



Fall-Nr.: IV 2017/1
Stelle: Versicherungsgericht
Rubrik: IV - Invalidenversicherung
Publikationsdatum: 18.09.2019
Entscheiddatum: 24.01.2018

Entscheid Versicherungsgericht, 24.01.2018

Art. 13 IVG. Art. 12 IVG. Hüftorthese. Zusammenhang zwischen dem verbindlich anerkannten Geburtsgebrechen Ziff. 485 Anh. GgV (als Symptom eines Williams-Beuren-Syndroms) und einer Hüftsubluxation. Eingliederungswirksamkeit einer Hüftabduktionsorthese (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 24. Januar 2018, IV 2017/1). Teilweise aufgehoben durch Urteil des Bundesgerichts 8C_203/2018.

Besetzung

Präsident Ralph Jöhl, Versicherungsrichterinnen Monika Gehrler-Hug

und Karin Huber-Studerus; Gerichtsschreiber Tobias Bolt

Geschäftsnr.

IV 2017/1

Parteien

A.____,

Beschwerdeführerin,

vertreten durch B.____ und C.____,

gegen

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



Beschwerdegegnerin,

Gegenstand

medizinische Massnahmen (Hüftabduktionsorthese)

Sachverhalt

A.

A.a A.____ wurde im Mai 2011 zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung angemeldet (IV-act. 1). Das Ostschweizer Kinderspital berichtete im Mai 2011, die Versicherte leide an einer angeborenen leichtgradigen Aortenisthmusstenose und an einer angeborenen peripheren Pulmonalstenose (IV-act. 6). Mit einer Mitteilung vom 30. Mai 2011 sicherte die IV-Stelle der Versicherten die Vergütung der im Zeitraum bis zum 30. April 2016 anfallenden Kosten für die zur Behandlung des Geburtsgebrechens Ziff. 313 Anh. GgV notwendigen medizinischen Massnahmen zu (IV-act. 8). Im Juli 2011 teilte das Ostschweizer Kinderspital der IV-Stelle mit, dass die Versicherte auch am Geburtsgebrehen Ziff. 395 Anh. GgV leide (IV-act. 9) und dass der Verdacht auf eine syndromale Erkrankung bestehe (IV-act. 15). Mit einer Mitteilung vom 16. September 2011 sicherte die IV-Stelle der Versicherten auch die Vergütung der in der Zeit bis zum 31. März 2013 anfallenden Kosten für die zur Behandlung des Geburtsgebrechens Ziff. 395 Anh. GgV notwendigen medizinischen Massnahmen sowie die Vergütung der Physiotherapiekosten für die Zeit bis zum 31. März 2013 zu (IV-act. 18). Im Mai 2012 meldeten die Eltern die Versicherte zum Bezug von Leistungen im Zusammenhang mit einer Hörbehinderung an (IV-act. 19). Die Hals-Nasen-Ohrenklinik des Kantonsspitals St. Gallen hatte bereits im März 2012 über eine mässiggradige sensorineurale Schwerhörigkeit beidseits bei einem Williams-Beuren-Syndrom berichtet (IV-act. 22–4 f.). Das Ostschweizer Kinderspital teilte am 9. Januar 2013 mit (IV-act. 35), die Versicherte leide an einem Williams-Beuren-Syndrom mit einer Aortenisthmusstenose, einem allgemeinen Entwicklungsrückstand, einer cochleären Hörstörung beidseits, einer Gedeihstörung, Ernährungsschwierigkeiten bei einer oralen Hypersensibilität und einem geringen, nicht korrekturbedürftigen Astigmatismus hyperopicus simplex beidseits. Die IV-Stelle sicherte der Versicherten mit je einer Mitteilung vom 13. und



St.Galler Gerichte

vom 20. Februar 2013 die Vergütung der zur Behandlung der Geburtsgebrechen Ziff. 446 und 485 Anh. GgV notwendigen Kosten für die Zeit bis zum 31. Dezember 2021 beziehungsweise bis zum 31. März 2022 zu (IV-act. 39 und 42).

A.b Im Dezember 2015 beantragte Dr. med. D.____ vom Ostschweizer Kinderspital die Vergütung der Kosten für eine Hüftorthese mit einem dynamischen Hüftgelenk (IV-act. 74 f.). Am 11. Februar 2016 berichtete Dr. D.____ (IV-act. 86), die Versicherte befinde sich in einer orthopädischen Behandlung, da sie an einer muskulären Hypotonie bei einem Williams-Beuren-Syndrom leide. Die radiologischen Kontrollen hätten eine Subluxationstendenz der Hüftgelenke, links mehr als rechts, gezeigt. Der Migrationsindex betrage links 35 Prozent. Am 15. April 2016 notierte Dr. med. E.____ vom IV-internen regionalen ärztlichen Dienst (RAD; IV-act. 88), Dr. D.____ habe ihre Arbeitshypothese, wonach die Hüftsubluxation auf das anerkannte Geburtsgebrechen zurückzuführen sei, nicht weiter begründet. Gemäss der einschlägigen Fachliteratur litten Patienten mit einem Williams-Beuren-Syndrom typischerweise an einer besonderen Gesichtsform, an einem Minderwuchs, an radio-ulnaren Synostosen, an einer Verkalkung der Disci intervertebrales mit Skoliosen und an anderen Beschwerden, aber nicht an Pathologien der Hüften. Aus medizinischer Sicht sei die Hüftsubluxation nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf das Williams-Beuren-Syndrom zurückzuführen. Er empfehle deshalb die Abweisung des Leistungsbegehrens. Am 19. April 2016 teilte die IV-Stelle dem Orthopädie-Techniker, den Eltern der Versicherten, der obligatorischen Krankenpflegeversicherung und dem Ostschweizer Kinderspital mit, dass sie die Kosten für die Hüftorthese nicht übernehme (IV-act. 89). Am 17. Mai 2016 ersuchte Dr. D.____ erneut um eine Kostenvergütung (IV-act. 90). Sie hielt fest, in der Fachliteratur werde eine übermässige Beweglichkeit an multiplen Gelenken bei jungen Patienten mit einem Williams-Beuren-Syndrom beschrieben, die ihre Ursache im niedrigen Muskeltonus finde. Eine übermässige Gelenkslaxität sei eine häufige Begleiterscheinung der Krankheit. Unregelmässig träten deshalb Dislokationen beziehungsweise Luxationen der Gelenke auf. Das betreffe bis zu zwei Prozent der Patienten mit einem Williams-Beuren-Syndrom. Die Versicherte leide an einer solchen Gelenkslaxität im Rahmen des Williams-Beuren-Syndroms. Die Hüftsubluxation werde deshalb als eine Folge dieser Gelenkslaxität respektive des Geburtsgebrechens qualifiziert. Am 8. Juli 2016 notierte der RAD-Arzt Dr. E.____ (IV-act. 99), im Fachartikel, den Dr. D.____ eingereicht habe, heisse es wortwörtlich: „Persistent



St.Galler Gerichte

joint laxity may contribute to the infrequent reports of joint dislocation in the WS population (up to 2%)“. Das werfe die Frage auf, ob ein derart seltenes Problem noch zum typischen Symptomenkomplex gezählt werden könne. Im Übrigen litten („je nach Quelle“) in Europa zwei bis vier Prozent der Neugeborenen an einer kongenitalen Hüftdysplasie. Vor diesem Hintergrund erweise sich die Abweisung des Leistungsbegehrens als richtig. Am 12. Juli 2016 teilte die IV-Stelle dem Ostschweizer Kinderspital mit, dass sie an der Abweisung ihres Leistungsbegehrens festhalte (IV-act. 100). Dagegen wandte Dr. D.____ am 4. August 2016 ein (IV-act. 102), die Versicherte leide nicht an einer kongenitalen Hüftdysplasie. Die behandlungsbedürftige Dezentrierung der Hüftgelenke sei eindeutig und uneingeschränkt auf die muskuläre Hypotonie im Rahmen der Grunderkrankung (Williams-Beuren-Syndrom) zurückzuführen. Die IV-Stelle teilte Dr. D.____ am 2. September 2016 mit (IV-act. 103), die Invalidenversicherung vergüte die Kosten für die Behandlung von Folgen eines anerkannten Geburtsgebrechens nur, wenn diese Folgen in einem qualifizierten Kausalzusammenhang mit dem Geburtsgebrehen stünden. Ein solcher Zusammenhang sei hier nicht nachgewiesen. Die Eltern oder die Krankenpflegeversicherung könnten eine anfechtbare Verfügung verlangen, falls sie mit dem Entscheid nicht einverstanden seien. Am 19. September 2016 beantragten die Eltern der Versicherten die Eröffnung einer beschwerdefähigen Verfügung (IV-act. 104). Diesem Begehren kam die IV-Stelle nach, indem sie am 13. Oktober 2016 zunächst einen Vorbescheid erliess (IV-act. 109), mit dem sie nochmals mitteilte, dass sie das Leistungsbegehren abweisen werde. Die Eltern der Versicherten erklärten am 10. November 2016 erneut, dass sie mit diesem Entscheid nicht einverstanden seien (IV-act. 110). Am 6. Dezember 2016 eröffnete die IV-Stelle die Abweisung des Leistungsbegehrens schliesslich in der Form einer anfechtbaren Verfügung (IV-act. 112).

B.

B.a Am 4. Januar 2017 liess die Versicherte (nachfolgend: die Beschwerdeführerin) beim Versicherungsgericht des Kantons St. Gallen einen „Einwand“ gegen die Verfügung vom 6. Dezember 2016 erheben (act. G 1). Ihre Eltern beantragten die Vergütung der Kosten für die Hüftorthese durch die Invalidenversicherung (nachfolgend: die Beschwerdegegnerin). Zur Begründung führten sie an, ihre Tochter



St.Galler Gerichte

leide im Rahmen des Williams-Beuren-Syndroms an einer deutlichen muskulären Hypotonie. Dadurch sei es zu einer Hüftdezentrierung mit einer Subluxation gekommen. Diese Subluxation müsse mit einer Hüftabduktionsorthese behandelt werden.

B.b Die Beschwerdegegnerin beantragte am 15. März 2017 unter Hinweis auf die Notizen des RAD vom 15. April 2016 und vom 8. Juli 2016 sowie auf eine Stellungnahme des „Fachbereichs“ vom 21. Februar 2017 die Abweisung der Beschwerde (act. G 4). In jener Stellungnahme hatte ein Sachbearbeiter festgehalten, gemäss den Ausführungen des RAD liege kein qualifizierter Kausalzusammenhang zwischen dem Geburtsgebrechen und der Hüftsubluxation vor (IV-act. 127).

B.c Die Beschwerdeführerin liess am 25. April 2017 an ihrem Antrag festhalten (act. G 6).

B.d Die Beschwerdegegnerin machte am 14. Juli 2017 geltend (act. G 12), der RAD-Arzt Dr. E.____ habe sich nochmals ausführlich mit den Argumenten der Beschwerdeführerin respektive des Ostschweizer Kinderspitals auseinandergesetzt. Er habe differenziert und plausibel begründet dargelegt, dass eine muskuläre Hypotonie sowie spezifische Hüftpathologien gemäss der einschlägigen medizinischen Literatur nicht zu den Kardinalsymptomen eines Williams-Beuren-Syndroms gehörten und auch nicht vom Bundesverband Williams-Beuren-Syndrom e.V. als Leitsymptom aufgeführt werde. Die Hüftdezentrierung stelle also keine „fast zwangsläufige Konsequenz“ eines Williams-Beuren-Syndroms dar. Folglich liege kein qualifizierter Kausalzusammenhang im Sinne der bundesgerichtlichen Rechtsprechung zwischen dem Williams-Beuren-Syndrom und der Hüftsubluxation vor, weshalb sich die angefochtene Verfügung als rechtmässig erweise. Der Duplik lag eine Stellungnahme des RAD-Arztes Dr. E.____ vom 12. Juli 2017 bei, in der dieser ausgeführt hatte, die Hüftsubluxation gehöre nicht zu den Leitsymptomen bei einem Williams-Beuren-Syndrom (act. G 12.1).

Erwägungen

1.



1.1 Laut dem Art. 13 Abs. 1 IVG haben Versicherte bis zum vollendeten 20. Altersjahr einen Anspruch auf die zur Behandlung von Geburtsgebrechen notwendigen medizinischen Massnahmen, wobei sich die Leistungspflicht gemäss dem Art. 13 Abs. 2 IVG allerdings nur auf jene Geburtsgebrechen erstreckt, die vom Bundesrat im Anhang zur GgV angeführt worden sind. Das Williams-Beuren-Syndrom, an dem die Beschwerdeführerin leidet, ist im Anhang zur GgV nicht angeführt. Die Beschwerdegegnerin hat deshalb die mit diesem Syndrom in Verbindung gebrachten Gesundheitsschäden nicht direkt als Geburtsgebrechen anerkennen können, die eine Leistungspflicht der Invalidenversicherung auslösen würden. Ihre leistungsbegründenden Feststellungen beziehen sich folglich auf einzelne Gebrechen, die eine Folge dieses Syndroms sind, aber im Anhang zur GgV als eigenständige Geburtsgebrechen angeführt werden, nämlich auf eine angeborene Herz- und Gefässmissbildung (Ziff. 313 Anh. GgV; verbindliche Mitteilung vom 30. Mai 2011), auf eine leichte cerebrale Bewegungsstörung (Ziff. 395 Anh. GgV; verbindliche Mitteilung vom 16. September 2011), auf eine angeborene Schallempfindungsschwerhörigkeit (Ziff. 446 Anh. GgV; verbindliche Mitteilung vom 13. Februar 2013) und auf eine kongenitale Dystrophie des Bindegewebes (Ziff. 485 Anh. GgV; verbindliche Mitteilung vom 20. Februar 2013). Die Hüftsubluxation, für deren Behandlung die Beschwerdeführerin um eine Kostenvergütung ersucht hat, weist offensichtlich keinen Zusammenhang zu den verbindlich anerkannten Geburtsgebrechen Ziff. 313, 395 und 446 Anh. GgV auf. Fraglich ist also nur, ob die Hüftsubluxation ein Symptom (oder – wie der RAD bzw. die Beschwerdegegnerin anzunehmen scheint – eine indirekte Folge im Sinne der Rz 11 KSME) des Geburtsgebrechens Ziff. 485 Anh. GgV, also einer kongenitalen Dystrophie des Bindegewebes als Symptom des Williams-Beuren-Syndroms ist.

1.2 Der RAD-Arzt Dr. E. ___ hat (für medizinische Laien einigermaßen verständlich) dargelegt, dass bei den meisten Personen, die an einem Williams-Beuren-Syndrom litten, die Synthese des Eiweisses Elastin beeinträchtigt sei. Bei diesem handle es sich um ein Faserprotein, das in seiner Funktion für die Formgebung und den Halt respektive für die Dehnungsfähigkeit grosser Blutgefässe verantwortlich sei. Da Elastin dem Bindegewebe zugeordnet sei, weise dieser Defekt einen Zusammenhang mit dem Geburtsgebrechen Ziff. 485 Anh. GgV auf. Unter einer Dystrophie verstehe man eine degenerative Besonderheit, bei der es durch Entwicklungsstörungen einzelner



Gewebe, Zellen, Körperteile, Organe oder auch des gesamten Organismus zu entsprechenden Degenerationen komme. Das bedeutet, dass die Hüftsubluxation der Beschwerdeführerin einen Zusammenhang mit einem degenerativen Defekt des Bindegewebes aufweisen müsste, damit die Beschwerdegegnerin eine Leistungspflicht für die Behandlung der Hüftsubluxation träge. Die behandelnden Ärzte des Ostschweizer Kinderspitals haben geltend gemacht, bei der Beschwerdeführerin liege eine muskuläre Hypotonie vor, die ein Symptom des Williams-Beuren-Syndroms sei. Laut dem Bericht vom 9. Januar 2013 ist die muskuläre Hypotonie sogar eines jener Symptome gewesen, die ursprünglich den Verdacht auf das Vorliegen eines Williams-Beuren-Syndroms geweckt hatten (vgl. IV-act. 35–4). Anscheinend stellt die muskuläre Hypotonie also eine spezifische Ausprägung der für ein Williams-Beuren-Syndrom typischen Bindegewebsstörung dar. Sie ist demnach ein (direktes) Symptom dieser Erkrankung und nicht etwa bloss eine (indirekte) Folge im Sinne der Rz 11 KSME. Den Stellungnahmen des RAD-Arztes Dr. E.____ lässt sich kein Hinweis entnehmen, der gegen diese offenbar von den behandelnden Ärzten vertretene Ansicht sprechen würde. Die verbindliche Anerkennung der Leistungspflicht im Zusammenhang mit dem Geburtsgebrechen Ziff. 485 Anh. GgV weist also einen direkten Zusammenhang mit der muskulären Hypotonie auf.

1.3 Der RAD-Arzt Dr. E.____ hat das Vorliegen eines Zusammenhangs zwischen der Hüftsubluxation und dem Williams-Beuren-Syndrom respektive der muskulären Hypotonie mit dem Argument verneint, in der Fachliteratur werde ein solcher Zusammenhang nur in ganz seltenen Fällen beschrieben; sogar die Wahrscheinlichkeit, dass ein ansonsten gesundes Kind an einer kongenitalen Hüftdysplasie leide, sei höher. Offenbar hat Dr. E.____ daraus nicht nur abgeleitet, dass eine Hüftsubluxation in den allermeisten Fällen keinen Zusammenhang mit einem Williams-Beuren-Syndrom aufweise, sondern – darüber hinausgehend – die Ansicht vertreten, selbst in jenen Fällen, in denen ein solcher Zusammenhang nachgewiesen sei, dürfe die Hüftsubluxation nicht als eine Folge eines anerkannten Geburtsgebrechens qualifiziert werden, weil sie eben kein typisches Symptom sei. Diese Argumentation ist nicht stichhaltig. Für die Rechtsanwendung sind nämlich nicht statistische Zusammenhänge, Wahrscheinlichkeiten oder allgemeine Lebenserfahrungen, sondern die Umstände des konkreten Einzelfalls massgebend. Etwas anderes gilt nur dort, wo sich der Rechtsanwender nicht anders als mit einer allgemeinen Lebenserfahrung behelfen



kann. Auch in solchen Fällen stellt die allgemeine Lebenserfahrung aber nur eine Vermutung dar, die jederzeit durch einen Gegenbeweis widerlegt werden kann (vgl. etwa OSCAR VOGEL/KARL SPÜHLER, Grundriss des Zivilprozessrechts, 7. Aufl. 2001, Kap. 10, Rz 51). Das bedeutet, dass die tatsächlichen Verhältnisse des konkreten Einzelfalls stets der allgemeinen Erfahrung vorgehen. Der RAD-Arzt Dr. E.____, der als juristischer Laie dieses Zusammenspiel zwischen der allgemeinen Lebenserfahrung und den Umständen im konkreten Einzelfall nicht kennen kann, hat die Rangfolge in seiner Argumentation auf den Kopf gestellt, indem er der Statistik den Vorrang vor den Umständen des konkreten Einzelfalls eingeräumt hat. Würde man diese Argumentation konsequent zu Ende führen, dürften die tatsächlichen Verhältnisse des konkreten Einzelfalls nie mehr eine Rolle spielen, was offenkundig absurd wäre und zu einer systematischen Verletzung des Gleichbehandlungsgebotes führen würde. Dieses gebietet nämlich, nur Gleiches nach Massgabe seiner Gleichheit gleich zu behandeln und Ungleiches dagegen nach Massgabe seiner Ungleichheit ungleich zu behandeln. Massgebend ist also nicht, wie häufig das Auftreten einer Hüftsubluxation bei Menschen ist, die an einem Williams-Beuren-Syndrom leiden, sondern nur, ob das Williams-Beuren-Syndrom bei der Beschwerdeführerin ursächlich für die Hüftsubluxation gewesen ist. Diese entscheidende Frage hat der RAD-Arzt Dr. E.____ nicht beantwortet. Trotzdem erweist sich der Sachverhalt diesbezüglich als mit dem erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen, denn die behandelnden Ärzte des Ostschweizer Kinderspitals haben überzeugend dargelegt, dass der niedrige Muskeltonus bei der Beschwerdeführerin mit einer übermässigen Gelenkbeweglichkeit einhergehe und dass diese übermässige Gelenkslaxität zu Dislokationen respektive Luxationen des Hüftgelenks der Beschwerdeführerin geführt habe. Dieser Zusammenhang sei „eindeutig und uneingeschränkt“ (IV-act. 102). Der Behandlungsauftrag der Ärzte des Ostschweizer Kinderspitals schwächt die Überzeugungskraft dieser Ausführungen nicht, denn das therapeutische Interesse wird durch die Beantwortung der Frage nach dem Zusammenhang zwischen der Hüftsubluxation und dem verbindlich anerkannten Geburtsgebrechen nicht berührt. Es besteht also kein ernsthafter Zweifel daran, dass die Hüftsubluxation, an der die Beschwerdeführerin leidet, eine direkte Folge des Williams-Beuren-Syndroms respektive des verbindlich anerkannten Geburtsgebrechens Ziff. 485 Anh. GgV ist. Die Invalidenversicherung trifft deshalb für deren Behandlung eine Leistungspflicht.



1.4 Gestützt auf die überzeugenden Ausführungen der behandelnden Ärzte des Ostschweizer Kinderspitals steht auch mit dem erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit fest, dass die Beschwerdeführerin eine Hüftabduktionsorthese zur Behandlung der Hüftsubluxation benötigt. Grundsätzlich besteht folglich ein entsprechender Leistungsanspruch der Beschwerdeführerin. Die Beschwerdegegnerin wird aber noch abzuklären haben, ob die beantragte Orthese die weiteren Anspruchsvoraussetzungen (namentlich die Kriterien der Wirtschaftlichkeit und der Zweckmässigkeit) erfüllt. Dafür wird die Sache an sie zurückgewiesen.

2.

Selbst wenn eine Leistungspflicht der Invalidenversicherung gestützt auf den Art. 13 IVG verneint werden müsste, hätte die Beschwerdeführerin gegenüber der Beschwerdegegnerin einen Anspruch auf eine Hüftabduktionsorthese. Es liegt nämlich auf der Hand, dass die unbehandelte Hüftsubluxation die Eingliederung der Beschwerdeführerin ins Erwerbsleben erheblich erschweren würde. Folglich wirkt sich eine Hüftabduktionsorthese eingliederungsfördernd aus, weshalb die Anspruchsvoraussetzungen des Art. 12 IVG erfüllt sind. Zwar gehören offenbar leichte bis mittelschwere geistige Behinderungen zu typischen Symptomen eines Williams-Beuren-Syndroms. Daraus kann aber nicht abgeleitet werden, dass zum Vorneherein damit zu rechnen wäre, die Beschwerdeführerin werde nie einen ökonomisch relevanten Mehrwert erzielen, das heisst nie erwerbstätig sein können. Die Akten enthalten jedenfalls keinen Anhaltspunkt für eine solche Prognose. Folglich besteht eine Ungewissheit bezüglich der späteren Eingliederungsfähigkeit der Beschwerdeführerin. Diese Unsicherheit müsste – als eine objektive Beweislosigkeit – an sich zur Folge haben, dass der Beschwerdeführerin medizinische Massnahmen gestützt auf den Art. 12 IVG verweigert werden müssten (vgl. Art. 8 ZGB). Das hätte aber zur Folge, dass ganz bewusst eine erhebliche Erschwerung einer möglichen späteren Eingliederung in Kauf genommen würde. Die Beschwerdeführerin könnte dann nämlich erst kurz vor dem Ende der schulischen Ausbildung medizinische Massnahmen beanspruchen und mit diesen Massnahmen müsste möglichst alles wettgemacht werden, was in den Jahren davor versäumt worden wäre. Dies wäre absurd und liefe offenkundig dem Sinn und Zweck des Art. 12 IVG zuwider, 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. Das alles spricht für die Notwendigkeit, selbst bei einer unsicheren Prognose bezüglich einer späteren Eingliederungsfähigkeit so früh als möglich mit medizinischen Massnahmen zu beginnen. Angesichts des Umstandes, dass Eingliederungsmassnahmen im Verhältnis zu Rentenleistungen in aller Regel wesentlich kostengünstiger sind (und dass vorliegend bereits ein Verwaltungsaufwand betrieben worden ist, der die Kosten der Hüftabduktionsorthese um ein Vielfaches übersteigt), ist die Verweigerung einer Eingliederungsmassnahme, die das Risiko einer späteren Rentenleistung erhöht, als unverhältnismässig zu qualifizieren. Wenn also nicht mit einer hohen Plausibilität feststeht, dass die versicherte Person später selbst im besten Fall und trotz maximaler Unterstützung durch die Invalidenversicherung nie ein 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 folgend – ein Anspruch auf eine medizinische Eingliederungsmassnahme bejaht werden (sofern die übrigen Voraussetzungen erfüllt sind). Vor diesem Hintergrund müsste die Beschwerdegegnerin die Kosten der beantragten Hüftabduktionsorthese also auch dann übernehmen, wenn der Art. 13 IVG nicht zur Anwendung gelangen würde (vgl. zum Ganzen auch den Entscheid IV 2016/287 des St. Galler Versicherungsgerichtes vom 24. Januar 2018, E. 3.2).

3.

Folglich ist die angefochtene Verfügung aufzuheben und der Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine Versorgung mit einer Hüftabduktionsorthese ist dem Grundsatz nach zu bejahen. Die Beschwerdegegnerin wird aber noch zu ermitteln haben, wie die abzugebende Hüftabduktionsorthese konkret beschaffen sein muss. Sie wird darüber noch zu verfügen haben. Bei diesem Verfahrensausgang ist in Bezug auf die Gerichtskosten praxismässig von einem vollumfänglichen Obsiegen der Beschwerdeführerin auszugehen. Die Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- ist deshalb der unterliegenden Beschwerdegegnerin aufzuerlegen. Der Beschwerdeführerin wird der



von ihr geleistete Kostenvorschuss zurückerstattet. Die nicht anwaltlich vertretene Beschwerdeführerin hat keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung.

Entscheid

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

1.

In Gutheissung der Beschwerde wird die angefochtene Verfügung vom 6. Dezember 2016 aufgehoben und es wird festgestellt, dass die Beschwerdeführerin dem Grundsatz nach einen Anspruch auf eine Versorgung mit einer Hüftabduktionsorthese hat; die Sache wird zur weiteren Abklärung des konkreten Versorgungsbedarfs und zur neuen Verfügung im Sinne der Erwägungen an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen.

2.

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