



**Fall-Nr.:** IV 2014/362  
**Stelle:** Versicherungsgericht  
**Rubrik:** IV - Invalidenversicherung  
**Publikationsdatum:** 09.10.2019  
**Entscheiddatum:** 18.03.2016

### **Entscheid Versicherungsgericht, 18.03.2016**

**Art. 13 IVG, Ziffer 381 der Liste im Anhang zur Verordnung über Geburtsgebrechen (GgV). Kolpocephalie. Die in dieser Ziffer enthaltene Auflistung von Krankheiten ist nicht abschliessend (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 18. März 2016, IV 2014/362).**

Besetzung

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

Geschäftsnr.

IV 2014/362

Parteien

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

**Beschwerdeführerin,**

vertreten durch B.\_\_\_\_ und C.\_\_\_\_,

gegen

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

**Beschwerdegegnerin,**



Gegenstand

### medizinische Massnahmen

### Sachverhalt

A.

A.a A.\_\_\_\_ wurde am 30. Juni 2011 zum Bezug von IV-Leistungen angemeldet (IV-act. 1). Am 19. Dezember 2011 (IV-act. 9) übernahm die IV-Stelle die Kosten der Behandlung der Geburtsgebrechen Nr. 495 (schwerer neonataler Infekt) und Nr. 498 (schwere neonatale metabolische Störung). Dr. med. D.\_\_\_\_ berichtete am 11. Juni 2012 (IV-act. 16), die Versicherte weise einen deutlichen Entwicklungsrückstand auf. Eine klare Ursache dafür habe bis anhin noch nicht gefunden werden können. Die IV-Stelle erteilte am 31. Juli 2012 (IV-act. 22) eine Kostengutsprache für das Geburtsgebrechen Nr. 395 (angeborene cerebrale Störungen). Dr. med. E.\_\_\_\_, Oberarzt am Ostschweizer Kinderspital, berichtete der IV-Stelle am 25. Juni 2013 (IV-act. 42), die Versicherte leide an einem allgemeinen Entwicklungsrückstand mit/bei Tonusstörung der Muskulatur, teils hypo-, teils hyperten, V. a. eine verzögerte visuelle Reifung, Kopfwangshaltung mit Kinnhebung (DD: doppelte Heberparese, Ptose), Esothropie mit V.a. eine Bevorzugung des linken Auges, mässiger Kolpozephalie sowie leicht hypoplastischem Marklager supratentoriell, St. n. Claviculafraktur links und skoliotischer Fehlhaltung, am ehesten im Zusammenhang mit dem Entwicklungsrückstand und der Hypotonie. Als neues Geburtsgebrechen gab er die Nr. 381 (Missbildungen des Zentralnervensystems und seiner Häute) an. Er führte dazu aus, ein craniales MRI vom 27. Mai 2013 habe eine unspezifische leichte Kolpozephalie und ein leicht hypoplastisches Marklager supratentoriell gezeigt. Das kraniozerebrale Kernspintomogramm bei klinisch bekannter Mikrozephalie sei ansonsten altersentsprechend gewesen. Dr. med. F.\_\_\_\_ vom RAD notierte dazu am 4. September 2013 (IV-act. 45), die beschriebenen leichten Auffälligkeiten im MRI und bei der klinischen Untersuchung begründeten aus versicherungsmedizinischer Sicht kein Geburtsgebrechen Nr. 381. Die unspezifische leichte Kolpozephalie (leichte Ausziehung der Hinterhörner der Seitenventrikel) mit leicht hypoplastischem Marklager supratentoriell bei ansonsten altersentsprechend normaler Kernspintomographie sei keine Missbildung des zentralen Nervensystems im



Sinne der GgV. Mit einem Vorbescheid vom 18. September 2013 kündigte die IV-Stelle den Eltern der Versicherten die Abweisung des Gesuchs um eine Kostengutsprache für das Geburtsgebrechen Nr. 381 an (IV-act. 49).

A.b Die Eltern der Versicherten wandten am 26. September 2013 ein (IV-act. 53), Dr. E.\_\_\_\_ habe angegeben, es liege eindeutig ein Geburtsgebrechen Nr. 381 vor. Sie ersuchten die IV-Stelle, sich für Fragen an Dr. E.\_\_\_\_ zu wenden. Die IV-Stelle hielt in einer Aktennotiz vom 3. Oktober 2013 fest (IV-act. 55), die Eltern der Versicherten hätten keine neuen Arztberichte oder Fakten beigebracht, weshalb verfügt werden könne. Die Physiotherapeutin G.\_\_\_\_ erklärte am 1. Oktober 2013, eine Kostenübernahme durch die Invalidenversicherung sei sinnvoll (IV-act. 56). Dr. E.\_\_\_\_ teilte der IV-Stelle am 11. Oktober 2013 mit (IV-act. 59), bei der Versicherten bestehe eine Kolpozephalie, die im Rahmen einer Corpus callosum-Agnosie (Balkenagnosie), also im Sinne einer Missbildung des zentralen Nervensystems und damit als Hirnanlagestörung zu werten sei. Diese Form der Missbildung/Hirnanlagestörung sei zwar im Rahmen des Geburtsgebrechens Nr. 381 nicht explizit erwähnt, erfülle aber die Kriterien dieses Geburtsgebrechens. Am 19. November 2013 berichtete Dr. E.\_\_\_\_ im Zusammenhang mit der Prüfung eines Gesuchs um eine Hilflosenentschädigung für die Versicherte (IV-act. 70), diese leide an einer mässigen Kolpozephalie sowie an einem leicht hypoplastischen Marklager supratentoriell und an einem allgemeinen Entwicklungsrückstand. Die Hilfsbedürftigkeit der Versicherten gehe weit über das altersübliche Mass hinaus. Prof. Dr. med. H.\_\_\_\_ vom RAD notierte am 17. Dezember 2013 (IV-act. 73), die Kolpozephalie werde als ein Befund bezeichnet, der bei normalen Kindern vorkomme, der aber auch gehäuft mit Problemen der geistigen und motorischen Entwicklung assoziiert sei. Deshalb seien weitere Abklärungen nötig. Dr. E.\_\_\_\_ stellte am 14. Januar 2014 die MRI-Bilder sowie die entsprechende radiologische Beurteilung zu (IV-act. 80-1). Am 22. April 2014 berichtete er (IV-act. 94), die Versicherte zeige im Verlauf zunehmend mehr Symptome einer hypoton-ataktischen Cerebralparese (GgV Ziffer 390) ohne Hinweis auf eine Spastizität. Er legte seinen Bericht an Dr. D.\_\_\_\_ vom 7. März 2014 bei (IV-act. 94-7). Gemäss diesem Bericht bestand ein allgemeiner Entwicklungsrückstand mit/bei mässiger Kolpozephalie und leicht hypoplastischem Marklager supratentoriell, Tonusveränderungen der Muskulatur (teils hypo-, teils hyperton), ein V. a. eine verzögerte visuelle Reifung, eine Kopfwangshaltung mit Kinnhebung (DD: doppelte Heberparese, Ptose), eine



## St.Galler Gerichte

Esotropie mit V. a. eine Bevorzugung des linken Auges, ein St. n. Claviculafraktur links, eine skoliotische Fehlhaltung (am ehesten im Zusammenhang mit dem Entwicklungsrückstand und der Hypotonie), ein V. a. eine Autostimulation bzw. auf Gratifikationsphänomene und aktuell ein V. a. ein Rubinstein-Taybi-Syndrom. Dr. D.\_\_\_\_ hatte dazu ausgeführt, bei der Versicherten bestehe ein ätiologisch bislang unklares Retardierungssyndrom. Da die typischen Anomalien eines Rubinstein-Taybi-Syndroms vorlägen, sei eine entsprechende Abklärung sinnvoll. Prof. Dr. H.\_\_\_\_ vom RAD hielt am 11. Juli 2014 fest (IV-act. 99), aufgrund der zusätzlichen Unterlagen und der Besprechung mit der internen Radiologin und dem Kinderradiologen des Ostschweizer Kinderspitals sei der radiologische Befund zu gering, um das Geburtsgebrechen Nr. 381 zusprechen zu können. Das leicht hypoplastische Marklager supratentoriell könne noch im Rahmen der altersbedingten Abweichungen gesehen werden. Damit stehe fest, dass das Geburtsgebrechen Nr. 381 nicht zugesprochen werden könne. Sollten sich im weiteren Verlauf als Folge einer Entwicklungsstörung des Gehirns zusätzliche Befunde ergeben, könne immer noch auf das Geburtsgebrechen Nr. 381 zurückgekommen werden. Die Versicherte sei inzwischen für das Geburtsgebrechen Nr. 390 angemeldet. Allenfalls könne das Geburtsgebrechen Nr. 467 betroffen sein, wenn sich das Rubinstein-Taybi-Syndrom bestätigen sollte. Mit einer Verfügung vom 24. Juli 2014 wies die IV-Stelle das Gesuch um die Anerkennung des Geburtsgeberechens Nr. 381 ab (IV-act. 102).

B.

B.a Die Eltern der Versicherten erhoben am 14. August 2014 Beschwerde gegen diese Verfügung (act. G 1). Sie beantragten sinngemäss die Anerkennung des Geburtsgeberechens Nr. 381. Zur Begründung machten sie geltend, es liege ein Geburtsgebrechen vor. Allerdings bestehe noch keine ausreichende Diagnose. Der aktuell stabile Zustand der Beschwerdeführerin sei nur durch die durchgeführten Therapien möglich geworden. Die Weiterführung dieser Therapien sei unerlässlich. Ohne eine Kostengutsprache sei aber keine Therapie möglich.

B.b Am 12./22. August 2014 protokollierte Prof. Dr. H.\_\_\_\_ eine telephonische Besprechung mit Dr. E.\_\_\_\_ vom Ostschweizer Kinderspital (IV-act. 112). Er hielt fest, die Diagnose einer hypoton-ataktischen CP (Geburtsgebrechen Nr. 390) sei sehr



fraglich und sehe nach einer Ersatzdiagnose für das abgewiesene Geburtsgebrechen Nr. 381 aus. Es habe ja der Verdacht auf eine Veränderung im Kleinhirn bestanden, die aber im MRI nicht habe nachgewiesen werden können. Eine kleinhirnbedingte Ataxie hätte eine solche Veränderung nachweisen können. Eine solche zeige sich aber meistens im zweiten Lebensjahr mit Laufbeginn. In allen bisherigen Berichten mit neurologischer Untersuchung seien aber nie solche Befunde erhoben worden. Die beschriebene Ataxie basiere auf einem breitbeinigen Gang (der üblicherweise auch bei einem allgemeinen Entwicklungsrückstand oder bei einer Hypotonie sichtbar sei) mit gleichzeitigem unsicher ataktischem Greifen. Klassische Zeichen der Ataxie im Liegen und gezielte Untersuchungen seien nicht beschrieben worden. Deshalb seien die beobachteten Veränderungen eher dem allgemeinen Entwicklungsrückstand und dem Rubinstein-Taybi-Syndrom zuzuordnen, was Dr. E.\_\_\_\_ nicht habe ablehnen können. Die Diagnose eines Rubinstein-Taybi-Syndroms habe nach wie vor molekulargenetisch noch nicht bestätigt werden können. Die zuständige Sachbearbeiterin der Beschwerdegegnerin notierte am 2. Oktober 2014 (IV-act. 125), die Liste der Diagnosen, die als Geburtsgebrechen Nr. 381 anerkannt werden könnten, sei abschliessend. Die bei der Beschwerdeführerin gestellte Diagnose fehle in dieser Liste. Deshalb sei die Abweisung des Gesuchs, das Geburtsgebrechen Nr. 381 anzuerkennen, korrekt gewesen.

B.c Die Beschwerdegegnerin beantragte am 16. Oktober 2014 die Abweisung der Beschwerde (act. G 4). Sie berief sich ebenfalls darauf, dass die Liste der Diagnosen in der Ziffer. 381 der Liste im Anhang zur GgV abschliessend sei und dass die bei der Beschwerdeführerin gestellte Diagnose dort nicht aufgeführt sei. Im Übrigen verwies sie auf die Ausführungen von Prof. Dr. H.\_\_\_\_ vom 11. Juli 2014.

### Erwägungen

1.

Gemäss Art. 13 Abs. 1 IVG haben Versicherte bis zum vollendeten 20. Altersjahr einen Anspruch auf die zur Behandlung von Geburtsgebrechen notwendigen medizinischen Massnahmen. Als Geburtsgebrechen gelten diejenigen Krankheiten, die bei vollendeter Geburt bestehen (Art. 3 Abs. 2 ATSG). Der Bundesrat hat die Gebrechen bezeichnet,



für die medizinische Massnahmen gewährt werden. Die entsprechende Liste bildet Gegenstand einer besonderen Verordnung (Art. 13 Abs. 2 IVG, Art. 3 IVV), nämlich der Verordnung über die Geburtsgebrechen (GgV). Gemäss Art. 1 Abs. 2 Satz 1 GgV sind die anspruchsbegründenden Gebrechen im Anhang zu dieser Verfügung aufgelistet. Die Ziffer 381 dieser Liste lautet: Missbildungen des Zentralnervensystems und seiner Häute (Encephalocele, Arachnoidalzyste, Myelomeningocele, Hydromyelia, Meningocele, Diastatomyelia und Tethered Cord). Die bei der Beschwerdeführerin im MRI vom 27. Mai 2013 festgestellte Kolpozephalie mit einem leicht hypoplastischen Marklager supratentoriell erfüllt die allgemeine Definition, sie wird aber in der Liste der Diagnosen in der Ziffer 381 nicht aufgeführt. Die Beschwerdegegnerin hat einen Leistungsanspruch der Beschwerdeführerin gestützt auf die Ziffer 381 mit der Begründung verneint, die in dieser Ziffer enthaltene Liste von Diagnosen sei abschliessend. Sie hat also die Auffassung vertreten, dass der Verordnungsgeber alle in der Ziffer 381 nicht aufgelisteten Arten von Missbildungen des Zentralnervensystems und seiner Häute habe ausschliessen wollen. Die Liste der Geburtsgebrechen im Anhang zur GgV ist eine abschliessende Aufzählung. Daraus kann aber nicht der Schluss gezogen werden, dass alle Ziffern in dieser Liste, die selbst wieder mehrere Krankheiten/Diagnosen aufzählen, so interpretiert werden müssten, dass diese Aufzählungen ebenfalls abschliessend seien. Ob eine solche Aufzählung abschliessend ist oder nicht, muss durch eine Interpretation der jeweiligen Ziffer der Liste im Anhang zur GgV ermittelt werden. Dabei erweist sich neben dem Wortlaut die systematische Auslegungsmethode, genauer die jeweils verwendete Gesetzgebungsmethode, als ausschlaggebend. Dazu sind verschiedene, in Bezug auf die verwendete Gesetzgebungsmethode typische Ziffern der Liste im Anhang zur GgV zu vergleichen. Analysiert man beispielsweise die Ziffer 396, so stellt man fest, dass vier Krankheiten/Diagnosen (Sympathogonion, Sympathicoblastom, Ganglioneuroblastom, Ganglioneurom) aufgelistet und mit „und“ verbunden sind. Diese Diagnosen weisen zwar medizinisch betrachtet Gemeinsamkeiten auf. Gesetzgebungstechnisch könnten sie aber auch je eine selbständige Ziffer in der Liste im Anhang zur GgV bilden. Sie sind nur zur Vereinfachung in einer Ziffer zusammengefasst worden. Daraus und aus der Verwendung von „und“ folgt für die Interpretation, dass es sich um eine abschliessende Aufzählung handeln muss, denn andernfalls wäre die Liste der Geburtsgebrechen im Anhang zur GgV nicht mehr abschliessend. Anders zu



interpretieren ist beispielsweise die Ziffer 348 der Liste im Anhang zur GgV. Auch diese Ziffer enthält eine Aufzählung von Krankheiten/Diagnosen, aber sowohl der Aufbau der Regelung als auch die Verwendung des einleitenden „wie“ und die Aufzählung in Klammern lassen nur die Interpretation zu, dass es sich um eine nicht abschliessende Aufzählung handelt. Die Krankheiten/Diagnosen Diverticulum vesicae und Megacystis congenita erschöpfen also, anders als die vier in der Ziffer 396 aufgelisteten Krankheiten/ Diagnosen, das Geburtsgebrechen der angeborenen Missbildungen der Blase nicht. Das in der Ziffer 348 geregelte Geburtsgebrechen ist also so weit gefasst, dass es neben dem Diverticulum vesicae und der Megacystis congenita auch noch andere Krankheiten/Diagnosen beinhaltet. Hier besteht die Gesetzgebungstechnik also darin, das Geburtsgebrechen durch einen medizinischen Oberbegriff zu umschreiben und es den Rechtsanwendern zu überlassen, die darunter zu subsumierenden Krankheiten/Diagnosen definitiv zu bestimmen. Entweder dienen die beiden aufgezählten Krankheiten/Diagnosen dazu, den medizinischen Oberbegriff näher zu bestimmen, oder sie sind so weit am Rand dieses Oberbegriffs angesiedelt, dass der Verordnungsgeber sie explizit aufgeführt hat, um sicherzustellen, dass sie als anspruchsbegründende Ausprägungen des Geburtsgebrechens anerkannt werden. Die in der Ziffer 348 verwendete Gesetzgebungstechnik zusammen mit dem Wortlaut („wie“ und Aufzählung in Klammern) belegt also, dass es sich um eine nicht abschliessende Aufzählung von Krankheiten/Diagnosen handeln muss. Bei der Interpretation der im vorliegenden Fall relevanten Ziffer 381 der Liste im Anhang zur GgV besteht das Problem, dass zwar ebenfalls ein medizinischer Oberbegriff (Missbildungen des Zentralnervensystems und seiner Häute) mit einer in Klammern gesetzten Aufzählung von Krankheiten/Diagnosen (Encephalocele, Arachnoidalzyste, Myelomeningocele, Hydromyelia, Meningocele, Diastematomyelia und Tethered Cord) verbunden ist, dass diese Aufzählung aber nicht mit einem – klärenden – „wie“ eingeleitet wird. Die Beschwerdegegnerin hat das Fehlen des „wie“ so interpretiert, dass es sich um eine abschliessende Aufzählung handeln müsse. Sie hat aber nicht zu erklären vermocht, warum der Verordnungsgeber dazu nicht – in Analogie etwa zu der in der Ziffer 396 verwendeten Methode – die Technik der direkten Aufzählung aller sieben Krankheiten/Diagnosen gewählt hat, denn jede dieser Krankheiten/Diagnosen könnte ja als selbständiges Geburtsgebrechen geregelt werden. Wenn tatsächlich eine abschliessende Aufzählung beabsichtigt gewesen wäre, so wäre es überflüssig



gewesen, diesen sieben Krankheiten/Diagnosen einen medizinischen Oberbegriff voranzustellen und sie dann noch in Klammern zu setzen. Die Rechtsanwender hätten diesen medizinischen Oberbegriff nämlich gar nicht benötigt, weil die bei Missbildungen des Zentralnervensystems und seiner Häute anspruchsbegründenden sieben Krankheiten/Diagnosen auch ohne diesen Oberbegriff klar bestimmt gewesen wären. Dem Ordnungsgeber kann nicht unterstellt werden, dass er für die Ziffer 381 der Liste im Anhang zur GgV eine untaugliche Gesetzgebungstechnik gewählt habe. Deshalb kann die Ziffer 381 trotz des Fehlens eines einleitenden „wie“ nur eine nicht abschliessende Aufzählung enthalten. Somit muss es den Rechtsanwendern möglich sein, auch bei anderen, nicht explizit aufgelisteten Formen einer Missbildung des Zentralnervensystems und seiner Häute einen Anspruch auf eine Heilbehandlung zu bejahen. Entgegen der entsprechenden Behauptung der Beschwerdegegnerin steht diesem Interpretationsergebnis keine anderslautende Praxis des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen entgegen. Dieses hat in seiner Entscheidung vom 14. Dezember 2011 (IV 2009/468, E. 3.4) die Aufzählung in der Ziffer 381 nämlich nicht als abschliessend bezeichnet. Zu dieser Frage hat es sich gar nicht äussern müssen, weil es sich darauf beschränken konnte, eine Verfügung aus dem Jahr 2009, mit der Leistungen bei einer nicht aufgelisteten Missbildung des Zentralnervensystems und seiner Häute zugesprochen worden waren, als jedenfalls nicht i.S. von Art. 53 Abs. 2 ATSG zweifellos unrichtig zu qualifizieren. Es hat dies damit begründet, dass die einschlägige Randziffer des Kreisschreibens über die medizinischen Massnahmen (KSME) in der 2009 geltenden Version die Aufzählung der sieben Krankheiten/Diagnosen noch mit einem „wie“ eingeleitet habe. Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die Ziffer 381 der Liste im Anhang zur GgV eine nicht abschliessende Liste von Missbildungen des Zentralnervensystems und seiner Häute enthält. Demnach kann die angeborene Krankheit, an der die Beschwerdeführerin leidet, grundsätzlich unter die Ziffer 381 der Liste im Anhang zur GgV subsumiert werden.

2.

2.1 Da die Kolpocephalie mit leicht hypoplastischem Marklager supratentoriell grundsätzlich ein Geburtsgebrechen gemäss der Ziffer 381 der Liste im Anhang zur GgV ist, bleibt zu prüfen, ob diese Krankheit der Beschwerdeführerin kausal ist für die (unbestrittene) Behandlungsbedürftigkeit. Dr. E. \_\_\_ vom Ostschweizer Kinderspital hat



diesen Kausalzusammenhang in seinen Berichten (vgl. IV-act., 42, 59, 70, 94) immer bejaht. Er hat aber nie eine überzeugende medizinische Begründung geliefert. Prof. Dr. H.\_\_\_\_ hat auf diesen Umstand hingewiesen (vgl. IV-act. 73). Im Verlauf der Behandlung ist der Verdacht aufgetaucht, dass der Entwicklungsrückstand bzw. die Behandlungsbedürftigkeit auf ein Taybi Rubinstein-Syndrom zurückzuführen sein könnte (vgl. IV-act. 99, 112). Bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung hat die Ursache der Behandlungsbedürftigkeit aber nicht geklärt werden können. Das bedeutet, dass die Frage, ob die Kolpocephalie diese Ursache sei, weder positiv noch negativ beantwortet werden können. Die angefochtene Abweisungsverfügung beruht somit auf einem in Verletzung der Untersuchungspflicht unzureichend geklärten Sachverhalt, weshalb sie sich als rechtswidrig erweist.

2.2 Dass die Beschwerdegegnerin ohne ausreichende Kenntnis des massgebenden medizinischen Sachverhalts verfügt hat, dürfte auf die Bemerkung von Prof. Dr. H.\_\_\_\_ zurückzuführen sein, dass man ja auf das Geburtsgebrehen Nr. 381 zurückkommen könne, falls sich im weiteren Verlauf als Folge einer Entwicklungsstörung des Gehirns zusätzliche Befunde ergeben sollten (vgl. IV-act. 99). Daraus hat die Beschwerdegegnerin wohl abgeleitet, dass die Beschwerdeführerin neu angemeldet werden könne, wenn die gesundheitliche Entwicklung und/oder die weiterlaufenden medizinischen Abklärungen ergeben sollten, dass doch die Kolpocephalie die Ursache der Behandlungsbedürftigkeit sei. Eine solche Neuanschuldung wäre aber, anders als etwa eine Neuanschuldung zum Bezug einer Invalidenrente nach einer vorausgegangenen Abweisung eines Rentengesuches, keine Anmeldung gemäss Art. 29 Abs. 1 ATSG, sondern ein Gesuch um die Korrektur der früheren Abweisung gestützt auf Art. 53 Abs. 1 (sog. prozessuale Revision) oder Art. 53 Abs. 2 (Wiedererwägung) ATSG. Die Sachverhaltsentwicklung beträfe nämlich nicht das versicherte Gut, bei der Invalidenrente also die Erwerbsfähigkeit und bei den medizinischen Massnahmen nach Art. 13 IVG die Behandlungsbedürftigkeit eines Geburtsgebrehens, sondern nur die Beweislage. Diese Entwicklung würde nicht die Art und die Schwere der Kolpocephalie bzw. der Symptome verändern. Die Veränderung hätte nur zur Folge, dass es nun erstmals möglich würde, die Kolpocephalie als Ursache der Behandlungsbedürftigkeit nachzuweisen. Damit erwiese sich die frühere (hier die strittige) Abweisung des Begehrens um die Übernahme der Kosten der Behandlung der Folgen der Kolpocephalie als rechtswidrig. Erst die



Korrektur dieser Abweisung liesse eine Leistungszusprache zu. Eine solche Korrektur würde aber daran scheitern, dass die Beschwerdegegnerin bewusst die Möglichkeit in Kauf genommen hätte, auf der Grundlage eines nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellten Sachverhalts und damit rechtswidrig zu entscheiden. Eine Revision gemäss Art. 53 Abs. 1 ATSG würde daran scheitern, dass der nachträglich schliesslich doch noch mit dem erforderlichen Beweisgrad ermittelte effektive Sachverhalt nicht qualifiziert neu wäre, und eine Wiedererwägung gemäss Art. 53 Abs. 2 ATSG wäre ausgeschlossen, weil die Abweisung nicht zweifellos unrichtig gewesen wäre, da sie doch im Wissen um einen noch nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit feststehenden Sachverhalt ergangen wäre. Das bedeutet, dass sich die hier strittige Abweisung des Leistungsbegehrens nicht damit hat rechtfertigen lassen, die Beschwerdeführerin könne neu angemeldet werden, worauf es zu einer umfassenden Neuprüfung kommen müsse. Die korrekte Vorgehensweise der Beschwerdegegnerin hätte darin bestanden, das Verwaltungsverfahren so lange weiterzuführen, bis die Frage, ob die Kolpocephalie die Ursache der Behandlungsbedürftigkeit sei, mit dem erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit hätte beantwortet werden können.

3.

Somit ist die angefochtene Abweisungsverfügung aufzuheben und die Sache ist zur weiteren Abklärung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Bei diesem Ausgang des Beschwerdeverfahrens ist im Hinblick auf die Verfahrenskosten praxismässig von einem vollumfänglichen Obsiegen der Beschwerdeführerin auszugehen. Die Beschwerdegegnerin hat somit für die Gerichtskosten aufzukommen. Diese sind rechtsprechungsgemäss auf Fr. 600.-- festzusetzen. Der Beschwerdeführerin wird der von ihr geleistete Kostenvorschuss von Fr. 600.-- zurückerstattet.

### Entscheid

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

1.

Die Verfügung vom 24. Juli 2014 wird aufgehoben und die Sache wird zur weiteren Ab-



klärung und zur neuen Verfügung im Sinne der Erwägungen an die  
Beschwerdegegnerin zurückgewiesen.

2.

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- zu bezahlen; der Beschwerdeführerin wird der von ihr geleistete Kostenvorschuss von Fr. 600.-- zurückerstattet.