



**Fall-Nr.:** IV 2014/287  
**Stelle:** Versicherungsgericht  
**Rubrik:** IV - Invalidenversicherung  
**Publikationsdatum:** 10.10.2019  
**Entscheiddatum:** 16.02.2016

### **Entscheid Versicherungsgericht, 16.02.2016**

**Art. 13 IVG i.V.m. Art. 3 Abs. 2 ATSG. Ziff. 277, 495, 390 und 395 des Anhangs zur GgV. Die Spätsepsis, der paralytische Ileus und die cerebralen Bewegungsstörungen können nicht als Geburtsgebrechen anerkannt werden, da sie nicht bei vollendeter Geburt bestanden haben. Rückweisung der Sache zur Prüfung, ob aufgrund der erst nach der Geburt verursachten neuromotorischen/cerebralen Bewegungsstörungen ein Anspruch auf medizinische Eingliederungsmassnahmen nach Art. 12 Abs. 1 IVG besteht. (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 16. Februar 2016, IV 2014/287).**

Besetzung

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

Geschäftsnr.

IV 2014/287

Parteien

**A.\_\_\_\_,**

**Beschwerdeführerin,**

vertreten durch Rechtsanwältin lic. iur. Amanda Guyot, GN Rechtsanwälte,  
St. Leonhard-Strasse 20, Postfach, 9001 St. Gallen,

gegen



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

**Beschwerdegegnerin,**

Gegenstand

**medizinische Massnahmen**

**Sachverhalt**

A.

A.a A.\_\_\_\_ wurde am 24. Juli 2013 von ihrer Mutter wegen einer Frühgeburt bei der IV-Stelle des Kantons St. Gallen für medizinische Massnahmen angemeldet (IV-act. 1).

A.b Dr. med. B.\_\_\_\_ vom Ostschweizer Kinderspital (KISPI) gab am 17. September 2013 gegenüber der IV-Stelle die folgenden Diagnosen an (IV-act. 9):

- Frühgeborenes Mädchen der 27 6/7 SSW, Apgar 6/7/9, GG 930 g, NapH 7,44;
- primäre Sectio bei Präeklampsie der Mutter im Spital C.\_\_\_\_;
- Atemnotsyndrom bei hyaliner Membrankrankheit Grad II bis III;
- Late onset Sepsis (Nachweis E. coli, ED 23.07.13) mit schwerem septischem Schock mit:
  - Arterieller Hypotonie und Herz-Kreislaufstillstand am 23.07.13 (kardiopulmonale Reanimation für 15 Minuten);
  - disseminierter intravasaler Koagulopathie;
  - Anämie und Thrombozytopenie;
  - Neutropenie;
  - akuter Niereninsuffizienz mit Hyperkaliämie und Hyperphosphatämie;



## St.Galler Gerichte

- akuter Leberinsuffizienz mit Hypoglykämie;
- schwerer metabolischer Azidose;
- paralytischem Ileus mit iatrogener Leberverletzung im Rahmen einer Notfall-laparotomie;
- intrazerebraler Massenblutung links und cerebellärer Blutung links (ED 24.07.13);
- critical illness-related corticosteroid insufficiency.

Dr. B.\_\_\_\_ erklärte, dass aufgrund eines Platzmangels im Kantonsspital C.\_\_\_\_ am 17. Juli 2013 die Verlegung in das KISPI erfolgt sei. Am 23. Juli 2013 sei es nach einem bis dahin unauffälligen Verlauf zu einer akuten klinischen Verschlechterung im Rahmen einer E. coli-Sepsis gekommen. Am 7. August 2013 sei die Rückverlegung in das Kantonsspital C.\_\_\_\_ erfolgt. Wegen der schwerwiegenden Komplikation mit intrazerebraler Massenblutung und Blutung im Kleinhirnbereich sei von einer Einschränkung im zukünftigen Schul- und Arbeitsalltag auszugehen. Das genaue Ausmass sei derzeit allerdings noch nicht abschätzbar. Die schwere intrazerebrale Blutung werde mit einem hohen Risiko mit späteren kognitiven und motorischen Einschränkungen (insbesondere der Entwicklung einer Cerebralparese) einhergehen. Es lägen die Geburtsgebrechen Ziff. 247, 277, 494 und 497 vor.

A.c Das Kantonsspital C.\_\_\_\_ berichtete am 4. Dezember 2013 (IV-act. 11), dass die Geburtsgebrechen Ziff. 497, 247, 313, 494, 495 und 395 vorlägen. Aufgrund der deutlichen muskulären Hypotonie mit eingeschränkter Variabilität des Bewegungsmusters benötige die Versicherte eine ambulante Physiotherapie und entwicklungsneurologische Kontrollen im Alter von 3, 9 und 24 Monaten. Wegen der hämorrhagischen Infarzierung im Stromgebiet der A. cerebri posterior seien Verlaufskontrollen mit diagnostischen Bildgebungen notwendig. Die Leberverletzung vom 23. Juli 2013 erfordere laborchemische Verlaufskontrollen. Die Ärzte gaben in der Anamnese an, dass bei fehlenden mütterlichen Infektparametern und klinisch diesbezüglich unauffälligem Kind initial auf eine antibiotische Behandlung verzichtet worden sei. Im Verlauf hätten sich klinisch bei zunehmender Rekapillarisationszeit und Sättigungsschwankungen Hinweise für einen Infekt gezeigt. Laborchemisch sei ein



Anstieg des Procalcitonins nachweisbar gewesen, sodass eine antibiotische Behandlung mit Gentamycin und Amoxicillin begonnen worden sei. Im Rahmen eines Herz-Kreislaufstillstandes vom 23. Juli 2013 sei es zu einer hämorrhagischen Infarzierung im posterioren Stromgebiet links mit Beteiligung des Cerebellums gekommen. Die Verlaufs-Sonographie habe eine partielle Reorganisation der Blutung, allerdings mit einem grossen Restdefekt, gezeigt. Neurologisch seien zu keiner Zeit Krampfäquivalente festgestellt worden. Allerdings sei eine deutliche muskuläre Hypotonie mit eingeschränkter Variabilität des Bewegungsmusters aufgefallen.

A.d RAD-Ärztin Dr. med. D. \_\_\_\_, Ärztin für Neurologie und Psychiatrie (D), Ärztin für Physikalische Medizin und Rehabilitation FMH, hielt am 8. Januar 2013 fest (IV-act. 17), das KISPI habe die schwersten Komplikationen als Folge der Sepsis aufgeführt. Die Diagnose einer Sepsis sei am 12. Lebenstag gestellt worden. Im Rahmen der Sepsis sei es zu einem schweren septischen Schock mit Herzkreislaufstillstand, disseminierter intravasaler Koagulopathie, Anämie und Thrombozytopenie, paralytischem Ileus und intracerebralen Massenblutung links sowie cerebellären Blutung links gekommen. Es müsse damit gerechnet werden, dass die Versicherte als Folge der Hirnblutung auf längere Sicht unter behandlungsbedürftigen neuromotorischen Problemen/cerebral bedingten Bewegungsstörungen leiden werde. Hierbei handle es sich allerdings nicht um cerebrale Bewegungsstörungen i.S. eines Geburtsgebrechens, da sie nicht bei vollendeter Geburt bestanden hätten. Die Geburtsgebrehen Ziff. 395 und 390 lägen daher nicht vor. Ausgewiesen seien dagegen die Geburtsgebrehen Ziff. 247 (Syndrom der hyalinen Membranen) bei Status nach hyaliner Membrankrankheit Grad II-III, Ziff. 313 (angeborene Herz- und Gefässmissbildungen) bei persistierendem Foramen ovale mit reinem Links-Rechts Shunt und bei offenem Ductus arteriosus Botalli sowie Ziff. 494 (Neugeborene mit einem Geburtsgewicht unter 2000 g bis zur Erreichung eines Gewichts von 3000 g) bei einem Geburtsgewicht von 930 g. Die Voraussetzungen für das Geburtsgebrechen Ziff. 497 (schwere respiratorische Adaptionsstörungen, sofern sie in den ersten 72 Lebensstunden manifest werden und eine Intensivbehandlung begonnen werden muss) seien nicht erfüllt, da die respiratorischen Probleme über das Geburtsgebrechen Ziff. 247 versichert seien. Nicht abschliessend beurteilbar sei die Frage, ob die Zusprachekriterien für das Geburtsgebrechen Ziff. 495 (schwere neonatale Infekte, sofern sie in den ersten 72 Lebensstunden manifest werden und eine Intensivbehandlung begonnen werden muss) ausgewiesen seien. Aus



den Arztberichten gehe der genaue zeitliche Verlauf, insbesondere die Erstmanifestation einer Infektion, nicht eindeutig hervor. Zudem sei unklar, ob die Anspruchsvoraussetzungen für das Geburtsgebrechen Ziff. 277 (Neugeborenenileus) erfüllt seien. Zur Klärung dieser Fragen müssten weitere Berichte von den behandelnden Ärzten angefordert werden.

A.e Das Kantonsspital C.\_\_\_\_ reichte am 23. Januar 2014 je einen Austrittsbericht vom 17. Juli 2013 (IV-act. 24-14 ff.) und vom 18. September 2013 (IV-act. 24-1 ff.) sowie einen Verlegungsbericht vom 15. September 2013 (IV-act. 24-8 ff.) ein. Dem Austrittsbericht vom 17. Juli 2013 war zu entnehmen, dass bei den Blutkulturen vom 11. und 13. Juli 2013, den Trachealsekreteten vom 13. und 15. Juli 013 und an der Tubusspitze am 14. Juli 2013 kein Keimwachstum habe festgestellt werden können. Wegen des Anstiegs des Procalcitonins seien der Versicherten ab dem 13. Juli 2013 die Antibiotika Amoxicillin und Gentamicin verabreicht worden. Am 16. Juli 2013 seien an der Katheterspitze koagulase negative Staphylokokken nachgewiesen worden. Die Ärzte hielten weiter fest, dass der Muskeltonus am Tag der Geburt altersentsprechend gewesen sei. Zudem hätten sich am 1. und 3. Lebenstag sonographisch keine Hinweise auf intrakranielle Blutungen gezeigt. Laut dem Austrittsbericht vom 18. September 2013 hatte sich die Versicherte in der klinischen Untersuchung mit einer deutlichen muskulären Hypotonie und einer eingeschränkten Variabilität des Bewegungsmusters präsentiert. Die Ärzte hatten die Weiterführung der Physiotherapie empfohlen und erklärt, dass sie der IV das Geburtsgebrechen Ziff. 395 nachmelden würden. Das KISPI reichte am 23. Januar 2013 den Austrittsbericht vom 7. August 2013 ein (Hospitalisation vom 17. Juli bis 7. August 2013, IV-act. 26). Die Ärzte hatten ausgeführt, dass bei weiter sterilen Blutkulturen die im Kantonsspital C.\_\_\_\_ begonnene antibiotische Therapie wie geplant gestoppt worden sei. Im Verlauf habe sich wiederholt ein unauffälliges Infektlabor gezeigt. Am 23. Juli 2013 habe die Versicherte eine schwere Late onset Sepsis entwickelt und es seien E. coli in den Blutkulturen, im Nabelabstrich und im Trachealsekret nachweisbar gewesen. Am Folgetag seien die Infektparameter rasch angestiegen. Ursächlich für die schwere intraparenchymatöse Hirnblutung links mit einer Mittellinienverlagerung sowie einer cerebellären Blutung links erschienen die schwere Gerinnungsstörung und die reanimationsbedürftige Hypoperfusion. Klinisch hätten sich keine eindeutigen Auffälligkeiten und keine sicheren Hinweise auf eine Krampfaktivität gezeigt. Im aEEG ebenso wie im EEG habe



sich ein hochpathologischer Befund mit langen Phasen von amplitudenreduzierten Hirnströmen und Amplitudendifferenz zu Ungunsten der linken Seite gezeigt.

A.f RAD-Arzt Dr. med. E.\_\_\_\_, Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin FMH, und RAD-Ärztin Dr. D.\_\_\_\_ gaben in ihrer Stellungnahme vom 30. Januar 2014 (IV-act. 27) an, dass die Geburtsgebrechen Ziff. 247 und 494 vorlägen. Das Geburtsgebrechen Ziff. 313 könne wegen eines persistierenden offenen Ductus Botalli für zwei Jahre zugesprochen werden. Nicht zugesprochen werden könne das Geburtsgebrechen Ziff. 277, da es sich beim Ileus um einen paralytischen Ileus im Rahmen der Sepsis gehandelt habe. Auch liege kein Geburtsgebrechen Ziff. 495 vor, da die Infektion erst am 12. Lebenstag aufgetreten sei. Very low birth weight-Frühgeborene (VLBW-FG) hätten ein hohes Risiko, an einer Spätsepsis zu erkranken. Statistisch gesehen trete eine solche, durch Erreger, die perinatal (von der Mutter) oder postnatal ins Blut gelangten, in 18-20 % der VLBW-FG auf. Dies hänge einerseits mit dem noch sehr unreifen Immunsystem und andererseits mit den notwendigen intensivmedizinischen Massnahmen zusammen. Bei der Versicherten sei es am 12. Lebenstag zu einer schweren Sepsis mit den erwähnten cerebralen Folgen, dem Herzstillstand und dem Ileus gekommen.

A.g Mit drei Mitteilungen vom 26. Februar 2014 (IV-act. 29 ff.) erteilte die IV-Stelle der Versicherten eine Kostengutsprache für die Behandlung des Geburtsgebrechens Ziff. 247 (vom 11. Juli 2013 bis 31. Juli 2015), des Geburtsgebrechens Ziff. 494 (ab 11. Juli 2013 bis zum Erreichen des Gewichts von 3000 g) und des Geburtsgebrechens Ziff. 313 (ab 1. Juli 2013 bis 31. Juli 2015). Mit zwei Vorbescheiden vom 26. Februar 2014 (IV-act. 32 und 34) kündigte die IV-Stelle der Mutter der Versicherten die Ablehnung der Kostenübernahme für die Geburtsgebrechen Ziff. 277, 495, 390 und 395 an. Zur Begründung hielt sie fest, dass es sich beim Darmverschluss um einen paralytischen Ileus im Rahmen der Sepsis gehandelt habe, dass die Infektion erst am 12. Lebenstag aufgetreten sei und dass die neuromotorische/cerebrale Bewegungsstörung Folge der Hirnblutung sei und somit nicht bei vollendeter Geburt bestanden habe. Die IV-Stelle merkte zudem an, dass die gesamten Kosten des stationären Aufenthalts über die Geburtsgebrechen Ziff. 247 und 494 abgedeckt seien. Gegen die beiden Vorbescheide wendete die Mutter der Versicherten am 7. März 2014 ein (IV-act. 38), dass sie mit der Ablehnung der Kostenübernahme für die Geburtsgebrechen Ziff. 277, 495, 390 und 395



nicht einverstanden sei. Mit zwei Verfügungen vom 16. April 2014 (IV-act. 45 f.) wies die IV-Stelle das Gesuch um Kostenübernahme für die Geburtsgebrechen Ziff. 277, 495, 390 und 395 aus den in den Vorbescheiden angegebenen Gründen ab.

B.

B.a Gegen diese Verfügungen liess die Mutter der Versicherten (nachfolgend: Beschwerdeführerin) am 27. Mai 2014 Beschwerde erheben (act. G 1). Ihre Rechtsvertreterin beantragte die Aufhebung der Verfügungen und die Erbringung der gesetzlichen Leistungen. Zur Begründung der Beschwerde verlangte sie eine Fristerstreckung. In der Beschwerdeergänzung vom 14. Juli 2014 (act. G 6) beantragte die Rechtsvertreterin zusätzlich eventualiter die Rückweisung der Sache zur weiteren Abklärung an die IV-Stelle (nachfolgend: Beschwerdegegnerin). Zur Begründung brachte sie vor, die Beschwerdegegnerin habe übersehen, dass bereits das Kantonsspital C.\_\_\_\_ einen neonatalen Infekt diagnostiziert habe und dass dieser ab dem 13. Juli 2014 mit Antibiotika behandelt worden sei. Die ersten 72 Lebensstunden seien erst am 14. Juli 2013 abgelaufen. Offenbar habe der Infekt durch die Antibiotikatherapie stabilisiert werden können. Er habe sich erst wieder verstärkt, als diese Behandlung im KISPI abgesetzt worden sei. Somit seien die Voraussetzungen für das Geburtsgebrechen Ziff. 495 klar erfüllt. Beim paralytischen Ileus handle es sich um sekundäre Folgen des neonatalen Infekts. Daher sei auch das Geburtsgebrechen Ziff. 277 zu bejahen. Ausserdem könne nicht ohne weiteres angenommen werden, dass die muskuläre Hypotonie und die eingeschränkte Variabilität des Bewegungsmusters auf die Hirnblutung zurückzuführen seien. Nach der medizinischen Erfahrung sei ein Entwicklungsrückstand häufig eine Folge einer extremen Frühgeburt. Die Frühgeburt komme daher als Ursache für die neurologischen Defizite in Frage. Falls die Einschränkungen als Folge der Hirnblutung betrachtet werden müssten, sei ebenfalls von sekundären Folgen eines Geburtsgebrechens auszugehen; die Grundlage würde in diesem Fall der neonatale Infekt bilden. Entsprechend seien auch die Voraussetzungen für die Geburtsgebrechen Ziff. 390 und 395 erfüllt. Falls diesen Ausführungen nicht gefolgt werden könne, seien weitere Abklärungen angezeigt, um den Beginn des neonatalen Infektes und die Ursache für die neurologischen Einschränkungen festzustellen.



B.b Der Rechtsdienst fragte den RAD am 23. Juli 2014 an, ob trotz der Ausführungen der Rechtsvertreterin in der Beschwerdeschrift am ablehnenden Entscheid festgehalten werden könne (IV-act. 61). RAD-Ärztin Dr. D.\_\_\_\_ bejahte diese Frage am 6. August 2014. Zur Begründung erklärte sie, dass das Spital C.\_\_\_\_ nach der Geburt mangels Infektzeichen beim Kind und bei der Mutter auf eine antibiotische Behandlung verzichtet habe. Am 3. Lebenstag sei wegen des Anstiegs des Procalcitonins und des Verdachts auf einen neonatalen Infekt eine antibiotische Behandlung durchgeführt worden. Wiederholte Blutkulturen im Spital C.\_\_\_\_ in den ersten Lebenstagen seien negativ gewesen. Am 16. Juli 2013 seien an der Katheterspitze koagulasenegative Staphylokokken nachgewiesen worden. Dabei handle es sich nicht um den Erreger, der am 23. Juli 2013 zu der schweren Late onset Sepsis mit E. coli geführt habe. Die schwere Late onset Sepsis, die sich am 12. Lebenstag manifestiert habe, könne daher nicht als Geburtsgebrechen Ziff. 495 angesehen werden. Der paralytische Ileus sei eine Folge der schweren Late onset Sepsis und kein Neugeborenenileus im Sinne des Geburtsgebrechens Ziff. 277. Ebenso sei der hämorrhagische Hirninfarkt im hinteren Medialstromgebiet mit cerebellärer Beteiligung als Folge der Late onset Sepsis zu beurteilen. Dieser Hirninfarkt habe zu einem grossen Hirngewebsdefekt geführt und müsse mit überwiegender Wahrscheinlichkeit als Ursache des neurologischen Störungsbildes beurteilt werden, zumal das Neugeborene (vor der Sepsis mit Hirninfarkt) klinisch neurologisch und in der Schädel-Sonographie unauffällig gewesen sei (MRI des Schädels vom 15.10.13: Grosser encephalomalazischer zystischer Hirnparenchymdefekt im hinteren Medialstromgebiet links). Demzufolge seien diese neurologischen Störungen nicht als angeboren, sondern als erworben zu betrachten. Die medizinischen Zusprachekriterien für die Geburtsgebrechen Ziff. 395 bzw. 390 seien daher nicht ausgewiesen.

B.c Die Beschwerdegegnerin beantragte am 18. September 2014 die Abweisung der Beschwerde (act. G 8). Zur Begründung verwies sie auf die RAD-Stellungnahme vom 6. August 2014, die sie zum integrierten Bestandteil der Beschwerdeantwort erklärte. Ergänzend brachte sie vor, dass die Komplikationen im Rahmen des neonatalen Infekts als äusseres Ereignis einzustufen seien. Die Behandlung von Gesundheitsschäden, die eine Folge des Geburtsgebrechens darstellten, gingen zu Lasten der IV, wenn die pathologischen Auswirkungen in enger Beziehung zum Symptomenkreis des Geburtsgebrechens ständen und kein äusseres Ereignis bestimmend dazwischen trete



## St.Galler Gerichte

(Rz. 11 des Kreisschreibens über die medizinischen Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung, KSME, Version 5, gültig ab 1. März 2014). Im vorliegenden Fall habe die Notfallpunktion zur Entstehung des Ileus geführt. Vor der Aufhebung des Art. 11 IVG hätte diese Massnahme von der IV übernommen werden können. Heute sei klar zu unterscheiden, ob ein äusseres Ereignis vorliege oder nicht. Das Geburtsgebrechen Ziff. 277 sei daher zu Recht nicht zugesprochen worden. Betreffend die Geburtsgebrechen Ziff. 395 bzw. 390 sei festzuhalten, dass nur angeborene spastische, ataktische und/oder dyskinetische Bewegungsstörungen als Geburtsgebrechen anerkannt werden könnten (Rz. 390.1 KSME). Die RAD-Ärztin habe festgestellt, dass die neurologischen Störungen nicht angeboren, sondern erworben seien. Diese Feststellung werde dadurch gestützt, dass das Spital C.\_\_\_\_ keine eigenständige Diagnose betreffend eine angeborene cerebrale Lähmung angegeben habe.

B.d In ihrer Replik vom 16. Januar 2015 (act. G 15) machte die Rechtsvertreterin ergänzend geltend, dass den Berichten des RAD praxismässig nicht dieselbe Beweiskraft zukomme wie einem externen Gutachten. Beständen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der Feststellungen des RAD, müssten ergänzende Abklärungen vorgenommen werden. Die strittigen Geburtsgebrechen Ziff. 495 und 395 seien u.a. vom leitenden Arzt des Spitals C.\_\_\_\_ angemeldet worden. Ergänzend habe das KISPI u.a. das Geburtsgebrechen Ziff. 277 angemeldet. RAD-Ärztin Dr. D.\_\_\_\_ verfüge nicht über spezialisierte Fachkenntnisse im Bereich der Neonatologie. Ihre Einschätzung könne die Beurteilungen des Spital C.\_\_\_\_ und des KISPI daher nicht widerlegen. Zudem sei davon auszugehen, dass sich die RAD-Ärztin nicht genügend mit den Akten auseinandergesetzt habe. Auch sei ihre Einschätzung überaus kurz ausgefallen. Den Berichten der RAD-Ärztin könne daher kein genügender Beweiswert für eine abschliessende Beurteilung beigemessen werden.

B.e Die Beschwerdegegnerin verzichtete auf eine Duplik (act. G 17).

B.f Am 12. März 2015 reichte die Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin eine Honorarnote über den Betrag von Fr. 6'031.60 ein (act. G 19).

B.g Am 19. Oktober 2015 wurde das Gericht über einen kanzleiinternen Anwaltswechsel informiert (act. G 21).



### Erwägungen

1.

Vorab ist zu prüfen, ob die Beschwerde rechtzeitig erhoben worden ist. Gemäss Art. 60 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG, SR 830.1) ist die Beschwerde innerhalb von 30 Tagen nach der Eröffnung der Verfügung einzureichen. Die strittigen Verfügungen datieren vom 16. April 2014 und sind der Mutter der Beschwerdeführerin am 17. April 2014 zugestellt worden. Die Frist hätte also eigentlich am 18. April 2014 zu laufen begonnen. Die Frist steht jedoch vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern still (Art. 60 Abs. 2 i.V.m. Art. 38 Abs. 4 lit. a ATSG). Der Ostersonntag fiel im Jahr 2014 auf den 20. April. Das bedeutet, dass die Frist vom Sonntag, 13. April bis Sonntag, 27. April 2014 stillgestanden hat. Die Frist hat daher erst am 28. April 2014 zu laufen begonnen. Der dreissigste Tag fiel auf den Dienstag, 27. Mai 2014. Die Rechtsvertreterin hat am selben Tag und damit rechtzeitig Beschwerde erhoben. Auf die Beschwerde ist daher einzutreten.

2.

Mit zwei Verfügungen vom 16. April 2014 hat die Beschwerdegegnerin die Kostenübernahme für medizinische Massnahmen bezüglich der Late onset Sepsis mit schwerem septischem Schock und des paralytischen Ileus (Verfügung betreffend die Geburtsgebrechen Ziff. 277 und 495, IV-act. 45) resp. bezüglich der neuromotorischen/cerebralen Bewegungsstörungen (Verfügung betreffend die Geburtsgebrechen Ziff. 390 und 395, IV-act. 46) abgelehnt. Zwar bilden die beiden Verfügungen separate Anfechtungsgegenstände. Da die Beschwerdeführerin aber gegen beide Verfügungen Beschwerde erhoben hat und da die Streitgegenstände eng miteinander verknüpft sind, sind die beiden Beschwerdeverfahren vereinigt worden. Zu prüfen ist nachfolgend, ob die Sepsis, der Ileus und die neuromotorischen/cerebralen Bewegungsstörungen einen Anspruch auf medizinische Massnahmen nach Art. 13 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (Anspruch bei Geburtsgebrechen; IVG, SR 831.20) oder nach Art. 12 IVG (Anspruch im Allgemeinen) auszulösen vermögen.

3.



3.1 Zunächst ist zu prüfen, ob es sich bei der Sepsis, dem Ileus und den neuromotorischen/cerebralen Bewegungsstörungen um Geburtsgebrechen handelt. Nach Art. 13 Abs. 1 IVG haben Versicherte bis zum vollendeten 20. Altersjahr Anspruch auf die zur Behandlung von Geburtsgebrechen notwendigen medizinischen Massnahmen. Als Geburtsgebrechen im Sinn dieser Norm gelten diejenigen Krankheiten, die bei vollendeter Geburt bestehen (Art. 3 Abs. 2 ATSG). Der Bundesrat bezeichnet die Gebrechen, für welche die medizinischen Massnahmen gewährt werden (Art. 13 Satz 1 IVG). Die Geburtsgebrechen sind in der Liste im Anhang der Verordnung über Geburtsgebrechen (GgV; SR 831.232.21) aufgeführt (Art. 1 Abs. 2 GgV).

3.2 Gemäss Ziff. 495 des Anhangs zur GgV sind schwere neonatale Infekte als Geburtsgebrechen anzuerkennen, sofern sie in den ersten 72 Lebensstunden manifest werden und eine Intensivbehandlung begonnen werden muss. Die Beschwerdeführerin hat gemäss den behandelnden Ärzten des KISPI am 23. Juli 2013 eine Late onset Sepsis (deutsch: Spätsepsis) erlitten. Hierbei handelt es sich definitionsgemäss um eine bakterielle Infektion des Neugeborenen, die nach dem 3. Lebenstag, d.h. mehr als 72 Stunden nach der Geburt, auftritt (siehe z.B. Kerbl/Kurz/Roos/Wessel, Checkliste Pädiatrie, 4. Auflage, Stuttgart 2011, S. 262). Dass es sich im vorliegenden Fall um eine Spätsepsis gehandelt hat, wird auch durch die übrigen medizinischen Unterlagen gestützt. So hat das Kantonsspital C.\_\_\_\_ im Austrittsbericht vom 17. Juli 2013 angegeben, dass bei fehlenden mütterlichen Infektparametern und klinisch diesbezüglich unauffälligem Kind initial auf eine antibiotische Behandlung verzichtet worden sei. Im Verlauf hätten sich klinisch bei zunehmender Rekapillarisationszeit und Sättigungsschwankungen Hinweise für einen Infekt gezeigt. Laborchemisch sei ein Anstieg des Procalcitonins nachgewiesen worden, weshalb am 13. Juli 2013 eine antibiotische Behandlung begonnen worden sei. Am 16. Juli 2013 seien koagulase negative Staphylokokken an der Katheterspitze nachgewiesen worden (IV-act. 24-15 f.). Das KISPI hat in seinem Austrittsbericht vom 7. August 2013 angegeben, dass bei weiter sterilen Blutkulturen die im Spital C.\_\_\_\_ begonnene antibiotische Therapie wie geplant gestoppt worden sei. Im Verlauf habe sich wiederholt ein unauffälliges Infektlabor gezeigt. Am 23. Juli 2013 habe die Beschwerdeführerin dann die Spätsepsis entwickelt und es seien E. coli in den Blutkulturen, im Nabelabstrich und im Trachealsekret nachweisbar gewesen (IV-act. 26). Gemäss den Arztberichten hat die am \_\_\_\_ Juli 2013 geborene Beschwerdeführerin somit innert ihren ersten 72



Lebensstunden einen Infekt mit koagulasen negativen Staphylokokken entwickelt, der jedoch durch Antibiotika erfolgreich hat behandelt werden können. Nach der antibiotischen Behandlung wiederholt durchgeführte Tests haben nämlich keine Infektionszeichen mehr gezeigt. Am 23. Juli 2013 ist es dann zu einer akuten klinischen Verschlechterung im Rahmen einer E. coli-Sepsis gekommen. Der erste Infekt mit koagulasen negativen Staphylokokken ist somit entgegen der Behauptung der Rechtsvertreterin nicht die direkte Ursache der Sepsis gewesen. Der zweite Infekt mit E. coli, der ursächlich für die Sepsis und deren schwerwiegenden Folgen gewesen ist, ist nach wiederholt unauffälligen Infektlaboren erst am 23. Juli 2013 und damit erst 12 Tage nach der Geburt erstmals nachgewiesen worden. Mit RAD-Ärztin Dr. D.\_\_\_\_ wie auch den behandelnden Ärzten ist daher mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass die Infektion mit E. coli bei vollendeter Geburt noch nicht bestanden hat. Diese Infektion kann daher nicht als Geburtsgebrechen im Sinne von Ziff. 495 anerkannt werden. Die Beschwerdeführerin hat somit eine Übernahme von Behandlungskosten gestützt auf das Geburtsgebrechen Ziff. 495 zu Recht abgelehnt.

3.3 Gemäss Ziff. 277 des Anhangs zur GgV handelt es sich beim Neugeborenenileus (Darmverschluss bei Neugeborenen) um ein Geburtsgebrechen. Die behandelnden Ärzte haben angegeben, dass die Beschwerdeführerin im Rahmen der Sepsis einen paralytischen Ileus erlitten habe. Diese Einschätzung überzeugt, da der Ileus im Rahmen der Sepsis aufgetreten ist und da eine Sepsis für einen paralytischen Ileus ursächlich sein kann (siehe Arn/Stärkle/Soyka/Breitenstein, Ileus- Ursachen und Therapieoptionen, in: Schweiz Med. Forum 2014(44): 813-819, S. 814). Um als Geburtsgebrechen anerkannt zu werden, muss ein Ileus bei vollendeter Geburt bestehen (Art. 3 Abs. 2 ATSG und Art. 1 Abs. 1 Satz 1 GgV). Im vorliegenden Fall ist der Ileus erst am 23. Juli 2013 durch die Sepsis ausgelöst worden und hat somit nicht bereits bei vollendeter Geburt bestanden. Bei dem diagnostizierten paralytischen Ileus handelt es sich daher, wie der RAD korrekt festgestellt hat, nicht um einen Neugeborenenileus im Sinne des Geburtsgebrechens Ziff. 277.

3.4 Nach den Ziff. 390 und 395 des Anhangs zur GgV sind angeborene hirnbedingte Lähmungen (krampfhaft, Fehlbewegungen, Koordinationsstörungen) und leichte hirnbedingte Bewegungsstörungen (Behandlung bis Ende des 2. Lebensjahres) als Geburtsgebrechen anerkannt. Das Kantonsspital C.\_\_\_\_ hat im Austrittsbericht vom 17.



Juli 2013 angegeben, dass der Muskeltonus am Tag der Geburt altersentsprechend gewesen sei. Zudem hätten sich am 1. und 3. Lebenstag sonographisch keine Hinweise auf intrakranielle Blutungen gezeigt. Das Kantonsspital C.\_\_\_\_ hat am 4. Dezember 2013 berichtet, dass es nach dem Herz-Kreislaufstillstand am 23. Juli 2013 zu einer hämorrhagischen Infarzierung im posterioren Stromgebiet links mit Beteiligung des Cerebellums gekommen sei. Die Verlaufs-Sonographie habe eine partielle Reorganisation der Blutung, allerdings mit einem grossen Restdefekt, gezeigt. Zudem sei eine deutliche muskuläre Hypotonie mit eingeschränkter Variabilität des Bewegungsmusters aufgefallen. Das KISPI hat am 17. September 2013 erklärt, dass die schwere intrazerebrale Blutung mit einem hohen Risiko mit späteren kognitiven und motorischen Einschränkungen (insbesondere der Entwicklung einer Cerebralparese) einhergehen werde. Den Berichten der behandelnden Ärzte sind keine Hinweise darauf zu entnehmen, dass bereits vor der am 23. Juli 2013 erlittenen Hirnblutung hirnbedingte Lähmungen oder Bewegungsstörungen vorgelegen hätten. Das KISPI hat vielmehr darauf hingewiesen, dass aufgrund der Blutung mit solchen Schäden gerechnet werden müsse. Aus diesem Grund ist mit RAD-Ärztin Dr. D.\_\_\_\_ davon auszugehen, dass die cerebralen Bewegungsstörungen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erst durch die Blutung ausgelöst worden sind und somit bei vollendeter Geburt noch nicht bestanden hatten. Somit sind auch die Voraussetzungen für die Übernahme von Behandlungskosten gestützt auf die Geburtsgebrechen Ziff. 390 und 395 nicht erfüllt.

3.5 Zum Vorbringen der Rechtsvertreterin, dass RAD-Ärztin Dr. D.\_\_\_\_ nicht über spezialisierte Fachkenntnisse im Bereich der Neonatologie verfüge und ihre Einschätzung deshalb die Beurteilungen des Kantonsspital C.\_\_\_\_ und des KISPI nicht widerlegen könne, ist folgendes anzumerken: Einerseits hat sich nicht nur RAD-Ärztin Dr. D.\_\_\_\_, sondern auch RAD-Arzt Dr. E.\_\_\_\_ mit dem vorliegenden Fall befasst. In der Stellungnahme vom 30. Januar 2014 hat er die Einschätzung von Dr. D.\_\_\_\_ bestätigt. Bei Dr. E.\_\_\_\_ handelt es sich, im Gegensatz zu Dr. D.\_\_\_\_, um einen Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin, der über dieselben Fachkenntnisse verfügt wie die behandelnden Ärzte. Andererseits divergieren die medizinischen Einschätzungen der RAD-Ärzte und jene der behandelnden Ärzte nicht. Auch die behandelnden Ärzte haben die Sepsis als Spätsepsis bezeichnet und den Ileus und die cerebralen Bewegungsstörungen als Folge der Sepsis angesehen. Somit gehen die Meinungen nur darüber auseinander, ob



diese gesundheitlichen Beeinträchtigungen als Geburtsgebrechen zu qualifizieren sind oder nicht. Dabei handelt es sich um eine versicherungsmedizinische (und insbesondere rechtliche) Frage, für deren Beantwortung die RAD-Ärzte berufsbedingt wohl über das höhere Fachwissen verfügen als die behandelnden Ärzte. Das Vorbringen der Rechtsvertreterin ist daher nicht stichhaltig. Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die Beschwerdegegnerin eine Pflicht zur Kostenübernahme für medizinische Behandlungen gestützt auf die Geburtsgebrechen Ziff. 495, 277, 390 und 395 zu Recht abgelehnt hat, da die gesundheitlichen Beeinträchtigungen der Beschwerdeführerin die Anforderungen dieser Geburtsgebrechen nicht erfüllen.

4.

4.1 Zu prüfen bleibt, ob die Sepsis, der Ileus und die neuromotorischen/cerebralen Bewegungsstörungen einen Anspruch auf medizinische Massnahmen nach Art. 12 IVG auszulösen vermögen. Versicherte haben bis zum vollendeten 20. Altersjahr Anspruch auf medizinische Massnahmen, die nicht auf die Behandlung des Leidens an sich, sondern unmittelbar auf die Eingliederung ins Erwerbsleben oder den Aufgabenbereich gerichtet und geeignet sind, die Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, dauernd und wesentlich zu verbessern oder vor wesentlicher Beeinträchtigung zu bewahren (Art. 12 Abs. 1 IVG). Nach der höchstrichterlichen Rechtsprechung hat die Invalidenversicherung bei Jugendlichen nicht nur unmittelbar auf die Beseitigung oder Korrektur stabiler Defektzustände oder Funktionsausfälle gerichtete Vorkehren zu übernehmen, sondern auch dann Leistungen zu erbringen, wenn es darum geht, mittels geeigneter Massnahmen einem die berufliche Ausbildung oder die künftige Erwerbsfähigkeit beeinträchtigenden Defektzustand vorzubeugen (siehe z.B. Urteil des Bundesgerichts vom 7. Mai 2015, 9C\_912/2014 E. 1.2 mit Hinweisen).

4.2 Gemäss dem Austrittsbericht des KISPI vom 7. August 2013 hatten sich die Laborwerte nach der Sepsis dank einer antibiotischen Therapie wieder normalisiert (IV-act. 26-4). Aufgrund des Ileus (Darmverschlusses) hatte am 23. Juli 2013 während der Reanimation eine notfallmässige Entlastungspunktion im rechten Oberbauch vorgenommen werden müssen, bei der es zu einer iatrogenen Leberverletzung gekommen war. Nach lokaler Blutstillung und Einlage einer Lasche zur Drainage im



rechten Unterbauch war ein problemloser Bauchverschluss erfolgt. Im Verlauf war, bis zur Verlegung überlappend mit parenteraler Ernährung, ein vorsichtiger enteraler Nahrungsaufbau erfolgt. Gemäss den im Recht liegenden Akten war die Behandlung der Sepsis und des paralytischen Ileus somit bereits im Rahmen der stationären Behandlung vom 11. Juli 2013 bis 14. September 2013 abgeschlossen worden. Dies bestätigt auch der Hinweis des KISPI, wonach für die Zukunft vor allem die intrazerebrale Massenblutung auf der linken Seite sowie die Kleinhirnblutung links bedeutsam sein dürften (IV-act. 9). Die Beschwerdegegnerin hat in der (angefochtenen) Verfügung betreffend die Geburtsgebrechen Ziff. 277 und Ziff. 495 darauf hingewiesen, dass die gesamten Kosten für den stationären Aufenthalt über die Geburtsgebrechen Ziff. 247 und 494 abgedeckt seien. Die Kosten für die medizinische Behandlung der Sepsis und des Ileus sind somit von der Invalidenversicherung bereits gedeckt, weshalb sich die Prüfung der Kostenübernahme gestützt auf Art. 12 Abs. 1 IVG erübrigt. Der Vollständigkeit halber ist dennoch darauf hinzuweisen, dass es sich bei Vorkehrungen, die der kausalen oder symptomatischen Behandlung von Verletzungen, Infektionen sowie inneren und parasitären Krankheiten dienen, nicht um medizinische Eingliederungsmassnahmen handelt, sondern um sogenannte Behandlungen des Leidens an sich (Rz. 40 des Kreisschreibens über die medizinischen Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung, KSME, Version gültig ab 1. März 2014). Bei der Sepsis wie auch beim paralytischen Ileus hat es sich um akute Leidensbehandlungen gehandelt, weshalb die Voraussetzungen für eine Kostenübernahme gestützt auf Art. 12 Abs. 1 IVG nicht erfüllt sind. Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die Beschwerdegegnerin zu Recht keine Kostengutsprache für medizinische Massnahmen bezüglich der Sepsis und des paralytischen Ileus zugesprochen hat.

4.3 Zu prüfen bleibt, ob die Beschwerdeführerin aufgrund der neuromotorischen/ cerebralen Bewegungsstörungen einen Anspruch auf medizinische Eingliederungsmassnahmen nach Art. 12 Abs. 1 IVG hat. Das Spital C.\_\_\_\_ hat – wohl am 23. September 2013 – wegen des Verdachts auf eine cerebrale Bewegungsstörung eine Verordnung zur Physiotherapie ausgestellt (IV-act. 8). Als Physiotherapeut ist die SRK-Therapiestelle für Kinder und Jugendliche in F.\_\_\_\_ angegeben worden. Dem Bericht des Kantonsspital C.\_\_\_\_ vom 4. Dezember 2013 ist zudem zu entnehmen, dass neben der ambulanten Physiotherapie im Alter von 3, 9 und 24 Monaten



entwicklungsneurologische Kontrollen notwendig seien. Allerdings ist in den Akten die Eingliederungsrelevanz all dieser Massnahmen nirgends begründet. Der Sachverhalt ist somit nicht genügend erstellt, um über den Leistungsanspruch entscheiden zu können. Die Sache ist daher an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Sie wird klären müssen, ob die Beschwerdeführerin wegen der neuromotorischen/cerebralen Bewegungsstörungen gestützt auf Art. 12 Abs. 1 IVG einen Anspruch auf medizinische Massnahmen hat.

4.4 Demnach ist die Beschwerde bezüglich der Verfügung betreffend die Geburtsgebrechen Ziff. 277 und 495 abzuweisen. Die Beschwerde gegen die Verfügung betreffend die Geburtsgebrechen Ziff. 390 und 395 ist dahingehend gutzuheissen, dass die Verfügung aufgehoben und die Sache zur weiteren Abklärung an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen wird.

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<sup>bis</sup> IVG). Eine gesamte Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- erscheint als angemessen. Diese Gerichtsgebühr haben die Parteien je hälftig zu tragen, da zwei Beschwerden zu beurteilen gewesen sind und da die Parteien in je einem Beschwerdeverfahren unterlegen sind. Der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 600.-- wird der Beschwerdeführerin an die von ihr zu bezahlende Gerichtgebühr von Fr. 300.-- angerechnet und im Umfang von Fr. 300.-- zurückerstattet.

5.2 Gemäss Art. 61 lit. g ATSG hat die obsiegende beschwerdeführende Partei Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Die Parteientschädigung 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.--. In einem durchschnittlichen IV-Fall spricht das Versicherungsgericht praxisgemäss eine Parteientschädigung von Fr. 3'500.-- zu. Die Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin hat eine Honorarnote über den Betrag von Fr. 6'031.60 für die beiden vereinigten



Beschwerdeverfahren eingereicht (act. G 19.1). Zur Begründung hat sie angeführt, dass es sich vorliegend um einen aktenreichen und insbesondere in Bezug auf den medizinischen Sachverhalt äusserst komplizierten Fall gehandelt habe. Da die Beschwerdeführerin nur im Beschwerdeverfahren betreffend die Geburtsgebrechen Ziff. 390 und Ziff. 395 (teilweise) obsiegt hat, hat sie lediglich für dieses Beschwerdeverfahren Anspruch auf eine Parteientschädigung. Da anders als bei den (im Hinblick auf die Höhe der Parteientschädigung praxisbildenden) durchschnittlichen IV-Rentenfällen ein dünnes und überschaubares Aktendossier vorgelegen hat und zudem nur eine klar definierte Rechtsfrage zu beantworten gewesen ist, wird die Parteientschädigung auf Fr. 2'000.-- (inkl. Barauslagen und Mehrwertsteuer) festgesetzt.

### Entscheid

1.

Die Beschwerde gegen die Verfügung vom 16. April 2014 betreffend die Geburtsgebrechen Ziff. 277 und Ziff. 495 wird abgewiesen.

2.

Die Beschwerde gegen die Verfügung vom 16. April 2014 betreffend die Geburtsgebrechen Ziff. 390 und Ziff. 395 wird dahingehend gutgeheissen, dass die angefochtene Verfügung aufgehoben und die Sache zur weiteren Abklärung und zur anschliessenden Neuverfügung im Sinne der Erwägungen an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen wird.

3.

Die gesamte Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- haben die Beschwerdegegnerin im Betrag von Fr. 300.-- und die Beschwerdeführerin im Betrag von Fr. 300.-- zu bezahlen; der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 600.-- wird der Beschwerdeführerin daran angerechnet und im verbleibenden Betrag von Fr. 300.-- zurückerstattet.

4.

Die Beschwerdegegnerin hat der Beschwerdeführerin eine Parteientschädigung von Fr. 2'000.-- zu bezahlen.