgung und Handlungsplanung aus. Betroffene seien auf Hilfe angewiesen. Im nahezu Erwachsenenalter werde die Unterscheidung deutlicher. Mit dem neuesten Bericht mit umfassender neurologischer Untersuchung (Bericht von Dr. med. B. _____) beständen beim Versicherten nur noch minimale Restsymptome der Ataxie (Dysmetrie) Gg 390. Der Versicherte leide zusätzlich an einer Intelligenzminderung nahe einer mittelgradigen (mentales Alter entspreche etwa dem eines 9-Jährigen bei SON R IQ um 50). Einen gewissen Grad von Unabhängigkeit könne er bei der Selbstversorgung erreichen, aber als Erwachsener werde er für sein Leben und die Arbeit in der Gemeinschaft weiterhin auf Unterstützung angewiesen sein. Daran könne die Ergotherapie nichts ändern, die Fortschritte blieben wegen der geistigen Behinderung bescheiden (AB 200 S. 3).

3.3 Die Beschwerdegegnerin stellt auf die Berichte der RAD-Ärztin Dr. med. D. _____ vom 26. Juli 2016 (AB 176 S. 3), vom 24. Oktober 2016 (AB 188 S. 2) und vom 7. März 2017 (AB 200 S. 3) ab; diese erfüllen die Voraussetzungen der Rechtsprechung an medizinische Berichte, weshalb ihnen voller Beweiswert zukommt. Die schlüssige Beurteilung, wonach die Ergotherapie im Zusammenhang mit der mittelgradigen Intelligenzminderung (ICD-10 F71) und nicht mehr mit dem Gg 390 stehe, wird nicht in Frage gestellt dadurch, dass Dr. med. D. _____ den Versicherten nicht persönlich untersucht hat. Vielmehr hat sie sich gestützt auf die Berichte der behandelnden Ärztin Dr. med. B. _____, insbesondere auf deren neurologische Untersuchung (AB 149 S. 1, 173 S. 1198 S. 2), und auch die Schul- (AB 175), Ergotherapie-, Physiotherapie- und Hippotherapieberichte (AB 149 S. 2 ff., 173 S. 2 ff.) ein vollständiges Bild machen können. Sie steht mit den Akten in Übereinstimmung.

Bei der bewilligten Ergotherapie ging es ursprünglich darum, die durch die Lähmung bedingten Einschränkungen zu überbrücken (vgl. KSME Rz. 1014). Es wurde zusammen mit weiteren Therapien (Physio- und Hippotherapie) ein multimodaler Ansatz verfolgt. Dies hat sich – werden die Berichte der Ergotherapeutin wie der übrigen mit der Behandlung befassten Personen betrachtet – in den letzten Jahren nun kontinuierlich geändert. Es ist damit kein Widerspruch darin zu erblicken, dass die Beschwerdegegnerin in der angefochtenen Verfügung vom 16. Dezember 2016 (AB 190) die Ergotherapie verweigert, hingegen im Zusammenhang mit dem Gg 390 weiterhin Physio- und Hippotherapie (Mitteilung vom 22. August 2016 [AB 178]) zuspricht. Mit Blick auf den Zweck der jeweiligen Therapie ist dies vielmehr nachvollziehbar und überzeugend. Anders als die Ergotherapie fokussieren die Physiotherapie (Stabilisierung Rumpf und Mobilitätsförderung der Wirbelsäule [vgl. AB 173 S. 1, 5]) und die Hippotherapie (Rumpf- und Beckenkontrolle [AB 173 S. 1, 8]) nach wie vor unmittelbar auf die durch das Gg 390 betroffenen Körperfunktionen. Die Ergotherapie hat sich hingegen im Verlauf der Zeit vom Grund der Kostengutsprache (vgl. AB 124 S. 5) entfernt. Hielt Dr. med. B. _____ im Bericht vom 2. Juli 2013 fest, es sei sinnvoll den Versicherten in Basisfunktionen zu fördern wie der Bilateralität, der Linkshändigkeit, schneiden mit der linken Hand (AB 122) und waren laut der Ergotherapeutin (Bericht vom 25. Mai 2013 [AB 124 S. 6]) u.a. Therapieziele Körperstellungen und Bewegungen besser wahrnehmen und gezielter durchführen zu können sowie das Erarbeiten einer guten Sitzhaltung ohne Korsett als Ausgangsstellung für bessere Feinmotorik, so führte Dr. med. B. _____ im Bericht vom 24. März 2015 bereits aus, dass sich eine deutlich verbesserte Handlungsplanung und Organisation zeige und der Versicherte sich in feinmotorischen Aufgaben deutlich verbessert habe (AB 149 S. 1).

Entgegen der Meinung der Beschwerdeführerin (Beschwerde S. 4 Ziff. 13) ändert nichts an der jetzigen Beurteilung der RAD-Ärztin, dass diese in der Stellungnahme vom 14. April 2015 unter Nennung der Diagnosen „Gg 390“ und „nahezu mittelgradige Intelligenzminderung“ (ICD-10 F71) eine Kostengutsprache für Ergotherapie einmal wöchentlich nochmals befürwortet hatte (AB 152). Der Bericht der Ergotherapie vom 16. März 2016 (AB 149) belegt mit Blick auf die weiteren Entwicklungen, dass die Ergotherapie heu-

te nicht mehr der Behandlung des Gg 390 dient, sondern nun ganz allgemein in den Dienst der Förderung der allgemeinen Entwicklung bei Entwicklungsdefiziten mit IQ 50 gestellt ist. Nichts anderes ergibt sich aus dem Bericht der Ergotherapie vom 13. Juni 2016 (AB 173 S. 2 f; vgl. auch den Bericht der Physiotherapie vom 30. Mai 2016 [AB 173 S. 5 ff.]; Schulbericht 2015/2016 [AB 175 S. 12 ff.]). Es steht nicht mehr Gg 390 im Sinne einer Verbesserung der Folgen der Cerebralparese im Vordergrund. Laut Physiotherapeutin bestehen keine wesentlichen Bewegungseinschränkungen und der Versicherte kann leichte mittelschwere koordinative grobmotorische Aufgaben durchführen (AB 173 S. 6).

Die Beurteilung der RAD-Ärztin Dr. med. D. _____ (AB 176, 200 S. 3), wonach die Ergotherapie inzwischen die Selbstversorgung und Symptome im Zusammenhang mit der Intelligenzminderung betreffe, ist damit korrekt. Daran ändert nichts, dass die behandelnde Ärztin Dr. med. B. _____ (AB 173) in ihrem Schreiben vom 14. Juni 2016 an die IV-Stelle (in Wiederholung der Ergotherapeutin) in Kenntnis der nun diskutierten versicherungsrechtlichen Fragen wiederum verstärkt motorische Probleme in den Vordergrund stellt (Knöpfe öffnen / schliessen, bimanuelle Arbeiten, schneiden mit der Schere). Aus den echtzeitlichen Schulberichten ergibt sich ohne weiteres, dass in diesem Bereich sehr wohl bereits früher erhebliche Fortschritte erzielt worden waren und auch die behandelnde Ärztin selbst (in Widerspruch hierzu gleichentags) Selbstständigkeit attestiert hat (Bericht vom 14. Juni 2016 [AB 198]). Dieser letztere (unbefangene erstellte) Bericht an die Hausärztin bestätigt die Beurteilung der RAD-Ärztin, worauf diese in ihrer erneuten Stellungnahme korrekt geschlossen hat (AB 200).

3.4 Eine Leistungspflicht gemäss Art. 12 IVG ist – gemäss den übereinstimmenden Auffassungen der Beschwerdeführerin (Beschwerde S. 3 Ziff. 11) und der Beschwerdegegnerin (Beschwerdeantwort S. 3 Ziff. 12) – nicht gegeben: Bei Geisteskranken bildet die Ergotherapie einen wesentlichen Teil des Gesamtbehandlungsplanes dieser Kranken und ist ein Teil der Leidensbehandlung, also keine Eingliederungsmassnahme der IV (KSME Rz. 1016). Auch tritt in den Kreis der medizinischen Eingliederungsmassnahmen im Rechtssinne nur ein, was unmittelbar auf die erwerblich-berufliche Eingliederung gerichtet ist (BGE 98 V 205 E. 4; ULRICH MEYER;

MARCO REICHMUTH, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, 3. Aufl., S. 135). Die Ergotherapie kann deshalb auch nicht im Zusammenhang mit der Minderintelligenz übernommen werden; zudem ist beim Versicherten aufgrund seiner erheblichen gesundheitlichen Einschränkungen keine berufliche Eingliederung möglich, vielmehr wird er einer Tagesbeschäftigung in einer Werkstätte nachgehen (AB 175 S. 3).

3.5 Nach dem Dargelegten ist nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegerin die Ergotherapie bei gleichzeitiger Weitergewährung von Physio- und Hippotherapie verweigert hat. Damit erweist sich die angefochtene Verfügung vom 16. Dezember 2016 (AB 190) als korrekt und die Beschwerde ist abzuweisen.

4.

4.1 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.

Bei diesem Ausgang des Verfahrens hat die unterliegende Beschwerdeführerin die Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 500.--, zu tragen (Art. 108 Abs. 1 VRPG). Diese werden dem geleisteten Kostenvorschuss gleicher Höhe entnommen.

4.2 Bei diesem Verfahrensausgang hat die Beschwerdeführerin keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung.

Demnach entscheidet der Einzelrichter:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Die Verfahrenskosten von Fr. 500.-- werden der Beschwerdeführerin zur Bezahlung auferlegt und dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe entnommen.
3. Es wird keine Parteienschädigung zugesprochen.
4. Zu eröffnen (R):
 - Sanitas Grundversicherungen AG
 - IV-Stelle Bern
 - C. _____ z.H. des Versicherten
 - 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.