

200 18 92 IV
SCP/IMD/SEE

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil des Einzelrichters vom 19. März 2018

Verwaltungsrichter Schütz
Gerichtsschreiber Imhasly

A. _____
gesetzlich vertreten durch B. _____
Beschwerdeführerin

gegen

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

betreffend Verfügung vom 22. Dezember 2017



Sachverhalt:

A.

Die am 7. April 2010 geborene A. _____ (Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) wurde von ihren Eltern im Mai 2010 unter Hinweis auf diverse Geburtsgebrechen bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug angemeldet (Akten der IV, Antwortbeilage [AB] 2). Die IV-Stelle Bern (IVB bzw. Beschwerdegegnerin) traf medizinische Abklärungen und erteilte der Versicherten mit Mitteilung vom 4. August 2010 (AB 7) Kostengutsprache für diesbezügliche medizinische Massnahmen. Am 6. Oktober 2010 erlitt die Versicherte einen Ertrinkungsunfall, aufgrund welchem sie an einer dyston-spastischen Bewegungsstörung mit ausgeprägter Dysphagie bei schwerer hypoxisch-ischämischer Enzephalopathie (ICD-10: G93.4) leidet (AB 32). Nebst Zusprache diverser Hilfsmittel, einer Hilflosenentschädigung (AB 64, 221, 307) und eines Assistenzbeitrages (AB 288, 311) erteilte die IVB der Versicherten Kostengutsprache für medizinische Massnahmen in Form von ärztlich verordneter Ergotherapie (AB 76, 168, 267), ambulanter Physiotherapie (AB 93, 166, 267) und Hippotherapie (AB 167, 266).

Gestützt auf die Beurteilung von Dr. med. C. _____, Fachärztin für Pädiatrie und Ärztin beim Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD), vom 16. Mai 2017 (AB 360) stellte die IVB mit Vorbescheid vom 22. Juni 2017 (AB 363) die Reduktion der gewährten Ergotherapie auf eine Therapieeinheit pro Woche in Aussicht. Nach dagegen vorgebrachten Einwänden (AB 369) und einer Stellungnahme durch die RAD-Ärztin Dr. med. C. _____ (AB 370) verfügte die IVB am 22. Dezember 2017 (AB 382) wie vorgesehen.

B.

Hiergegen erhob die Versicherte, gesetzlich durch ihren Vater, mit Eingabe vom 31. Januar 2018 Beschwerde mit den folgenden Anträgen:

1. Die Verfügung vom 22.12.2017 sei, soweit die Ergotherapie betreffend, aufzuheben.

2. Es sei auch weiterhin Kostengutsprache im bisherigen Umfang von zwei Stunden pro Woche für die Ergotherapie zu gewähren.
3. Es sei die Befreiung von den Verfahrenskosten zu gewähren.

Mit prozessleitender Verfügung vom 1. Februar 2018 forderte der Instrukti-
onsrichter die Beschwerdeführerin auf, das aktuelle Unterstützungsbudget
des zuständigen Sozialdienstes einzureichen und mitzuteilen, ob sie über
eine Rechtsschutzversicherung (allenfalls im Rahmen einer Krankenversi-
cherung oder über die Mitgliedschaft bei einer Berufsorganisation) verfüge.

Mit Eingabe vom 7. Februar 2018 (Postaufgabe) bestätigte das Sozialamt
... unter Beilage einer vom 20. März 2017 datierenden Verfügung inkl. Bud-
get, dass die Beschwerdeführerin aktuell mit Sozialhilfe unterstützt werde.
Mit einer weiteren Eingabe vom 9. Februar 2018 teilte das Sozialamt mit,
die Beschwerdeführerin sei bei der D. _____ krankenversichert.

Die Beschwerdegegnerin beantragte mit Beschwerdeantwort vom 28. Fe-
bruar 2018 die Abweisung der Beschwerde.

Mit prozessleitender Verfügung vom 5. März 2018 stellte der Instruktions-
richter fest, dass die Sozialhilfebedürftigkeit der Gesuchstellerin und damit
– mangels Rechtsschutzversicherung – die finanziellen Voraussetzungen
zur Gewährung der unentgeltlichen Rechtspflege als nachgewiesen zu gel-
ten hätten. Soweit weitergehend werde über das Gesuch mit dem Endent-
scheid entschieden.

Erwägungen:

1.

1.1 Der angefochtene Entscheid ist in Anwendung von Sozialversiche-
rungsrecht 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 22. Dezember 2017 (AB 382). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch der Beschwerdeführerin gegenüber der Invalidenversicherung auf medizinische Massnahmen in Form von Ergotherapie und dabei die Reduktion von zwei auf eine Ergotherapie-Einheiten pro Woche.

1.3 Da die umstrittene Leistung für zwei Jahre zwischen dem 1. April 2017 bis zum 31. März 2019 zugesprochen bzw. per 1. Februar 2018 reduziert wurde (AB 382), liegt der Streitwert offensichtlich unter Fr. 20'000.-- (vgl. dazu bspw. Kontrollblatt per 28.02.2018, S. 3 Pos. 2). Damit fällt die Beurteilung der Beschwerde in die einzelrichterliche Zuständigkeit (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 Gemäss Art. 8 Abs. 1 IVG haben invalide oder von einer Invalidität (Art. 8 ATSG) bedrohte Versicherte Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen, soweit diese notwendig und geeignet sind, die Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, wieder herzustellen.

len, zu erhalten oder zu verbessern (lit. a) und die Voraussetzungen für den Anspruch auf die einzelnen Massnahmen erfüllt sind (lit. b). Die Eingliederungsmassnahmen bestehen u.a. in medizinischen Massnahmen (Art. 8 Abs. 3 lit. a IVG).

2.2 Nicht erwerbstätige Personen vor dem vollendeten 20. Altersjahr gelten als invalid, wenn die Beeinträchtigung ihrer körperlichen oder geistigen Gesundheit voraussichtlich eine ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit zur Folge haben wird (Art. 5 Abs. 2 IVG i.V.m. Art. 8 Abs. 2 ATSG).

2.3 Versicherte haben nach Art. 12 Abs. 1 IVG 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.

Gemäss Art. 2 Abs. 1 der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung (IVV; SR 831.201) gelten als medizinische Massnahmen im Sinne von Art. 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 wesentlichen Beeinträchtigungen zu bewahren. Die Massnahmen müssen nach bewährter Erkenntnis der medizinischen Wissenschaft angezeigt sein und den Eingliederungserfolg in einfacher und zweckmässiger Weise anstreben.

2.4 Art. 12 IVG bezweckt namentlich, die Aufgabenbereiche der Invalidenversicherung einerseits und der sozialen Kranken- und Unfallversicherung andererseits gegeneinander abzugrenzen. Diese Abgrenzung beruht auf dem Grundsatz, dass die Behandlung einer Krankheit oder einer Verletzung ohne Rücksicht auf die Dauer des Leidens primär in den Aufgabenbe-

reich der Kranken- und Unfallversicherung gehört (BGE 104 V 79 E. 1 S. 81 f., 102 V 40 E. 1 S. 41 f.).

2.5 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 143 V 124 E. 2.2.2 S. 126, 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352).

2.6 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.

3.1 Bezüglich des streitigen Anspruchs ist den Akten – soweit entscheidungswesentlich – das Folgende zu entnehmen:

3.1.1 Im Verlaufsbericht Ergotherapie vom 24. Februar 2017 (AB 347 S. 3 f.) wurde festgehalten, dass die Schwerpunkte der Ergotherapie in den Bereichen Essen, Trinken, sich kleiden und im feinmotorischen Handgebrauch lägen. Die Therapie in Kombination mit Hilfsmitteln habe im Bereich Essen/Trinken dazu geführt, dass die Versicherte nun mit weniger Unterstützung durch Hilfspersonen an Mahlzeiten teilnehmen könne. Fortschritte

hätten sich auch bei bimanuellen Aktivitäten gezeigt. Die Versicherte habe erste Schritte zu Selbstständigkeit gemacht. In allen Bereichen der Selbstversorgung benötige sie Unterstützung oder Supervision und übernehme inzwischen kleine Teilschritte selbstständig. Aktuell bestünden die folgenden Ziele:

- d440 feinmotorischer Handgebrauch: Die Versicherte öffnet verschiedene Verpackungen und Drehverschlüsse beidhändig;
- d510 sich waschen: Sie wäscht sich die Hände mit Seife;
- d540 sich kleiden: Sie zieht die Jacke selbstständig aus und an;
- d550 Essen: Sie isst mit dem Löffel;
- e130 Produkte und Technologie für Bildung: Sie besitzt und gebraucht Technologie (Computer mit angepasster Steuerung) um den schulischen Anforderungen zu genügen.

Eine Reduktion sei unter keinen Umständen angezeigt. Die Versicherte benötige die Ergotherapie zwingend, um selbstständiger in ihrem täglichen Leben zu werden. Ausserdem mache sie gute Fortschritte und ihr Potential sei nicht ausgeschöpft.

3.1.2 Die RAD-Ärztin Dr. med. C. _____ diagnostizierte im Bericht vom 16. Mai 2017 (AB 360) eine schwere dyston-spastische Tetraparese (ICD-10: G80.0/80.3) als Folge einer hypoxisch-ischämischen Enzephalopathie wegen eines Kreislaufstillstandes nach Ertrinkungsunfall in der Badewanne vom 6. Oktober 2010. Sie hielt fest, die beiden Ziele d440 (feinmotorischer Handgebrauch) und e130 (Produkte und Technologie für Bildung) dienen der späteren beruflichen Eingliederung. Die Therapieziele d510 (sich waschen), d540 (sich kleiden) und d550 (Essen) dienen hingegen der Selbstversorgung und erfüllten die Voraussetzungen von Art. 12 IVG nicht. Da über 50 % der Ergotherapieziele auf die Selbstversorgung ausgerichtet seien und damit die Voraussetzungen nach Art. 12 IVG nicht erfüllten, sei die Indikation für zwei Einheiten Ergotherapie pro Woche aus versicherungsmedizinischer Sicht nicht nachvollziehbar. Es empfehle sich eine Reduktion um eine Sitzung pro Woche, denn die Verbesserung der Selbstversorgung habe keine direkte Verbesserung der späteren beruflichen Eingliederung zur Folge.

3.1.3 In der Stellungnahme vom 5. Juli 2017 (AB 369 S. 2 f.) führte die behandelnde Ergotherapeutin aus, mit ihren ergotherapeutischen Zielsetzungen, die aus dem Bereich der Selbstversorgung stammten, bezwecke sie nicht die Behandlung des Leidens an sich, sondern eine Eingliederung ins Erwerbsleben. Wenn die Beschwerdeführerin in der Lage sei, sich selber zu waschen und sich zu kleiden, erhöhe sie ihre Chancen auf einen Ausbildungsplatz in zehn Jahren und so auf eine optimale Eingliederung, denn eine selbstständige Person mit Körperbehinderung werde viel eher einen Ausbildungsplatz bzw. eine Anstellung finden. Wenn die Beschwerdeführerin nicht zum jetzigen Zeitpunkt diese Therapie bekomme, werde sie später benachteiligt sein, da sie auf ständige und aufwändige Betreuung beim Essen, bei Transfers, beim An- und Ausziehen und beim Toilettengang angewiesen sein werde.

3.1.4 Im Bericht vom 21. August 2017 (AB 370) hielt die RAD-Ärztin Dr. med. C. _____ fest, aus versicherungsmedizinischer Sicht müsse zwischen Hilflosigkeit in der Selbstversorgung und zwischen Erwerbsfähigkeit bzw. beruflicher Eingliederungsfähigkeit unterschieden werden. Es gebe erwachsene Menschen, die zwar hilflos seien und in der Selbstversorgung fremde Hilfe benötigten, aber trotzdem voll erwerbsfähig seien. Die Beschwerdeführerin leide an einer schweren dyston-spastischen Tetraparese als Folge einer hypoxisch-ischämischen Enzephalopathie. Die Prognose, ob und wieviel sie mit Hilfe der Ergotherapie in der Selbstversorgung Fortschritte machen und weniger hilflos sein werde, sei sehr ungewiss. Sie werde später voraussichtlich für berufliche Massnahmen auf die Hilfe der IV zurückgreifen können. Am Vorbescheid vom 22. Juni 2017 könne festgehalten werden: Weiterführung der Ergotherapie mit Reduktion auf eine Sitzung pro Woche.

3.2 Die Berichte der RAD-Ärztin Dr. med. C. _____ vom 16. Mai 2017 (AB 360) und vom 21. August 2017 (AB 370), auf welche die Beschwerdegegnerin die angefochtene Verfügung vom 22. Dezember 2017 (AB 382) gestützt hat, erfüllen die von der höchstrichterlichen Rechtsprechung an den Beweiswert eines medizinischen Berichts gestellten Anforderung (vgl. E. 2.5) und erbringen vollen Beweis. Die RAD-Ärztin legt mit überzeugender Begründung dar, dass die im Verlaufsbericht Ergotherapie

vom 24. Februar 2017 (AB 347 S. 3 f.) aufgeführten Therapieziele d510 (sich waschen), d540 (sich kleiden) und d550 (Essen) auf die Selbstversorgung und nicht auf die spätere berufliche Eingliederung gerichtet sind und damit die Anspruchsvoraussetzungen von Art. 12 IVG nicht erfüllen. Insbesondere weist sie zu Recht darauf hin, dass zwar für die Eingliederung in der freien Wirtschaft die Selbstständigkeit in der Selbstversorgung ein Vorteil sein kann, dies jedoch für die Prüfung der Anspruchsberechtigung nicht entscheidend ist. Nur was unmittelbar auf die erwerblich-berufliche Eingliederung gerichtet ist, tritt in den Kreis der medizinischen Eingliederungsmassnahmen im Rechtssinne ein (vgl. ULRICH MEYER/MARCO REICHMUTH, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung [IVG], 3. Aufl. 2014, Art. 12 N. 3).

3.3 Dem Vorbringen der Beschwerdeführerin, die Reduktion auf eine Ergotherapie-Sitzung sei schon deshalb nicht korrekt, weil bisher zwei Stunden zugesprochen worden seien und ein Revisionsgrund, der diese Änderung rechtfertigen würde, fehle, ist nicht zu folgen: Die Beschwerdegegnerin hat der Beschwerdeführerin zuletzt mit Verfügung vom 28. Juli 2015 (AB 267) Ergotherapie im Umfang von zwei Ergotherapie-Einheiten pro Woche für die Dauer vom 1. April 2015 bis 31. März 2017 (Revision) zugesprochen. Das Gesuch vom 28. März 2017 (AB 347) um erneute Kostengutsprache für die Weiterführung der Ergotherapie war dementsprechend – nach abgelaufener Kostengutsprache – von der Beschwerdegegnerin frei zu prüfen. Insofern kann die Beschwerdeführerin denn auch nichts aus der früheren Beurteilung der RAD-Ärztin vom 2. Juni 2015 (AB 260) für sich ableiten.

3.4 Schliesslich vermögen auch die geltend gemachten Abrechnungsschwierigkeiten im Verhältnis der Ergotherapeutin zu Invaliden- und Krankenversicherung nichts am Ergebnis zu ändern, bezweckt doch Art. 12 IVG, die Aufgabenbereiche der Invalidenversicherung einerseits und der sozialen Kranken- und Unfallversicherung andererseits gegeneinander abzugrenzen (vgl. E. 2.4 hiavor).

3.5 Nach dem Gesagten ist die Reduktion auf eine wöchentliche Ergotherapie-Einheit nicht zu beanstanden. Die gegen die Verfügung vom 22. Dezember 2017 (AB 382) erhobene Beschwerde ist abzuweisen.

4.

4.1 Auf Gesuch hin befreit die Verwaltungsjustizbehörde eine Partei von den Kosten- und allfälligen Vorschuss- sowie Sicherstellungspflichten, wenn die Partei nicht über die erforderlichen Mittel verfügt und ihr Rechtsbegehren nicht aussichtslos erscheint (Art. 111 Abs. 1 VRPG).

Die Prozessarmut ist aufgrund der eingereichten Unterlagen ausgewiesen (vgl. prozessleitende Verfügung vom 5. März 2018 [in den Gerichtsakten]). Da der Prozess zudem nicht zum vornherein als aussichtslos erschien, sind die Voraussetzungen für die Erteilung des Rechts auf unentgeltliche Rechtspflege betreffend die Verfahrenskosten erfüllt. Das entsprechende Gesuch ist somit gutzuheissen.

4.2 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. Vorliegend werden die Verfahrenskosten auf Fr. 500.-- festgesetzt und der unterliegenden Beschwerdeführerin auferlegt. Aufgrund der gewährten unentgeltlichen Rechtspflege wird sie – unter Vorbehalt der Nachzahlungspflicht gemäss Art. 123 der Schweizerischen Zivilprozessordnung vom 19. Dezember 2008 (ZPO; SR 272) – jedoch von der Zahlungspflicht befreit (Art. 113 VRPG).

4.3 Bei diesem Ausgang besteht gemäss Art. 1 Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 61 lit. g ATSG (Umkehrschluss) kein Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine Parteientschädigung; auch die obsiegende Beschwerdegegnerin hat keinen Anspruch auf Ausrichtung einer Parteientschädigung (Art. 104 Abs. 3 VRPG).

Demnach entscheidet der Einzelrichter:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege betreffend die Verfahrenskosten wird gutgeheissen.
3. Die Verfahrenskosten von Fr. 500.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt. Aufgrund der gewährten unentgeltlichen Rechtspflege wird sie – unter Vorbehalt der Nachzahlungspflicht gemäss Art. 123 ZPO – jedoch von der Zahlungspflicht befreit.
4. Zu eröffnen (R):
 - B. _____ z.H. der Beschwerdeführerin
 - IV-Stelle Bern
 - Bundesamt für Sozialversicherungen
 - Steuerverwaltung des Kantons Bern, Bereich Inkasso, Postfach 8334, 3001 Bern

Der Einzelrichter:

Der Gerichtsschreiber:

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.