



**Fall-Nr.:** IV 2006/221  
**Stelle:** Versicherungsgericht  
**Rubrik:** IV - Invalidenversicherung  
**Publikationsdatum:** 12.05.2020  
**Entscheiddatum:** 25.05.2007

### **Entscheid Versicherungsgericht, 25.05.2007**

**Art. 12 IVG. Anspruch auf eine medizinische Massnahme in der Form der Übernahme der Kosten einer Eltern-Kind-Therapie (besondere Form der Psychotherapie) bei einem minderjährigen, an einer reaktiven Bindungsstörung (ICD-10 F 94.1) leidenden Kind (Entscheid des Versicherungsgerichts St. Gallen vom 25. Mai 2007, IV 2006/221).**

Versicherungsrichterinnen Lisbeth Mattle Frei (Vorsitz) und Monika Gehrler,  
Versicherungsrichter Franz Schlauri; Gerichtsschreiber Ralph Jöhl

Entscheid vom 25. Mai 2007

In Sachen

T.\_\_\_\_,

Beschwerdeführerin,

vertreten durch Kinder- und Jugendpsychiatrische Dienste

gegen

IV-Stelle des Kantons St. Gallen, Postfach 368, 9016 St. Gallen,

Beschwerdegegnerin,

betreffend

medizinische Massnahmen



hat das Versicherungsgericht in Erwägung gezogen:

I.

A.- Der am 25. Dezember 2001 in der Schweiz geborene iranische Staatsangehörige T.\_\_\_\_ wurde am 16. September 2003 von seinen Eltern zum Bezug von IV-Leistungen angemeldet. Der heilpädagogische Dienst A.\_\_\_\_ berichtete der IV-Stelle am 26. April 2003, T.\_\_\_\_ weise einen deutlichen Entwicklungsrückstand auf. Er zeige so gut wie kein Erkundungsverhalten. Er sei ständig in Bewegung. In der Abklärungssituation lasse er sich auf nichts ein, wechsele ständig von einem zum anderen und könne mit Gegenständen nichts anfangen. Damit er lerne, Inhalte zu begreifen und sich mit Gegenständen intensiv auseinanderzusetzen, sei dringend eine heilpädagogische Früherziehung erforderlich. Mit einer Verfügung vom 24. Oktober 2003 übernahm die IV-Stelle die Kosten der heilpädagogischen Früherziehung.

B.- Am 5. September 2005 wurde T.\_\_\_\_ zum Bezug medizinischer Massnahmen angemeldet. Dr. med. B.\_\_\_\_ von den kinder- und jugendpsychiatrischen Diensten berichtete der IV-Stelle am 17. Januar 2006, T.\_\_\_\_ leide an einer reaktiven Bindungsstörung eines Knaben bei Eltern, die aufgrund ihrer schweren Traumatisierung in ihrer Elternschaft verunsichert seien (ICD-10 F. 94.1). T.\_\_\_\_ werde seit dem 1. April 2004 behandelt. Seine Eltern seien politische Flüchtlinge. Sie seien im Ausländerstatus F, d.h. die Aufenthaltsgenehmigung müsse immer wieder erneuert werden. Die Eltern schienen schon seit der Geburt von T.\_\_\_\_ mit der Betreuung überfordert gewesen zu sein. Sie hätten keine pädagogische Unterstützung gefunden. T.\_\_\_\_ habe sich zu einem ständig fordernden Baby entwickelt. Er sei unruhig, unkonzentriert und aggressiv. Er könne in der Nacht nicht schlafen. T.\_\_\_\_ sei ein kräftiger Bub, der älter wirke. Er verlange ständige Präsenz seiner Umgebung, denn er demoliere Gegenstände, bekritzle den Tisch und werfe mit Spielsachen um sich. Bei sicherer und aufmerksamer Führung verhalte er sich weniger auffällig. Die motorische und die sprachliche Entwicklung seien verzögert. Es erfolge eine Familientherapie mit Videomikroanalyse (zuletzt ca. dreiwöchentlich). T.\_\_\_\_ besuche eine Krippe, wo er pädagogisch gut geführt und heilpädagogisch betreut werde. Ohne diese umfassende Betreuung bestünde die Gefahr einer psychischen Fehlentwicklung. Die IV-Stelle führte am 20. Januar 2006 in einer Anfrage an den RAD aus, die Therapie falle nicht zulasten der



Invalidenversicherung, weil keine regelmässige Therapie erfolge (Therapien, die einmal monatlich durchgeführt würden, seien praxismässig nicht als regelmässig zu qualifizieren) und weil in dieser Therapie sicher auch das Fehlverhalten der Eltern angegangen werde. Dr. med. C.\_\_\_\_ schloss sich dieser Argumentation an. Mit einer Verfügung vom 8. Februar 2006 wies die IV-Stelle das Leistungsbegehren ab. Die Begründung lautete: "Unsere Abklärungen haben ergeben, dass es sich nicht um eine schwere psychische Erkrankung im Sinne der Invalidenversicherung handelt. Es handelt sich um ein Problem, bei welchem die ganze Familie betroffen ist. Ausserdem kann von der Therapiefrequenz nicht von regelmässig ausgegangen werden".

C.- Dr. med. B.\_\_\_\_ erhob am 8. März 2006 für T.\_\_\_\_ Einsprache gegen diese Abweisungsverfügung. Am 10. März 2006 führte er aus, die reaktive Bindungsstörung des Kindesalters (ICD-10 F 94.1) sei eine schwere psychische Erkrankung, die grundsätzlich psychotherapeutisch behandelbar sei. Eine solche Störung sei gekennzeichnet durch widersprüchliche oder ambivalente soziale Reaktionen in verschiedenen sozialen Situationen. Sie gehe einher mit einer emotionalen Störung mit Verlust der emotionalen Ansprechbarkeit, mit aggressiven Reaktionen auf eigenes Unglücklichsein und ängstlicher Überempfindlichkeit. Diese Symptome seien bei T.\_\_\_\_ vorhanden. Werde die Störung nicht behandelt, bestehe die Gefahr einer psychischen Fehlentwicklung. Dies schliesse die Möglichkeit einer dissozialen oder einer depressiven Entwicklung ein. Mit einer psychotherapeutischen Behandlung ergänzend zur pädagogischen und heilpädagogischen Förderung könne die Prognose für die Entwicklung von T.\_\_\_\_ deutlich gebessert werden. Es handle sich tatsächlich um ein Problem, von dem die ganze Familie betroffen sei. Dies gelte für alle behandlungsbedürftigen kinderpsychiatrischen Entwicklungen. Je jünger ein Kind sei, desto eher müssten die Kindeseltern in die Behandlung mit einbezogen werden. Die therapeutische Behandlung sei seit dem 1. April 2004 im Durchschnitt alle drei Wochen regelmässig durchgeführt worden. In Krisenphasen sei die Frequenz etwas höher gewesen. Die Therapiemethode sei eine Eltern-Kind-Therapie mit Videomikroanalyse, die zu den Familientherapien gehöre. Eine derartige Therapie müsse nicht wöchentlich stattfinden.

D.- In einer internen Notiz hielt die zuständige Sachbearbeiterin der IV-Stelle am 4. April 2006 fest, es handle sich nicht um ein schweres erworbenes psychisches Leiden, weil



die Therapie nur alle drei Wochen stattfindet. Dies sei nicht als regelmässig anzusehen. Zudem handle es sich um eine Familientherapie, da die Eltern in der Betreuung des Kindes überfordert seien. Die IV-Stelle wies die Einsprache am 29. September 2006 ab. Sie führte zur Begründung aus, die Familientherapie solle eine Änderung des Fehlverhaltens der traumatisierten Eltern bewirken. Selbst wenn man annähme, T.\_\_\_\_ werde dabei ebenfalls behandelt, wären die Voraussetzungen des Art. 12 IVG nicht erfüllt, weil die Psychotherapie auf die Behandlung des Leidens an sich gerichtet sei. Würde man davon ausgehen, dass die Behandlung auf die Eingliederung ins Erwerbsleben gerichtet wäre, könnten die Kosten nicht übernommen werden, weil kein schweres erworbenes psychisches Leiden vorliege. Da die Therapie nur alle drei Wochen stattfindet, sei sie nicht intensiv. Ob die Krankenversicherung die Therapie der depressiven und untergewichtigen Mutter und des traumatisierten Vaters übernehmen müsse, sei nicht Gegenstand des IV-Verfahrens.

E.- Dr. med. B.\_\_\_\_ erhob am 24. Oktober 2006 Beschwerde gegen diesen Einspracheentscheid. Er beantragte die Übernahme der Kosten der psychotherapeutischen Behandlung. Am 30. Oktober 2006 führte er aus, man habe die Diagnose einer reaktiven Bindungsstörung gestellt. Die Eltern seien aufgrund ihrer eigenen schweren Traumatisierung in ihrer Elternschaft verunsichert. Es werde eine Eltern-Kind-Therapie durchgeführt. Dabei handle es sich um eine besondere Form der Familientherapie. Der Einbezug der Eltern sei bei jeder kinderpsychiatrischen Behandlung angezeigt. Je jünger das zu behandelnde Kind sei, desto mehr stütze sich die Behandlung auf die Eltern. Die Therapiefrequenz variere zwischen 14-tägig und dreiwöchentlich. Bei der reaktiven Bindungsstörung handle es sich um ein schweres erworbenes psychisches Leiden. Eine solche Störung sei gekennzeichnet durch widersprüchliche oder ambivalente soziale Reaktionen in verschiedenen sozialen Situationen. Sie gehe einher mit einer emotionalen Störung mit Verlust der emotionalen Ansprechbarkeit, mit aggressiven Reaktionen auf eigenes Unglücklichsein und ängstlicher Überempfindlichkeit. Grundsätzlich hätten Kinder mit einer reaktiven Bindungsstörung grosse Schwierigkeiten, die für ihre normale gesunde Entwicklung unabdingbaren kontinuierlichen sozialen Bindungen einzugehen und aufrecht zu erhalten. Diese Schwierigkeiten könnten sogar einen normalen Schulbesuch verunmöglichen. Man könnte die Therapiefrequenz zwar erhöhen, die Wirksamkeit der Behandlung würde dadurch aber nicht sicher erhöht. Die psychotherapeutische



Behandlung könne nicht die heilpädagogische Früherziehung ersetzen und umgekehrt. Diese beiden Massnahmen ergänzten sich gegenseitig. Der Schwerpunkt der psychotherapeutischen Behandlung liege auf einer Förderung der interaktiven Kompetenzen von Eltern und Kind. Ein Kind im Alter von T.\_\_\_\_ allein, ohne Einbezug der Eltern zu behandeln, wäre fachlich nicht sinnvoll und ohne anhaltende Wirkung. Die gewählte Behandlungsmethode habe zum Ziel, auf die gesamte restliche gemeinsame Zeit von Eltern und Kleinkind positiv verändernd einzuwirken. Mit der durchgeführten intensiven spezifischen psychotherapeutischen Behandlung könne der Gefahr eines drohenden Defekts mit seinen negativen Wirkungen auf die weitere Entwicklung, insbesondere die Beschulung, die spätere Berufsausbildung und die Erwerbstätigkeit in einem wesentlichen Ausmass entgegen gewirkt werden. Die Behandlung richte sich also nicht auf das Leiden an sich, sondern sei eine wichtige Voraussetzung für die Eingliederung in den Kindergarten und die Schule. Ohne die Behandlung sei die Gefahr einer psychischen Fehlentwicklung beispielsweise im Sinne einer dissozialen Entwicklung oder einer depressiven Entwicklung sehr hoch und die Eingliederung erheblich gefährdet. Kinder mit einer dissozialen Störung hätten Schwierigkeiten, dem Unterricht zu folgen. Sie suchten Aufmerksamkeit durch störendes Verhalten oder sie blieben der Schule fern. In Überforderungssituationen neigten sie zu verbalen und körperlichen Aggressionen gegenüber anderen Kindern. Sie forderten sowohl den Lehrer als auch die Eltern zu immer wieder neuen pädagogischen Massnahmen heraus. Das Risiko, eine Suchtkrankheit zu entwickeln, sei deutlich erhöht, die Chancen einer Integration in das Erwerbsleben deutlich reduziert. Im Fall einer depressiven Entwicklung bestehe die Gefahr eines zunehmenden inneren und äusseren sozialen Rückzuges mit schliesslich selbstverletzenden Verhaltensweisen und suizidalem Risiko.

F.- Die IV-Stelle beantragte am 7. November 2006 die Abweisung der Beschwerde.

G.- Dr. med. B.\_\_\_\_ wies am 13. November 2006 nochmals darauf hin, dass ein schweres erworbenes psychisches Leiden vorliege, dass die Behandlung intensiv gewesen sei und dass sie sich auf die Eingliederungsfähigkeit bezogen habe. Die psychotherapeutische Behandlung und die heilpädagogische Früherziehung seien sich gegenseitig ergänzende Massnahmen.



H.- Die Gerichtsleitung ersuchte das Ausländeramt am 26. April 2007, bekannt zu geben, ob das Kind den Flüchtlingsstatus habe. Das Ausländeramt stellte dem Gericht am 30. April 2007 eine Kopie des Entscheides des Bundesamtes für Migration vom 21. Juli 2005 zu, laut dem die Schweizerische Asylrekurskommission den Eltern und dem Kind T.\_\_\_\_ selbst die Flüchtlingseigenschaft zugestanden, jedoch die Gewährung des Asyls aufgrund von Ausschlussgründen verneint hatte, und laut dem die Eltern und das Kind T.\_\_\_\_ nun vorläufig aufgenommen wurden, weil der Vollzug der Wegweisung nicht möglich bzw. nicht zulässig war. Die Gerichtsleitung gab den Parteien am 1. Mai 2007 die Gelegenheit, sich dazu vernehmen zu lassen. Diese Gelegenheit wurde nicht benützt.

II.

1.- a) Minderjährige Kinder mit Wohnsitz und gewöhnlichem Aufenthalt in der Schweiz haben gemäss Art. 2 Abs. 2 des sich auf Art. 24 des internationalen Abkommens über die Rechtstellung von Flüchtlingen (SR 0.142.30) stützenden Bundesbeschlusses vom 4. Oktober 1962 (FlüB) als Flüchtlinge unter den gleichen Voraussetzungen wie Schweizerbürger einen Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung, wenn sie sich unmittelbar vor dem Eintritt der Invalidität ununterbrochen während mindestens eines Jahres in der Schweiz aufgehalten haben oder wenn sie in der Schweiz invalid geboren sind oder sich seit der Geburt ununterbrochen in der Schweiz aufgehalten haben. Diese Regelung geht, da sie sich auf Staatsvertragsrecht stützt, Art. 9 Abs. 3 IVG vor. Ihre Anwendung setzt voraus, dass eine Anerkennung als Flüchtling erfolgt ist (vgl. BGE 121 V 251 ff.). Diese Bedingung ist beim Beschwerdeführer erfüllt.

b) Der Beschwerdeführer hält sich seit der Geburt in der Schweiz auf. Er hat deshalb unter denselben Voraussetzungen wie ein gleichaltriger Schweizerbürger einen Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen. Gemäss Art. 5 Abs. 2 IVG i.V.m. Art. 8 Abs. 2 ATSG gelten nichterwerbstätige Minderjährige als invalid, wenn die Gesundheitsbeeinträchtigung voraussichtlich eine Erwerbsunfähigkeit zur Folge haben wird. Invalide Personen haben Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen (Art. 8 Abs. 1 IVG). Dazu gehören gemäss Art. 8 Abs. 3 lit. a IVG auch medizinische Massnahmen. Da der Beschwerdeführer nicht an einem Geburtsgebrechen, sondern an einer nach der



Geburt erworbenen Krankheit leidet, ist ein Anspruch auf medizinische Massnahmen gestützt auf Art. 12 IVG zu prüfen. Laut dieser Bestimmung setzt ein Leistungsanspruch voraus, dass die in Frage stehende medizinische Massnahme nicht auf die Behandlung des Leidens an sich, sondern unmittelbar auf die Eingliederung gerichtet ist und dass sie geeignet ist, die Erwerbsfähigkeit dauernd und wesentlich zu verbessern. Bei nichterwerbstätigen Minderjährigen kann eine medizinische Massnahme auch in der Behandlung eines noch nicht stabilisierten Zustandes bestehen, wenn andernfalls eine Heilung mit Defekt oder ein sonst wie stabilisierter Zustand eintreten würde, so dass die Berufsausbildung und/oder die Erwerbsfähigkeit beeinträchtigt würden (vgl. Rz 35, 54 KSME). Die medizinische Massnahme darf nicht von unbestimmter Dauer sein, d.h. sie darf nicht Dauercharakter haben. Es muss eine hinlängliche Wahrscheinlichkeit dafür bestehen, dass die Prognose günstig ist (vgl. Rz 53 KSME). Die zu erwartende Verbesserung der Berufsbildungsfähigkeit und damit der späteren Erwerbsfähigkeit durch die in Frage stehende medizinische Massnahme muss wesentlich und dauerhaft sein (vgl. Rz 32 KSME).

c) Hätte ein erworbenes psychisches Leiden eines nichterwerbstätigen Minderjährigen ohne eine Behandlung mit grosser Wahrscheinlichkeit einen erheblichen, schwer korrigierbaren Defekt zur Folge, der die Berufsbildung und/oder die Erwerbsfähigkeit wesentlich behindern würde, ist die erforderliche Psychotherapie zu übernehmen (vgl. Rz 645-647/845-847.3 KSME). Bei Krankheiten und Defekten, die ohne eine zeitlich unbegrenzte Behandlung nicht gebessert werden können oder die eine lang dauernde Therapie erfordern und bei denen sich keine zuverlässige Prognose stellen lässt, besteht kein Anspruch auf eine Psychotherapie (vgl. Rz 645-647/845-847.4 KSME). Es muss sich um ein schweres psychisches Leiden handeln, das sich trotz intensiver fachgerechter Behandlung während eines Jahres nicht genügend gebessert hat, von dem aber trotzdem erwartet werden kann, dass bei einer weiteren Behandlung ein drohender Defekt mit seinen negativen Wirkungen auf die Berufsausbildung und die Erwerbsfähigkeit ganz oder zumindest in einem wesentlichen Umfang verhindert werden kann. Die Kostenübernahme erfolgt praxisgemäss erst ab dem zweiten Behandlungsjahr (vgl. Rz 645-647/845-847.5 KSME).

2.- a) Die Eltern-Kind-Therapie dient zwar der Behandlung eines Leidens an sich, nämlich der reaktiven Bindungsstörung, an welcher der Beschwerdeführer leidet.



Entgegen der von der Beschwerdegegnerin im angefochtenen Einspracheentscheid vertretenen Auffassung schliesst dies aber die Übernahme der entsprechenden Kosten als medizinische Massnahme gemäss Art. 12 IVG nicht aus. Gemäss den überzeugenden Ausführungen von Dr. med. B.\_\_\_\_ wäre nämlich mit dem Auftreten eines erheblichen, schwer korrigierbaren und die Schul- und Berufsausbildung wesentlich behindernden Defekts zu rechnen, wenn die Eltern-Kind-Therapie unterbliebe. Beim minderjährigen Beschwerdeführer reicht diese Gefahr praxisgemäss aus, um einen Anspruch auf eine medizinische Massnahme nach Art. 12 IVG zu begründen. Dr. med. B.\_\_\_\_ hat dargelegt, dass es sich bei der reaktiven Bindungsstörung um ein schweres Leiden handle, weil das Unterlassen einer Eltern-Kind-Therapie zusätzlich ein deutlich erhöhtes Risiko einer späteren Suchterkrankung und eines späteren sozialen Rückzuges (mit schliesslich selbstverletzenden Verhaltensweisen und mit einer Suizidgefahr) zur Folge hätte.

b) Entgegen der Auffassung der Beschwerdegegnerin beinhaltet die Eltern-Kind-Therapie keine Behandlung der Depression der Mutter oder der Traumatisierung des Vaters des Beschwerdeführers. Diese Therapie ist ausschliesslich darauf gerichtet, die reaktive Bindungsstörung des Beschwerdeführers zu heilen. Sie muss die Eltern einbeziehen, weil die Krankheit gerade darin besteht, dass der Beschwerdeführer in seiner Fähigkeit zur Interaktion mit den Eltern (und demzufolge auch mit anderen Personen) beeinträchtigt ist. Dr. med. B.\_\_\_\_ hat darauf hingewiesen, dass eine nur den Beschwerdeführer einbeziehende Therapie nicht wirksam wäre, weil es darum gehen müsste, die Beziehung zwischen dem Beschwerdeführer und dessen Eltern positiv zu beeinflussen. Vereinfacht ausgedrückt setzt dies voraus, dass auch den Eltern geholfen wird, ihre Erziehungsaufgabe und damit ihre Aufgabe, bei der Überwindung der reaktiven Bindungsstörung mitzuhelfen, besser zu erfüllen. Sollte sich dies auch auf den psychischen Gesundheitszustand der Eltern auswirken, so ist das nur eine willkommene, aber keine therapeutisch angestrebte Folge der Eltern-Kind-Therapie, die aber möglicherweise einen positiven Einfluss auf den Beschwerdeführer hat. Bei der Eltern-Kind-Therapie geht es also entgegen der Auffassung der Beschwerdegegnerin nicht darum, gleichzeitig sowohl den Beschwerdeführer als auch dessen Eltern zu therapieren.



c) Im Verlauf des Verwaltungsverfahren hat die Beschwerdegegnerin argumentiert, die Eltern-Kind-Therapie sei nicht regelmässig genug, da sie nur alle drei Wochen durchgeführt werde. Gemeint war damit, dass diese Therapie nicht intensiv genug und damit nicht wirksam sei. Dr. med. B.\_\_\_\_ hat darauf hingewiesen, dass die heilpädagogische Früherziehung und die Eltern-Kind-Therapie kumulativ erforderlich seien, um den Beschwerdeführer erfolgreich zu behandeln. Die eine Massnahme sei ohne die andere nicht sinnvoll. Weiter hat er ausgeführt, der Schwerpunkt der Eltern-Kind-Therapie liege auf der Förderung der interaktiven Kompetenzen von Eltern und Kind. Die Wirksamkeit dieser Therapie könne durch eine Erhöhung der Therapiefrequenz nicht gesteigert werden. Ob die Leistungsvoraussetzung einer intensiven, d.h. wirksamen Therapie erfüllt ist, muss deshalb unter Berücksichtigung der Gesamtmassnahme bestehend aus der heilpädagogischen Früherziehung und aus der Eltern-Kind-Therapie beurteilt werden. Schon aus diesem Grund macht es keinen Sinn, die Wirksamkeit der Eltern-Kind-Therapie anhand der Behandlungsfrequenz bemessen zu wollen. Es ist aber auch nicht zulässig, die erforderliche Wirksamkeit einer Therapie unter Ausserachtlassung der Besonderheiten des konkreten Falles durch eine allgemeingültige Mindestfrequenz der Therapiesitzungen zu definieren. Nicht jede Psychotherapie kann erst dann als wirksam qualifiziert werden, wenn sie mindestens einmal wöchentlich durchgeführt wird. Andernfalls würden jene Fälle in Verletzung des Gleichbehandlungsgrundsatzes von der Leistungsberechtigung ausgeschlossen, in denen die – wirksame – Psychotherapie nur alle drei oder vier Wochen durchgeführt wird, entweder weil eine höhere Behandlungsfrequenz die Wirksamkeit nicht erhöht oder weil die versicherte Person eine höhere Behandlungsfrequenz nicht verkräftet. Die Frage, ob eine Psychotherapie ausreichend wirksam ist, um einen Anspruch auf eine medizinische Massnahme gemäss Art. 12 IVG zu rechtfertigen, ist deshalb im Einzelfall anhand des konkreten medizinischen Behandlungsbedarfs und nicht anhand einer für alle Fälle gültigen "Mindestfrequenz" der Behandlung zu ermitteln. Im Fall des Beschwerdeführers stimmt die effektive Frequenz der Eltern-Kind-Therapie mit dem medizinischen Behandlungsbedarf überein. Entgegen der Auffassung der Beschwerdegegnerin wird der Beschwerdeführer wirksam behandelt. Die Prognose ist gut, wie Dr. med. B.\_\_\_\_ in der Einsprache vom 10. März 2006 überzeugend ausgeführt hat.



3.- Zusammenfassend ist festzuhalten, dass sämtliche Voraussetzungen eines Anspruchs auf eine medizinische Massnahme gemäss Art. 12 IVG erfüllt sind. Der Beschwerdeführer hat ab 1. April 2005 (vgl. Rz 645-647/845-847.5 KSME) einen Anspruch auf die Übernahme der Kosten der Eltern-Kind-Therapie durch die Beschwerdegegnerin. Der angefochtene Einspracheentscheid ist deshalb in Gutheissung der Beschwerde aufzuheben und dem Beschwerdeführer ist gestützt auf Art. 12 IVG eine medizinische Massnahme zur Behandlung der reaktiven Bindungsstörung in der Form einer Eltern-Kind-Therapie zuzusprechen. Die Sache ist zur Festsetzung und Ausrichtung der geschuldeten Leistungen an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Das Beschwerdeverfahren ist kostenlos (Art. 61 lit. a ATSH i.V.m. lit. b der Übergangsbestimmungen zur Änderung des IVG vom 16. Dezember 2005).

Demgemäss hat das Versicherungsgericht

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 53 GerG

entschieden:

1. In Gutheissung der Beschwerde wird der Einspracheentscheid vom 29. September 2006 aufgehoben und die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, die Kosten der Eltern-Kind-Therapie zu übernehmen; die Sache wird zur Festsetzung und zur Ausrichtung der geschuldeten Leistungen an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen.

2. Es werden keine Gerichtskosten erhoben.