



Fall-Nr.: IV 2015/248
Stelle: Versicherungsgericht
Rubrik: IV - Invalidenversicherung
Publikationsdatum: 03.01.2020
Entscheiddatum: 10.10.2016

Entscheid Versicherungsgericht, 10.10.2016

**Art. 11 und 13 IVG. Geburtsgebrechen. Eingliederungsrisiko.
Kausalzusammenhang. Statistischer Nachweis (Entscheid des
Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 10. Oktober 2016, IV
2015/248).**

Besetzung

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

Geschäftsnr.

IV 2015/248

Parteien

A.____,

Beschwerdeführerin,

vertreten durch Advokatin lic. iur. Andrea Mengis,

c/o Procap Schweiz, Frohburgstrasse 4, Postfach, 4601 Olten,

gegen

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

Beschwerdegegnerin,



Gegenstand

medizinische Massnahmen

Sachverhalt

A.

A.a A.____ wurde wenige Tage nach ihrer Geburt zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung angemeldet (IV-act. 1). Die Klinik für Neonatologie des Universitätsspitals Zürich berichtete am 26. Juni 2003, die Versicherte leide an einem kompletten atrio-ventrikulären Septumdefekt und an einer Polyglobulie, womit die Voraussetzungen der Ziff. 313 und 331 Anh. GgV erfüllt seien (IV-act. 5). Mit einer Verfügung vom 23. September 2003 sprach die IV-Stelle der Versicherten medizinische Massnahmen zur Behandlung des Geburtsgebrechens Ziff. 313 Anh. GgV bis zur Vollendung des zehnten Altersjahres zu (IV-act. 15). Mit einer Verfügung vom 24. September 2003 sprach die IV-Stelle der Versicherten auch medizinische Massnahmen zur Behandlung des Geburtsgebrechens Ziff. 331 Anh. GgV bis zur Vollendung des fünften Altersjahres zu (IV-act. 16).

A.b Am 6. Oktober 2003 ersuchte das Universitätsspital Zürich für die Versicherte um eine Kostengutsprache für eine stationäre Behandlung in der Klinik für Herz- und Gefässchirurgie (IV-act. 17). Der Kinderarzt Dr. med. B.____ hielt in einem Schreiben vom 19. November 2003 fest, die Versicherte leide an einer Trisomie 21, und erwähnte, der atrio-ventrikuläre Septumdefekt werde demnächst operiert. Am 2. Juli 2005 wies Dr. B.____ die IV-Stelle darauf hin (IV-act. 34), dass die Versicherte bei der Operation einen Infarkt im Bereich der Arteria cerebri media links erlitten habe, der zu einem armbetonen Hemisyndrom rechts geführt habe. Bislang sei die Versicherte mit einer Physiotherapie behandelt worden. Nun sei geplant, eine Ergotherapie durchzuführen. Er bitte um eine entsprechende Ergänzung der Kostengutsprache. Am 18. August 2005 notierte Dr. med. C.____ vom IV-internen regionalen ärztlichen Dienst (RAD; IV-act. 35), er könne weder die Berichte im Zusammenhang mit der von Dr. B.____ erwähnten Operation noch Physiotherapieberichte in den Akten auffinden. „Im Sinne der Prozessökonomie“ könne jedoch von der Einholung entsprechender Berichte



abgesehen werden, da die Sachlage „doch klar“ sei. Er schlage vor, die Ergotherapie vorerst befristet für ein Jahr zu gewähren. Sollte ein Verlängerungsgesuch gestellt werden, müsse ein ausführliches Arztzeugnis mit Verlauf, Zielen und Prognose einverlangt werden. Mit einer Verfügung vom 12. September 2005 erteilte die IV-Stelle eine Kostengutsprache für eine ambulante Ergotherapie „im Zusammenhang mit dem Geburtsgebrechen Ziff. 313 Anh. GgV“ (IV-act. 40).

A.c Am 29. März 2006 beantragte Dr. B.____ eine Verlängerung der Ergotherapie (IV-act. 42). Am 20. April 2006 nahm er zum bisherigen Verlauf Stellung (IV-act. 43). Der RAD-Arzt Dr. C.____ notierte am 16. Mai 2006, dass eine Verlängerung der Kostengutsprache „im Rahmen von Spätfolgen“ des Geburtsgebrechens Ziff. 313 Anh. GgV angezeigt sei (IV-act. 44). Mit einer Verfügung vom 16. Mai 2006 erteilte die IV-Stelle eine entsprechende Kostengutsprache (IV-act. 45). Ein weiteres Verlängerungsgesuch von Dr. B.____ vom 6. April 2007 (IV-act. 46 f.) wurde am 11. Mai 2007 bewilligt (IV-act. 48). Am 25. Januar 2008 ersuchte Dr. B.____ um eine Verlängerung der Physio- und der Ergotherapie um zwei Jahre (IV-act. 50). Die IV-Stelle antwortete am 5. Februar 2008 (IV-act. 51), für eine Verlängerung der bis am 30. Juni 2008 erteilten Kostengutsprache für die Ergotherapie sei es noch etwas früh. Bislang sei der IV-Stelle nicht bekannt gewesen, dass eine Physiotherapie durchgeführt werde. Dr. B.____ wurde gebeten, diesbezüglich weitere Angaben zu machen. Am 8. April 2008 notierte ein Mitarbeiter der IV-Stelle (vgl. IV-act. 54), die Kosten der Physiotherapie seien tatsächlich stets vergütet worden, obwohl diesbezüglich keine Verfügung erlassen worden sei. Am 17. April 2008 führte der RAD-Arzt Dr. med. D.____ aus, dass die Verlängerung der Physio- und der Ergotherapie um zwei Jahre „über das GG 313“ in Ordnung gehe (IV-act. 55). Am 22. April 2008 erliess die IV-Stelle eine entsprechende Verfügung (IV-act. 56). Auf ein weiteres Verlängerungsgesuch (vom Kinderarzt Dr. med. E.____) vom 31. August 2010 hin (IV-act. 61 f.) wurde die Ergotherapie am 21. September 2010 um ein weiteres Jahr verlängert (IV-act. 63). Die behandelnde Ergotherapeutin teilte der IV-Stelle am 7. Juni 2011 mit, dass die Therapiestelle geschlossen und die Versicherte neu durch eine andere Therapeutin behandelt werde (IV-act. 65). Daraufhin teilte die IV-Stelle am 15. Juni 2011 mit, dass sie die Kostengutsprache für die Ergotherapie, die nun von der neuen Therapeutin durchgeführt werde, um ein weiteres Jahr verlängere (IV-act. 66).



A.d Am 16. Januar 2012 ersuchten die Eltern der Versicherten um eine Kostengutsprache für proprioceptive Fussorthesen (IV-act. 81 f.). Mit einem Vorbescheid vom 30. Januar 2012 teilte die IV-Stelle mit, dass sie dieses Begehren abweisen werde, weil die „Schuheinlagen“ nicht in der Hilfsmittelliste erwähnt seien (IV-act. 83). Dagegen wandten die Eltern am 6. Februar 2012 ein (IV-act. 86), die „deformierten Füsse“ stünden im Zusammenhang mit dem Hirnschlag, den die Versicherte bei ihrer Herzoperation erlitten habe. Die Fussorthesen seien wirksam, zweckmässig, wirtschaftlich und einfach. Gleichentags hielt Dr. E.____ gegenüber der IV-Stelle fest (IV-act. 87), nicht nur die obere Extremität sei von der Hemiparese betroffen, die die Folge einer Hirnblutung sei. Am 28. März 2012 notierte der RAD-Arzt Dr. med. F.____ (IV-act. 89), aus medizinischer Sicht sei der Sachverhalt klar: Während einer Operation wegen des angeborenen Herzfehlers (Ziff. 313 Anh. GgV) habe die Versicherte einen Mediainfarkt und als Folge davon ein Hemisyndrom erlitten. Dementsprechend seien auch Kostengutsprachen für eine Physio- und eine Ergotherapie im Rahmen des Geburtsgebrechens Ziff. 313 Anh. GgV erteilt worden. Die proprioceptiven Fussorthesen seien als Behandlungsmassnahme bezüglich des Hemisyndroms analog der Therapien im Rahmen des Geburtsgebrechens Ziff. 313 Anh. GgV zu übernehmen. Mit einer Verfügung vom 28. März 2012 erteilte die IV-Stelle der Versicherten eine Kostengutsprache für die Fussorthesen (IV-act. 90).

A.e Am 3. Januar 2013 beantragte Dr. E.____ eine weitere Verlängerung der Kostengutsprache für die Ergotherapie (IV-act. 100). Mit einer Mitteilung vom 16. Januar 2013 verlängerte die IV-Stelle ihre Kostengutsprache bis zum 30. August 2014 (IV-act. 102). Am 26. Oktober 2014 ersuchte Dr. E.____ erneut um eine Verlängerung der Kostengutsprache für die Ergotherapie (IV-act. 110), woraufhin die IV-Stelle ihre Kostengutsprache um ein weiteres Jahr verlängerte (IV-act. 111). Am 31. Dezember 2014 beantragte Dr. E.____ eine Kostengutsprache für eine neu begonnene Physiotherapie (IV-act. 115). Eine Sachbearbeiterin der IV-Stelle notierte am 2. März 2015, dass nicht ganz eindeutig sei, ob der Infarkt, der zum Hemisyndrom geführt habe, als Folge des Geburtsgebrechens im Rahmen der Herzerkrankung aufgetreten sei oder ob der operative Eingriff als äusseres Ereignis im Sinne des Art. 11 IVG den Infarkt verursacht habe (IV-act. 120). Die RAD-Ärztin Dr. med. G.____ nahm am 8. April 2015 Stellung zu dieser Frage (IV-act. 121). Sie führte aus, in einem Befundbericht der heilpädagogischen Dienste St. Gallen vom 6. April 2004 sei erwähnt worden, dass die



Versicherte nach einer unauffälligen Schwangerschaft in der 38. Schwangerschaftswoche ohne nennenswerte Komplikationen spontan geboren worden sei. Nach der Geburt habe man eine Trisomie 21 und einen schweren angeborenen Herzfehler im Sinne der Ziff. 313 Anh. GgV festgestellt. Im Alter von vier Monaten sei die Versicherte am Herz operiert worden. In der Folge habe sie einen Hirninfarkt mit einer rechtsseitigen Lähmung erlitten. Somit bestehe ein unmittelbarer Zusammenhang zwischen der behandlungsbedürftigen rechtsseitigen Lähmung und der Herzoperation. Zum Geburtsgebrechen bestehe kein unmittelbarer, sondern nur ein indirekter Zusammenhang. Der Mediainfarkt müsse als eine Komplikation der Herzoperation gewertet werden, wie sich auch der RAD-Stellungnahme vom 18. August 2005 entnehmen lasse. Aus medizinischer Sicht seien die Physio- und die Ergotherapie weiterhin notwendig und zweckmässig. Ob eine weitere Kostenübernahme möglich sei, nachdem der Art. 11 IVG aufgehoben worden sei, könne aus medizinischer Sicht nicht beurteilt werden. Mit einem Vorbescheid vom 14. April 2015 teilte die IV-Stelle den Eltern der Versicherten mit (IV-act. 123), dass sie das Gesuch um die Kostengutsprache für die Physiotherapie abweisen und die Ergotherapie noch bis zum Ablauf der bereits erteilten Kostengutsprache weiter vergüten, ihre Kostengutsprache dann aber nicht mehr verlängern werde. Dagegen wandten die Eltern der Versicherten am 27. Mai 2015 ein (IV-act. 131), es liege kein Revisionsgrund vor, da sich die gesundheitliche Situation ihrer Tochter seit der letzten Kostengutsprache für eine Physiotherapie nicht geändert habe. Damals sei unbestritten gewesen, dass die Physiotherapie wegen eines Folgeschadens des anerkannten Geburtsgebrechens nötig sei. Die Trisomie 21 sei mittlerweile vom Parlament als Geburtsgebrechen anerkannt worden. Am 18. Juni 2015 verfügte die IV-Stelle gemäss ihrem Vorbescheid vom 14. April 2015 (IV-act. 134). Bezüglich der Einwände der Eltern der Versicherten führte sie aus, rechtskräftige Verfügungen könnten unter den Voraussetzungen des Art. 53 Abs. 2 ATSG in Wiedererwägung gezogen werden. Die letzte Kostengutsprache für die Physiotherapie sei abgegeben worden, bevor der Art. 11 IVG aufgehoben worden sei. Die Trisomie 21 könne erst als Geburtsgebrechen anerkannt werden, wenn die Verordnung entsprechend angepasst worden sei. Der Parlamentsbeschluss habe die Rechtslage noch nicht verändert.

B.



B.a Am 20. August 2015 liess die nun anwaltlich vertretene Versicherte (nachfolgend: die Beschwerdeführerin) eine Beschwerde gegen die Verfügung vom 18. Juni 2015 erheben (act. G 1). Ihre Rechtsvertreterin beantragte die Verlängerung der Kostengutsprache für die ambulante Physio- und Ergotherapie und die Übernahme der Kosten für die fachmedizinische (hämatologische) Stellungnahme durch die IV-Stelle (nachfolgend: die Beschwerdegegnerin). Zur Begründung führte sie aus, die Beschwerdegegnerin vergüte die Kosten der Physio- und der Ergotherapie mittlerweile bereits seit über zehn Jahren. Ein Revisionsgrund liege nicht vor. Die Kostengutsprache für die Ergotherapie sei nach dem Wegfall des Art. 11 IVG (am 1. Januar 2012) verlängert worden. Hier liege aber gar kein Anwendungsfall des Art. 11 IVG vor. Die Beschwerdegegnerin habe ihre Leistungen stets in Anwendung des Art. 13 IVG für die anerkannten Geburtsgebrechen Ziff. 313 und 331 Anh. GgV erbracht. Schon in der ersten RAD-Beurteilung vom 18. August 2005 sei der Kausalzusammenhang zwischen der Herzoperation und dem Hirninfarkt geprüft und geschlussfolgert worden, dass das durch den Eingriff verursachte Hemisyndrom als Spätfolge des anerkannten Geburtsgebrechens zu qualifizieren sei. Das Vorliegen dieses Kausalzusammenhangs sei in späteren RAD-Beurteilungen mehrmals bestätigt worden. Der behandelnde Kinderarzt Dr. E.____ habe bestätigt, dass bei Kindern mit einem Herzfehler auch ohne operative Intervention ein Risiko von über 50 Prozent bestehe, dass sich eine Thrombose entwickle, die zu einem Hirninfarkt führen könne. Zwischenzeitlich sei ein hämatologisches Gutachten in Auftrag gegeben worden, das sich zum Kausalzusammenhang äussern werde. Dieses werde nach der Fertigstellung dem Gericht eingereicht. Dessen Kosten habe die Beschwerdegegnerin zu übernehmen. Am 10. September 2015 reichte die Rechtsvertreterin einen fachärztlichen Bericht der Klinik für Hämatologie des Universitätsspitals Zürich vom 28. August 2015 ein (act. G 3.1). Darin hatte die leitende Ärztin PD Dr. med. H.____ ausgeführt, in der ersten Nacht nach der Operation der Beschwerdeführerin (die damals vier Monate alt gewesen sei) seien mehrere fokale Krampfanfälle aufgetreten. Die Ursache dieser Anfälle sei ein ausgedehnter Infarkt der Arteria cerebri media links gewesen. Aufgrund des heutigen Wissensstandes müsse die Interpretation der medizinischen Zusammenhänge durch die Beschwerdegegnerin in Zweifel gezogen werden. Daten aus der medizinischen Fachliteratur zeigten, dass ein Drittel der pädiatrischen Patienten mit einem Hirninfarkt eine kardiologische Erkrankung aufwiesen. Bei diesen Erkrankungen handle es sich in



60 Prozent der Fälle um einen angeborenen Herzfehler. Nur in einem Viertel der Fälle träten diese Hirninfarkte innerhalb von 72 Stunden nach einem chirurgischen Eingriff oder einem Herzkatheter auf. Neuste Daten zeigten, dass Kinder mit einem angeborenen Herzfehler ein „19-fach höheres“ Hirninfarktrisiko als Kinder ohne Herzfehler hätten. Dieses erhöhte Risiko bleibe auch dann bestehen, wenn das Herzvitium korrigiert worden und perioperativ kein Hirninfarkt aufgetreten sei. Das Hirninfarktrisiko sei also bei angeborenen Herzfehlern höher als das Risiko bei chirurgischen Eingriffen. In Bezug auf die Beschwerdeführerin sei es wahrscheinlich, dass der Mediainfarkt im Zusammenhang mit dem per se erhöhten Risiko des Hirninfarktes stehe, den chirurgischen Eingriff also eher zufälligerweise begleitet habe und somit nicht als Komplikation, sondern als eine (fast) zwangsläufige Konsequenz des Geburtsgebrechens zu verstehen sei.

B.b Die zuständige obligatorische Krankenpflegeversicherung, die mit einer Kopie der Verfügung vom 18. Juni 2015 bedient worden war (vgl. IV-act. 134–3) akzeptierte den Entscheid der Beschwerdegegnerin; sie erhob keine Beschwerde.

B.c Die Beschwerdegegnerin beantragte am 29. Oktober 2015 die Abweisung der Beschwerde (act. G 5). Zur Begründung führte sie aus, die RAD-Ärztin Dr. G.____ habe bereits am 8. April 2015 überzeugend dargelegt, dass der Hirninfarkt nicht die Folge des anerkannten Geburtsgebrechens sei. Am 30. September 2015 habe sich Dr. G.____ zum Bericht von PD Dr. H.____ geäussert (vgl. IV-act. 158). Ihren Ausführungen zufolge seien ischämische und hämorrhagische Insulte die häufigsten neurologischen Komplikationen bei einer herzchirurgischen Operation. Vorliegend sei der Infarkt durch ein äusseres Ereignis, nämlich die Operation, ausgelöst worden, die gewissermassen den Zusammenhang zwischen dem Geburtsbrechen und dem Infarkt (respektive dem Infarktrisiko) unterbrochen habe. Folglich bestehe kein Leistungsanspruch gestützt auf den Art. 13 IVG. Auch ein Anspruch gestützt auf den Art. 12 IVG falle nicht in Betracht, da eine Eingliederung der Beschwerdeführerin angesichts der geistigen Behinderung nicht möglich sei.

B.d Die Beschwerdeführerin liess am 3. Dezember 2015 an ihren Anträgen festhalten (act. G 7). Am 8. Januar 2016 liess sie die Vergütung weiterer Kosten beantragen (act. G 9).



Erwägungen

1.

Gegenstand der angefochtenen Verfügung hat die Abweisung eines Gesuchs um die Übernahme der Kosten einer Physiotherapie gebildet. Die Beschwerdegegnerin hat sich in der Verfügung zwar auch zur damals noch gültigen Kostengutsprache bezüglich der Ergotherapie geäußert, doch kann die Erklärung, dass in Zukunft die Kostengutsprache betreffend die Ergotherapie nicht mehr verlängert werde, selbstverständlich nicht zum Dispositiv der angefochtenen Verfügung gehören. Dieses Beschwerdeverfahren hat folglich nur die Kosten der Physiotherapie zum Gegenstand.

2.

Der Hirninfarkt, der zu einem behandlungsbedürftigen Hemisyndrom geführt hat, ist entweder durch den angeborenen Herzfehler (Geburtsgebrechen) oder durch eine Operation (Behandlung des Geburtsgebrechens, das heisst des angeborenen Herzfehlers) verursacht worden. Wäre es auch dann zu einem Hirninfarkt und damit zu einem Hemisyndrom gekommen, wenn die Beschwerdeführerin nicht am Herzen operiert worden wäre, so bestünde gestützt auf den Art. 13 IVG ein Anspruch auf medizinische Massnahmen. Das Hemisyndrom als Folge des Hirninfarkts wäre dann zwar für sich allein betrachtet kein Geburtsgebrechen, aber für die Behandlung von Gesundheitsschäden, die eine Folge eines Geburtsgebrechens darstellen, besteht ebenfalls ein Leistungsanspruch gegenüber der Invalidenversicherung gestützt auf den Art. 13 IVG. Vorausgesetzt wird allerdings, dass ein solcher Gesundheitsschaden in einer engen Beziehung zum Symptomkreis des Geburtsgebrechens steht und dass kein äusseres Ereignis bestimmend dazwischen tritt (vgl. Rz 11 KSME). Das Hemisyndrom beziehungsweise der dieses auslösende Hirninfarkt wäre also ein solcher Gesundheitsschaden, wenn er direkt durch den angeborenen Herzfehler bewirkt worden wäre. Wenn der Hirninfarkt (und in dessen Gefolge das Hemisyndrom) aber nicht direkt auf das Geburtsgebrechen zurückzuführen wäre, seine direkte Ursache also in der Herzoperation hätte, dann wäre diese Herzoperation als ein im Sinne der genannten Praxis äusseres Ereignis zu qualifizieren, das bestimmend zwischen das Geburtsgebrechen und das Hemisyndrom getreten wäre. Die Beschwerdeführerin



könnte in diesem Fall keinen Anspruch auf medizinische Massnahmen betreffend das Hemisyndrom gestützt auf den Art. 13 IVG haben. Nun hat in dem Zeitraum, in dem die Beschwerdegegnerin der Beschwerdeführerin noch Leistungen zur Behandlung des Hemisyndroms (Ergotherapie und zeitweise auch Physiotherapie) zugesprochen und ausgerichtet hat, noch der Art. 11 IVG bestanden. Dieser hat einen Anspruch auf medizinische Massnahmen auch für jene Gesundheitsschäden vorgesehen, die zwar im Rahmen der Behandlung eines Geburtsgebrechens auftraten, aber nach der oben dargestellten Praxis nicht als direkt zum Geburtsgebrecchen gehörig betrachtet werden konnten. Dazu hätte der Hirninfarkt beziehungsweise das Hemisyndrom der Beschwerdeführerin gehört, wenn diese Gesundheitsbeeinträchtigung nicht die direkte Folge des Geburtsgebrechens, sondern die Folge der Herzoperation gewesen wäre. Da die gemäss dem Art. 13 IVG und gemäss dem Art. 11 IVG auszurichtenden medizinischen Massnahmen identisch waren, hat die Beschwerdegegnerin damals die Klärung der Frage, ob der Hirninfarkt und damit das Hemisyndrom auch ohne die Herzoperation aufgetreten wäre, unterlassen. Im Ergebnis hat sie damit auch die Frage unbeantwortet gelassen, ob sie die medizinischen Massnahmen zur Behandlung des Hemisyndroms gestützt auf den Art. 13 IVG oder auf den Art. 11 IVG zugesprochen hatte. Für sie ist nur relevant gewesen, dass es neben dem Geburtsgebrecchen und der Herzoperation keine dritte mögliche Ursache für das Hemisyndrom gegeben hat. Die Beschwerdegegnerin hat damals also die Sachverhaltsabklärung vorzeitig abgebrochen. Damit hat sie natürlich auch die Subsumtion des Sachverhalts unter die Tatbestände des Art. 13 IVG oder des Art. 11 IVG nicht vollständig vorgenommen. Trotzdem hat sie eine Rechtsfolge angeordnet, indem sie – jeweils befristet, aber durchgehend – eine Ergotherapie und vorübergehend auch eine Physiotherapie zugesprochen hat.

3.

Nachdem die Beschwerdeführerin längere Zeit keine Physiotherapie zur Behandlung des Hemisyndroms mehr benötigt hatte, hat sie am 31. Dezember 2014 ein neues Gesuch um die Ausrichtung dieser medizinischen Massnahme gestellt. Die Beschwerdegegnerin hat ohne jede Bindung an früher verfügte Zusprachen von Physiotherapie zur Behandlung des Hemisyndroms prüfen müssen, ob ein entsprechender Leistungsanspruch bestanden hat. Da der Art. 11 IVG mit der 6. IV-



Revision am 31. Dezember 2011 aufgehoben worden war, ist die Zusprache einer Physiotherapie gestützt auf diese Gesetzesbestimmung nicht mehr in Frage gekommen. Als gesetzliche Grundlage für eine allfällige Zusprache einer Physiotherapie zur Behandlung des Hemisyndroms hat also nur noch der Art. 13 IVG zur Verfügung gestanden. Damit hat die Beschwerdegegnerin natürlich die Frage, ob der Hirninfarkt direkt durch das Geburtsgebrehen oder aber durch die Herzoperation ausgelöst worden war, nicht mehr unbeantwortet lassen können. Auch die (vollständige) Subsumtion des dazu noch zu ermittelnden Sachverhalts unter den Gesetzestatbestand hat sie nachholen müssen. Zu prüfen ist also, ob der Sachverhalt unter den Art. 13 IVG zu subsumieren ist, womit die Beschwerdeführerin einen Anspruch auf Physiotherapie hätte. Der von der Beschwerdeführerin im Beschwerdeverfahren eingereichte Bericht von PD Dr. H.____ enthält zwar bislang nicht aktenkundige Angaben zum genauen Verlauf der Behandlung und des Hirninfarktes. Daraus lässt sich aber in Bezug auf die Frage, ob der angeborene Herzfehler oder die Herzoperation den Hirninfarkt ausgelöst haben, nichts ableiten. Dementsprechend hat PD Dr. H.____ denn auch nicht fallbezogen, sondern nur rein statistisch mit Literaturangaben zu entsprechenden Studien argumentiert. Damit hat sie eingeräumt, was auch ohne ihren Bericht zu vermuten gewesen wäre: Dass nämlich retrospektiv die Frage nach der direkten Ursache des Hirninfarktes nicht mit dem erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit beantwortet werden kann, weil die medizinische Aktenlage dafür zu dünn ist. Da PD Dr. H.____ alle vorhandenen Unterlagen beigezogen hat, ist von weiteren Abklärungen kein Erkenntnisgewinn zu erwarten. Somit bleibt nur noch die Frage zu beantworten, ob die objektive Unmöglichkeit, für den hier zu beurteilenden Einzelfall die eine (Hirninfarkt als Folge der Herzoperation) oder die andere (Hirninfarkt als direkte Folge des Geburtsgebrehens) Sachverhaltsvariante mit dem erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu belegen, mittels statistischer Angaben überwunden werden kann. Das Abstellen auf die Lebenserfahrung ist dann sinnvoll, wenn damit offensichtlich unnötige und aufwendige Beweismassnahmen vermieden werden können. Da aber stets mit der Möglichkeit gerechnet werden muss, dass es sich im konkreten Einzelfall anders als in der Regel verhalte, muss es zulässig sein, den konkreten Gegenbeweis zu führen, d.h. nachzuweisen, dass die allgemeine Lebenserfahrung im konkreten Fall nicht zutrifft (vgl. etwa HANS PETER WALTER, in:



Heinz Hausheer/Hans Peter Walter [Hrsg.], Berner Kommentar zum Schweizerischen Zivilgesetzbuch, Band I Einleitung und Personenrecht, Bern 2012, Art. 8 N 100 ff.). Das muss natürlich auch dann gelten, wenn in Analogie zur allgemeinen Lebenserfahrung mit den Ergebnissen statistischer Erhebungen argumentiert wird. Die allgemeine Lebenserfahrung und damit auch die in einer Statistik enthaltene spezifische, hier medizinische „Erfahrung“ darf aber dann nicht zur Anwendung gelangen, wenn es objektiv unmöglich ist, eine bestimmte Behauptung zu beweisen oder zu widerlegen. Die in einem solchen Fall bestehende Beweislosigkeit kann weder mit der allgemeinen Lebenserfahrung noch mit einer Statistik überwunden werden, weil die allgemeine Lebenserfahrung oder die Statistik ansonsten als auch für den konkreten Einzelfall zutreffend behauptet würde, ohne dass dies verifiziert oder falsifiziert werden könnte. Die Beweislosigkeit würde also nur verschleiert, bliebe aber unverändert bestehen. Folglich sind weder die allgemeine Lebenserfahrung noch die Statistik geeignet, eine Beweislosigkeit im Einzelfall zu überwinden. Die von PD Dr. H.____ ins Feld geführten statistischen Zusammenhänge können deshalb nicht mit dem erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit belegen, dass der Hirninfarkt, den die Beschwerdeführerin erlitten hat, die direkte Folge des Geburtsgebrechens gewesen ist. Da die Beschwerdeführerin aus dem Vorhandensein eines direkten kausalen Zusammenhangs zwischen dem angeborenen Herzfehler und dem Hirninfarkt einen Leistungsanspruch für sich ableiten will, hat sie in analoger Anwendung des Art. 8 ZGB den Nachteil dieser Beweislosigkeit zu tragen. Dass die Beschwerdegegnerin nach dem Ausserkrafttreten des Art. 11 IVG noch eine Ergotherapie zugesprochen hat, ohne zu klären, ob der Art. 13 IVG die gesetzliche Grundlage hat bilden können, kann kein schützenswertes Vertrauen der Beschwerdeführerin darin begründet haben, dass die Beschwerdegegnerin diesen Rechtsanwendungsfehler in der Zukunft auch für die Physiotherapie wiederholen werde.

4.

Somit ist die Beschwerde im Hauptpunkt abzuweisen. Bei dem Begehren um die Vergütung der Kosten für die Berichterstattung von PD Dr. H.____ handelt es sich um einen Antrag um die Ausrichtung einer entsprechenden Parteientschädigung (Art. 61 lit. g ATSG). Eine Parteientschädigung umfasst nämlich nicht nur die Kosten für die Rechtsvertretung, sondern auch die Auslagen, die für Abklärungsmassnahmen



entstanden sind, die durch den Versicherungsträger oder durch das Versicherungsgericht hätten angeordnet und durchgeführt werden müssen, jedoch von der beschwerdeführenden Partei veranlasst worden sind. Bezüglich der Kostenverteilung für solche Abklärungsmassnahmen ist nicht entscheidend, ob die beschwerdeführende Partei obsiegt oder unterliegt, sondern vielmehr, ob das Beweismittel für die Beurteilung der Streitsache massgebend gewesen ist (vgl. UELI KIESER, ATSG-Kommentar, 3. Aufl. 2015, Art. 61 N 197, mit Hinweisen). Da es sich beim Bericht von PD Dr. H.____ um eine sinnvolle Abklärungsmassnahme gehandelt hat, von der prospektiv ein relevanter Erkenntnisgewinn hat erwartet werden können und auf die bei der gerichtlichen Beurteilung auch abgestellt worden ist, um die materielle Beweislosigkeit im Hauptpunkt zu begründen, sind die entsprechenden Kosten von 661 Franken (act. G 7.1 und G 9.1) in Anwendung des Art. 98 Abs. 2 VRP der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen. Dasselbe gilt auch hinsichtlich der Kosten für die Herstellung des Kontaktes mit PD Dr. H.____ über den behandelnden Kinderarzt von 96.75 Franken (act. G 9.2). In Bezug auf die übrigen Vertretungskosten der Beschwerdeführerin ist das Prinzip des Obsiegens/Unterliegens massgebend. Da die Beschwerdeführerin mit ihrem Hauptbegehren unterliegt, hat sie für den entsprechenden Vertretungsaufwand keinen Anspruch auf eine Entschädigung durch die Beschwerdegegnerin. Diesbezüglich ist ihr Begehren um die Zusprache einer Parteientschädigung also abzuweisen. Dieses Unterliegen hat zudem zur Folge, dass die Beschwerdeführerin für die Gerichtskosten aufzukommen hat. Diese belaufen sich praxisgemäss auf 600 Franken. Sie sind durch den von der Beschwerdeführerin in gleicher Höhe geleisteten Kostenvorschuss gedeckt.

Entscheid

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

1.

Die Beschwerde wird abgewiesen.

2.



Die Beschwerdeführerin hat die Gerichtskosten von Fr. 600.-- zu bezahlen; diese Gebühr ist durch den von ihr geleisteten Kostenvorschuss von Fr. 600.-- gedeckt.

3.

Die Beschwerdegegnerin hat der Beschwerdeführerin die Kosten für die Abklärung bei der Klinik für Hämatologie des Universitätsspitals Zürich im Gesamtbetrag von Fr. 757.75 zu ersetzen; im Übrigen wird das Gesuch um die Zusprache einer Parteientschädigung abgewiesen.