



Fall-Nr.: IV 2015/403 + IV 2015/407
Stelle: Versicherungsgericht
Rubrik: IV - Invalidenversicherung
Publikationsdatum: 18.10.2019
Entscheiddatum: 24.05.2016

Entscheid Versicherungsgericht, 24.05.2016

Art. 13 IVG, Ziff. 404 Anhang GgV. Die ärztliche Delegation der durchzuführenden Untersuchungen resp. der Befunderhebung vermag für sich allein eine gestützt auf diese Befunde vom Arzt gestellte Diagnose nicht in Zweifel zu ziehen. Teilweise Gutheissung der Beschwerde (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 24. Mai 2016, IV 2015/403 und IV 2015/407). Aufgehoben durch Urteil des Bundesgerichts 9C_419/2016.

Besetzung

Vizepräsident Ralph Jöhl, Versicherungsrichterinnen Monika Gehrler-Hug und Karin Huber-Studerus; Gerichtsschreiberin Lea Locher

Geschäftsnr.

IV 2015/403, IV 2015/407

Parteien

SWICA Krankenversicherung AG,

Rechtsdienst, Römerstrasse 38, 8401 Winterthur,

beschwerdeführende Krankenversicherung,

(IV 2015/403)

und

A.____,



St.Galler Gerichte

Beschwerdeführer,

(IV 2015/407)

vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Marc Tomaschett,

St. Martinsplatz 8, Postfach 683, 7002 Chur,

gegen

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

Beschwerdegegnerin,

Gegenstand

medizinische Massnahmen

Sachverhalt

A.

A.a A.____ wurde am 18. November 2014 von seiner Mutter für medizinische Massnahmen bei der IV-Stelle des Kantons St. Gallen angemeldet (IV-act. 1). Dr. med. B.____, Fachärztin für Kinder- und Jugendheilkunde, gab im Anmeldeformular an, dass der Versicherte an einem Psycho-Organischen Syndrom (POS, Geburtsgebrechen Ziff. 404) leide. Der Anmeldung lag ein von Dr. phil. C.____ unterzeichneter Untersuchungs-Report des ADHD-Kompetenzzentrums Ostschweiz vom April 2014 bei (IV-act. 3). Dr. phil. C.____ hatte angegeben, dass die fünf Kriterien für das Vorliegen des Geburtsgebrechens Ziff. 404 erfüllt seien: Die neuropsychologische Untersuchung, die Schilderungen der Mutter und die Angaben im Fragebogen hätten das Vorliegen einer Aufmerksamkeitsstörung bestätigt. Eine Impulshemmungsstörung, eine Impulskontrollstörung und eine Antriebsstörung seien aufgrund der Aussagen der Mutter sowohl zu Hause als auch in der Schule ausgewiesen. Die Testergebnisse, insbesondere die Biomarker, hätten darauf hingewiesen, dass es dem Versicherten schlecht gelinge, Impulse zu steuern oder zu kontrollieren. Eine Störung der



Wahrnehmung sei durch die Ergebnisse der testpsychologischen Untersuchungen ausgewiesen. Dem Versicherten gelinge es nur schlecht, emotionale Anteile zu lesen und zu verstehen. Zudem hätten sich Auffälligkeiten gezeigt, die sich in einer mangelnden Wahrnehmungsdifferenzierung niedergeschlagen hätten. Im auditiven, nicht aber im visuellen Bereich, hätten Störungen der Merkfähigkeit vorgelegen. Dem Versicherten gelinge es nur schlecht, frei gehörte Elemente zu behalten und wiederzugeben. Die Lehrerin des Versicherten habe über eine Störung der Emotionsregulation berichtet. Auch liege eine Evidenz vor, wonach die Schwierigkeiten sich im schulischen Zusammenleben auswirkten. Aufgrund der Testergebnisse (CFT1-R-Test) könne von einem IQ im Normbereich ausgegangen werden.

A.b Dr. B.____ berichtete am 15. Dezember 2014, dass der Versicherte an hyperkinetischen Störungen (Aufmerksamkeitsstörung, ICD-10: F90) leide (IV-act. 8). Sie habe diese Diagnose am 28. März 2014 erstmals gestellt. Der Gesundheitszustand wirke sich auf den Schulbesuch aus (Konzentration, Mitarbeit, Hausaufgabenerledigung). Es liege das Geburtsgebrechen Ziff. 404 vor. Die Möglichkeit einer späteren Eingliederung ins Erwerbsleben könne durch ein psychotherapeutisches Coaching und eventuell durch die Einnahme von Methylphenidat wesentlich verbessert werden. Die Kinderärztin gab weiter an, dass die Befunde im ADHD-Kompetenzzentrum Ostschweiz erhoben worden seien. Die Mutter habe den Versicherten erst nach der Diagnosestellung (durch das ADHD-Kompetenzzentrum) zur Anmeldung bei der IV in ihrer Praxis vorgestellt. Sie habe den Versicherten zuvor nur drei Mal wegen Infekten behandelt.

A.c Die Mutter des Versicherten teilte der IV-Stelle am 23. Januar 2015 mit, dass der Versicherte keine Medikamente einnehme (IV-act. 14). Seit Anfang Januar sei er bei Dr. phil. C.____ in therapeutischer Behandlung. Dem Schreiben lag eine Bestätigung von Dr. phil. C.____ bei, wonach die Therapie am 9. Januar 2015 begonnen habe. Anlässlich eines telefonischen Gesprächs vom 10. Februar 2015 erklärte die Mutter gegenüber einer IV-Sachbearbeiterin, dass die Therapie bei Dr. phil. C.____ einmal wöchentlich stattfinde (IV-act. 16). Es handle sich dabei nicht um eine Psychotherapie, sondern um eine psychosomatisch-energetische Austestung. Dr. phil. C.____ nenne dies aber eine Psychotherapie. Die Therapie sei von einem Arzt delegiert worden, welcher ebenfalls im ADHD-Kompetenzzentrum arbeite. Dessen Name sei ihr jedoch nicht bekannt.



A.d Am 24. Februar 2015 berichtete Dr. B.___, dass die Psychotherapie einmal wöchentlich stattfindet und mindestens ein Jahr lang dauern werde (IV-act. 18). Als Therapieindikation gab sie eine Aufmerksamkeitsstörung, eine Impulshemmungs- und Impulskontrollstörung sowie eine Störung der Emotionsregulation an. Die Problematik im Alltag bestehe im Zusammenleben im häuslichen sowie im schulischen Bereich. Das Therapieziel sei es, eine Verbesserung in den aufgeführten Punkten zu erzielen und eine Hilfestellung zur besseren Bewältigung des schulischen Alltags zu leisten.

A.e RAD-Ärztin Dr. med. D.___ notierte am 26. März 2015, dass die versicherungsmedizinischen Anspruchsvoraussetzungen für medizinische Massnahmen nach Art. 13 IVG resp. nach Ziff. 404 des Anhangs zur GgV nicht ausgewiesen seien, da eine ärztlich gestellte POS-Diagnose nicht nachvollziehbar dokumentiert sei (IV-act. 19). Die ADHS/ POS-Diagnose sei nicht durch die Kinderärztin Dr. B.___ selbst gestellt worden. Die Abklärung und die Dokumentation seien ausschliesslich durch Dr. phil. C.___ erfolgt. Zur Feststellung, ob gegebenenfalls ein POS vorliege und die sonstigen Zuspruchekriterien erfüllt seien, wäre eine ärztliche Abklärung erforderlich. Am 30. März 2015 notierte dieselbe RAD-Ärztin, dass auch die versicherungsmedizinischen Anspruchsvoraussetzungen für medizinische Massnahmen nach Art. 12 IVG nicht gegeben seien, da die ärztlich gestellte Diagnose und die Psychotherapieindikation nicht nachvollziehbar dokumentiert seien (IV-act. 20). Die Kinderärztin habe den Versicherten offenkundig nie selber untersucht. Zur Klärung, ob eine Psychotherapieindikation vorliege, wäre eine fachärztliche Abklärung erforderlich.

A.f Mit Vorbescheid vom 20. April 2015 stellte die IV-Stelle dem Versicherten in Aussicht, dass die Kosten für die Psychotherapie nicht übernommen würden (IV-act. 22). Zur Begründung brachte sie vor, die Abklärungen des RAD hätten ergeben, dass aufgrund der aktuell vorliegenden medizinischen Unterlagen die Voraussetzungen zur Anerkennung des Geburtsgebrechens Ziff. 404 nicht erfüllt seien. Es liege keine ärztlich gestellte POS-Diagnose vor. Die Abklärung und die Dokumentation seien ausschliesslich durch den Psychotherapeuten Dr. phil. C.___ erfolgt. Eine ärztlich gestellte Diagnose, eine Verordnung und sowie eine Psychotherapieindikation fehlten. Die Voraussetzungen für eine mögliche Kostenübernahme gestützt auf Art. 12 IVG seien ebenfalls nicht erfüllt. Die Eltern des Versicherten erklärten am 7. Mai 2015, dass sie mit dem Vorbescheid nicht einverstanden seien (IV-act. 25). Sie reichten eine



Verordnung zur delegierten Psychotherapie von Dr. med. E.____ an Dr. phil. C.____ vom 10. Januar 2015 ein. Darin hatte Dr. med. E.____ angegeben, dass der Versicherte an einer ADHD DSM 4, 314, kombinierter Typ, einer schweren Lern- und Leistungsstörung sowie an einer familiären Dysregulation leide. Die Untersuchung habe eine massive Aufmerksamkeitsstörung mit entsprechenden Schwierigkeiten in der kognitiven Anpassung an die Herausforderungen der Schule ergeben. Der Versicherte möge dem Unterricht nur knapp zu folgen. Die Zusammenarbeit zwischen den Eltern und der Lehrperson sei mangelhaft. Ebenfalls ergäben sich Schwierigkeiten auf der Elternachse durch die Trennung der Eltern. Die psychotherapeutische Unterstützung des Versicherten sei dringend angezeigt und notwendig. Die Psychotherapie solle durch Einzelpsychotherapie im Sinne der verhaltenstherapeutischen Therapie mit und ohne apparative Unterstützung, mit Unterstützung der Elternachse in Erziehungsfragen in Familiensitzungen, mit Teilnahme an Helfersitzungen und mit Verbesserung der Arbeitsspeicherung durchgeführt werden. Das Ziel sei eine Verbesserung der dysfunktionalen ADHD-Muster, insbesondere eine Verbesserung der exekutiven Funktionen, eine Stabilisierung der Emotionsregulation, eine Stärkung des Selbst(wertgefühls?), eine Stärkung der Elternachse in Erziehungsfragen, Strukturierungshilfen und Klärungen im biosozialen System. Dr. med. E.____ wandte am 4. Mai 2015 ein, es sei nicht richtig, dass keine ärztlich gestellte POS-Diagnose vorliege (IV-act. 25-2). Er habe die Diagnose aufgrund der sorgfältig erhobenen Befunde und der vorliegenden Unterlagen gestellt. Beim Versicherten lägen alle fünf Kriterien für ein POS eindeutig vor. Dr. phil. C.____ habe den Bericht an die Kinderärztin auf seine Weisung hin erstellt. Die SWICA Krankenversicherung AG wendete am 20. Mai 2015 gegen den Vorbescheid ein, dass die delegierte Psychotherapie durch Dr. med. E.____ verordnet worden sei (IV-act. 26).

A.g RAD-Ärztin Dr. D.____ notierte am 8. Juli 2015, dass die Diagnose vor dem 9. Geburtstag des Versicherten (29. Januar 2015) gestellt worden sei (IV-act. 27). Die zentrale Frage sei, ob die Befunderhebung durch den Arzt oder allein durch Dr. phil. C.____ erfolgt sei. Zudem sei unklar, ob beim Versicherten tatsächlich eine Psychotherapie im eigentlichen Sinne erfolge. Die Mutter habe nämlich angegeben, dass es sich um eine psychosomatisch-energetische Austestung handle. Im Bericht des ADHD-Kompetenzzentrums sei die Diagnose eines POS gar nicht enthalten. Dokumentiert sei lediglich eine Aufmerksamkeitsstörung. Ausserdem sei der Bericht



nur von Dr. phil. C.____ unterschrieben worden. Die Kriterien zur Anerkennung des Geburtsgebrechens Ziff. 404 seien weiterhin nicht erfüllt. Ob die POS-Diagnostik, insbesondere die Erhebung der POS-Symptome, tatsächlich durch Dr. med. E.____ persönlich erfolgt sei, sei offen. Des Weiteren seien die Angaben zur bei Dr. phil. C.____ wöchentlich stattfindenden Therapie widersprüchlich. Bei der Psychosomatischen Energetik (PSE) handle es sich nicht um ein psychotherapeutisches, allgemein schulmedizinisches Verfahren. Sollte Dr. phil. C.____ tatsächlich als Therapie ein Verfahren aus dem Bereich der PSE anwenden, lägen die Zusprachekriterien ohnehin nicht vor. Schliesslich stelle sich noch die Frage, ob die Diagnostik und Therapie im ADHD-Kompetenzzentrum im Rahmen einer laufenden Studie erfolgten und ob sich daraus allenfalls leistungsrechtliche Konsequenzen ergäben. Vor einer abschliessenden Stellungnahme müssten die dargelegten Unklarheiten geklärt werden.

A.h Dr. phil. C.____ berichtete der IV-Stelle am 22. August 2015, dass es sich bei der Therapie um eine Einzelpsychotherapie (Verhaltenstherapie, kognitiv-sensomotorische Verhaltenstherapie), um eine Familienberatung im Sinne der systemischen Psychotherapie und um Helfersitzungen handle (IV-act. 32). Eine psychosomatisch-energetische Austestung erfolge nicht. Die Untersuchungen seien aufgrund der Anmeldung der Kinderärztin erfolgt, welche beim Versicherten eine grosse Unruhe festgestellt habe. Die laufenden Behandlungen hätten nichts mit einer Studie zu tun, sondern dienten einzig und allein der Behandlung der durch Dr. med. E.____ festgestellten Defizite. Dr. med. E.____ berichtete am 26. August 2015, dass er Dr. phil. C.____ nach dem Interview im Rahmen der delegierten Psychotherapie mit der Durchführung der Untersuchungen beauftragt habe (IV-act. 35). Dr. phil. C.____ habe ihm anschliessend die Ergebnisse unterbreitet. In Zusammenarbeit mit Dr. phil. C.____ habe er die einzelnen POS-spezifischen Kriterien als ausreichend für das Vorliegen eines Geburtsgebrechens qualifiziert. Die Abklärungen des Versicherten seien nicht im Rahmen einer Studie erfolgt.

A.i RAD-Ärztin Dr. D.____ hielt am 5. Oktober 2015 fest, dass weiterhin einige Ungereimtheiten und Inplausibilitäten bestünden, beispielsweise ob die Zuweisung zur POS-Abklärung durch die Kinderärztin erfolgt sei oder nicht (IV-act. 36). Trotzdem müsse nunmehr davon ausgegangen werden, dass die POS-Abklärung unter weitgehend ärztlicher Führung und unter Anleitung und Kooperation mit dem



St.Galler Gerichte

Psychologen Dr. phil. C.____ erfolgt sei. Daher müsse davon ausgegangen werden, dass eine medizinische Abklärung erfolgt sei und eine ärztlich gestellte Diagnose und Therapieindikation vorlägen. In der Anamnese fänden sich keine Hinweise für eine erworbene hirnorganische Schädigung oder relevante psychosoziale Belastungsfaktoren. Die Diagnosestellung sei am 28. März 2014 und somit vor Abschluss des 9. Lebensjahres erfolgt. Die Psychotherapie sei am 9. Januar 2015 und damit ebenfalls vor dem 9. Geburtstag begonnen worden. Des Weiteren könne davon ausgegangen werden, dass der Versicherte über eine normale Intelligenz verfüge. Die im Kreisschreiben (KSME) definierten POS-spezifischen Befunde seien hinreichend dokumentiert (Auffälligkeiten im Verhalten, im Antrieb, beim Erfassen, in der Konzentration und in der Merkfähigkeit). Aus RAD-ärztlicher Sicht lägen die Zusagekriterien – bei einer sehr gedehnten Definition einer ärztlichen Abklärung und Diagnosestellung – für das Geburtsgebrechen Ziff. 404 vor. Die Therapiekosten könnten ab dem Zeitpunkt der Diagnosestellung übernommen werden. Allerdings müsse es dem Rechtsanwender überlassen bleiben, gegebenenfalls die Anforderungen an eine ärztliche Abklärung und Diagnosestellung enger zu definieren und in der Konsequenz allenfalls die erfolgte Abklärung, Diagnosestellung und Indikationsstellung für die Psychotherapie im ADHD-Kompetenzzentrum Ostschweiz zu verneinen.

A.j Mit Verfügung vom 2. November 2015 wies die IV-Stelle das Gesuch um Übernahme der Kosten für die Psychotherapie aus den im Vorbescheid angegebenen Gründen ab (IV-act. 38). Zu den Einwendungen hielt sie fest, dass keine direkte Untersuchung durch einen anerkannten Arzt stattgefunden habe. Gesetzlich werde jedoch festgehalten, dass die Abklärungen und Befunde ärztlich erhoben und dokumentiert werden müssten. Zwar sei verständlich, dass gewisse Testverfahren durch einen Psychotherapeuten durchgeführt würden. Die Beurteilung des Verhaltens, die Erhebung der Anamnese etc. müsse jedoch durch einen Arzt erfolgen. Eine persönliche Untersuchung durch den Arzt sei daher zwingend notwendig. Die Voraussetzungen für eine Kostenübernahme gestützt auf Art. 12 IVG seien aus demselben Grund nicht erfüllt.

B.



B.a Gegen diese Verfügung liess die SWICA Krankenversicherung AG (nachfolgend: Beschwerdeführende Krankenversicherung) am 27. November 2015 Beschwerde erheben (act. G 1, IV 2015/403). Sie beantragte, die IV-Stelle (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) sei zu verpflichten, dem Versicherten Kostengutsprache für die Behandlung des Geburtsgebrechens Ziff. 404 zu erteilen und ihr (d.h. der Krankenversicherung) die erbrachten Vorleistungen zurückzuerstatten. Eventualiter sei die Sache zur Durchführung weiterer medizinischer Abklärungen an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Zur Begründung machte die beschwerdeführende Krankenversicherung geltend, dass die Voraussetzungen für die Anerkennung eines Geburtsgebrechens Ziff. 404 in medizinischer Hinsicht erfüllt seien. Die rigide Auslegung der Beschwerdegegnerin, welche Mindeststandards eine ärztliche Abklärung und Diagnosestellung erfüllen müsse, finde weder im Gesetzeswortlaut noch im Kreisschreiben eine Stütze. Aufgrund welcher Überlegungen sich die Beschwerdegegnerin entgegen dem RAD entschieden habe, das Geburtsgebrecchen Ziff. 404 nicht anzuerkennen, sei nicht nachvollziehbar. Die Abklärungen wie auch die Diagnosestellung seien im Rahmen einer fachübergreifenden Teamarbeit erfolgt. Es bestünden keinerlei Anhaltspunkte dafür, dass die vorausgegangenen Abklärungen durch den Psychotherapeuten fachlich ungenügend seien. Selbst wenn dem so wäre, sähe das Kreisschreiben nicht eine Leistungsablehnung, sondern eine spezialärztliche Untersuchung vor.

B.b Die Eltern des Versicherten (nachfolgend: Beschwerdeführer) liessen gegen die Verfügung am 2. Dezember 2015 ebenfalls Beschwerde erheben (act. G 1, IV 2015/407). Ihr Rechtsvertreter beantragte die Aufhebung der Verfügung und die Anweisung der Beschwerdegegnerin, dem Beschwerdeführer Kostengutsprache für die Behandlung des Geburtsgebrechens Ziff. 404 zu erteilen. Eventualiter sei die Sache zur Durchführung weiterer medizinischer Abklärungen und zur Neubeurteilung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Zur Begründung machte der Rechtsvertreter geltend, dass allein die Kinderärztin die Diagnose gestellt habe. Sie kenne den Beschwerdeführer seit seiner Geburt. Der Bericht des ADHD-Kompetenzzentrums habe die Kinderärztin in ihrer Diagnose bestätigt und sie veranlasst, die IV-Anmeldung vorzunehmen. Dr. med. E.____ habe klar dargetan, dass seine Arbeit darin bestanden habe, die vorliegenden medizinischen Kriterien zusammenzutragen und im Rahmen eines Konsiliums zu beurteilen. Allein schon der Umfang des Untersuchungs-Reports



zeige, dass der Arzt auf die grosse Mitarbeit eines Psychotherapeuten angewiesen sei. Der Arzt müsse sich auf die Untersuchungsergebnisse seiner Mitarbeiter verlassen. Die enge Auslegung der Beschwerdegegnerin, welche Mindeststandards eine ärztliche Abklärung und Diagnosestellung erfüllen müsse, widerspreche der Beurteilung der RAD-Ärztin und finde im Gesetzeswortlaut keine Stütze.

B.c Am 11. Dezember 2015 teilte das Gericht den Parteien mit, dass beabsichtigt werde, die Beschwerdeverfahren IV 2015/403 und IV 2015/407 zu vereinigen, da sie sich gegen dieselbe Verfügung richteten (act. G 3, IV 2015/403; act. G 2, IV 2014/407).

B.d Der Fachbereich HE/Sachleistungen der Beschwerdegegnerin hielt in seiner Stellungnahme vom 22. Dezember 2015 fest, im Anhang 7 unter Punkt 2.1 des Kreisschreibens werde erwähnt, dass die Symptome bis zum 9. Altersjahr ärztlich festgestellt werden müssten (IV-act. 47). Im vorliegenden Fall seien die Symptome durch den Psychotherapeuten beurteilt worden. Dr. med. E.____ habe lediglich die Akten studiert, nicht aber das Verhalten des Beschwerdeführers beobachtet und sich eine eigene Meinung gebildet. Die Anforderungen des Kreisschreibens seien daher nicht erfüllt.

B.e Die Beschwerdegegnerin beantragte am 26. Januar 2016 die Abweisung beider Beschwerden (act. G 4, IV 2015/403; act. G 3, IV 2015/407). Zur Begründung führte sie an, dass gemäss dem Leitfaden zum GG 404 (IV-Rundschreiben Nr. 298) der Arzt selbst die Befunde erheben, sich ein umfassendes Bild machen und anschliessend die Diagnose stellen müsse. In medizinischer Hinsicht seien die Anerkennungsvoraussetzungen gemäss dem RAD zwar erfüllt. In technischer Hinsicht seien sie gewissermassen jedoch nicht erfüllt. Da im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung das Wartejahr noch nicht abgelaufen gewesen sei, sei der Anspruch auf Psychotherapie gestützt auf Art. 12 IVG noch nicht geprüft bzw. abgelehnt worden. Die Beschwerdegegnerin erklärte die Stellungnahme ihres Fachbereichs vom 22. Dezember 2015 zum integrierenden Bestandteil der Beschwerdeantwort.

B.f In ihrer Replik vom 26. Februar 2016 (act. G 7, IV 2015/403) brachte die beschwerdeführende Krankenversicherung vor, dass sich weder aus dem medizinischen Leitfaden zum GG 404 noch aus dem Kreisschreiben, dem Gesetz, der



dazugehörigen Verordnung oder der höchstrichterlichen Rechtsprechung entnehmen lasse, dass „technische Gründe“ gegenüber medizinischen Gründen ein derart überwiegendes Gewicht hätten, dass sie eine in jedem Punkt korrekte medizinische Beurteilung ausser Kraft setzen könnten. Dies gelte jedenfalls in Fällen wie dem vorliegenden, in denen die vermeintlich „technischen Gründe“ ebenfalls ausschliesslich medizinisch geprägt seien: Die Beschwerdegegnerin habe die durch sie als richtig anerkannte medizinische Beurteilung nicht als falsch, sondern als irrelevant bezeichnet, weil angeblich die Diagnose nicht von einem Mediziner gestellt worden sei. Eine solche Sichtweise lasse sich weder in rechtlicher Hinsicht noch mit einem gesunden Menschenverstand rechtfertigen. In Kompetenzzentren wirkten Fachleute unterschiedlicher Richtungen und Ansätze zusammen, um ein möglichst umfassendes medizinisches Bild zu gewinnen. Die fachliche Qualifikation beinhalte auch die Legitimation des Mediziners, Untersuchungen und Abklärungen an andere Fachpersonen des Kompetenzzentrums zu delegieren. Innerhalb des Kompetenzzentrums müsse es legitim sein, dass der Mediziner aufgrund seines Fachwissens und seiner spezifischen Erfahrung mit dem Problemkreis POS/ADHS/ADHD die vorliegenden Unterlagen nach medizinischen Gesichtspunkten bewerte und zu einer Diagnose gelange. Ob Dr. med. E.____ den Versicherten je gesehen und persönlich untersucht habe (was seitens der beschwerdeführenden Krankenversicherung mit Nichtwissen bestritten werde), sei für den Leistungsanspruch gar nicht relevant. Ansonsten wären auch alle Stellungnahmen und Gutachten des RAD, welche ohne persönliche Untersuchung der versicherten Personen abgegeben worden seien, wertlos, was der Rechtsprechung bekanntlich widerspreche.

B.g In seiner Replik vom 22. März 2016 (act. G 7, IV 2015/407) brachte der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers vor, die Beschwerdegegnerin habe in der Beschwerdeantwort bestätigt, dass beim Beschwerdeführer aus medizinischer Sicht ein Geburtsgebrechen Ziff. 404 vorliege. In der Praxis sei der Arzt darauf angewiesen, dass psychologische Fachkräfte ihn bei Untersuchungen unterstützten. Nur dadurch sei der Arzt zeitnah und wirtschaftlich tragbar in der Lage, anhand aller Ergebnisse einen Gesamtüberblick zu erhalten und eine Diagnose zu stellen. Die persönliche Durchführung von Tests und anderen Untersuchungen würden weder vom Gesetz noch von der Rechtsprechung gefordert. Hinzu komme, dass die RAD-Ärztin die



St.Galler Gerichte

Beschwerdegegnerin in allen Berichten erfolglos aufgefordert habe, weitere ärztliche Abklärungen zu veranlassen.

B.h Die Beschwerdegegnerin verzichtete in beiden Verfahren auf eine Duplik (act. G 9, IV 2015/403; act. G 9, IV 2015/407).

B.i Am 4. April 2016 räumte die Abteilungspräsidentin den beschwerdeführenden Parteien die Gelegenheit ein, zur Beschwerde der jeweils anderen Partei Stellung zu nehmen (act. G 10, IV 2015/403; act. G 10, IV 2015/407). Der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers antwortete am 7. April 2016, dass sich der Beschwerdeführer vollumfänglich den Ausführungen der beschwerdeführenden Krankenversicherung anschliesse und die Gutheissung der Beschwerde im Verfahren IV 2015/403 beantrage (act. G 11, IV 2015/403). Gegen die Ausfertigung eines einzigen Urteils für beide Beschwerdeverfahren sei nichts einzuwenden. Die Krankenversicherung erklärte am selben Tag, dass sie sich den Ausführungen des Beschwerdeführers in dem von ihm angehobenen Beschwerdeverfahren vollumfänglich anschliesse (act. G 11, IV 2015/407). Sie beantragte ebenfalls die Gutheissung der Beschwerde im Verfahren IV 2015/407 und erklärte, nichts gegen die Ausfertigung eines einzigen Urteils für beide Beschwerdeverfahren einzuwenden.

Erwägungen

1.

Die Beschwerden der Verfahren IV 2015/403 und IV 2015/407 richten sich gegen dieselbe Verfügung der Beschwerdegegnerin. Würden die beiden Beschwerden getrennt behandelt, bestünde die Gefahr, dass widersprüchliche Entscheide in der gleichen Sache resultierten. Um dies zu verhindern, ist die Vereinigung der beiden Verfahren und damit deren Erledigung in einem Urteil zwingend notwendig.

2.

Gemäss Art. 59 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG, SR 830.1) ist zur Beschwerde berechtigt, wer durch die angefochtene Verfügung oder den Einspracheentscheid berührt ist und ein



schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Änderung hat. Als Spezialbestimmung regelt Art. 49 Abs. 4 ATSG, dass ein Versicherungsträger eine Verfügung, die die Leistungspflicht eines anderen Trägers berührt, auch diesem zu eröffnen hat und dieser dieselben Rechtsmittel ergreifen kann wie die versicherte Person. Die beschwerdeführende Krankenversicherung ist die Krankenversicherung des Beschwerdeführers (d.h. des Versicherten). Verneint die Beschwerdegegnerin ihre Leistungspflicht für die Psychotherapie, so wird die beschwerdeführende Krankenversicherung die Therapiekosten übernehmen müssen. Die beschwerdeführende Krankenversicherung ist durch die angefochtene Verfügung also berührt und demnach zur Beschwerdeführung legitimiert.

3.

Die Beschwerdegegnerin hat nach Erlass des Vorbescheids vom 20. April 2015 bei Dr. phil. C.____ und Dr. med. E.____ weitere Berichte eingeholt. Dr. phil. C.____ und Dr. med. E.____ haben sich in ihren Berichten vom 22. resp. 26. August 2015 zum entscheidungsrelevanten Thema, ob eine ärztliche Diagnosestellung erfolgt sei, geäußert. Die Beschwerdegegnerin hat diese Berichte und ihre Absicht, an der mit dem Vorbescheid angekündigten Abweisung festzuhalten, den beschwerdeführenden Parteien vor Erlass der angefochtenen Verfügung nicht zur Kenntnis gebracht. Die beschwerdeführenden Parteien haben folglich keine Gelegenheit gehabt, vor Verfügungserlass zu den neuen Unterlagen Stellung zu nehmen. Indem die Beschwerdegegnerin kein zweites Vorbescheidsverfahren durchgeführt hat, hat sie den Anspruch auf rechtliches Gehör der beschwerdeführenden Parteien resp. die ihr obliegende Vorbescheidspflicht (Art. 57a IVG) verletzt. Da die beschwerdeführenden Parteien in ihren Beschwerden jedoch (konkludent) klargestellt haben, dass sie eine materielle Beurteilung und keine Rückweisung der Sache zur Durchführung eines korrekten Vorbescheidsverfahrens wünschen, ist im vorliegenden Beschwerdeverfahren trotz der Gehörsverletzung ein Entscheid in der Sache zu fällen.

4.

4.1 Nach Art. 13 IVG haben versicherte Personen bis zum vollendeten 20. Altersjahr Anspruch auf die zur Behandlung von Geburtsgebrechen notwendigen medizinischen



Massnahmen (Abs. 1). Der Bundesrat bezeichnet die Gebrechen, für welche diese Massnahmen gewährt werden; er kann die Leistung ausschliessen, wenn das Gebrechen von geringfügiger Bedeutung ist (Abs. 2). Als Geburtsgebrechen im Sinne von Art. 13 IVG gelten Gebrechen, die bei vollendeter Geburt bestehen; die Geburtsgebrechen sind in der Liste im Anhang aufgeführt (Art. 1 der Verordnung über Geburtsgebrechen, GgV, SR 831.232.21). 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). Ziff. 404 der Geburtsgebrechenliste umschreibt folgendes Geburtsgebrechen: Störungen des Verhaltens bei Kindern mit normaler Intelligenz, im Sinne krankhafter Beeinträchtigung der Affektivität (Gefühlsansprechbarkeit) oder Kontaktfähigkeit, bei Störungen des Antriebes, des Erfassens, der perzeptiven Funktionen (Funktionen des Wahrnehmens), der Wahrnehmung, der Konzentrationsfähigkeit sowie der Merkfähigkeit, sofern sie mit bereits gestellter Diagnose als solche vor der Vollendung des 9. Altersjahres auch behandelt worden sind; kongenitale Oligophrenie (angeborene Schwachsinnigkeit) ist ausschliesslich als Ziffer 403 zu behandeln. Rz. 404.2 des Kreisschreibens über die medizinischen Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung (KSME, Stand 1. Januar 2015) hält fest, dass die Störung zwingend vor dem vollendeten 9. Lebensjahr als solche diagnostiziert, dokumentiert und auch behandelt worden sein muss. Erworbene Störungen müssen sicher ausgeschlossen sein.

4.2 Im März und April 2014 ist im ADHD-Kompetenzzentrum Ostschweiz abgeklärt worden, ob der Beschwerdeführer an einer Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS oder ADHD) leidet. Die notwendigen Untersuchungen hat der Psychologe Dr. phil. C.____ im Auftrag von Dr. med. E.____, einem Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin (siehe <http://www.doctorfmh.ch>), durchgeführt. In Zusammenarbeit mit Dr. phil. C.____ hat Dr. med. E.____ die einzelnen POS-spezifischen Kriterien anschliessend als ausreichend für das Vorliegen des Geburtsgebrechens Ziff. 404 qualifiziert. Die RAD-Ärztin hat an der Abklärung selber und an der Schlussfolgerung, dass der Beschwerdeführer am Geburtsgebrechen Ziff. 404 leidet, keine Kritik geübt. Aus medizinischer Sicht kann folglich davon ausgegangen werden, dass die durchgeführten Untersuchungen adäquat und die gestützt auf die Befunde



angegebene Diagnose einleuchtend sind. Anzumerken bleibt, dass sich der Psychologe Dr. phil. C.____ bei der Befunderhebung unter anderem auf die Aussagen der Mutter des Beschwerdeführers abgestützt hat. Gerade bei der Abklärung, ob bei einem Kind eine Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung vorliegt, ist es unabdingbar, auch die Aussagen der Eltern bzw. der engsten Bezugspersonen in die Abklärung miteinzubeziehen, da die Abklärungspersonen selber das Verhalten des betroffenen Kindes in der Schule und im Alltag nicht beobachten können. Solange die Aussagen der Bezugspersonen konsistent und schlüssig sind und mit den übrigen Untersuchungsergebnissen übereinstimmen, erscheint es also durchaus sinnvoll, deren Angaben im Rahmen der Befunderhebung zu berücksichtigen. Die Beschwerdegegnerin hat das Vorliegen des Geburtsgebrechens Ziff. 404 deshalb verneint, weil die Untersuchungen nicht durch den Arzt persönlich, sondern durch einen Psychologen erfolgt sind. Beim ADHD-Kompetenzzentrum Ostschweiz handelt es sich, wie der Name schon sagt, um eine auf die Abklärung von Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen spezialisierte Institution. Daher ist davon auszugehen, dass Dr. phil. C.____ über ein grosses Fachwissen bei der Erhebung der relevanten Befunde verfügt. Es sind keine Gründe ersichtlich, weshalb ein Arzt besser geeignet sein sollte, die für die Diagnose einer ADHD/ADHS entscheidenden Befunde zu erheben als ein in diesem Gebiet spezialisierter Psychologe. Vielmehr wäre es für die möglichst genaue medizinische Sachverhaltsermittlung kontraproduktiv, wenn der Arzt keine Hilfspersonen mit Spezialkenntnissen für die Diagnosestellung beiziehen dürfte. Zudem verlangt das KSME entgegen der Behauptung der Beschwerdegegnerin nicht ausdrücklich, dass die Befunde von einem Arzt persönlich erhoben werden. In der vom Fachbereich zitierten Stelle (Ziff. 2.1 Anhang KSME) steht folgendes: „Wenn bis zum 9. Geburtstag nur einzelne der erwähnten Symptome ärztlich festgestellt werden, sind die Voraussetzungen für ein GG Ziffer 404 GgV nicht erfüllt.“ Das Bundesamt für Sozialversicherungen (BSV) hat mit der Aussage, dass die Symptome ärztlich festgestellt werden müssen, ausdrücken wollen, dass es nicht ausreichend ist, wenn beispielsweise die Eltern oder Lehrpersonen nach Vollendung des 9. Altersjahres des betroffenen Kindes geltend machen, dass sie die Symptomatik bereits vor dem 9. Altersjahr festgestellt hätten. Dass lediglich von ärztlich festgestellten Symptomen gesprochen wird, ist darauf zurückzuführen, dass die Befunderhebung in der Medizin in der Regel tatsächlich durch den Arzt selber



vorgenommen wird. Damit hat aber offensichtlich der Beizug medizinischer Hilfspersonen mit spezifischen Fachkenntnissen durch den Arzt nicht ausgeschlossen werden sollen. Da an der Qualität der Abklärungen nichts zu bemängeln ist und da die Diagnose durch Dr. med. E. ___ persönlich gestellt worden ist, ist auf die Diagnose des ADHD-Kompetenzzentrums Ostschweiz abzustellen. Der Beschwerdeführer leidet somit mit überwiegender Wahrscheinlichkeit an einer ADHD/ ADHS.

4.3 Der Beschwerdeführer ist am __. Januar 2015 9-jährig geworden. Die Diagnose einer ADHD/ADHS ist im März/April 2014 und damit vor der Vollendung des 9. Altersjahres gestellt worden. Die Beschwerdegegnerin hat die übrigen Anspruchsvoraussetzungen des Geburtsgebrechens Ziff. 404 nicht geprüft, da sie davon ausgegangen ist, dass es bereits an einer rechtsgenügenden Diagnose fehlt. Die Sache ist deshalb zur Prüfung der übrigen Anspruchsvoraussetzungen des Geburtsgebrechens Ziff. 404 an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Diesbezüglich bleibt anzumerken, dass die bundesgerichtliche Rechtsprechung, wonach die Anspruchsvoraussetzungen im Sinne von Ziff. 404 Anhang GgV bereits erfüllt sind, wenn die Diagnose einer ADHD/ADHS rechtzeitig gestellt und die Behandlung ebenfalls rechtzeitig erfolgt ist (vgl. BGE 122 V 113 E. 2 f.), nicht überzeugt. Gemäss der bundesgerichtlichen Rechtsprechung hätte nämlich eine versicherte Person, die wegen einer diagnostizierten ADHD/ADHS vor Vollendung des 9. Altersjahres therapiert worden ist, jedoch nachweislich nicht an einem angeborenem, sondern an einer erworbenen ADHD/ADHS leidet, gestützt auf Art. 13 IVG Anspruch auf Vergütung der Behandlungskosten durch die Invalidenversicherung. Als Geburtsgebrecchen i.S.v. Art. 13 IVG gelten jedoch nur diejenigen Krankheiten, die bei vollendeter Geburt bestehen, also angeboren sind (Art. 3 Abs. 2 ATSG). Die zitierte Rechtsprechung des Bundesgerichts ist somit nicht gesetzeskonform. Bei der Regelung, dass die Diagnosestellung und die Therapie vor Vollendung des 9. Altersjahres erfolgen müssen, kann es sich also nicht um Anspruchsvoraussetzungen handeln. Die Beschwerdegegnerin wird daher insbesondere prüfen müssen, ob es sich bei der diagnostizierten Störung um ein angeborenes oder um ein erworbenes Leiden handelt. Hierzu hat die RAD-Ärztin zwar erklärt, dass sich in der Anamnese keine Hinweise für eine erworbene hirnorganische Schädigung oder relevante psychosoziale Belastungsfaktoren fänden. Allerdings geht aus den Akten hervor, dass sich die Eltern getrennt haben, was für den Beschwerdeführer ein erheblicher Belastungsfaktor



gewesen sein kann (siehe Psychotherapieverordnung vom 10. Januar 2015, IV-act. 25-3). Schliesslich wird die Beschwerdegegnerin auch prüfen müssen, ob die am 9. Januar 2015 begonnene Psychotherapie zur Behandlung der ADHS/ADHD notwendig (gewesen) ist und ob es sich bei dieser um eine einfache und zweckmässige medizinische Massnahme handelt (vgl. Art. 2 Abs. 3 GgV).

4.4 Auf den Antrag der beschwerdeführenden Krankenversicherung, die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, ihr die erbrachten Vorleistungen zurückzuerstatten, kann nicht eingetreten werden, da sich der Streitgegenstand auf die Frage beschränkt, ob es sich bei der am 9. Januar 2015 begonnenen Psychotherapie um eine von der Invalidenversicherung zu bezahlende medizinische Eingliederungsmassnahme handelt.

4.5 Demnach ist festzustellen, dass der Beschwerdeführer an einer Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung leidet und diese Diagnose vor der Vollendung des 9. Altersjahres diagnostiziert worden ist. In teilweiser Gutheissung der Beschwerde ist die Sache zur Prüfung der übrigen Anspruchsvoraussetzungen des Geburtsgebrechens Ziff. 404 an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.

5.

5.1 Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt (Art. 69 Abs. 1 bis IVG). Dem vorliegenden Entscheid liegen zwei separat geführte Verfahren zugrunde. Praxisgemäss wird in einem durchschnittlichen IV-Fall pro Verfahren eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- erhoben. Da die nach Abschluss des Schriftenwechsels vereinigten Verfahren dasselbe Anfechtungsobjekt (d.h. dieselbe Verfügung) zum Gegenstand gehabt haben, erscheint eine Gerichtsgebühr von je Fr. 450.-- pro Verfahren als angemessen. Dem Ausgang der Verfahren entsprechend sind die Gebühren beider Verfahren vollumfänglich der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen. Vom Beschwerdeführer ist im Verfahren IV 2015/407 kein Kostenvorschuss erhoben worden. Der im Verfahren IV 2015/403 geleistete Kostenvorschuss von Fr. 600.-- ist der beschwerdeführenden Krankenversicherung zurückzuerstatten.



5.2 Gemäss Art. 61 lit. g ATSG hat die obsiegende beschwerdeführende Partei Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Im Gegensatz zum obsiegenden Beschwerdeführer hat die ebenfalls obsiegende beschwerdeführende Krankenversicherung keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung, da sie in Erfüllung ihres Auftrages, das KVG zu vollziehen, Beschwerde geführt hat. Die Parteientschädigung des Beschwerdeführers wird vom Versicherungsgericht festgesetzt und ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen. In der Verwaltungsrechtspflege beträgt das Honorar vor Versicherungsgericht nach Art. 22 Abs. 1 lit. b HonO (sGS 963.75) pauschal Fr. 1'000.-- bis Fr. 12'000.--. Der Rechtsvertreter hat keine Honorarnote eingereicht. Praxisgemäss spricht das Versicherungsgericht in Fällen mit mittlerem Aufwand und Schwierigkeitsgrad eine Entschädigung von Fr. 3'500.-- zu. Das Aktendossier ist im vorliegenden Fall dünn gewesen, d.h. der Aufwand für das Aktenstudium ist kleiner gewesen als in einem durchschnittlichen IV-Fall. Zudem hat sich der Streit auf eine einzige Rechtsfrage beschränkt. Hingegen hat der Rechtsvertreter im Vergleich mit einem gewöhnlichen IV-Fall insoweit einen Mehraufwand gehabt, als er auch zu den Eingaben der beschwerdeführenden Krankenversicherung im Verfahren IV 2015/403 hat Stellung nehmen können. Eine Parteientschädigung von Fr. 3'000.-- erscheint daher im vorliegenden Fall als angemessen. Die Beschwerdegegnerin hat den Beschwerdeführer entsprechend mit Fr. 3'000.-- (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu entschädigen.

Entscheid

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

1.

Die Verfahren IV 2015/403 und IV 2015/407 werden vereinigt.

2.

Die Beschwerden werden, soweit auf sie eingetreten werden kann, teilweise gutheissen und die Sache wird zur weiteren Abklärung und zur anschliessenden neuen Verfügung im Sinne der Erwägungen an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen.



3.

Die Beschwerdegegnerin hat je eine Gerichtsgebühr von Fr. 450.-- (zusammen Fr. 900.--) zu bezahlen; der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 600.-- wird der beschwerdeführenden Krankenversicherung zurückerstattet.

4.

Die Beschwerdegegnerin hat dem Beschwerdeführer eine Parteientschädigung von Fr. 3'000.-- zu bezahlen.