

200 19 300 IV und  
200 19 301 IV (2)  
SCI/IMD/SEE

**Verwaltungsgericht des Kantons Bern**  
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

**Urteil des Einzelrichters vom 18. Oktober 2019**

Verwaltungsrichter Schwegler  
Gerichtsschreiber Imhasly

**KPT Krankenkasse AG**  
Postfach, 3001 Bern  
Beschwerdeführerin 1

**A.** \_\_\_\_\_  
gesetzlich vertreten durch ihre Eltern B. \_\_\_\_\_ und C. \_\_\_\_\_,  
vertreten durch D. \_\_\_\_\_, Rechtsanwalt E. \_\_\_\_\_,  
Beschwerdeführerin 2

gegen

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

betreffend Verfügung vom 14. Dezember 2017; Bundesgerichtsentscheid  
vom 5. April 2019 (Rückweisung an Vorinstanz IV 56+83/18)



## **Sachverhalt:**

### **A.**

Die 2009 geborene A.\_\_\_\_\_ (Versicherte bzw. Beschwerdeführerin 2) wurde am 26. Juli 2012 bei der IV-Stelle Bern (IVB bzw. Beschwerdegegnerin) zum Leistungsbezug angemeldet (Akten der IVB [act. II] 2). Diese sprach medizinische Massnahmen zur Behandlung der Geburtsgebrechen Ziff. 387, 405 und 463 gemäss Anhang zur Verordnung vom 9. Dezember 1985 über Geburtsgebrechen (GgV; SR 831.232.21) zu (act. II 9, 24, 64, 135) und gewährte Hilflosenentschädigung (act. II 35 f., 72, 98, 130) sowie Hilfsmittel (act. II 46, 55, 69, 152).

Mit Vorbescheid vom 25. August 2017 (act. II 143) stellte die IVB der Versicherten in Aussicht, die bisherige im Zusammenhang mit dem Geburtsgebrechen Ziff. 405 Anhang GgV erteilte Kostengutsprache für Ergotherapie ab 30. November 2017 nicht zu verlängern. Nach erhobenen Einwänden seitens des Krankenversicherers und der Versicherten (act. II 147, 149 f.) verneinte die IVB nach Rücksprache mit dem Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD; act. II 154) mit Verfügung vom 14. Dezember 2017 (act. II 159) ab 1. Februar 2018 einen Anspruch auf Ergotherapie.

### **B.**

Mit Eingabe vom 19. Januar 2018 hat die KPT Krankenkasse AG (Beschwerdeführerin 1) als Trägerin der obligatorischen Krankenpflegeversicherung Beschwerde erhoben (Verfahren IV/2018/56). Sie beantragt, die angefochtene Verfügung sei kostenfällig aufzuheben und der Versicherten sei ab 1. Februar 2018 weiterhin Ergotherapie zu gewähren; eventualiter sei die Sache zur weiteren Abklärung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.

Am 29. Januar 2018 hat die Versicherte – gesetzlich vertreten durch ihre Eltern, diese wiederum vertreten durch Rechtsanwalt E.\_\_\_\_\_ vom Rechtsdienst D.\_\_\_\_\_ – ebenfalls Beschwerde erhoben (Verfahren

IV/2018/83). Sie beantragt, die angefochtene Verfügung sei kostenfällig aufzuheben und ihr sei weiterhin für zwei Stunden pro Woche Ergotherapie zuzusprechen.

Mit prozessleitender Verfügung vom 31. Januar 2018 vereinigte der Instruktionsrichter die Verfahren IV/2018/56 und IV/2018/83.

In der Beschwerdeantwort vom 28. Februar 2018 schloss die Beschwerdegegnerin, unter Beilage einer RAD-Stellungnahme vom 14. Februar 2018 (in den Gerichtsakten), auf Abweisung der Beschwerden.

Im Rahmen des weiteren Schriftenwechsels und Beweisverfahrens, reichte die Beschwerdeführerin 2 am 8. Juni 2018 weitere Unterlagen ins Recht (Akten der Beschwerdeführerin 2 [act. I {IV/2018/83}] 5-7). Unter Verweis auf RAD-Stellungnahmen vom 18. und 22. Juni 2018 (in den Gerichtsakten) hielt die Beschwerdegegnerin am 26. Juni 2018 an ihrem Antrag fest.

Mit Urteil vom 21. September 2018, IV/2018/56 bzw. IV/2018/83, wies das Verwaltungsgericht des Kantons Bern die Beschwerden ab. Mit Entscheidung vom 5. April 2019, 9C\_715/2018 bzw. 9C\_743/2018, hiess das Bundesgericht (BGer) die hiergegen von der Versicherten (Beschwerdeführerin 2) wie der KPT (Beschwerdeführerin 1) geführten Beschwerden teilweise gut, hob den Entscheid des Verwaltungsgerichts auf und wies die Sache zu neuer Entscheidung an das kantonale Gericht zurück. Im Übrigen wies es die Beschwerden ab.

### **C.**

Im neu unter den Verfahrensnummern IV/2019/300 und IV/2019/301 vor dem Verwaltungsgericht wieder aufgenommenen bzw. fortgesetzten Verfahren ordnete der Instruktionsrichter mit prozessleitender Verfügung vom 24. April 2019 Beweismassnahmen an. Neben der Nachführung der Akten der Beschwerdegegnerin wurden bei Dr. med. F.\_\_\_\_\_, Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin, Dr. med. G.\_\_\_\_\_, Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin, beim Spital H.\_\_\_\_\_ der Ergotherapeutin I.\_\_\_\_\_ sowie beim Sonderschulheim J.\_\_\_\_\_ die Akten der Be-

schwerdeführerin 2 ediert. Die letzten entsprechenden Unterlagen gingen beim Verwaltungsgericht am 4. Juni 2019 ein.

Zufolge der von der Beschwerdeführerin 2 mit Eingabe vom 14. Mai 2019 formulierten allgemeinen Vorbehalte betreffend die gerichtliche Aktenedition wurden ihr mit prozessleitender Verfügung vom 27. Juni 2019 die Akten zugestellt und Frist angesetzt, um allfällige Anträge zu stellen und diese zu begründen. In der Stellungnahme vom 30. Juli 2019 verzichtete die Beschwerdeführerin 2 auf solche Anträge und verwies im Übrigen auf die bisherigen Ausführungen.

Mit prozessleitender Verfügung vom 14. August 2019 wurde den Parteien Frist für Schlussbemerkungen angesetzt. Die entsprechenden Eingaben vom 27. August 2019 (Beschwerdeführerin 1), 2. September 2019 (Beschwerdegegnerin) und 9. September 2019 (Beschwerdeführerin 2) wurden den Parteien mit prozessleitender Verfügung vom 10. September 2019 wechselseitig zugestellt.

## **Erwägungen:**

### **1.**

**1.1** Die angefochtene Verfügung 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 Verfügungen. Die Beschwerdeführenden sind im vorinstanzlichen Verfahren mit ihren Anträgen nicht durchgedrungen, durch die angefochtene Verfügung berührt und haben ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung, weshalb sie zur Beschwerde befugt sind (Art. 59 ATSG; vgl. bezüglich der

Befugnis zur Anfechtung „pro Adressat“ BGE 134 V 153 E. 5.4 S. 159 f. mit Hinweisen; zum Verhältnis Invalidenversicherung-Krankenversicherung siehe Art. 88<sup>quater</sup> Abs. 1 der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung [IVV; SR 831.201] sowie MARIA LONDIS, Das Verhältnis der Krankenversicherer zu den anderen Sozialversicherungen, SZS 2001 S. 133 f.). 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 Beschwerden einzutreten.

**1.2** Anfechtungsobjekt bildet die Verfügung vom 14. Dezember 2017 (act. II 159). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch auf medizinische Massnahmen ab 1. Februar 2018 in Form von Ergotherapie.

**1.3** Ergotherapie im Rahmen von medizinischen Massnahmen wird gemäss dem vom Bundesamt für Sozialversicherungen (BSV) herausgegebenen und im Verfügungszeitpunkt gültig gewesenen Kreisschreiben über die medizinischen Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung (KSME, gültig ab 1. Juni 2017) jeweils für zwei Jahre verfügt (Rz. 1015.1 KSME vgl. auch act. II 33, 93), wobei der behandelnde Kinderarzt vorliegend um eine Kostengutsprache für bloss ein weiteres Jahr ersuchte (act. II 137/2 Ziff. 5). Bisher durchgeführt (act. II 93/1, 108/4 Ziff. 3, 140/4, 142/3 f.; act. I [IV/2018/83] 3/3; Akten der Beschwerdeführerin 1 [act. I {IV/2018/56}] 16/3) und weiterhin beantragt (Beschwerde vom 29. Januar 2018, S. 2 Ziff. 2) sind zwei Sitzungen pro Woche. Zwar gehen bezüglich der seit August 2015 zuständigen Durchführungsstelle (act. II 74) aus den Akten weder der zeitliche Umfang der Therapiektionen noch die jeweiligen Positionen des Tarifvertrags vom 15. Juli 1993 (abrufbar unter: <[www.mtk-ctm.ch](http://www.mtk-ctm.ch)>, Rubriken: Tarife/Ergotherapie/Ergotherapie Ambulant/Grundlagen) hervor (vgl. bezüglich der früheren Durchführungsstelle act. II 27/1, 28/6 Ziff. 5.7, 71/7 Ziff. 5.7, 76). Mit Blick auf die in der Zeit vom 1. Januar 2016 bis 31. Dezember 2017 von der aktuellen Durchführungsstelle fakturierten Leistungen (Kontrollblatt per 28. Februar 2018 [unpagi-

niert im Dossier act. II]) ergibt sich jedoch ohne weiteres, dass die Streitwertgrenze von Fr. 20'000.-- nicht erreicht wird. Somit fällt die Beurteilung der Beschwerde in die einzelrichterliche Zuständigkeit (Art. 57 Abs. 1 GSOG), was vom Bundesgericht in BGer 9C\_743/2018 bzw. 9C\_743/2018, E. 5, im Übrigen bereits bestätigt worden ist.

**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** Als Geburtsgebrechen gelten diejenigen Krankheiten, die bei vollendeter Geburt bestehen (Art. 3 Abs. 2 ATSG). Nach Art. 13 Abs. 1 IVG haben Versicherte bis zum vollendeten 20. Altersjahr Anspruch auf die zur Behandlung von Geburtsgebrechen 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.

**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 Geburtsgebrechens eingetretenen Beeinträchtigung (BGE 115 V 202 E. 4e cc S. 205; Entscheid des BGer vom 21. Mai 2015, 8C\_664/2014, E. 2.2). 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 f.).

**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 Geburtsgebrecchen und dem sekundären Leiden muss demnach ein qualifizierter adäquater Kausalzusammenhang bestehen. Nur wenn im Einzelfall dieser qualifizierte ursächliche Zusammenhang zwischen sekundärem Gesundheitsschaden und Geburtsgebrecchen 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 2017 IV Nr. 83 S. 261 E. 6.1, 2011 IV Nr. 14 S. 38 E. 3.1).

**2.4** Gemäss Rz. 1015.1 KSME (zur Bedeutung von Verwaltungsweisungen vgl. BGE 144 V 195 E. 4.2 S. 198, 142 V 425 E. 7.2 S. 434) 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. Nach Rz. 1015.1 i.V.m. Rz. 14 des seit 1. Januar 2018 gültigen KSME müssen aus der entsprechenden Leistungsverfügung der IV-Stelle Art, Dauer (Zeithorizont) sowie Umfang (Intensität/Frequenz, Anzahl und Dauer der Sitzungen) sowie das Ziel der zugesprochenen Leistung ersichtlich sein. Weiter gilt zwar nicht mehr eine Beschränkung der Verfügung auf eine Leistungsdauer von zwei Jahren, die Leistungen sollen aber jedenfalls nicht für unbestimmt lange Dauer verfügt werden. Diese Vorgabe findet hier durch die beantragte Verlängerung der Ergotherapie für ein Jahr (act. II 137/2 Ziff. 5) allemal Berücksichtigung.

### 3.

**3.1** Bei der am 16. Oktober 2009 geborenen Beschwerdeführerin 2 wurden eine angeborene Epilepsie (ICD-10: G40; act. II 3/1, 59/4), ein frühkindlicher Autismus (ICD-10: F84.0; act. II 17/2 Ziff. 1.1, 17/7) sowie eine kongenitale Hypothyreose (act. II 118/2 Ziff. 1.1, 125/2) diagnostiziert. Die Beschwerdegegnerin erachtete die Kriterien der Geburtsgebrechen Ziff. 387, 405 und 463 Anhang GgV als erfüllt (act. II 9, 24, 64, 135). Für die von den Kinderärzten verordnete Ergotherapie (act. II 27/2, 30/2 Ziff. 1.6, 74, 83/3 Ziff. 2.7, 83/4) erteilte sie im Zusammenhang mit Ziff. 405 Anhang GgV (Autismus-Spektrum-Störungen [ASS]) formlos von Mai 2013 (Behandlungsbeginn [act. II 27/1]) bis April 2015 bzw. von August 2015 (Wechsel der Durchführungsstelle [act. II 74, 87/4 Ziff. 2]) bis Juli 2017 Kostengutsprachen (act. II 33, 93). Den Antrag von Dr. med. F. \_\_\_\_\_ vom 28. Juni 2017 auf Weiterführung der Ergotherapie (act. II 137/2 Ziff. 5) beschied die Beschwerdegegnerin gestützt auf Stellungnahmen des RAD vom 24. August (act. II 142) und 13. Oktober 2017 (act. II 154) bezüglich der Zeit ab 1. Februar 2018 abschlägig.

**3.1.1** Die RAD-Ärztin Dr. med. K. \_\_\_\_\_, Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, gelangte in ihrer Aktenbeurteilung vom 24. August 2017 (act. II 142) zum Schluss, die Beschwerdeführerin 2 sei aufgrund einer genetischen Mutation (15q11.2 Duplikationssyndrom [vgl. act. II 3/1 Ziff. 2, 3/7]) schwer mehrfach behindert. Sie könne trotz der seit 2013 durchgeführten Ergotherapie nicht allein essen, müsse gefüttert werden, könne sich nicht selbst anziehen und nicht selbstständig fortbewegen. Die Ergotherapie stehe im Zusammenhang mit diesem schweren Entwicklungsrückstand aufgrund der genetischen Mutation, deren wichtigste Auswirkung ein allgemeiner Entwicklungsrückstand in allen Bereichen sei. Unter Verweis auf Rz. 1016 KSME führte sie aus, die Fähigkeiten der Beschwerdeführerin 2 seien derart eingeschränkt, dass die Ergotherapie einen Teil des Gesamtbehandlungsplanes darstelle.

Am 13. Oktober 2017 bestätigte Dr. med. K. \_\_\_\_\_ ihre bisherige Beurteilung (act. II 154). Lange Zeit sei unklar gewesen, welches Störungsbild

im Vordergrund stehe. Mittlerweile seien die Probleme des motorischen und kognitiven Entwicklungsrückstandes immer mehr in den Vordergrund getreten. Die Ergotherapie sei mit Blick auf die Berichte des Dr. med. F. \_\_\_\_\_ vom August 2015 bzw. 2017 (act. II 83, 140) nicht auf autismspezifische Symptome (abnorme Funktionen in den psychopathologischen Bereichen der sozialen Interaktion, der Kommunikation sowie des eingeschränkten stereotypen, repetitiven Verhaltens) ausgerichtet. Das Antrainieren von motorischen Fähigkeiten und Fertigkeiten (Gebrauch des Essbestecks, An- und Ausziehen der Kleidung, Stellungswechsel wie Aufstehen und Hinsetzen) gehörten nicht zur Behandlung des Autismus im Sinne von Ziff. 405 Anhang GgV.

**3.1.2** Im Rahmen des Beschwerdeverfahrens (IV/2018/56 bzw. IV/2018/83) legten die Parteien weitere medizinische Berichte und Stellungnahmen auf:

Dr. med. K. \_\_\_\_\_ führte – insbesondere unter Berücksichtigung des Verlaufsberichts der Ergotherapeutin vom 22. Dezember 2017 (act. I [IV/2018/56] 16; act. I [IV/2018/83] 3) – aus (Stellungnahme vom 14. Februar 2018 [in den Gerichtsakten {IV/2018/56} pag. 62-69]), die bisher erzielten Verbesserungen seien sehr diskret und erst nach sechs Behandlungsjahren erreicht worden. Es bestehe ein schwerer Entwicklungsrückstand mit allgemeinen Fähigkeiten eines Kleinkindes im Alter von eineinhalb bis zwei Jahren. Der Autismus und die Intelligenz bzw. der allgemeine Entwicklungsrückstand stellten komorbide Störungen dar, die auch getrennt vorkämen. Jedenfalls sei aufgrund des bisherigen Therapieverlaufs mittlerweile eindeutig, dass die Weiterführung der Ergotherapie keine wesentliche Verbesserung mehr bringe und deshalb nicht gerechtfertigt sei.

Unter Verweis auf entsprechende Befundberichte vom 13. Januar (act. I [IV/2018/83] 6) bzw. 30. April 2018 (act. I [IV/2018/83] 5/2) hielten Prof. Dr. phil. nat. L. \_\_\_\_\_, Abteilungsleiterin Humangenetik, und die Oberärztin Dr. med. M. \_\_\_\_\_, Fachärztin für Medizinische Genetik, im Bericht des Spitals H. \_\_\_\_\_ vom 8. Mai 2018 (act. I [IV/2018/83] 5/1) fest, die ursprünglich angenommene Duplikation der Region 15q11.2 habe weder bei der Beschwerdeführerin 2 noch bei deren Eltern bestätigt werden können. Hingegen habe die molekulargenetische Analyse bei der Beschwerdeführe-

rin 2 eine Mutation des HNRNPU-Gens gezeigt. Es lasse sich sagen, dass die bei der Beschwerdeführerin 2 nachgewiesene HNRNPU-Variante als ursächlich für die klinische Symptomatik gelten könne, womit der Befund vereinbar sei mit der Diagnose einer frühkindlichen epileptischen Enzephalopathie.

Die RAD-Ärztin Dr. med. N.\_\_\_\_\_, Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin, führte daraufhin in ihrer Aktenbeurteilung vom 18. Juni 2018 (in den Gerichtsakten [IV/2018/56] pag. 90-95) aus, es sei zwischen der Epilepsie (Ziff. 387 Anhang GgV) und dem frühkindlichen Autismus (Ziff. 405 Anhang GgV) zu unterscheiden. Die Ergotherapie stehe nicht in engem Kausalzusammenhang mit der Epilepsie, welche gemäss den durchgeführten Elektroenzephalogrammen (EEGs) seit fünf Jahren nicht mehr aktiv sei. Davon abzugrenzen sei die schwere geistige Behinderung, die für Fortschritte der Ergotherapie hinderlich sei. Zwar sei die Ursache der Epilepsie, des Autismus sowie der geistigen Behinderung nicht das 15q11.2 Duplikationssyndrom, sondern die HNRNPU-Variante, welche mit der frühkindlichen Epilepsie und schwerer geistiger Behinderung einhergehe. Für die HNRNPU-Varianten gebe es kein eigenständiges Geburtsgebrechen im Sinne von Art. 13 IVG. Die (neuen) medizinischen Tatsachen hätten versicherungsmedizinisch keine Konsequenzen für die bisherige Behandlung. An den Schlussfolgerungen in den bisherigen RAD-Stellungnahmen könne festgehalten werden. Bei Vorliegen einer schweren geistigen Behinderung halte die Weiterführung der Ergotherapie auch den Kriterien der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit nicht stand.

Am 22. Juni 2018 nahm die RAD-Ärztin Dr. med. K.\_\_\_\_\_ insbesondere zu den genetischen Abklärungen des Spitals H.\_\_\_\_\_ (act. I [IV/2018/83] 5/1, 6) und einer E-Mail der Ergotherapeutin vom 7. Mai 2018 (act. I [IV/2018/83] 7) Stellung und bestätigte dabei ihre letzte Beurteilung (in den Gerichtsakten [IV/2018/56] pag. 96-103).

**3.2** Aus den im Nachgang zu BGer 9C\_715/2018 bzw. 9C\_743/2018 im Beweisverfahren des Verwaltungsgerichts erhobenen medizinischen Akten ergibt sich das Folgende:

**3.2.1** Im Bericht „Endbefund“ der mcl Medizinische Laboratorien vom 20. März 2012 betreffend eine zytogenetische Untersuchung wurde ausgeführt, die identifizierte Kopienzahlvariation (dup15q11.2/20.6-22.55) sei ein etablierter Risikofaktor für mentale Retardierung und/oder Autismus (Akten des Spitals H.\_\_\_\_\_ [act. IIIA] pag. 54).

**3.2.2** Im Bericht vom 24. Juli 2012 diagnostizierte das Spital H.\_\_\_\_\_ eine Epilepsie mit atypischen Absenzen sowie eine globale psychomotorische Entwicklungsverzögerung unklarer Ätiologie mit autistischem Verhaltensmuster, Stereotypien und differentialdiagnostisch genetisch bei Risikovariante der Region 15q11.2 (act. IIIA pag. 2; vgl. auch Akten Dr. med. G.\_\_\_\_\_ [act. III] pag. 30, 42). In der Folge wurde die Beschwerdeführerin unter Hinweis auf Ziff. 387 Anhang GgV bei der Invalidenversicherung angemeldet (act. II 2).

**3.2.3** Im Bericht vom 10. August 2012 führte PD Dr. med. O.\_\_\_\_\_, Facharzt für medizinische Genetik, aus, während des Gesprächs seien die ausgesprochenen Stereotypien aufgefallen, weshalb die vermutete Autismus-Spektrum-Störung vorteilhafterweise bestätigt werden sollte, zumal einerseits sehr bald spezifische pharmakologische Therapie-Optionen zur Verfügung stünden, die direkt auf die Autismus-Kernsymptome wirkten (mGluR5-Antagonisten). Andererseits sei erwiesen, dass frühe, intensive Verhaltenstherapien die sprachlichen und kognitiven Fähigkeiten verbessern könnten (Akten Dr. med. F.\_\_\_\_\_ [act. IIID] pag. 211 f.; vgl. kritisch zur medikamentösen Therapiemöglichkeit: Dr. med. G.\_\_\_\_\_ [act. III 196]).

**3.2.4** Gemäss Bericht der psychiatrischen Dienste P.\_\_\_\_\_ vom 2. Oktober 2012 waren die Eltern der Beschwerdeführerin 2 dort vorstellig geworden. Bis Ende Juni seien etliche Symptome feststellbar gewesen, die tatsächlich mit der Diagnose Autismus vereinbar wären. Es wurde auf ein abnehmendes oder zumindest fluktuierendes autistisches Syndrom, das unter Valproat deutlich abgenommen habe, geschlossen. Der aktuelle klinische Eindruck lasse klar einen Entwicklungsrückstand mit verbalen und paraverbalen Ausdrucksdefiziten erkennen. Die Kontaktaufnahme, die affektive Kommunikation und der Bezug zur Umwelt sprächen im Moment eher gegen einen Autismus. Differentialdiagnostisch müsse die Möglichkeit

in Betracht gezogen werden, dass die autistische Symptomatik hauptsächlich als Folge der dauernden epileptischen Anfälle aufgetreten sei. In diesem Fall wäre eine Autismusdiagnose in diesem Zeitpunkt falsch positiv und eine intensive Autismustherapie für die Patientin eine Überforderung (act. IIID pag. 235).

Anlässlich der Abklärung der psychiatrischen Dienste P.\_\_\_\_\_, Nathalie Stiftung, Autismus-Sprechstunde, stellten Dr. med. Q.\_\_\_\_\_, Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, und R.\_\_\_\_\_, Psychologin FSP, im Bericht vom 30. Januar 2013 die Diagnose eines frühkindlichen Autismus (ICD-10: F84.0). Aufgrund der anamnestischen Angaben der Eltern und der ausführlichen Verhaltensbeobachtung mit Hilfe der Kriterien der diagnostischen Beobachtungsskala für autistische Störungen (ADOS) sei bei der Beschwerdeführerin 2 eine Störung aus dem autistischen Spektrum nachgewiesen. Sie sei von einem psychomotorischen Entwicklungsrückstand betroffen. Insbesondere die sprachliche Entwicklung sei deutlich retardiert (act. III pag. 197 ff.).

**3.2.5** Im Austrittsbericht der psychiatrischen Klinik S.\_\_\_\_\_ vom 15. April 2013 betreffend eine autismusspezifische Intensivtherapie wurden die Diagnosen eines frühkindlichen Autismus (ICD-10: F84.0) und einer Epilepsie (ICD-10: G40) gestellt. Die Beschwerdeführerin 2 habe erfreuliche Fortschritte hinsichtlich wechselseitiger Kommunikation, Aufnahme und Gestaltung sozialer Kontakte sowie verbesserte Fähigkeiten im Bereich der Grob- und Feinmotorik gezeigt. Parallel habe eine erhebliche Verbesserung in den Aktivitäten des täglichen Lebens erreicht werden können (act III pag. 211 ff.).

**3.2.6** Im Verlaufsbericht vom 28. Oktober 2013 führte die Ergotherapeutin I.\_\_\_\_\_ aus, die Beschwerdeführerin 2 habe in vielen therapierlevanten Bereichen schöne Fortschritte erzielen können. Die Kommunikationsfähigkeit habe sich markant entwickelt und auch im sensomotorischen Bereich hätten sich Fortschritte gezeigt. Aufgrund des bisherigen Verlaufs mache es Sinn, mit der Ergotherapie fortzufahren (Akten Ergotherapeutin I.\_\_\_\_\_ [act. IIIB] pag. 1 ff.).

**3.2.7** Im Verlaufsbericht der psychiatrischen Klinik S.\_\_\_\_\_ vom 17. Februar 2013 (richtig wohl 2014) betreffend einen Fresh-Up-Aufenthalt vom 14. - 19. Dezember 2013 im Therapiezentrum FIAS (Frühe Intervention bei Autistischen Störungen) wurde festgehalten, es sei auf die Förderung der Selbstständigkeit der Beschwerdeführerin 2 in allen Belangen, auf die Erweiterung der Nahrungsmittelpalette betreffend Konsistenz und Geschmack sowie auf die Toleranzerweiterung bezüglich Berührungen der Mundregion fokussiert worden. Die Wünschäusserungen hätten im Verlauf ein höheres Niveau erreicht, das Aktivitätsniveau sei innerhalb der fünf Tage insgesamt gestiegen und es habe sich eine Weiterentwicklung der motorischen Fähigkeiten gezeigt. (act. III pag. 194 f.).

**3.2.8** Im Abschlussbericht vom 7. August 2015 berichtete die Ergotherapeutin I.\_\_\_\_\_, die Zielsetzung der Tonusmodulation und dadurch erhöhte Zufuhr von propriozeptiven Reizen, das Sammeln von taktilen Erfahrungen mit verschiedenen Materialien, die Vergrösserung des Bewegungsrepertoires und das Sammeln von Erfolgserlebnissen im Bewegungsbereich sei weiter verfolgt worden. Die Beschwerdeführerin 2 habe im sensorischen Bereich ihre Fortschritte verankern und ausweiten können. Sie sei in der Lage, ihre Bedürfnisse genauer und mit viel Nachdruck auszudrücken, auch wenn die sprachliche Äusserung nicht gross zugenommen habe. Die stereotypen Bewegungen hätten weder zu- noch wirklich abgenommen. Es sei wichtig, dass die therapeutische Arbeit in den Bereichen Motorik, Sensorik und Handlungsplanung weitergeführt werde, damit die Patientin in den alltäglichen Abläufen eine bestmögliche Selbstständigkeit erreichen könne (act. IIIB pag. 6 f.)

**3.2.9** Im Bericht vom 23. Dezember 2015 diagnostizierte das Spital H.\_\_\_\_\_ betreffend eine Hospitalisation vom 24. - 27. November 2015 eine periorbitale Cellulitis rechts, einen Infekt der Atemwege, eine Epilepsie mit atypischen Absenzen, aktuell tonisch-klonischer generalisierter Fieberkrampf am 19. November 2015, und eine globale psychomotorische Entwicklungsverzögerung unklarer Ätiologie mit/bei fraglichem autistischem Verhaltensmuster und Stereotypien. Die Patientin sei wegen der ersten beiden Diagnosen von der Notfallstation für den stationären Aufenthalt übernommen worden. (act. IIIA pag. 57).

Im Bericht vom 26. Januar 2018 hielt das Spital H.\_\_\_\_\_ betreffend eine Notfallkonsultation vom 25. Januar 2018 die Diagnose einer Epilepsie mit atypischen Absenzen und eine globale psychomotorische Entwicklungsverzögerung unklarer Ätiologie (fraglich autistisches Verhaltensmuster, Stereotypien) sowie anamnestisch eine Hypothyreose fest. Die Patientin habe auf dem Schulweg und dann zu Hause einen Krampfanfall erlitten. Dieser sei ungewöhnlich lange und heftiger als üblich mit schneller eintretender Zyanose sowie stärkeren Kontraktionen gewesen. Im EEG hätten kontinuierliche epilepsietypische Potentiale festgestellt werden können. Der Krampfanfall werde aktuell im Rahmen der Influenza A und B Infektion interpretiert (act. IIIA pag. 65 f.).

**3.2.10** Dem Bericht des Spitals H.\_\_\_\_\_ vom 23. Januar 2018 betreffend Sprechstunde Humangenetik, anlässlich welcher die genetischen Befunde mit den Eltern der Beschwerdeführerin 2 besprochen wurden, ist zu entnehmen, dass die Variante im HNRNPU-Gen mit der Symptomatik vereinbar und somit als primäre Ursache für diese anzusehen sei (act. IIIA pag. 74). Die zusätzlich festgestellte heterozygote Variante im MBD5-Gen würde bei Patienten mit mentaler Retardierung und autistischen Zügen beschrieben, jedoch seien in der Regel bei den betroffenen Patienten trunzierende Varianten, Deletionen oder Duplikationen, die zur Haplo-Insuffizienz des Proteins führten, beschrieben. Bei der Beschwerdeführerin 2 handle es sich hingegen um eine Missense-Variante, die eine hochkonservierte Aminosäure betreffe.

**3.2.11** Im Bericht vom 24. April 2018 hielt das Spital H.\_\_\_\_\_ betreffend eine Notfallkonsultation vom 23. April 2018 die Diagnosen der chronischen Obstipation, einer globalen psychomotorischen Entwicklungsverzögerung (autistisches Verhaltensmuster; Epilepsie mit atypischen Absenzen und atonen Krampfanfällen unter medikamentöser Therapie) sowie eine substituierte Hypothyreose fest (act. IIIA 81).

Im Bericht vom 9. Juli 2018 stellte das Spital H.\_\_\_\_\_ betreffend eine Hospitalisation der Beschwerdeführerin 2 vom 3. - 5. Juli 2018 die Diagnose der Epilepsie mit atypischen Absenzen und atonen Krampfanfällen (aktuell: Exazerbation der Epilepsie bei unmöglicher Einnahme der antikonvulsiven Therapie im Rahmen der Diagnose des rezidivierenden Erbrechens

am ehesten im Rahmen einer Gastroenteritis). Weiter attestiert wurde eine globale psychomotorische Entwicklungsverzögerung (autistisches Verhaltensmuster) sowie chronische Obstipation (act. IIIA pag. 88).

**3.2.12** Mit Bericht vom 13. Mai 2019 hielten die Ärzte der Klinik T.\_\_\_\_\_ als Diagnose eine epileptische Enzephalopathie (ICD-10: G40.4) mit Nachweis einer pathogenen Variante im HNRNPU-Gen, mit therapierefraktären fokalen und sekundär generalisierten, anamnestisch vorwiegend tonische Anfällen, sowie aktuell Absencen mit Augenlidmyoklonien, mit frühkindlichem Autismus, mit globaler Entwicklungsstörung, fehlender Sprache und mit sekundärer Mikrozephalie (Schädel MRI vom 31.7.2018 unauffällig [vgl. auch act. IIID pag. 156 f.]) sowie aktuell episodische Verhaltensauffälligkeiten mit Abwesenheitszuständen ohne EEG-Korrelat fest. Grund des Aufenthalts in der Klinik T.\_\_\_\_\_ sei ein Video-Langzeit-EEG und die Therapieoptimierung gewesen. Bei der Patientin sei 2012 eine Epilepsie diagnostiziert worden. Erste Anfälle ohne Fieber seien seit November 2017 aufgetreten (act. IIID pag. 94). Im Rahmen eines 64-stündigen Video-/EEG-Intensivmonitorings hätten sich insgesamt 15 klinisch manifeste Ereignisse mit heterogener Klinik gezeigt. Das Anfallsmuster im EEG sei als Absence zu beurteilen. Epilepsietypische Potentiale seien vor allem im NREM-Schlaf rechts frontal, seltener und unabhängig davon links frontal und bifrontal aufgetreten. Diffus bilateral anterior betonte Spike-Wave-Entladungen seien im Wachzustand insgesamt 51 Mal aufgetreten. Korrelierend zu den Spike-Entladungen im Schlaf sei keine klinisch manifeste Semiologie erkennbar. Insgesamt dominiere im EEG eine diffus ausgebreitete polymorphe Theta-Delta-Mischaktivität, im Sinne einer mässigen unspezifischen Funktionsstörung. Die Mutter habe einmal den Markierungsknopf für ein typisches Ereignis betätigt. Die Patientin sei erstarrt, habe nicht auf Lehrerin und Mutter reagiert. Während dieses Ereignisses sei jedoch keine Spike-Wave-Aktivität im EEG erkennbar gewesen. Somit sei es nicht als epileptisch einzustufen und es sei am ehesten von einer Verhaltensauffälligkeit im Rahmen der genetischen Erkrankung auszugehen (act. IIID pag. 95). In der Zusammenschau der Befunde sei von einer aktuell unzureichenden Anfallskontrolle auszugehen. Insgesamt sei es schwierig zu entscheiden, welche Ereignisse Absencen und welche Ereignisse individuelles Verhalten darstellten (act. IIID pag. 96).

### 3.3

**3.3.1** 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 143 V 124 E. 2.2.2 S. 126, 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352).

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).

Solange keine konkreten Anhaltspunkte ersichtlich sind, welche die Glaubwürdigkeit der Atteste eines Hausarztes oder einer Hausärztin zu erschüttern vermöchten, ist es unzulässig, deren Angaben bei der Beweiswürdigung unter Hinweis auf ihre Stellung und unter Berufung auf die fachliche Kompetenz der Ärzte und Ärztinnen einer Universitätsklinik ausser Acht zu

lassen (Entscheid des BGer vom 26. Juli 2011, 8C\_278/2011, E. 5.3). In Bezug auf Atteste von Hausärzten darf und soll jedoch das Gericht der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass Hausärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zugunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3b cc S. 353; SVR 2015 IV Nr. 26 S. 80 E. 5.3.3.3). Dies gilt nicht nur für den allgemein praktizierenden Hausarzt, sondern ebenso für den behandelnden Spezialarzt (Entscheid des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG; heute BGer] vom 20. März 2006, I 655/05, E. 5.4).

**3.3.2** Wenngleich die angefochtene Verfügung vom 14. Dezember 2017 (act. II 159) den gerichtlichen Überprüfungshorizont markiert (BGE 131 V 242 E. 2.1 S. 243, 130 V 138 E. 2.1 S. 140), sind insbesondere die seither verfassten Berichte des Spitals H. \_\_\_\_\_ (vgl. E. 3.2.10 f. hiavor) und der Klinik T. \_\_\_\_\_ (act. IID pag. 94 ff.) in die Beurteilung miteinzubeziehen, da sie Rückschlüsse auf die im Zeitpunkt des Abschlusses des Verwaltungsverfahrens bestehende Situation erlauben (vgl. SVR 2008 IV Nr. 8 S. 25 E. 3.4).

### **3.4**

**3.4.1** Im Zentrum der Diskussion stehen die beiden Diagnosen des frühkindlichen Autismus und der Epilepsie, die mit den entsprechenden Gesundheitsschäden einhergehenden Einschränkungen und die daraus folgende Therapiebedürftigkeit. Die Diagnose der Epilepsie ist seitens aller Parteien unbestritten und ärztlich, wenn auch hinsichtlich der Bedeutung nicht ganz einheitlich, anerkannt. Zunächst ist die Bedeutung der Epilepsie für den hier streitigen Leistungsanspruch zu klären (vgl. auch BGer 9C\_715/2018 bzw. 9C\_743/2018, E. 7.3).

**3.4.2** Die Epilepsieproblematik war (bei adäquater Medikation) während langer Zeit weitgehend remittiert, was Dr. med. N. \_\_\_\_\_ bereits in ihrer Stellungnahme vom 18. Juni 2018 (in den Gerichtsakten [IV/2018/56] pag. 93) zutreffend festgehalten hat. Dies wird auch durch die gerichtlich erhobenen vollständigen Akten der Beschwerdeführerin bestätigt. Der anderweitigen Argumentation der Beschwerdeführerin 2 (Beschwerde vom

25. Oktober 2018 S. 8 Ziff. 5 [in den Gerichtsakten {IV/2018/83}] kann nicht gefolgt werden.

Dr. med. F. \_\_\_\_\_ hatte in seinem Arztzeugnis vom 14. Oktober 2015 „z.Hd. der Krankenkasse“ zur Unterstützung des Gesuchs um Kostengutsprache für heilpädagogisches Reiten festgehalten, die Beschwerdeführerin 2 stehe bei ihm seit dem 31. Mai 2011 in neurologischer Behandlung wegen psychomotorischer Entwicklungsverzögerung bei frühkindlichem Autismus (act. IIID pag. 60). In seinem Bericht vom 14. August 2015 betreffend Ergotherapie hielt er als Diagnosen eine Duplikation 15q11.2 mit frühkindlichem Autismus und Epilepsie mit atypischen Absenzen fest. Die letzte EEG-Untersuchung sei ohne sichere epilepsiespezifische Potentiale gewesen. Die antiepileptische Therapie habe etwas reduziert werden können. Epileptische Anfälle seien nicht mehr beobachtet worden (act. II 83). In seinem Bericht vom 7. August 2017 an die Beschwerdegegnerin diagnostizierte er einen frühkindlichen Autismus mit Epilepsie. Er beschrieb hinsichtlich der Epilepsie einen weiterhin unveränderten Zustand ohne epilepsieverdächtige Potentiale. Die Eltern würden keine sicheren epileptischen Anfälle beobachten (act. II 140). Im Bericht an die Beschwerdegegnerin vom 15. Oktober 2018 führte Dr. med. F. \_\_\_\_\_ als Diagnosen einen frühkindlichen Autismus und eine fokale Epilepsie an. Eine letzte Notfallkonsultation im Spital H. \_\_\_\_\_ letztere Diagnose betreffend habe am 25. Januar 2018 stattgefunden (act. II 201; vgl. auch act. II 218/2). Diese Darstellung stimmt auch mit den Berichten des Spitals H. \_\_\_\_\_ überein. Dieses führte die 2015 wie auch 2018 erfolgten Exazerbationen der Epilepsie dabei jeweils auf die zeitgleichen Infekte mit Folge einer ungenügenden Epilepsie-Medikation zurück (act. IIIA 57, 65, 88). Gleiches hielt die Klinik T. \_\_\_\_\_ anamnestisch – wenn auch per November 2017, wofür sich allerdings in den Akten keine echtzeitlichen Hinweise finden – fest (act. IIID pag. 94; vgl. auch die damit korrespondierenden Feststellungen der Ergotherapeutin im Bericht vom 31. Januar 2019 [act. IIIC pag. 115]). Damit ist erstellt, dass die Epilepsie während langer Zeit medikamentös kontrolliert werden konnte. Insoweit ist erst im Verlauf des Jahres 2018 wiederum eine Verschlechterung eingetreten. Dabei ist jedoch auch zu beachten, dass im Rahmen der umfangreichen Untersuchung an der Klinik T. \_\_\_\_\_ zwar Manifestationen erhoben werden konnten, die gemäss ärztlicher Einschät-

zung aufgrund ihres Erscheinungsbildes einer Epilepsie zuzuordnen sind. Gleichzeitig ergab sich gestützt auf die apparativen Erhebungen aber auch, dass eine solche Zuordnung nur teilweise möglich ist. In deutlichem Ausmass sind die gezeigten Anfälle gemäss dieser überzeugenden fachärztlichen Beurteilung nicht der Epilepsie, sondern (am ehesten) der genetischen Erkrankung zuzuschreiben (act. IIID pag. 95 f.).

Zusammenfassend ist damit festzuhalten, dass soweit die Epilepsie betreffend die Therapie ausschliesslich mittels Medikation erfolgte und erfolgt. Die der Beschwerdeführerin 2 erbrachte Ergotherapie steht offensichtlich in keinem Zusammenhang mit der Epilepsie. Das mit der Epilepsie verbundene Geburtsgebreehen Ziff. 387 Anhang GgV kann somit keine Anspruchgrundlage für die hier zu diskutierende medizinische Massnahme in Form von Ergotherapie darstellen.

**3.4.3** Werden die der epileptischen Enzephalopathie (ICD-10: G40.4) zuzuordnenden Symptome, die medikamentös zu behandelnden sind, ausgeklammert, so verbleibt eine Vielzahl weiterer Symptome, die ärztlicherseits bis anhin teilweise einem Autismus zugeordnet wurden, teilweise jedoch nicht mit einer solchen Störung assoziiert werden konnten (act. II 3/1, 10/1 Ziff. 2 Lemma 1 mit Verweis auf fragliche autistische Verhaltensmuster). Die RAD-Ärztin Dr. med. K.\_\_\_\_\_ hat vor diesem Hintergrund im Verwaltungsverfahren auf die bei der Beschwerdeführerin 2 unbestrittenmassen bestehende schwere Behinderung mit umfassender Entwicklungsverzögerung hingewiesen (act. II 142, 154; vgl. nun auch Abklärungsbericht Hilflösenentschädigung vom 18. Januar 2019 [act. II 218]). Die gerichtlich erhobenen vollständigen Akten der Beschwerdeführerin 2 bei den Ärzten und behandelnden Institutionen bestätigen diese Einschätzung.

Erstellt ist, dass die im Zeitpunkt der Beschwerdeerhebung noch angenommene genetische Duplikation der Region 15q11.2, die gemäss fachärztlicher Darstellung als Risiko für Autismusspektrumsstörungen anzusehen ist (act. IIIA pag. 54, 74), nicht zu bestätigen war (act. I [IV/2018/83] 5). Bereits im Juli 2012 hatte dabei das Spital H.\_\_\_\_\_ im Übrigen festgehalten, diese (damals als erstellt betrachtete) genetische Mutation erkläre die klinischen Symptome bei der Beschwerdeführerin 2 nicht. Damit in Übereinstimmung stehend stellte das Spital H.\_\_\_\_\_

über alle Jahre nicht eine Diagnose aus dem Formenkreis des Autismus (act. II 3/1 Ziff. 2; vgl. auch act. II 8/2), sondern attestierte vielmehr (neben der Epilepsie) konstant eine globale psychomotorische Entwicklungsverzögerung mit/bei (fraglichem) autistischem Verhaltensmuster und Stereotypien (vgl. E. 3.2.2, 3.2.9, 3.2.11 hiervor). In gleichem Sinn hat auch die Abteilung für Humangenetik unter Bezugnahme auf die entsprechende medizinische Forschung die umfassende und in den umfangreichen medizinischen Akten sich widerspiegelnde komplexe Symptomatik bei der Beschwerdeführerin 2 mit erheblichen Einschränkungen in weitgehend allen Bereichen und beschränkten Entwicklungsmöglichkeiten der von ihr (neu) erhobenen genetischen Mutation zugeschrieben. Der Gendefekt stellt gestützt darauf die pathoätiologische Ursache der schweren geistigen und körperlichen Behinderung mit im Ergebnis weit über einen Autismus hinausreichenden Auswirkungen dar. Die in diesem Zusammenhang von der Abteilung für Humangenetik geäusserte Erkenntnis, dass die Beschwerdeführerin 2 an einer seltenen gesundheitlichen Erkrankung leidet, die als Ursache der komplexen Symptomatik zu betrachten sei (act. IIIA pag. 74 ff.), ist deshalb in jeder Hinsicht nachvollziehbar und überzeugend. Auf die entsprechende ärztliche Schlussfolgerung ist beweisrechtlich abzustellen. Die Behandlung mittels Ergotherapie dient diesem ärztlich als globale psychomotorische Entwicklungsverzögerung diagnostizierten Gesamtkomplex.

Der Auffassung der Beschwerdeführenden und des Dr. med. F. \_\_\_\_\_, die Ergotherapie erfolge zur Behandlung eines vom Gesamtkomplex der globalen psychomotorischen Entwicklungsverzögerung abzugrenzenden Autismus, kann nicht gefolgt werden. Hierbei ist ergänzend auf das Folgende hinzuweisen:

**3.4.4** Offenbar sah zunächst selbst die behandelnde Ergotherapeutin ihre Behandlung – wenn auch das Geburtsgebrechen Ziff. 405 Anhang GgV als Grundlage der Kostengutsprache erwähnt wurde – nicht im Fokus eines Autismus, bezog sie die Zielsetzung gemäss ihrem Bericht vom 24. September 2017 (act. IIIC pag. 120 f.; vgl. bereits auch die Berichte der vorbehandelnden Ergotherapeutin [act. IIID pag. 168 f.]) doch vorab auf die sensomotorischen Bereiche und die Aktivitäten des täglichen Lebens (act. IIIC pag. 120). Beachtlich ist denn auch, dass die Eltern der Be-

schwerdeführerin 2 in einer E-Mail vom 27. Dezember 2017 an Dr. med. F. \_\_\_\_\_ ausgeführt haben, die Ergotherapeutin habe ihren Bericht angepasst „auf das Geburtsgebrechen 405“ (act. IIID pag. 246). Dieser Bericht ersetze den vorherigen. Es sei nur dieser neue Bericht zu erwähnen und zu verwenden. Die KPT (Beschwerdeführerin 1) möchte auch noch gerne von ihm (gemeint Dr. med. F. \_\_\_\_\_) eine medizinische Indikation betreffend Autismus. Gebeten wurde der Arzt, einen Bericht vom 7. August 2017 „auf das Geburtsgebrechen 405 (Autismus)“ zu ergänzen. In seinem Bericht sei mehr über die Epilepsie beschrieben. Wenn sie beweisen könnten, dass mit der Ergotherapie über all die Jahre der Autismus behandelt worden sei, hätten sie hoffentlich bessere Chancen (gemeint: im Verfahren gegen die Beschwerdegegnerin). Der in diesen Zusammenhang zu stellende Bericht der Ergotherapeutin vom 22. Dezember 2017 (act. II 175) war Teil der Akten des Verfahrens IV/2018/56 und dann auch der höchstgerichtlichen Beurteilung mit Aufhebung des vormaligen Urteils dieses Gerichts vom 21. September 2018 durch das Bundesgericht (Entscheid vom 5. April 2019, 9C\_715/2018 bzw. 9C\_743/2018, E. 7.3). Dass dieser Berichtsfassung anderslautende vorausgegangen waren, blieb bis zur nun ergänzten gerichtlichen Beweiserhebung unbekannt. Die Diskrepanzen zwischen den Berichten vom 24. September 2017 (act. IIIC pag. 120 f.), der in Übereinstimmung mit den weiteren Vorakten der Ergotherapie steht (vgl. act. IIIC 59 f., 73 f.), und dem Bericht vom 22. Dezember 2017 (act. IIIC 117) sind offensichtlich. Letzterer sollte ersteren nicht allein (um fälschlicherweise nicht Erwähntes) ergänzen, sondern korrigieren und ersetzen (vgl. handschriftlichen Vermerk unter act. IIIC pag. 120). Den (späteren) auf Wunsch der Eltern angepassten Bericht vom 22. Dezember 2017 leitete die Ergotherapeutin denn auch mit dem bis anhin nicht verwendeten Satz ein: „Der Schwerpunkt der Ergotherapie mit A. \_\_\_\_\_ liegt auf der Behandlung der autismusspezifischen Symptome“. Darauf folgte eine Aufzählung bisher von ihr nicht spezifisch in den Fokus genommener Diagnosekriterien des Autismus. In ihren vorherigen (echtzeitlichen) Berichten hatte die Ergotherapeutin vielmehr damit im Widerspruch stehend die Behandlung der Auswirkungen der globalen psychomotorischen Entwicklungsverzögerung ins Zentrum der Bemühungen gestellt. Die geltend gemachte Fokussierung auf autismusspezifische Symptome fehlte.

Nichts anderes ergibt sich auch aus der Darstellung der Ergotherapeutin des Sonderschulheims J. \_\_\_\_\_, wenn sie in ihrer Stellungnahme vom 7. Mai 2018 (E-Mail der ... an den Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin 2 [act. I {IV/2018/83} 7]) ausführt, die RAD-ärztliche Einschätzung, wonach der Schwerpunkt der Behandlung von autismusspezifischen Symptomen allen bisherigen Therapieberichten widerspreche, treffe nicht zu, da durch den Zugang via autismusspezifische Behandlung die Patientin die Fertigkeiten, die der Arzt als anzustrebendes Ziel beschrieben habe, schrittweise erlernen könne. Wählt die Ergotherapeutin für die Behandlung des globalen psychomotorischen Entwicklungsrückstands der Beschwerdeführerin 2 einen autismusspezifischen Ansatz, so ändert dies nichts an dem die Therapie indizierenden Gesundheitsschaden des sich aus den Akten ergebenden globalen Entwicklungsrückstands (vgl. nun auch die Entwicklungsbeschreibung im Bericht der Ergotherapeutin vom 31. Januar 2019 [act. IIIC] pag. 114 f.). Dr. med. F. \_\_\_\_\_ hat mit Blick auf die Ergotherapie denn auch Fortschritte erkennen können, die sich auf den alle Bereiche betreffenden Gesamtkomplex der Einschränkungen bezieht. Im Bericht vom 14. August 2015 hielt er fest, die Ergotherapie habe Fortschritte gebracht, und führte zu den (damals) neuen Zielen aus, es sei ein vermehrtes Arbeiten an Kulturtechniken und alltagspraktischen Abläufen, wie An- und Ausziehen, Mithilfe auf der Toilette, Feinmotorik, Umgang mit Essbesteck und Einbezug der Hände bei der Kommunikation anzustreben (act. IIID pag. 38 ff.). In seinem Bericht vom 7. August 2017 an die Beschwerdegegnerin führte er aus, die Ergotherapie sei weitergeführt worden, um die Beschwerdeführerin 2 mit alltäglichen Verrichtungen vertraut zu machen (Planen und Umsetzen von Handlungen, Gebrauch einfachster Instrumente wie Essbesteck, Mithilfe beim An- und Ausziehen [act. II 140]). Selbst im Bericht vom 19. Februar 2019 hat Dr. med. F. \_\_\_\_\_, auch wenn er als Indikation einen frühkindlichen Autismus, Schwierigkeiten in der Selbstständigkeitsentwicklung, v.a. bei bimanuellen Tätigkeiten und Interaktion angegeben hat, als Zielsetzung die Unterstützung in alltagspraktischen Tätigkeiten, das Bedienen von Kommunikationsmitteln und alltagsrelevanten Instrumenten genannt (act. IIID pag. 53).

**3.4.5** Angesichts der genetisch bedingten Einschränkungen, die gestützt auf die gerichtlich erhobenen Akten nicht einer vom Gesamtkomplex der

alle Bereiche erfassenden globalen psychomotorischen Entwicklungsverzögerung abzugrenzenden Autismusstörung zuzuschreiben sind, hat die Beschwerdegegnerin die Kostengutsprache für die Ergotherapie zu Recht verweigert, ohne dass sie sich zur Indikation zu äussern hatte (vgl. nachfolgend E. 4.2).

#### **4.**

**4.1** Versicherte haben 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 (Art. 12 Abs. 1 IVG).

Nach Art. 12 IVG sind nur solche Vorkehren von der Invalidenversicherung zu übernehmen, die „nicht auf die Behandlung des Leidens an sich“, also nicht auf die Heilung oder Linderung labilen pathologischen Geschehens gerichtet sind. Bei nichterwerbstätigen Minderjährigen können medizinische Vorkehren schon dann von der Invalidenversicherung übernommen werden, wenn ohne Behandlung das (labile) Leiden mit hinreichender Wahrscheinlichkeit zu einem schwer korrigierbaren, die spätere Ausbildung und Erwerbsfähigkeit erheblich behindernden, stabilen pathologischen Zustand führen würde. Dabei muss prognostisch erstellt sein, dass ohne die vorbeugende Behandlung in naher Zukunft eine bleibende Beeinträchtigung eintreten würde. Gleichzeitig muss ein ebenso stabiler Zustand herbeigeführt werden können, in welchem vergleichsweise erheblich verbesserte Voraussetzungen für die spätere Ausbildung und Erwerbsfähigkeit bestehen. Daraus folgt, dass eine therapeutische Vorkehr, deren Wirkung sich in der Unterdrückung von Symptomen erschöpft, nicht als medizinische Massnahme im Sinne des Art. 12 IVG gelten kann, selbst wenn sie im Hinblick auf die schulische und erwerbliche Eingliederung unabdingbar ist. Denn sie ändert am Fortdauern eines labilen Krankheitsgeschehens nichts und dient dementsprechend nicht der Verhinderung eines stabilen pathologischen

Zustandes. Deswegen genügt auch eine günstige Beeinflussung der Krankheitsdynamik allein nicht, wenn eine spontane, nicht kausal auf die therapeutische Massnahme zurückzuführende Heilung zu erwarten ist, oder wenn die Entstehung eines stabilen Defekts mit Hilfe von Dauertherapie lediglich hinausgeschoben werden soll. Ein Zustand, der sich nur dank therapeutischer Massnahmen einigermassen im Gleichgewicht halten lässt, ist keine stabile Folge von Krankheit, Unfall oder Geburtsgebrechen. Ein solcher Zustand ist zwar, solange er im Gleichgewicht bewahrt werden kann, stationär, nicht aber im Sinne der Rechtsprechung stabil. Um eine von der Invalidenversicherung nicht zu übernehmende Behandlung des Leidens an sich geht es somit in der Regel bei der Heilung oder Linderung eines labilen pathologischen Geschehens.

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 Aufgabenbereich der Kranken- und Unfallversicherung gehört (Entscheid des BGer vom 12. Januar 2011, 8C\_648/2010, E. 2.3, sowie vom 27. Juli 2011, 9C\_89/2011, E. 3.3).

**4.2** Aus den umfassenden medizinischen Akten ergibt sich, dass der auf einer genetischen Ursache beruhende Gesundheitsschaden eine Eingliederung in das Erwerbsleben oder in einen Aufgabenbereich mit mindestens überwiegender Wahrscheinlichkeit (vgl. BGE 138 V 218 E. 6 S. 221, 144 V 427 E. 3.2 S. 429) nicht erlauben wird, weshalb die Beschwerdegegnerin die Kosten der Ergotherapie auch nicht gestützt auf Art. 12 IVG zu übernehmen hat. Wie es sich vor diesem Hintergrund mit der seitens des RAD zur Diskussion gestellten weiteren Voraussetzung von Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit (WZW) verhält (in den Gerichtsakten [IV/2018/56] pag. 95), kann unter diesen Umständen offen bleiben. Immerhin ist darauf hinzuweisen, dass die vorleistungspflichtige Beschwerdeführerin 1 (vgl. Art. 70 Abs. 2 lit. a ATSG) bis heute Kostengutsprache für die Ergotherapie erteilt hat, was – sollte sie die WZW-Kriterien als nicht erfüllt betrachten –, selbst unter den Voraussetzungen der Vorleistungs-

pfligt nicht möglich gewesen wäre. Insoweit wurden der Beschwerdeführerin 2 bis anhin die entsprechenden Kosten (unter Vorbehalt von Franchise und Selbstbehalt) erstattet.

**4.3** Da nach dem Dargelegten weder gestützt auf Art. 12 noch Art. 13 IVG ein Anspruch auf medizinische Massnahmen in Form von Ergotherapie besteht, hat die Beschwerdegegnerin einen entsprechenden Anspruch ab 1. Februar 2018 mit Verfügung vom 14. Dezember 2017 (act. II 159) im Ergebnis zu Recht verneint. Die dagegen erhobenen Beschwerden sind abzuweisen.

## **5.**

**5.1** Gemäss Art. 69 Abs. 1<sup>bis</sup> 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 vereinigten Verfahren sind sie so zu verlegen, wie wenn die verschiedenen Eingaben getrennt behandelt worden wären. Hat aber die gemeinsame Erledigung einen geringeren Bearbeitungsaufwand zur Folge gehabt als bei getrennter Behandlung angefallen wäre, ist diesem Umstand bei der Festsetzung der Verfahrenskosten Rechnung zu tragen (MERKLI/AESCHLIMANN/HERZOG, Kommentar zum bernischen VRPG, 1997, Art. 17 N 7).

Unter Berücksichtigung der umfangreichen gerichtlichen Beweismassnahmen und des einlässlichen Schriftenwechsels einerseits, sowie der Synergien aus der Behandlung als vereinigt Verfahren andererseits, werden die Verfahrenskosten je Verfahren auf Fr. 800.-- festgelegt. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens werden diese den Beschwerdeführenden im Umfang von je Fr. 800.-- zur Bezahlung auferlegt und den geleisteten Kostenvorschüssen in gleicher Höhe entnommen.

**5.2** Bei diesem Ausgang des Verfahrens haben die Beschwerdeführenden von vornherein keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (Umkehrschluss aus Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG).

**Demnach entscheidet der Einzelrichter:**

1. Die Beschwerde der Beschwerdeführerin 1 vom 19. Januar 2018 wird abgewiesen.
2. Die Beschwerde der Beschwerdeführerin 2 vom 29. Januar 2018 wird abgewiesen.
3. Die Verfahrenskosten werden für das Verfahren betreffend die Beschwerde der Beschwerdeführerin 1 auf Fr. 800.-- festgelegt und dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe entnommen.
4. Die Verfahrenskosten werden für das Verfahren betreffend die Beschwerde der Beschwerdeführerin 2 auf Fr. 800.-- festgelegt und dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe entnommen.
5. Es werden keine Parteientschädigungen zugesprochen.
6. Zu eröffnen (R):
  - KPT Krankenkasse AG
  - D. \_\_\_\_\_ z.H. der Beschwerdeführerin 2
  - IV-Stelle Bern
  - Bundesamt für Sozialversicherungen

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.