



Fall-Nr.: IV 2017/236
Stelle: Versicherungsgericht
Rubrik: IV - Invalidenversicherung
Publikationsdatum: 20.09.2019
Entscheiddatum: 25.05.2018

Entscheid Versicherungsgericht, 25.05.2018

Art. 12 IVG. Art. 13 IVG. Beweislosigkeit hinsichtlich der Frage nach dem Vorliegen eines angeborenen Plattfusses. Eingliederungswirksamkeit einer spezifischen medizinischen Massnahme vorliegend bejaht (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 25. Mai 2018, IV 2017/236).

Besetzung

Präsident Ralph Jöhl, Versicherungsrichterinnen Monika Gehrler-Hug und Karin Huber-Studerus; Gerichtsschreiber Tobias Bolt

Geschäftsnr.

IV 2017/236

Parteien

A.____,

Beschwerdeführer,

vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Urs Bertschinger, St. Gallerstrasse 46, Postfach 745, 9471 Buchs SG 1,

gegen

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

Beschwerdegegnerin,



Gegenstand

medizinische Massnahmen

Sachverhalt

A.

A.a A.____ wurde im Dezember 2012 unter Hinweis auf ein Geburtsgebrechen (Ziff. 404 Anh. GgV) zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung angemeldet (IV-act. 1). Der Kinderarzt Dr. med. B.____ berichtete im Januar 2013 (IV-act. 7), der Versicherte leide an einem frühkindlichen psychoorganischen Syndrom. Schon bei der Geburt sei ein Plagio cephalus festgestellt worden. In den ersten Lebensmonaten habe der Versicherte extrem geschrien und wenig Spontanmotorik gezeigt. Später seien Wutanfälle und eine umschriebene Entwicklungsstörung der Motorik in den Vordergrund getreten. Bei Untersuchungen wegen eines Herzgeräusches habe man einen offenen Ductus botalli ohne hämodynamische Wirksamkeit festgestellt. Bei einer Untersuchung im September 2012 habe Dr. B.____ eine eher tiefe Muskelgrundspannung, Genu valga und schlaffe Knick-Senk-Füsse festgestellt. Mit einer Mitteilung vom 18. April 2013 stellte die IV-Stelle fest (IV-act. 16), dass der Versicherte am Geburtsgebrechen Ziff. 404 Anh. GgV litt. Sie sicherte die Vergütung der im Zeitraum bis zum 31. August 2017 anfallenden Kosten für die zur Behandlung dieses Geburtsgebrechens notwendigen medizinischen Massnahmen zu.

A.b Im April 2016 wurde der Versicherte erneut zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung angemeldet, wobei die Eltern auf eine Behandlung im Ostschweizer Kinderspital im Zusammenhang mit einer Fussproblematik hinwiesen (IV-act. 42). Bereits im Februar 2015 war die Vergütung der Kosten für eine orthopädische Fussbettung bei Knick-Platffüssen beidseits beantragt worden (IV-act. 25 f.). Im Dezember 2015 hatten die kinder- und jugendpsychiatrischen Dienste berichtet (IV-act. 41), der Versicherte, der die CP-Schule besuche, leide an einer emotionalen Störung des Kindesalters (mit Ängstlichkeit, Unsicherheit und emotionaler Hemmung), an einem ADHS, an einer umschriebenen Entwicklungsstörung der motorischen Funktionen, an einer Lese- und Rechtschreibstörung sowie an Knick-Senk-Füssen. Im Mai 2016 teilte



St.Galler Gerichte

der Kinderorthopäde Dr. med. C.____ vom Ostschweizer Kinderspital mit (IV-act. 49), der Versicherte leide an einem Hallux valgus interphalangeus beidseits und an einem flexiblen Knick-Plattfuss beidseits. Es handle sich um ein Geburtsgebrechen im Sinne der Ziff. 193 Anh. GgV. Der Versicherte habe immer wieder über Schmerzen im Bereich beider Füsse geklagt; die Belastungsfähigkeit sei eingeschränkt gewesen. Teilweise hätten sich Schwielen im Bereich der Grosszehen und am medialen Fussrand gebildet. Am 23. Februar 2016 seien eine medial zuklappende Osteotomie der proximalen Phalanx an beiden Grosszehen und eine subtalare Schraubenarthrorise beidseits durchgeführt worden.

A.c Mit einem Vorbescheid vom 26. Juli 2016 kündigte die IV-Stelle den Eltern des Versicherten die Abweisung des Begehrens um die Vergütung der Kosten für die Behandlung an den Füssen an (IV-act. 55). Zur Begründung führte sie an, eine Kostenübernahme gestützt auf den Art. 13 IVG und die Ziff. 193 Anh. GgV setze die Diagnose eines angeborenen Plattfusses in den ersten Lebenswochen voraus. Diese Voraussetzung sei hier nicht erfüllt, da der Plattfuss erst im 10. Lebensjahr diagnostiziert worden sei. Auch die Anspruchsvoraussetzungen des Art. 12 IVG seien nicht erfüllt. Dagegen liess der nun anwaltlich vertretene Versicherte am 30. September 2016 einwenden (IV-act. 59), der Kinderarzt Dr. med. D.____ habe bestätigt, dass der Versicherte an einer angeborenen muskulären Hypotonie leide, die bereits im Säuglingsalter eine physiotherapeutische Begleitung erfordert habe. Die IV-Stelle tätigte in der Folge weitere Abklärungen, woraufhin ihr verschiedene medizinische Berichte zugingen: Eine Physiotherapeutin hatte im Mai 2007 über eine Asymmetrie, eine Kopfschiefhaltung und einen Entwicklungsrückstand berichtet, ohne eine Problematik im Bereich der Füsse zu erwähnen (IV-act. 76–1 f.); auch Dr. D.____ hatte in einem ausführlichen Bericht vom Mai 2008 und in einem weiteren Bericht vom Dezember 2008 keine Angaben zu einer allfälligen Fussproblematik gemacht (IV-act. 76–4 ff.); erst im Oktober 2009 hatte der Kinderorthopäde Dr. med. E.____ über einen flexiblen kindlichen Knick-Senk-Fuss berichtet und angegeben, der Versicherte benötige keine Einlagen, sondern müsse möglichst zur Bewegung motiviert werden (IV-act. 76–9); im Juni 2011 hatte Dr. E.____ mitgeteilt, der Knick-Senk-Fuss sei am ehesten aufgrund einer relativen Wadenmuskulaturverkürzung im Rahmen des Wachstums aufgetreten, wobei sich in der Untersuchung aber eine sehr gute Fussbeschwiellung gezeigt habe (IV-act. 76–10 f.). Am 8. Mai 2017 notierte der Neuropädiater Dr. med.



Keller vom IV-internen regionalen ärztlichen Dienst (RAD), die neu eingereichten Berichte belegten keinen angeborenen Plattfuss, sondern sprächen vielmehr für eine erworbene Deformität infolge einer Muskelschwäche (IV-act. 77). Mit einer Verfügung vom 22. Mai 2017 wies die IV-Stelle das Leistungsbegehren betreffend die Vergütung der Kosten für die Behandlung der Knick-Senk-Füsse ab (IV-act. 83). Zur Begründung führte sie an, eine Kostenübernahme gestützt auf den Art. 13 IVG und die Ziff. 193 Anh. GgV setze die Diagnose eines angeborenen Plattfusses in den ersten Lebenswochen voraus. Diese Voraussetzung sei hier nicht erfüllt, da der Plattfuss erst im 10. Lebensjahr diagnostiziert worden sei. Auch die Anspruchsvoraussetzungen des Art. 12 IVG seien nicht erfüllt.

B.

B.a Am 22. Juni 2017 liess der Versicherte (nachfolgend: der Beschwerdeführer) eine Beschwerde gegen die Verfügung vom 22. Mai 2017 erheben (act. G 1). Sein Rechtsvertreter beantragte die Aufhebung der angefochtenen Verfügung, eine Kostengutsprache für die zur Behandlung des Geburtsgebrechens Ziff. 193 Anh. GgV notwendigen medizinischen Massnahmen, eventualiter eine Kostengutsprache für die Behandlung der Plattfüsse gestützt auf den Art. 12 IVG und subeventualiter die Rückweisung der Sache zur weiteren Abklärung an die IV-Stelle (nachfolgend: die Beschwerdegegnerin). Zur Begründung führte er aus, Dr. D.____, der den Beschwerdeführer schon im ersten Lebensjahr behandelt habe, habe bestätigt, dass dieser an einer angeborenen muskulären Hypotonie mit einer Schwäche der Fussmuskulatur leide, die bereits im Säuglingsalter eine physiotherapeutische Behandlung notwendig gemacht habe. Am 19. Juni 2017 habe Dr. D.____ nochmals darauf hingewiesen, dass die Deformität bereits im Säuglingsalter vorhanden gewesen sei, dass für die Behandlung aber die gravierenderen Probleme im Vordergrund gestanden hätten (vgl. act. G 1.1.3). Damit stehe fest, dass der Beschwerdeführer an einem Geburtsgebrecchen leide, für das die Beschwerdegegnerin eine Leistungspflicht treffe. Auch die Voraussetzungen des Art. 12 IVG seien erfüllt, denn der Beschwerdeführer könne aktuell nicht länger als eine halbe Stunde stehen, weshalb er eine weitere Behandlung benötige. Ansonsten wäre er in seiner Berufswahl stark eingeschränkt. Am 8. August 2017 liess der Beschwerdeführer unter Hinweis auf aktuelle medizinische Berichte geltend machen (act. G 4), dass sich die



St.Galler Gerichte

Schmerzsituation im Bereich der Füsse durch die Operation und durch medial abstützende Schuheinlagen deutlich gebessert hätten, womit erstellt sei, dass die Behandlung geeignet sei, seine Erwerbsfähigkeit vor einer wesentlichen Beeinträchtigung zu bewahren (act. G 4).

B.b Die Beschwerdegegnerin beantragte am 22. September 2017 die Abweisung der Beschwerde (act. G 6). Zur Begründung führte sie an, der RAD-Arzt Dr. med. F.____ habe am 28. Juli 2017 in einer ausführlichen Stellungnahme nochmals überzeugend dargelegt, dass von den behandelnden Ärzten nie ein kongenitaler Plattfuss diagnostiziert worden sei, weshalb es sich bezüglich der Fussproblematik nicht um ein Geburtsgebrechen im Sinne des Art. 13 IVG handeln könne. Da sich die Behandlung gegen ein sekundäres labiles pathologisches Geschehen gerichtet habe, sei ein Eingliederungscharakter zu verneinen. Angesichts des aktenmässig dokumentierten allgemeinen Entwicklungsrückstandes des Beschwerdeführers sei der Eingliederungserfolg ohnehin fraglich. Auch die Voraussetzungen des Art. 12 IVG seien deshalb nicht erfüllt.

B.c Der Beschwerdeführer liess am 3. November 2017 an seinen Anträgen festhalten (act. G 8). Die Beschwerdegegnerin verzichtete auf eine Duplik (act. G 10).

B.d Am 20. Dezember 2017 liess der Beschwerdeführer eine Honorarnote seines Rechtsvertreters einreichen (act. G 12).

Erwägungen

1.

Gemäss 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. Laut 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 explizit aufgelisteten 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 Beschwerdeführerin hat vorliegend bei der Anspruchsprüfung zu Recht beide Normen berücksichtigt. Den Gegenstand dieses Beschwerdeverfahrens bildet folglich zunächst die Frage, ob der Beschwerdeführer – gestützt auf den Art. 13 IVG oder gestützt auf den Art. 12 IVG – einen Anspruch auf eine Vergütung der Kosten für die Behandlung an seinen Füssen hat.

2.

Der Kinderarzt Dr. D.____, der den Beschwerdeführer bereits im ersten Lebensjahr behandelt hatte, hat angegeben, dass dieser bereits damals an einer muskulären Hypotonie gelitten habe, zu der unter anderem auch eine Schwäche der Fussmuskulatur gehört habe. Der Beschwerdeführer sei diesbezüglich schon im ersten Lebensjahr physiotherapeutisch behandelt worden. In der Folge hätten die übrigen, schwerwiegenderen Gebrechen im Vordergrund gestanden, weshalb die Fussproblematik zunächst in den Berichten keine Erwähnung mehr gefunden habe. Diese Ausführungen sind plausibel, aber sie sagen nichts darüber aus, ob der Beschwerdeführer an einem angeborenen Plattfuss im Sinne der Ziff. 193 Anh. GgV gelitten hat. Der Kinderorthopäde Dr. E.____ hat zudem mit einer auch für einen medizinischen Laien verständlichen und überzeugenden Begründung dargelegt, dass die von ihm als flexibler kindlicher Knick-Senk-Fuss beidseits diagnostizierte Anomalie eine Folgeerscheinung einer verkürzten Wadenmuskulatur sei. Das spricht für ein



erworbenes und nicht für ein angeborenes Gebrechen. Trotzdem besteht die Möglichkeit, dass die Problematik ihre Ursache in einem Geburtsgebrechen haben könnte, das unter die Ziff. 193 Anh. GgV zu subsumieren wäre. Den weiteren medizinischen Berichten lässt sich hierzu nichts Näheres entnehmen.

Zusammenfassend kann also anhand der vorhandenen Akten die Frage, ob das Gebrechen angeboren oder erworben sei, nicht mit dem erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit beantwortet werden. Da davon ausgegangen werden muss, dass keine weiteren medizinischen Berichte vorhanden sind, die sich näher zu dieser Frage äussern würden, muss in antizipierender Beweiswürdigung von einer objektiven Beweislosigkeit ausgegangen werden. Mangels einer spezifischen gesetzlichen Grundlage wirkt sich diese Beweislosigkeit in einer lückenfüllenden analogen Anwendung des Art. 8 ZGB zulasten des Beschwerdeführers aus, der aus der unbewiesenen Tatsache einen Vorteil zu seinen Gunsten ableiten könnte. Das bedeutet, dass er keinen Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung gestützt auf den Art. 13 IVG in Verbindung mit der Ziff. 193 Anh. GgV hat. Folglich hat die Beschwerdegegnerin die Anwendbarkeit des Art. 13 IVG zu Recht verneint.

3.

3.1 Die angefochtene Verfügung enthält hinsichtlich des Anspruchs des Beschwerdeführers auf eine Vergütung der Kosten für die Behandlung an seinen Füssen gestützt auf den Art. 12 IVG keine ausreichende Begründung. Der Verfügung lässt sich nur entnehmen, dass nach der Ansicht der Beschwerdegegnerin die Anspruchsvoraussetzungen nicht erfüllt seien. Später, nämlich im Juli 2017, hat sich dann der RAD-Arzt Dr. F. ___ dazu geäußert. Er hat festgehalten, dass es sich um eine Symptombehandlung, nämlich um die Beseitigung der Schmerzen und um die Verbesserung der Belastungsfähigkeit, gehandelt habe, was nicht als eine Eingliederungsmassnahme qualifiziert werden könne. In den Unterlagen fehlten Hinweise darauf, dass der Eingriff die Fähigkeit des Beschwerdeführers, sich „im Aufgabenbereich zu betätigen“ hätte verbessern sollen. Ausserdem gälten Massnahmen, die sich gegen einen Hallux valgus richteten, gemäss dem Kreisschreiben über die medizinischen Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung (KSME) nicht als Eingliederungsmassnahmen. Das Argument des RAD-Arzt, die Eingriffe hätten nur der Behandlung der Symptome gedient, geht an



der Sache vorbei, denn massgebend für die Anwendung des Art. 12 IVG ist nur, ob es sich um eine reine Behandlung des Leidens an sich oder aber um eine einen Eingliederungszweck verfolgende Behandlung gehandelt hat. Da der Beschwerdeführer noch sehr jung ist und da es noch Jahre dauern wird, bis er sich für eine spezifische berufliche Ausbildung entscheiden muss, hat die Behandlung an den Füßen natürlich keinen konkreten Eingliederungszweck verfolgen können. Die entscheidende Frage lautet deshalb nicht, ob sie die Erwerbsfähigkeit des Beschwerdeführers (konkret) verbessert hat, sondern vielmehr, ob die spätere Eingliederungs- und Erwerbsfähigkeit des Beschwerdeführers beeinträchtigt wäre, wenn er nicht an den Füßen behandelt worden wäre. Diese Frage ist eindeutig zu bejahen, denn die Schmerzen und die verminderte Belastbarkeit der Füße hätten die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers zumindest für sämtliche Tätigkeiten, die nicht ausschliesslich sitzend verrichtet werden können, massgebend beeinträchtigt. Gerade angesichts der aktenkundigen Einschränkungen des Beschwerdeführers in kognitiver Hinsicht muss davon ausgegangen werden, dass für diesen später eher praktische Tätigkeiten in Frage kommen dürften, die erfahrungsgemäss in aller Regel nicht rein sitzend verrichtet werden können. Deshalb ist es für die Eingliederungs- und Erwerbsfähigkeit umso wichtiger, dass die Beeinträchtigungen an den Füßen beseitigt worden sind. Die erfolgte Behandlung ist also eindeutig eingliederungswirksam im Sinne des Art. 12 IVG gewesen.

3.2 Die vom RAD-Arzt Dr. F. ___ erwähnte Rz. 737/938.4 KSME ist eine Interpretationshilfe der Aufsichtsbehörde der Beschwerdegegnerin für die Auslegung des Art. 12 IVG, die seit der fünften IVG-Revision als überholt qualifiziert werden muss. Vor der mit der fünften IVG-Revision eingeführten Beschränkung der medizinischen Massnahmen auf Versicherte, die das 20. Altersjahr noch nicht vollendet haben, bestand der „Standard-Anwendungsfall“ des Art. 12 IVG in der Vergütung von medizinischen Massnahmen für Personen, die bereits erwerbstätig gewesen waren. Dabei konnte der Art. 12 IVG nur Massnahmen erfassen, die auf die Wiederherstellung, Erhaltung oder Verbesserung der Erwerbsfähigkeit abzielten. Wenn die Invalidenversicherung auch jene medizinischen Massnahmen übernommen hätte, die nur „nebenbei“ einen Eingliederungserfolg gehabt hätten, hätte sie im Ergebnis für fast alle Heilbehandlungsmassnahmen eine Leistungspflicht getroffen, da kaum eine Heilbehandlungsmassnahme komplett eingliederungsirrelevant sein dürfte. Damit wäre



die Invalidenversicherung zur Volkskrankenversicherung für alle Versicherten geworden, die das ordentliche Rentenalter noch nicht erreicht hatten. Aus diesem Grund hat das Bundesgericht unter anderem eine Leistungspflicht der Invalidenversicherung in jenen Fällen grundsätzlich verneint, in denen bei Erwachsenen ein labiler Gesundheitszustand bestanden hat (vgl. ULRICH MEYER/MARCO REICHMUTH, Rechtsprechung des Bundesgerichtes zum IVG, 3.Aufl. 2014, Art. 12 N 31, mit Hinweisen). In Bezug auf Minderjährige hat das Bundesgericht (im Sinne einer Ausnahme von diesem Grundsatz) seit jeher auch Behandlungen bei einem labilen Zustand als medizinische Massnahmen qualifiziert, nämlich immer dann, wenn ohne die entsprechende Behandlung eine Heilung mit Defekt oder ein sonstwie stabilisierter Zustand hätte erwartet werden müssen, der die Berufsbildung oder die Erwerbsfähigkeit beeinträchtigt hätte (vgl. MEYER/REICHMUTH, a.a.O., Art. 12 N 33, mit Hinweisen). Nach der Einführung der Beschränkung des Anspruchs auf medizinische Massnahmen für Personen, die das 20. Altersjahr noch nicht vollendet haben, ist diese „Ausnahme“ zum nun allein noch in Frage kommenden (neuen) „Standard-Fall“ geworden. Mit anderen Worten hat sich der Sinn und Zweck des Art. 12 IVG mit der Einführung der Beschränkung auf Versicherte, die das 20. Altersjahr noch nicht vollendet haben, entscheidend verschoben. Dieser Umstand hat eine komplett neue Interpretation des Art. 12 IVG erfordert, was eine tiefgreifende Revision der Interpretationshilfen der Aufsichtsbehörde im KSME hätte zur Folge haben müssen. Aus nicht nachvollziehbaren Gründen ist der grundlegende Bedeutungswandel des Art. 12 IVG in der Verwaltungspraxis allerdings kaum beachtet worden; das KSME enthält deshalb bis heute Interpretationsansätze, die dem neuen Sinn und Zweck des Art. 12 IVG keine Rechnung tragen und aus diesem Grund bei der Auslegung des Art. 12 IVG keine Berücksichtigung mehr finden dürfen. Die Rz. 737/938.4 KSME ist eine jener Interpretationshilfen, die ganz offensichtlich noch die altrechtliche Regelung vor Augen haben und nicht mehr zur neuen Regelung passen. Für die Vermeidung von Beeinträchtigungen bei der späteren Eingliederung oder Erwerbstätigkeit eines minderjährigen Versicherten kann es nämlich keine entscheidende Rolle spielen, ob sich ein medizinischer Eingriff gegen eine Deformation des knöchernen Skeletts oder gegen Sehnen- oder Bänderveränderungen richtet. Auch im zweiten Fall ist ein entsprechender Eingriff eine Eingliederungsmassnahme, wenn er eine spätere Einschränkung der Eingliederungs- oder Erwerbsfähigkeit verhindert. Da dies



vorliegend der Fall gewesen ist, ist die durchgeführte Behandlung an den Füßen als eine eingliederungsrelevante medizinische Massnahme im Sinne des Art. 12 IVG zu qualifizieren.

3.3 Die Beschwerdegegnerin hat geltend gemacht, es sei fraglich, ob der Beschwerdeführer je einer Erwerbstätigkeit werde nachgehen können. Dem ist entgegen zu halten, 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 relevanten 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. 2010 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 erlaubt, kann im vorliegenden Verfahren offen gelassen werden, da angesichts des jungen Alters des Beschwerdeführers noch keine konkrete Massnahme zur Diskussion steht. Entscheidend ist jedenfalls, dass eine Tätigkeit in einer geschützten Werkstätte, 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 ist 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 verweigte 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). Da der



Beschwerdeführer im Zeitpunkt der Eröffnung der angefochtenen Verfügung erst elf Jahre alt gewesen ist, da er trotz seines allgemeinen Entwicklungsrückstandes über eine im Normalbereich liegende Intelligenz verfügt 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. Folglich rechtfertigt es sich nicht, dem Beschwerdeführer die Vergütung der Kosten für die Behandlung an seinen Füßen vorzuenthalten und damit eine spätere Beeinträchtigung seiner Eingliederungs- und Erwerbsfähigkeit zu riskieren.

3.4 Zusammenfassend steht fest, dass der Beschwerdeführer gestützt auf den Art. 12 IVG einen Anspruch auf die Vergütung der Kosten einer wirksamen und zweckmässigen Behandlung an seinen Füßen hat. Die Sache ist folglich in Aufhebung der angefochtenen Verfügung vom 22. Mai 2017 zur Fortsetzung des Verwaltungsverfahrens, das heisst zur Prüfung der weiteren Anspruchsvoraussetzungen und zur anschliessenden Zusprache der notwendigen Massnahmen, an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.

4.

Die angefochtene Verfügung erweist sich damit als rechtswidrig, weshalb sie aufzuheben ist. Die Gerichtskosten sind der unterliegenden Beschwerdegegnerin aufzuerlegen. Dem Beschwerdeführer wird der von ihm geleistete Kostenvorschuss zurückerstattet. Die Beschwerdegegnerin hat dem Beschwerdeführer 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 eingereichte Honorarnote über 4'185 Franken erweist sich vor diesem Hintergrund als deutlich übersetzt. Die Entschädigung wird praxisgemäss auf 2'500 Franken (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer) festgesetzt.

Entscheid

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP



1.

In Gutheissung der Beschwerde wird die angefochtene Verfügung vom 22. Mai 2017 aufgehoben und durch die Feststellung ersetzt, dass der Beschwerdeführer einen Anspruch auf die Vergütung der Kosten für die Behandlung an seinen Füessen durch die Invalidenversicherung hat.

2.

Die Beschwerdegegnerin hat die Gerichtskosten von 600 Franken zu bezahlen; dem Beschwerdeführer wird der von ihm geleistete Kostenvorschuss von 600 Franken zurückerstattet.

3.

Die Beschwerdegegnerin hat den Beschwerdeführer mit 2'500 Franken zu entschädigen.