



Fall-Nr.: IV 2016/287
Stelle: Versicherungsgericht
Rubrik: IV - Invalidenversicherung
Publikationsdatum: 18.09.2019
Entscheiddatum: 24.01.2018

Entscheid Versicherungsgericht, 24.01.2018

Art. 12 IVG. Art. 13 IVG. Beweislosigkeit hinsichtlich der Frage nach dem Vorliegen einer angeborenen Cerebralparese. Eingliederungswirksamkeit einer spezifischen medizinischen Massnahme (Physiotherapie) (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 24. Januar 2018, IV 2016/287).

Besetzung

Präsident Ralph Jöhl, Versicherungsrichterinnen Monika Gehrler-Hug

und Karin Huber-Studerus; Gerichtsschreiber Tobias Bolt

Geschäftsnr.

IV 2016/287

Parteien

A.____,

Beschwerdeführerin,

vertreten durch Rechtsagent Edwin Bigger, RGB Consulting,

Sonnenbühlstrasse 3, 9200 Gossau,

gegen

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



Beschwerdegegnerin,

Gegenstand

medizinische Massnahmen

Sachverhalt

A.

A.a A.____ wurde im Juli 2014 unter Hinweis auf eine seit der Geburt bestehende Entwicklungsverzögerung zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung angemeldet (IV-act. 1). Der Kinderarzt Dr. med. B.____ berichtete im August 2014 (IV-act. 11), derzeit sei kein Geburtsgebrechen ausgewiesen; „genetische Abklärungen“ seien noch „am laufen“. Die Versicherte leide an einem psychomotorischen Entwicklungsrückstand unklarer Ätiologie. Ein im Jahr 2014 erstelltes MRI habe einen unauffälligen Befund gezeigt; auch eine Stoffwechselabklärung habe unauffällige Resultate ergeben. Im September 2014 teilte Dr. med. C.____ vom Ostschweizer Kinderspital mit (IV-act. 14), es sei noch nicht abschliessend beurteilbar, ob der psychomotorische Entwicklungsrückstand auf ein Geburtsgebrechen zurückzuführen sei. Die Entwicklungsverzögerung habe sich schon früh gezeigt. Trotz diversen Abklärungen habe die Ursache bislang aber nicht gefunden können. Im Februar 2015 berichtete die Augenärztin Dr. med. D.____ (IV-act. 25), die Versicherte leide an einem Astigmatismus beidseits, links ausgeprägter als rechts, an einer Hyperopie beidseits und an einer physiologischen Anisocorie. Sie befinde sich seit September 2013 in augenärztlicher Behandlung. Die Sehentwicklung werde weiter überwacht werden müssen. Am 25. März 2015 notierte Dr. med. E.____ vom IV-internen regionalen ärztlichen Dienst (RAD), die versicherungsmedizinischen Voraussetzungen für die Gewährung von medizinischen Massnahmen bei einem Geburtsgebrechen seien bisher nicht erfüllt, doch würden zurzeit noch diverse weitere Abklärungen durchgeführt (IV-act. 26). Mit einem Vorbescheid vom 31. März 2015 teilte die IV-Stelle der Mutter der Versicherten mit (IV-act. 28), dass sie die Abweisung des Begehrens um die Vergütung von medizinischen Massnahmen vorsehe. Zur Begründung führte sie aus, es liege kein von der Invalidenversicherung anerkanntes Geburtsgebrechen vor. Die



Anspruchsvoraussetzungen des Art. 12 IVG seien ebenfalls nicht erfüllt. Hilfsmittel optischer Art würden nur von der Invalidenversicherung abgegeben, wenn das Sehvermögen mit einer optimalen Korrektur höchstens 0,2 an einem Auge oder höchstens 0,4 an beiden Augen betrage oder wenn das Auge nicht zentral fixieren könne. Am 29. Mai 2015 verfügte die IV-Stelle gemäss diesem Vorbescheid (IV-act. 32).

A.b Am 9. März 2016 berichtete Dr. B.____ (IV-act. 35), die Versicherte leide an einer gemischten Cerebralparese mit einem hypoton-ataktischen Muster. Es handle sich dabei um das Geburtsgebrechen Ziff. 390 Anh. GgV. Die Versicherte benötige eine Physiotherapie. Sämtliche Untersuchungen hätten bislang unauffällige Resultate ergeben. In der letzten neuropädiatrischen Kontrolle im Jahr 2015 sei erstmalig ein Intensions- und Ruhetremor beschrieben worden. Die Physiotherapeutin habe angegeben, dass sich immer mehr ein ataktisches Bild mit einem zunehmend steifen Gangbild und einem unsicheren Gang zeige. Eine klare Spastizität sei nicht feststellbar. Athetoide Bewegungsmuster seien nicht vorhanden. Die muskuläre Hypotonie, die früher im Vordergrund gestanden habe, weiche zusehends einer Ataxie. Am 29. April 2016 notierte der RAD-Arzt und Neuropädiater Dr. med. F.____ (IV-act. 38), bei der im November 2013 durchgeführten ersten Untersuchung im Ostschweizer Kinderspital, für die ein sehr erfahrener Neuropädiater beigezogen worden sei, habe keine Cerebralparese festgestellt werden können. Auch nach einer zweiten Untersuchung im März 2014 sei keine Cerebralparese diagnostiziert worden. Die klinischen Befunde seien ungefähr mit jenen vergleichbar gewesen, die im November 2013 erhoben worden seien. Jegliche klinische Zeichen für eine ataktische Cerebralparese hätten gefehlt. Der Kinderarzt Dr. B.____ beschreibe nun neue Befunde, die auf eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes der Versicherten hindeuteten, was nicht zu einer statisch verlaufenden Cerebralparese passe. Auch habe er keine typischen Zeichen für eine ataktische Cerebralparese beschrieben. Die Anspruchsvoraussetzungen für die Anerkennung eines Geburtsgebrechens seien daher nach wie vor nicht erfüllt. Mit einem Vorbescheid vom 13. Mai 2016 teilte die IV-Stelle der Mutter der Versicherten mit, dass sie die Abweisung des Leistungsbegehrens vorsehe (IV-act. 40). Dagegen wandte diese am 1. Juni 2016 ein (IV-act. 45), ihre Tochter zeige schon seit jeher einen psychomotorischen Entwicklungsrückstand und habe schon als Kleinkind verschiedene Therapien benötigt. Die Abweisung sämtlicher Leistungsbegehren ohne vertiefte Abklärungen sei rechtswidrig. Der Eingabe lagen



St.Galler Gerichte

zwei Abklärungsberichte der heilpädagogischen Früherziehungsdienste des Kantons G. ___ vom 21. Mai 2010 und vom 1. Juli 2010, ein Bericht des schulpsychologischen Dienstes des Kantons St. Gallen vom 10. Juli 2013, ein Physiotherapiezwischenbericht vom 19. November 2015 sowie drei Berichte der heilpädagogischen Schule bei. Am 1. Juli 2016 hielt der RAD-Arzt Dr. F. ___ fest (IV-act. 46), aus den neu eingereichten Berichten ergäben sich keine Hinweise für eine Cerebralparese. Nach wie vor handle es sich um eine Entwicklungsverzögerung unbekannter Ätiologie. Mit einer Verfügung vom 8. Juli 2016 wies die IV-Stelle das Leistungsbegehren ab (IV-act. 47).

B.

B.a Am 1. September 2016 liess die nun durch einen Rechtsagenten vertretene Versicherte (nachfolgend: die Beschwerdeführerin) eine Beschwerde gegen die Verfügung vom 8. Juli 2016 erheben (act. G 1). Ihr Rechtsvertreter beantragte die Aufhebung der angefochtenen Verfügung und die Rückweisung der Sache zur weiteren Abklärung an die Beschwerdegegnerin. Zur Begründung führte er an, die IV-Stelle (nachfolgend: die Beschwerdegegnerin) habe nicht einmal einen aktuellen Bericht des Ostschweizer Kinderspitals eingeholt. Damit habe sie offenkundig ihre Untersuchungspflicht verletzt. Aus dem neusten Bericht des Ostschweizer Kinderspitals vom 2. August 2016 gehe hervor, dass die Beschwerdeführerin einen Ruhetremor und eine leichte Dysmetrie gezeigt habe. Das seien typische Befunde einer Cerebralparese. Entgegen der offenbar vom RAD-Arzt vertretenen Auffassung sei in den neuen Befunden keine Progredienz zu erblicken. Vielmehr zeigten sich seit jeher vorhandene Befunde nun stetig deutlicher. Der Beschwerde lag ein Bericht des Ostschweizer Kinderspitals vom 2. August 2016 bei (act. G 1.3). Darin hatten die behandelnden Kinderärzte einen psychomotorischen Entwicklungsrückstand unklarer Ätiologie mit einem dezenten Intensions- und Ruhetremor und mit einer minimalen Dysmetrie sowie eine Anisocorie der rechten Pupille unklarer Genese diagnostiziert.

B.b Die Beschwerdegegnerin beantragte am 11. November 2016 die Abweisung der Beschwerde (act. G 6). Zur Begründung führte sie aus, die von Dr. B. ___ geschilderten Befunde passten gemäss den überzeugenden Ausführungen des RAD-Arztes nicht zu einer Cerebralparese. In den gesamten medizinischen Akten fänden sich keine pathologischen neurologischen Befunde, die eine spastische, ataktische oder



dyskinetische cerebrale Parese belegten. Auch im aktuellen Bericht hätten die Ärzte des Ostschweizer Kinderspitals weiterhin kein Geburtsgebrechen diagnostiziert. Der RAD-Arzt habe dazu festgehalten (IV-act. 56), die Ärzte des Ostschweizer Kinderspitals hätten eine cerebrale Parese diagnostiziert, wenn sie auch nur diskret ausgeprägte Befunde dafür festgestellt hätten. Das sei bei der Beschwerdeführerin aber offensichtlich nicht der Fall gewesen. Die Anisocorie sei kein Symptom einer Cerebralparese. Bei der Physiotherapie handle es sich nicht um eine medizinische Massnahme im Sinne des Art. 12 IVG, denn sie diene der Behandlung des Leidens an sich und wäre auch notwendig, wenn die Beschwerdeführerin nicht die Schule besuchen würde (vgl. auch IV-act. 59).

B.c Die Beschwerdeführerin liess am 12. Dezember 2016 an ihrem Antrag festhalten (act. G 10). Die Beschwerdegegnerin verzichtete auf eine Duplik (vgl. act. G 11 f.).

Erwägungen

1.

Laut dem Art. 13 Abs. 1 IVG hat eine versicherte Person bis zum vollendeten 20. Altersjahr einen Anspruch auf die zur Behandlung eines Geburtsgebrechens notwendigen medizinischen Massnahmen. Gemäss dem Art. 12 Abs. 1 IVG hat eine versicherte Person zudem bis zum vollendeten 20. Altersjahr einen Anspruch auf medizinische Massnahmen, die nicht auf die Behandlung des Leidens an sich, sondern unmittelbar auf die Eingliederung ins Erwerbsleben gerichtet und geeignet sind, die Erwerbsfähigkeit dauernd und wesentlich zu verbessern oder vor einer wesentlichen Beeinträchtigung zu bewahren. Die Art. 12 und 13 IVG stimmen bezüglich der Anspruchsvoraussetzungen weitgehend überein und sehen dieselbe Rechtsfolgenanordnung vor, nämlich die Vergütung der Kosten von medizinischen Massnahmen durch die Invalidenversicherung. Der Unterschied zwischen den beiden Normen besteht darin, dass ein Leistungsanspruch gestützt auf den Art. 13 IVG auf jene Geburtsgebrechen beschränkt ist, die eine Leistungspflicht der Invalidenversicherung begründen können (Art. 13 Abs. 2 IVG und GgV), während der Leistungsanspruch gestützt auf den Art. 12 IVG auf eingliederungswirksame Behandlungen beschränkt ist. Im Anwendungsbereich des Art. 13 IVG spielt die



Eingliederungswirksamkeit keine Rolle. Im Anwendungsbereich des Art. 12 IVG ist es dagegen unerheblich, ob es sich bei der Gesundheitsbeeinträchtigung um ein Geburts- oder um ein erworbenes Gebrechen handelt. Für die Prüfung eines Leistungsbegehrens, das auf eine medizinische Massnahme abzielt, muss in aller Regel geprüft werden, ob ein Anspruch gestützt auf den Art. 13 IVG oder gestützt auf den Art. 12 IVG besteht. Die Beschwerdegegnerin hat vorliegend bei der Anspruchsprüfung zu Recht beide Normen berücksichtigt. Den Gegenstand dieses Beschwerdeverfahrens bildet folglich zunächst die Frage, ob die Beschwerdeführerin – gestützt auf den Art. 13 IVG oder gestützt auf den Art. 12 IVG – einen Anspruch auf eine Vergütung der Kosten der laufenden Physiotherapie hat. Zum Verfahrensgegenstand gehört aber auch die Frage, ob die Beschwerdeführerin an einem Geburtsgebrechen leidet, das eine Leistungspflicht der Invalidenversicherung gestützt auf den Art. 13 IVG auslöst. Mit einer entsprechenden Feststellung (vgl. Art. 49 Abs. 2 ATSG) könnte die Beschwerdeführerin nämlich nicht nur die Vergütung der Kosten der Physiotherapie, sondern auch die Vergütung der Kosten von allfälligen weiteren, nicht spezifisch eingliederungswirksamen medizinischen Massnahmen beantragen.

2.

Der Kinderarzt Dr. B.____ hat zwar geltend gemacht, die Beschwerdeführerin leide an einer angeborenen Cerebralparese. In seinem Bericht hat er aber nicht überzeugend begründet, weshalb es sich bei der Entwicklungsverzögerung unklarer Ätiologie um eine Cerebralparese im Sinne der Ziff. 390 Anh. GgV handle. Er hat keine Befunde genannt, die diese Behauptung hätten untermauern können, und er hat keine neuen Erkenntnisse zur Genese des Entwicklungsrückstandes erwähnt. Der RAD-Arzt Dr. F.____ hat überzeugend aufgezeigt, dass Dr. B.____ keine der typischen Symptome einer Cerebralparese erwähnt hatte und dass die von Dr. B.____ beschriebene Progredienz einzelner Symptome eindeutig gegen das Vorliegen einer Cerebralparese sprächen. Entgegen der Auffassung des Rechtsvertreters der Beschwerdeführerin hat der RAD-Arzt Dr. F.____ nicht etwa neue Erkenntnisse zu einem unveränderten Zustand fälschlicherweise als Progredienz missinterpretiert, sondern vielmehr anschaulich anhand eines Vergleichs verschiedener Befunde dargelegt, dass sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin tatsächlich verschlechtert hatte. Auch Dr. B.____ hat im Übrigen in seinem Bericht eine Progredienz hinsichtlich einzelner



Symptome beschrieben. Schliesslich haben auch die behandelnden Ärzte des Ostschweizer Kinderspitals weiterhin eine Entwicklungsverzögerung unklarer Ätiologie und nicht etwa – Dr. B.____ folgend – eine Cerebralparese diagnostiziert. Das spricht ebenfalls gegen die Zuverlässigkeit der Angabe von Dr. B.____, es liege eine Cerebralparese vor. Gesamthaft bestehen also ernsthafte Zweifel an der Diagnose einer Cerebralparese. Selbst wenn das Vorliegen einer Cerebralparese hätte nachgewiesen werden können, wäre damit aber noch nicht hinreichend belegt, dass diese angeboren – und nicht etwa erworben – wäre. Auch das Gegenteil (dass also keine angeborene Cerebralparese vorliege) ist nicht mit dem erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit belegt. Aus den Berichten von Dr. B.____ und des Ostschweizer Kinderspitals geht hervor, dass bereits umfangreiche Abklärungen bezüglich der Frage nach der Genese der Entwicklungsverzögerung getätigt worden sind, die jedoch allesamt keinen wesentlichen neuen Erkenntnisgewinn verschafft haben. Bei dieser Sachlage hat in antizipierender Beweiswürdigung von weiteren, durch die Beschwerdegegnerin in Auftrag gegebenen medizinischen Abklärungen keine bessere Kenntnis des Sachverhaltes mehr erwartet werden können. Folglich liegt eine objektive Beweislosigkeit hinsichtlich der Frage vor, ob die Beschwerdeführerin an einer angeborenen Cerebralparese (Ziff. 390 Anh. GgV) leidet. Mangels einer spezifischen sozialversicherungsrechtlichen Regelung der Folgen einer objektiven Beweislosigkeit hat die Beschwerdeführerin lückenfüllend in analoger Anwendung des Art. 8 ZGB den Nachteil dieser Beweislosigkeit zu tragen, da sie aus dem Nachweis einer angeborenen Cerebralparese einen Vorteil für sich ableiten könnte, nämlich eine Leistungspflicht der Invalidenversicherung gestützt auf den Art. 13 IVG. Folglich hat die Beschwerdegegnerin die Anwendbarkeit des Art. 13 IVG zu Recht verneint.

3.

3.1 Als einzige medizinische Massnahme, für die ein Anspruch der Beschwerdeführerin gestützt auf den Art. 12 IVG zu prüfen ist, steht eine Physiotherapie zur Diskussion, denn nur diese medizinische Massnahme ist im Zeitpunkt der Eröffnung der angefochtenen Verfügung durchgeführt worden. Eine RAD-Ärztin hat angegeben, die Physiotherapie diene der Behandlung des Leidens an sich, da sie unabhängig von ihrer Eingliederungswirksamkeit durchgeführt werde respektive auch durchgeführt würde, wenn eine Eingliederung der Beschwerdeführerin ins Erwerbsleben gar nicht in Frage



käme. Dieses Argument geht an der Sache vorbei, denn massgebend ist nur, ob die Physiotherapie bloss der Behandlung des Leidens an sich dient oder ob sie einen Eingliederungszweck verfolgt. Dem Bericht der Physiotherapeutin vom 19. November 2015 lässt sich entnehmen, dass die Physiotherapie im Gesamtförderplan der heilpädagogischen Schule eine wichtige Funktion einnimmt. Sie dient also offenkundig zu einem wesentlichen Teil der schulischen und damit natürlich auch der späteren beruflichen Eingliederung der Beschwerdeführerin. Obwohl sie gleichzeitig auf eine Verbesserung der Selbständigkeit der Beschwerdeführerin im häuslichen Alltag abzielt, lässt sich ihre Eingliederungswirksamkeit also nicht abstreiten. Würde die Beschwerdeführerin nämlich keine Physiotherapie mehr erhalten, dürfte sich ihre Beweglichkeit im weiteren Verlauf stark vermindern, was zur Folge hätte, dass sie schlimmstenfalls die Schule nicht mehr weiter besuchen könnte, dass sie jedenfalls aber später kaum mehr in der Lage wäre, eine berufliche Ausbildung zu absolvieren oder eine Erwerbstätigkeit auszuüben. Die Physiotherapie verhindert eine solche Entwicklung. Folglich dient sie nicht nur der Behandlung des Leidens an sich, weshalb die Beschwerdeführerin gestützt auf den Art. 12 IVG grundsätzlich einen Anspruch auf die Vergütung der Kosten der Physiotherapie durch die Invalidenversicherung hat.

3.2 Nun könnte eingewendet werden, es sei fraglich, ob die Beschwerdeführerin je einer Erwerbstätigkeit werde nachgehen können. Diesbezüglich ist aber zunächst darauf hinzuweisen, dass nicht nur die Fähigkeit, im ersten („ungeschützten“) Arbeitsmarkt erwerbstätig sein zu können, vom Eingliederungszweck des Art. 12 IVG erfasst ist. Auch eine Vorbereitung auf eine Tätigkeit in einem geschützten Rahmen gilt als eine anspruchsbegründende Eingliederungsmassnahme (vgl. Art. 16 Abs. 2 lit. a IVG), sofern die versicherte Person dabei einen ökonomischen Mehrwert generieren kann. Laut der bundesgerichtlichen Rechtsprechung muss die versicherte Person ein Erwerbseinkommen erzielen können, das mindestens einen beachtlichen Teil der Unterhaltskosten deckt (AHI 2000 S. 187 ff.). Praxisgemäss wird ein Leistungslohn von mindestens 2.55 Franken pro Stunde vorausgesetzt (Rz 3010 KSBE). Die Frage, ob das pauschale Abstellen auf diesen eher willkürlich anmutenden Stundenlohn die Abgrenzung zwischen einer ökonomisch relevanten Tätigkeit im geschützten Bereich und einer reinen Beschäftigungstherapie in einer gesetzmässigen Weise erlaube, kann im vorliegenden Verfahren offen gelassen werden, da angesichts des jungen Alters der Beschwerdeführerin noch keine konkrete Massnahme zur Diskussion steht.



Entscheidend ist jedenfalls, dass eine Tätigkeit in einer geschützten Werkstatt, mit der ein relevantes Einkommen erzielt werden kann, als ein Eingliederungsziel zu qualifizieren ist, das einen Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung verschafft (vgl. dazu auch den Entscheid IV 2016/61 des St. Galler Versicherungsgerichtes vom 7. September 2017, E. 1.1). Nach der bundesgerichtlichen Terminologie muss die spätere ökonomisch relevante Erwerbsfähigkeit „mit überwiegender Wahrscheinlichkeit“ feststehen. Ein solcher Nachweis kann aber nicht geführt werden, denn es geht dabei nicht um ein Sachverhaltselement, das sich mit dem erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit ermitteln liesse, sondern um eine Prognose für die Zukunft, die naturgemäss nicht beweisbar ist. Folglich kann in Bezug auf die spätere Erwerbsfähigkeit nur mit Plausibilitäten operiert werden. Je jünger eine versicherte Person und je weiter eine allfällige spätere Erwerbsfähigkeit in der Zukunft liegt, umso schwieriger ist es, eine plausible Prognose abzugeben. Dabei ist auch zu berücksichtigen, dass die ersten Lebensjahre eines Menschen in aller Regel von einer stetigen Entwicklung geprägt sind, was Prognosen über einen Zeitraum von vielen Jahren regelmässig verunmöglicht. In Bezug auf Kinder wird es daher nur in wenigen Ausnahmefällen möglich sein, eine spätere Eingliederungsunfähigkeit mit der notwendigen Plausibilität zu prognostizieren. In aller Regel muss deshalb wohl bei (jüngeren) Kindern eine objektive Beweislosigkeit angenommen werden. Den Nachteil dieser Beweislosigkeit müssten an sich die Versicherten tragen, die aus der unbewiesen gebliebenen Anspruchsvoraussetzung einen Vorteil für sich ableiten könnten (vgl. Art. 8 ZGB). Das hätte aber zur Folge, dass die Anwendung des Art. 12 IVG auf wenige Fallkonstellationen beschränkt würde. Dies liesse sich offenkundig nicht mit dem Sinn und Zweck des Art. 12 IVG vereinbaren, der auf eine Optimierung der (späteren) Erwerbsfähigkeit und damit auf eine Minimierung des Risikos, eine Rente auszahlen zu müssen, abzielt. Jede durchgeführte Eingliederungsmassnahme leistet grundsätzlich einen Beitrag zu dieser Optimierung; jede verweigerte Eingliederungsmassnahme gefährdet eine spätere Erwerbsfähigkeit. Je früher eine Eingliederungsmassnahme durchgeführt wird, umso bessere Erfolge sind davon für die spätere Erwerbsfähigkeit zu erwarten. Kurz vor dem Beginn einer allfälligen beruflichen Eingliederung dürfte von medizinischen Massnahmen nämlich in aller Regel nicht mehr derselbe Erfolg wie von frühzeitig begonnenen und dann über Jahre hinweg



konsequent durchgeführten medizinischen Massnahmen erwartet werden. Das spricht ebenfalls für die Notwendigkeit, selbst bei einer unsicheren Prognose so früh als möglich mit medizinischen Massnahmen zu beginnen. Angesichts des Umstandes, dass Eingliederungsmassnahmen im Verhältnis zu Rentenleistungen in aller Regel wesentlich kostengünstiger sind, ist die Verweigerung einer Eingliederungsmassnahme, die das Risiko einer späteren Rentenleistung erhöht, als unverhältnismässig zu qualifizieren. Vor diesem Hintergrund drängt sich eine Umkehr der Beweislast auf: Wenn nicht mit einer hohen Plausibilität feststeht, dass die versicherte Person später selbst im besten Fall und trotz maximaler Unterstützung durch die Invalidenversicherung kein ökonomisch relevantes Erwerbseinkommen wird erzielen können (weshalb Eingliederungsmassnahmen zum Vorneherein ohne jeden Einfluss auf einen späteren Rentenanspruch wären), muss – dem Sinn und Zweck des Art. 12 IVG entsprechend – ein Anspruch auf eine medizinische Eingliederungsmassnahme bejaht werden (sofern auch die übrigen Voraussetzungen erfüllt sind). Vor diesem Hintergrund kann es beispielsweise eine blosser Entwicklungsverzögerung bei einem zehnjährigen Knaben nicht rechtfertigen, eine medizinische Massnahme mit der Begründung zu verweigern, dieser werde später wohl kaum ein solches Erwerbseinkommen erzielen (anderer Meinung mit vor diesem Hintergrund unzutreffender Begründung: Urteil des Bundesgerichtes 9C_842/2016 vom 27. April 2017, E. 5). Da die Beschwerdeführerin im Zeitpunkt der Eröffnung der angefochtenen Verfügung erst acht Jahre alt gewesen ist und da keine Umstände ersichtlich sind, die eine spätere ökonomisch relevante Erwerbsfähigkeit zum Vorneherein als unrealistisch erscheinen liessen, kann keine ausreichend plausible Prognose bezüglich einer späteren Eingliederungsfähigkeit abgegeben werden. Zudem besteht die noch am plausibelsten erscheinende Prognose darin, dass die Beschwerdeführerin nach dem Ende der Schulzeit wohl kaum eingliederungsfähig sein dürfte, wenn ihre Beweglichkeit bis dahin nicht mittels einer Physiotherapie erhalten bliebe. Folglich rechtfertigt es sich nicht, der Beschwerdeführerin die Vergütung der Kosten der Physiotherapie vorzuenthalten und damit eine Begünstigung einer möglichen Invalidität zu riskieren (vgl. zum Ganzen den Entscheid IV 2016/61 des St. Galler Versicherungsgerichtes vom 7. September 2017, E. 1.2).

3.3 Daran ändert der Umstand, dass die Beschwerdeführerin wohl noch während Jahren auf eine Physiotherapie angewiesen sein wird, nichts. Das Bundesgericht



behauptet zwar, dass eine medizinische Massnahme nicht direkt auf eine Eingliederung abziele, wenn sie primär auf eine Stabilisierung eines instabilen Gesundheitszustandes abziele, da die Anwendung des Art. 12 IVG grundsätzlich einen stabilen Gesundheitszustand im Sinne einer abgeschlossenen Heilung mit einem verbleibenden pathologischen oder Defektzustand voraussetze. Diese Rechtsprechung stammt aber aus der Zeit vor der fünften IVG-Revision, mit der der Anspruch gestützt auf den Art. 12 IVG auf Versicherte beschränkt worden ist, die das 20. Altersjahr noch nicht vollendet haben. Nach dieser Gesetzesänderung ist die Gefahr einer jahrzehntelangen Leistungspflicht der Invalidenversicherung dahingefallen, die das Bundesgericht mit seiner erwähnten Rechtsprechung offenbar hatte minimieren wollen. Heute ist jeder Anwendungsfall des Art. 12 IVG ein Ausnahmefall im Sinne der veralteten Rechtsprechung, laut der vom oben erwähnten Grundsatz hatte abgewichen werden können, wenn bei Kindern und Jugendlichen damit zu rechnen war, dass ohne die fragliche medizinische Massnahme eine unvollständige Heilung oder ein sonstwie die Berufsbildung oder die Erwerbsfähigkeit beeinträchtigender stabilisierter Zustand eintreten würde (vgl. ZAK 1981 S. 547). Vorliegend zielt die Physiotherapie aber ohnehin nicht auf eine Stabilisierung eines instabilen Zustandes, sondern auf die Erzielung von weiteren Fortschritten und damit auf die Verbesserung der späteren Eingliederungs- beziehungsweise Erwerbsfähigkeit der Beschwerdeführerin ab, weshalb keine „Dauertherapie“ im Sinne der überholten bundesgerichtlichen Rechtsprechung vorliegt. Die möglicherweise lange Therapiedauer spricht also nicht gegen die Leistungspflicht der Invalidenversicherung. Die Beschwerdegegnerin wird aber selbstverständlich regelmässig zu überprüfen haben, ob die Physiotherapie weiterhin wirksam und zweckmässig ist beziehungsweise ob der Anspruch auf die Physiotherapie revisionsweise angepasst werden muss.

3.4 Zusammenfassend steht also fest, dass die Beschwerdeführerin gestützt auf den Art. 12 IVG einen Anspruch auf die Vergütung der Kosten einer wirksamen und zweckmässigen Physiotherapie hat. Die Sache ist folglich in Aufhebung der angefochtenen leistungsverweigernden Verfügung vom 8. Juli 2016 zur Fortsetzung des Verwaltungsverfahrens, das heisst zur Prüfung der weiteren Anspruchsvoraussetzungen und zur anschliessenden Zusprache der notwendigen Physiotherapie, an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.

4.



Die angefochtene Verfügung erweist sich zusammenfassend als rechtswidrig, weshalb sie aufzuheben ist. Die Gerichtskosten sind der unterliegenden Beschwerdegegnerin aufzuerlegen. Der Beschwerdeführerin wird der von ihr geleistete Kostenvorschuss zurückerstattet. Die Beschwerdegegnerin hat der Beschwerdeführerin eine Parteientschädigung auszurichten. Angesichts des geringen Aktenumfangs und der Beschränkung des Verfahrens auf wenige isolierte Rechtsfragen ist der erforderliche Vertretungsaufwand als deutlich unterdurchschnittlich zu qualifizieren. Die Entschädigung wird deshalb praxismässig auf Fr. 2'000.-- (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer) festgesetzt.

Entscheid

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

1.

In Gutheissung der Beschwerde wird die angefochtene Verfügung vom 8. Juli 2016 aufgehoben und durch die Feststellung ersetzt, dass die Beschwerdeführerin einen Anspruch auf die Vergütung der Kosten der Physiotherapie durch die Invalidenversicherung hat.

2.

Die Beschwerdegegnerin hat die Gerichtskosten von Fr. 600.-- zu bezahlen; der Beschwerdeführerin wird der von ihr geleistete Kostenvorschuss von Fr. 600.-- zurückerstattet.

3.

Die Beschwerdegegnerin hat die Beschwerdeführerin mit Fr. 2'000.-- zu entschädigen.