

S1 23 181 und S1 24 39

URTEIL VOM 26. JUNI 2024

**Kantonsgericht Wallis
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung**

Besetzung: Michael Steiner, Präsident; Candido Prada und Dr. Thierry Schnyder, Kantonsrichter; Petra Stoffel, Gerichtsschreiberin

in Sachen

X _____, Beschwerdeführer, vertreten durch Rechtsanwalt Daniel Schilliger, Procap, Olten

gegen

KANTONALE IV-STELLE, Beschwerdegegnerin

(medizinische Massnahmen; Schuheinlagen; Physiotherapie)

Beschwerden gegen die Verfügungen vom 25. September 2023 und 19. Januar 2024

Verfahren

A. Der am 19. März 2018 geborene X _____ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer) wurde am 23. April 2018 unter Hinweis auf das Prader-Willi-Syndrom (PWS) mit den typischen Befunden von Hypotonie und Entwicklungsrückstand bei der Beschwerdegegnerin zum Leistungsbezug angemeldet (Akten der IV S. 13 ff.). Das in diesem Zusammenhang gleichzeitig gestellte Gesuch um medizinische Massnahmen (Physiotherapie, Ernährungssonde, Spitex) lehnte die IV-Stelle nach Rücksprache mit dem Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) mit Verfügung vom 9. Oktober 2018 ab (S. 77 ff.).

Mit Schreiben vom 19. Februar 2019 stellten die Ärzte der Universitätsklinik für Kinderheilkunde in Bern (Universitätsklinik) den Antrag auf Kostengutsprache für eine Wachstumshormontherapie bei PWS mit schwerer muskulärer Hypotonie (S. 92). Nach erfolgreichem Nachweis eines Wachstumshormonmangels ordnete die IV-Stelle am 9. August 2019 die Kostengutsprache für die Behandlung gestützt auf das Geburtsgebrechen Ziffer 462 Anhang GgV für die Zeit vom 13. Mai 2019 bis zum 31. März 2038 an (S. 180 f.).

Die Invalidenversicherung übernahm ebenfalls die Kosten der notwendigen medizinischen Massnahmen im Zusammenhang mit den Geburtsgebrechen Ziffern 355 GgV Anhang (Kryptorchismus) und 463 GgV Anhang (Schilddrüsenhormonmangel).

B. Mit Schreiben vom 26. Oktober 2020 ersuchte die Mutter des Versicherten die Invalidenversicherung unter Hinweis auf das PWS um Kostenübernahme für Ergotherapie (S. 262). Die IV-Stelle verneinte mit Verfügung vom 27. April 2021 die Leistungspflicht (S. 290 ff.). Mit Verfügung vom 27. Februar 2023 lehnte sie auch die Kostengutsprache für das Inkontinenzmaterial ab (S. 371 ff.).

C. Am 23. Mai 2023 stellte die Kinderärztin des Versicherten das Gesuch um Kostengutsprache für orthopädische Schuheinlagen (S. 391). Mit Bericht vom 16. August 2023 beantragte die leitende Ärztin der Universitätsklinik die Übernahme der Kosten für Ergotherapie, Logopädie und Physiotherapie (S. 426). Am 1. September 2023 trat die IV-Stelle auf das Wiedererwägungsgesuch betreffend die Ergotherapie nicht ein (S. 433 ff.).

Mit Verfügung vom 25. September 2023 wies sie die Pflicht zur Kostenübernahme der Schuheinlagen ab (S. 452 ff.). Weder ein Knick-Senkfuss noch das vorhandene PWS an sich würden Geburtsgebrechen im Sinne der Invalidenversicherung darstellen. Es bestehe auch kein qualifizierter Kausalzusammenhang zwischen dem PWS und den Knick-Senkfüssen.

Mit der Begründung, bei der Logopädie handle es sich nicht um eine anerkannte medizinische Massnahme im Sinne von Art. 14 IVG, verfügte die IV-Stelle am 24. Oktober 2023 die Kostenablehnung (S. 483 ff.). Diese Verfügung trat unangefochten in Rechtskraft.

Am 19. Januar 2024 wies schliesslich die IV-Stelle das Leistungsbegehren betreffend die Kostenübernahme für Physiotherapie ab (S. 558 ff.). Es bestehe kein qualifizierter adäquater Kausalzusammenhang zwischen der unter Ziffer 462 Anhang GgV versicherten endokrinologischen (hypothalamo-hypophysären) Störung und der muskulären Hypotonie und einem psychomotorischen Entwicklungsrückstand (PMER).

D. Gegen die Verfügungen vom 25. September 2023 und 19. Januar 2024 wurden am 30. Oktober 2023 und 22. Februar 2024 Beschwerden bei der sozialversicherungsrechtlichen Abteilung des Kantonsgerichts Wallis erhoben. Darin beantragte der Beschwerdeführer die Aufhebung der Verfügungen und die Zusprache der Kostenübernahme für orthopädische Schuheinlagen und Physiotherapie. Eventualiter sei die Angelegenheit zur Neuurteilung an die Vorinstanz zurückzuweisen. Die Beschwerdeführerin verkenne, dass orthopädische Schuheinlagen als Behandlungsgeräte eingesetzt werden könnten, weshalb deren Kostenübernahme unter dem Gesichtspunkt der Abgabe von Hilfsmitteln zu prüfen sei. Im Übrigen könne von einem qualifizierten Kausalzusammenhang zwischen der hypothalamo-hypophysären Störung und der Fussfehlstellung ausgegangen werden, da das PWS überdurchschnittlich häufig mit solchen Fehlstellungen korreliere. Bei der von ihm beantragten Physiotherapie handle es sich um eine nach bewährter Erkenntnis der medizinischen Wissenschaft angezeigte Massnahme zur Behandlung der PWS-bedingten muskulären Schwäche. Die muskuläre Hypotonie beim PWS sei – als direkte Folge der hypothalamo-hypophysären Störung – unter das Geburtsgebrechen Ziffer 462 Anhang GgV zu subsumieren.

Am 22. November 2023 liess der Beschwerdeführer den Bericht der leitenden Ärztin der Universitätsklinik einreichen.

Mit Beschwerdeantworten vom 23. Januar und 16. April 2024 schloss die IV-Stelle auf Abweisung der Beschwerden. Der RAD-Facharzt sei gestützt auf die Akten in nachvollziehbarer Weise zum Schluss gekommen, dass die Kosten von der IV nicht zu übernehmen seien. Weder dem Vorliegen der muskulären Hypotonie noch dem Knick-Senkfuss liege eine angeborene Störung der hypothalamo-hypophysären Funktion zu Grunde.

Im zweiten Schriftenwechsel hielten beide Parteien an ihren Anträgen und Ausführungen fest, wobei am 27. März 2024 die Stellungnahme von Prof. Dr. A _____ vom 21. März 2024 nachgereicht wurde.

Auf weitere Parteivorbringen wird, soweit entscheidungswesentlich, in den nachfolgenden Erwägungen eingegangen.

Erwägungen

1.

1.1 Die Beschwerden S1 23 181 und S1 24 39 betreffen dieselben Parteien und beruhen auf dem gleichen Sachverhalt, weshalb sie miteinander verbunden und in einem Urteil erledigt werden (BGE 142 II 293 E. 1.2 und 127 V 29 E. 1). Dem Beschwerdeführer erwächst daraus kein Nachteil, da trotz Verbindung die in beiden Rechtsmitteln erhobenen Einwände zu prüfen sind.

1.2 In Abweichung von Art. 58 Abs. 1 ATSG sind Verfügungen der kantonalen IV-Stellen direkt vor dem Versicherungsgericht am Ort der IV-Stelle anfechtbar (Art. 69 Abs. 1 IVG). In casu ist dies die sozialversicherungsrechtliche Abteilung des Kantonsgerichts (Art. 7 Abs. 2 RPfIG i.V.m. Art. 1 Abs. 2 RVG und Art. 81a VVRG), die als kantonales Versicherungsgericht für die Behandlung von Beschwerden auf dem Gebiet des Sozialversicherungsrechts zuständig ist (vgl. BGE 127 V 176 E. 2). Der Beschwerdeführer ist als Verfügungsadressat von den Verfügungen der Beschwerdegegnerin berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Änderung (Art. 59 ATSG). Er ist somit zur Beschwerde legitimiert. Auf die form- (Art. 61 lit. b ATSG) und fristgerecht (Art. 60 ATSG) eingereichten Beschwerden ist einzutreten.

2.

2.1 Am 1. Januar 2022 sind neue IVG-Bestimmungen mitsamt entsprechendem Verordnungsrecht in Kraft getreten. In intertemporalrechtlicher Hinsicht gilt für die Beurteilung der Frage, welches Recht bei einer Änderung der Rechtsgrundlagen Anwendung findet, der Grundsatz, dass diejenigen Rechtssätze massgebend sind, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 144 V 210 E. 4.3.1). Bei der Beurteilung von Dauersachverhalten wird im Sozialversicherungsrecht auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der strittigen Verfügung eingetretenen Sachverhalt abgestellt (vgl. BGE 144 I 81 E. 4.1 S. 86 f.; Bundesgerichtsurteil 9C_201/2021 vom 15. Juni 2021 E. 5.1). Für den hier zu beurteilenden Fall bedeutet

das, dass die Ansprüche nach den neuen Gesetzes- und Verordnungsbestimmungen zu prüfen sind.

2.2 Das Gericht kontrolliert die angefochtenen Entscheide frei und ist an die Begehren der Parteien nicht gebunden (Art. 61 lit. c und d ATSG).

2.3 Zu prüfen ist der Anspruch auf medizinische Eingliederungsmassnahmen in Form von Schuheinlagen und Physiotherapie durch die Invalidenversicherung im Zusammenhang mit dem anerkannten Geburtsgebrechen Ziffer 462 Anhang GgV.

3.

3.1 In der Invalidenversicherung besteht eine Leistungspflicht bei medizinischen Massnahmen im Allgemeinen (Art. 12 IVG) und bei Geburtsgebrechen (Art. 13 IVG) im Besonderen. Nach Art. 12 IVG haben Versicherte bis zum vollendeten 20. Altersjahr Anspruch auf medizinische Eingliederungsmassnahmen, die nicht auf die Behandlung des Leidens an sich, sondern unmittelbar auf die Eingliederung in die obligatorische Schule, in die berufliche Erstausbildung, ins Erwerbsleben oder in den Aufgabenbereich gerichtet sind. Der Leistungsanspruch bei Geburtsgebrechen gemäss Art. 13 IVG besteht demgegenüber unabhängig von der Möglichkeit einer späteren Eingliederung in das Erwerbsleben oder in den Aufgabenbereich. Eingliederungszweck ist die Behebung oder Milderung der als Folge eines Geburtsgebrechens eingetretenen Beeinträchtigung (BGE 115 V 202 E. 4e cc; Bundesgerichtsurteil 8C_664/2014 vom 21. Mai 2015 E. 2.2).

Medizinische Massnahmen zur Behandlung von Geburtsgebrechen (Art. 3 Abs. 2 ATSG) werden gewährt für die Behandlung angeborener Missbildungen, genetischer Krankheiten sowie prä- und perinatal aufgetretener Leiden, die u.a. fachärztlich diagnostiziert sind (Art. 13 Abs. 2 lit. a IVG). Der Zeitpunkt, in dem ein Geburtsgebrechen als solches erkannt wird, ist unerheblich (Art. 3 Abs. 3 IVV). Der Anspruch auf Behandlung eines Geburtsgebrechens beginnt mit der Einleitung von medizinischen Massnahmen, frühestens jedoch nach vollendeter Geburt (Art. 3^{ter} Abs. 1 IVV). Das Eidgenössische Departement des Innern (EDI) erstellt die Liste nach Art. 14^{ter} Abs. 1 lit. b IVG mit den Geburtsgebrechen, für die medizinische Massnahmen nach Art. 13 IVG gewährt werden (Art. 3^{bis} Abs. 1 IVV). Es kann nähere Vorschriften über die Liste erlassen (Art. 3^{bis} Abs. 2 IVV).

Die IV übernimmt die notwendigen und ärztlich angeordneten medizinischen Massnahmen, welche wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sind (Art. 14 Abs. 2 IVG). Die medizinischen Massnahmen umfassen u.a. die Behandlung, die vom Arzt selbst oder auf seine Anordnung durch medizinische Hilfspersonen in Anstalts- oder Hauspflege vorgenommen wird, mit Ausnahme von logopädischen Therapien (Art. 14 Abs. 1 lit. a und

Abs. 3 IVG). Gemäss dem vom Bundesamt für Sozialversicherungen (BSV) herausgegebenen Kreisschreiben über die medizinischen Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung (KSME) kann die Physiotherapie als zeitlich befristete medizinische Eingliederungsmassnahme zur Behandlung einer wesentlichen Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit im Sinne von Art. 12 IVG dienen (Ziffern 6.2, 14, 65.1 und 1035.1). Ein Entwicklungsrückstand (insbesondere auch ein rein motorischer Entwicklungsrückstand) gilt nach Ziffer 395.3 KSME nicht als Geburtsgebrechen im Sinne der IV. Eine Physiotherapie mit dem Ziel der Entwicklungsförderung oder der Behandlung eines Entwicklungsrückstandes kann folglich nicht von der IV übernommen werden. Die Physiotherapie muss ärztlich verordnet und die Indikation zur Therapie durch neurologisch und motorisch fassbare Störungen begründet sein, die mit entsprechenden Befunden dokumentiert sein müssen und welche sich auf den Erwerb von Fähigkeiten und Fertigkeiten auswirken. Aus dem Antrag zur Physiotherapie müssen die Ziele der Behandlung hervorgehen (Ziffer 1035.3 KSME).

3.2 Ziffer 462 Anhang GgV nennt das Geburtsgebrechen «angeborene Störungen der hypothalamo-hypophysären Funktion (hypophysärer Kleinwuchs, Diabetes insipidus, entsprechende Funktionsstörungen beim Prader-Willi-Syndrom und beim Kallmann-Syndrom)».

Nach der Rechtsprechung erstreckt sich der Anspruch auf medizinische Massnahmen ausnahmsweise auch auf die Behandlung sekundärer Gesundheitsschäden, die zwar nicht mehr zum Symptomenkreis des Geburtsgebrechens gehören, aber nach medizinischer Erfahrung häufig die Folge dieses Gebrechens sind. Zwischen dem Geburtsgebrechen und dem sekundären Leiden muss ein qualifizierter adäquater Kausalzusammenhang bestehen. Nur wenn im Einzelfall dieser qualifizierte ursächliche Zusammenhang zwischen sekundärem Gesundheitsschaden und Geburtsgebrechen gegeben ist und sich die Behandlung überdies als notwendig erweist, hat die Invalidenversicherung im Rahmen des Art. 13 IVG für die medizinischen Massnahmen aufzukommen. Nicht erforderlich ist, dass das sekundäre Leiden unmittelbare Folge des Geburtsgebrechens ist; auch mittelbare Folgen des angeborenen Grundleidens können zu diesem in einem qualifiziert adäquaten Kausalzusammenhang stehen (BGE 100 V 41 E. 1a S. 41; SVR 2011 IV Nr. 14 S. 38 E. 3.1).

3.3 Die Verwaltung als verfügende Instanz und – im Beschwerdefall – das Gericht dürfen eine Tatsache nur dann als bewiesen annehmen, wenn sie von ihrem Bestehen überzeugt sind. Im Sozialversicherungsrecht hat das Gericht seinen Entscheid, sofern das Gesetz nichts Abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden

Wahrscheinlichkeit zu fällen. Die blossе Möglichkeit eines bestimmten Sachverhaltes genügt diesen Beweisanforderungen nicht. Das Gericht hat vielmehr jener Sachverhaltsdarstellung zu folgen, die es von allen möglichen Geschehensabläufen als die wahrscheinlichste würdigt (BGE 144 V 427 E. 3.2; SVR 2017 UV Nr. 20 S. 67 E. 3.2).

4.

4.1 Beim Beschwerdeführer wurde hauptsächlich ein Prader-Willi-Syndrom mit Muskelhypotonie diagnostiziert. Zu der in diesem Zusammenhang verordneten Physiotherapie und zum Gesuch um Kostengutsprache für orthopädische Schuheinlagen enthalten die medizinischen Akten das Folgende:

4.1.1 Aus dem Bericht der Universitätsklinik vom 19. April 2018 (S. 52 ff.) und dem Schreiben von Dr. S. Fluri, Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin, vom 12. August 2018 (S. 64), lässt sich ableiten, dass zur Förderung der Eigentrinkleistung erstmals Physiotherapie verordnet wurde. Der RAD-Arzt, ebenfalls Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin, schlussfolgerte am 27. August 2018 (S. 71 ff.), hierbei handle es sich um eine muskuläre Hypotonie, welche nicht Ausdruck einer zerebralen Bewegungsstörung sei, sondern zum Syndrom gehöre (wie die generalisierte muskuläre Hypotonie bei der Trisomie 21). Daher könne die Tonusstörung nicht als «leichte zerebrale Bewegungsstörung» im Sinne von Ziffer 395 Anhang GgV als Geburtsgebrechen anerkannt werden. Ziffer 462 Anhang GgV betreffe nur «angeborene Störungen der hypothalamo-hypophysären Funktion». Das PWS als Ganzes sei, wie die meisten Syndrome, kein Geburtsgebrechen im Sinne der IV. Die IV versichere hier nur spezifische Elemente des Syndroms, konkret endokrinologische Störungen (vergleichbar mit dem Turner-Syndrom, bei dem unter Ziffer 488 Anhang GgV ebenfalls «nur Störungen der Gonadenfunktion und des Wachstums» versichert seien).

Am 19. Februar 2019 stellten die Ärzte der Universitätsklinik den Antrag auf Übernahme einer Hormontherapie bei genetisch erstelltem PWS mit schwerer muskulärer Hypotonie (S. 92). Weiter führten sie am 28. Juni 2019 aus, beim Versicherten bestehe ein PWS, das mit einer Entwicklungsverzögerung einhergehe. Förderungsmassnahmen wie Physiotherapie seien dauerhaft notwendig (S. 147 f.). Dazu schrieb der RAD-Arzt am 30. Juli 2019, die beantragten Therapien (Physiotherapie und Ergotherapie) würden nicht der Behandlung eines Schilddrüsen- oder Wachstumshormonmangels dienen. Die Kosten der Ergo- und Physiotherapie würden am ehesten im Zusammenhang mit dem PMER stehen, der eine direkte Folge des PWS sei, das wiederum kein Geburtsgebrechen im Sinne der IV darstelle. Die Kosten könnten somit nicht übernommen werden (S. 177). Am 10. Januar 2020 wies der Versicherte gemäss der behandelnden Kinderärztin

eine globale Entwicklungsverzögerung auf, wie sie beim PWS zu erwarten sei. Die Entwicklung werde mit einer heilpädagogischen Frühförderung und Physiotherapie unterstützt (S. 230).

4.1.2 Anlässlich der Abklärung vor Ort vom 18. Mai 2020 notierte die Sachbearbeiterin, anfangs habe der Versicherte 1x wöchentlich Physiotherapie erhalten. Die Übungen würden der Stärkung der Muskulatur dienen. Mittlerweile erfolge alle 2 Wochen eine Physiotherapie (S. 239). Im Gesuch um Kostengutsprache für Ergotherapie vom 1. November 2020 führte die behandelnde Kinderärztin aus, der Versicherte habe sehr gute Fortschritte in seiner Grobmotorik gemacht. Er habe Laufen gelernt und fahre sogar Laufrad, sodass man aktuell die Physiotherapie pausieren wolle, um den Fokus auf seine feinmotorischen Defizite zu legen (S. 265). Dazu legte der RAD-Arzt am 1. Dezember 2020 dar, aus medizinischer Sicht sei unbestritten, dass beim PWS typischerweise auch Entwicklungsprobleme bestehen würden und eine Ergotherapie zur Behandlung solcher Probleme angezeigt sei. Das PWS als Ganzes, wie die meisten Syndrome, stelle jedoch kein Geburtsgebrechen im Sinne der IV dar (S. 270). Präzisierend führte er am 9. April 2021 aus, die Ergotherapie diene der Behandlung des Entwicklungsrückstandes, welcher als solcher kein Geburtsgebrechen im Sinne der IV darstelle und auch keine direkte Folge des als Geburtsgebrechen Ziffer 462 Anhang GgV versicherten Wachstumshormonmangels sei, sondern ein Element bzw. eine Folge des PWS, welches per se kein Geburtsgebrechen im Sinne der IV darstellte, insbesondere aber nicht der Ziffer 462 Anhang GgV entspreche (S. 285)

4.1.3 Gemäss den Verlaufsberichten der Universitätsklinik (S. 298) und der Ergotherapeutin von Mitte Juli 2021 (S. 305) hatte sich der Gang des Versicherten verbessert, wobei dieser öfters auf den Zehenspitzen lief und die Rumpfmuskulatur noch zu schwach war. Die Kinderärztin kam am 28. Dezember 2022 zum Schluss, der Versicherte sei in seiner geistigen und motorischen Entwicklung im Rahmen seines Syndroms retardiert (S. 361).

4.1.4 Im Verordnungsschreiben vom 5. Juli 2023 werden als Indikation für die beantragten orthopädischen Schuheinlagen «Knick-Senk-Füsse beidseits am ehesten im Rahmen des verminderten Muskeltonus bei einem Prader-Willi-Syndrom» erwähnt. Der Untersuchungsbefund wirke sich nicht auf den Alltag, die Schulfähigkeit und die spätere Ausbildungsfähigkeit aus. Der Zusammenhang mit einem Geburtsgebrechen wurde verneint. Die Verordnung der Schuheinlagen stehe nur im Zusammenhang mit dem PWS, aber nicht mit der Schilddrüsenunterfunktion oder dem Wachstumshormonmangel. Zwei Paar Einlagen seien notwendig, weil der Patient die Einlagen sonst immer wechseln

müsse. Es würden auch nicht die gleichen Einlagen in Sandalen und andere Schuhpaare passen (S.418).

4.1.5 Der RAD-Arzt gab am 12. Juli 2023 an, Knick-Senkfüsse, die keine Geburtsgebrechen darstellen würden, seien im Alter des Versicherten (5 Jahre) grundsätzlich ein häufiges Problem, auch bei ansonsten unauffälligen Kindern (26% der 6-jährigen Kinder). In der Literatur werde die Meinung vertreten, dass sich der Knick-Senkfuss bis zum 10. Lebensjahr durch normale Wachstumsvorgänge aufrichte. Die Mehrheit dieser Kinder benötige keinerlei Massnahmen, insbesondere keine Einlagen. Symptomatische Knick-Senkfüsse würden sich in der Regel erst bei älteren Kindern ab dem 7. bis 8. Lebensjahr zeigen. Es sei auch kein qualifizierter Kausalzusammenhang zwischen dem PWS und dem Knick-Senkfuss gegeben. Der Knick-Senkfuss wirke sich nicht auf den Alltag, die Schulfähigkeit und die spätere Ausbildungsfähigkeit aus. Eine Leistungspflicht gemäss Art. 12 IVG lasse sich somit nicht ableiten. Es handle sich um eine Behandlung des Leidens an sich. Es bestehe auch keine Invalidität im Sinne von Art. 8 Abs. 2 ATSG. Schuheinlagen könnten daher nicht als Hilfsmittel im Sinne von Art. 21 IVG eingeordnet werden (S. 415).

4.1.6 In der Verordnung für die Physiotherapiesitzungen vom 16. August 2023 gab die Ärztin der Universitätsklinik an, ein PWS bedeute nicht nur eine Wachstumshormontherapie und ggf. Ersatz weiterer Hormonachsen, sondern beruhe auf einem medizinischen Gesamtkonzept, das zur späteren Eingliederung des Patienten notwendig sei. So stehe Ergotherapie, Logopädie und Physiotherapie regelmässig und über Jahre an, um die bestmögliche Entwicklung zu gewährleisten. Diese Therapien würden üblicherweise durch die Invalidenversicherung übernommen, da sie relevant für die berufliche Zukunft seien (S. 426).

4.1.7 Der RAD-Arzt führte im Bericht vom 30. August 2023 aus, versicherungsmedizinisch seien Kostengutsprachen im Rahmen der Ziffer 488 Anhang GgV nicht nachvollziehbar, da Ergo- und Physiotherapie nicht zweckmässig zur Behandlung von «Störungen der hypothalamo-hypophysären Funktion» seien (S. 431).

4.1.8 Mit Bericht vom 16. November 2023 legte die behandelnde Ärztin der Universitätsklinik dar, die Notwendigkeit zur regelmässigen Physiotherapie und auch die Notwendigkeit des Tragens von Schuheinlagen würden aus der muskulären Schwäche des Kindes resultieren. Diese wiederum sei unmittelbare Folge der Störung des hypothalamisch-hypophysären Regelkreises und sei damit im unmittelbaren Zusammenhang mit dem Geburtsgebrechen Ziffer 462 Anhang GgV zu sehen. Sie bezog sich dabei auf einen

Review-Artikel vom April 2021. Darin werde näher auf die Auswirkungen der Störung des hypothalamisch-hypophysären Regelkreises eingegangen, die ursächlich für die meisten Beschwerden und Behandlungsnotwendigkeiten von Kindern von PWS sei.

4.1.9 In seiner Stellungnahme vom 17. Januar 2024 wies der RAD-Arzt u.a. darauf hin, bei dem Geburtsgebrechen Ziffer 462 Anhang GgV gehe es um endokrinologische Probleme, welche beim PWS das Wachstum betreffen. Folgerichtig werde von der IV die Wachstumshormontherapie übernommen. Eine Leistungspflicht der Invalidenversicherung für Ziffer 462 Anhang GgV könne weiter nur begründet werden, wenn zwischen dem Geburtsgebrechen (hier: angeborene Störungen der hypothalamo-hypophysären Funktion) und dem angegebenen Gesundheitsschaden (hier: muskuläre Hypotonie, PMER, Knick-Senkfüsse) ein qualifizierter adäquater Kausalzusammenhang bestehe. Die hypothalamo-hypophysäre Funktion betreffe aber die Steuerung und Regulation der Aktivität zahlreicher endokriner Drüsen im gesamten Körper. Es stelle sich somit die Frage, ob nun der angegebene, mit Physiotherapie zu behandelnde Gesundheitsschaden (muskuläre Hypotonie, PMER, Knick-Senkfuß) eine direkte Folge einer Störung dieser endokrinen Funktionen darstelle. Dies sei aus medizinischer Sicht eindeutig zu verneinen. Weder die muskuläre Hypertonie noch ein psychomotorischer Entwicklungsrückstand stünden in direktem und qualifiziert adäquatem Kausalzusammenhang zu der unter Ziffer 462 Anhang GgV einzig versicherten angeborenen Störung der hypothalamo-hypophysären Funktion, sondern seien auf die von Chromosomendefekten ausgelösten Myelinisierungsstörungen zurückzuführen. Störungen der Myelinisierung könnten zu einer Verzögerung der psychomotorischen Entwicklung und zu einer Veränderung der Funktion der Muskel führen. Diese Befunde würden sich beim PWS in Form des PMER und der muskulären Hypotonie finden. Diese würden nicht durch eine Störung der hypothalamo-hypophysären Funktion, sondern direkt durch die Myelinisierungsstörungen verursacht. Es bestehe kein qualifizierter adäquater Kausalzusammenhang zwischen der unter Ziffer 462 Anhang GgV versicherten endokrinologischen (hypothalamo-hypophysären) Störung und der muskulären Hypotonie und einem psychomotorischen Entwicklungsrückstand. Folglich könnten die Physiotherapiekosten nicht übernommen werden. Die Behandlung falle nicht mehr unter das Geburtsgebrechen Ziffer 462 Anhang GgV und stehe auch nicht in engem Zusammenhang mit diesem. Der von der Kinderärztin vorgelegte Review-Bericht belege ausserdem, dass ein direkter Kausalzusammenhang zwischen den für das PWS verantwortlichen Chromosomendefekten bzw. den daraus resultierenden Gendefekten einerseits und den verschiedenen klinischen Folgen (Störung der hypothalamo-hypophysären Funktion, muskuläre Hypotonie, PMER) ande-

rerseits bestehe, nicht aber zwischen der Störung der hypothalamo-hypophysären Funktion einerseits und der muskulären Hypotonie und dem PMER andererseits. Knick-Senkfüsse würden sodann im Review-Bericht nicht erwähnt. Versichert unter Ziffer 462 Anhang GgV sei aber weder der Chromosomendefekt noch der Gendefekt, die muskuläre Hypotonie oder der PMER, sondern nur die Störung der hypothalamo-hypophysären Funktion. Folglich könnten weder eine Physiotherapie zur Behandlung der muskulären Hypotonie noch Schuheinlagen zur Behandlung einer Folge der muskulären Hypotonie im Rahmen der Ziffer 462 Anhang GgV von der IV übernommen werden. Ausserdem sei gemäss Fachliteratur die Mehrheit der kindlichen Knick-Senkfüsse asymptomatisch und würden heute nicht mehr mit Einlagen behandelt. Symptomatische Knick-Senkfüsse würden sich in der Regel erst bei älteren Kindern ab dem 7. bis 8. Lebensjahr zeigen. Zur Ursache der Knick-Senkfüsse sei festzuhalten, dass diese gemäss Literatur bei Kleinkindern bis zu einem gewissen Grad physiologisch seien, dann aber durch die äusseren Faktoren beeinflusst werden könnten und letztlich als multifaktoriell gelten müssten. Auch für nichtmedizinische Lese dürfe es nachvollziehbar sein, dass es im Alter des Versicherten noch denkbar wäre, dass es sich um eine physiologische Situation handle, aber bei Vorliegen einer muskulären Hypotonie diese die Ausprägung des Knick-Senkfusses beeinflusse bzw. als ursächliche Komponente zunehmend in den Vordergrund rücke. Es zeige aber eben auch deutlich, dass es sich um ein multifaktorielles Geschehen handle. Bezogen auf den Fall sei festzuhalten, dass dem Knick-Senkfuss keineswegs eine angeborene Störung der hypothalamo-hypophysären Funktion zu Grunde liege, sondern ein multifaktorielles Geschehen. Selbst wenn ein Kausalzusammenhang angenommen werde, müsse die muskuläre Hypotonie als «äusseres Ereignis, das bestimmend dazwischentritt», gewertet werden, womit der Kausalzusammenhang unterbrochen werde.

4.1.10 Im Verlaufsbericht der Universitätsklinik vom 19. Februar 2024 notierte die Ärztin, an begleitenden Therapien erfahre der Versicherte eine heilpädagogische Betreuung sowie eine Ergotherapie. Aufgrund eines Zehenganges sei eine Physiotherapie initiiert worden. Gegebenenfalls werde diese dann pausiert.

4.1.11 Am 21. März 2024 nahm Prof. Dr. A _____, Facharzt für pädiatrische Endokrinologie/Diabetologie, zum RAD-Bericht Stellung. Die aktuelle wissenschaftliche Meinung sei, dass die muskuläre Hypotonie, die verminderte Lust auf Bewegung und die ungenügende Muskelmasse beim PWS eine direkte Auswirkung einer grundlegenden Störung im Hypothalamus darstelle. Diese Symptome seien zentral bedingt und würden lebenslang bestehen. Eine Versuchsanordnung habe gezeigt, dass die Ursache für die

ungenügende Muskelmasse ausschliesslich in der fehlenden altersgemässen Lust auf Bewegung liege. Die Lust auf Bewegung werde, wie die Appetitregulierung, im Hypothalamus gesteuert. Es gebe weniger als eine Handvoll Studien, in denen mit bildgebenden Verfahren das Gehirn von Menschen mit PWS untersucht worden sei. Die Rolle einer Myelin-Dysfunktion sei in diesem Zusammenhang bisher in keiner Weise verstanden. Bei den Forschungsarbeiten gehe es nur um neurologische und kognitive Probleme. Die Hypothese sei, dass diese vielleicht mit einer Myelin-Dysfunktion zusammenhängen könnten. Mittels Untersuchungen habe Anthony J. Holland festgestellt, dass die Myelinisierung des Kortex in der PWS- und der gesunden Kontrollgruppe im Grossen und Ganzen ähnlich gewesen sei. Die vom RAD-Arzt dargelegte Interpretation einer Myelinisierungsstörung sei nicht haltbar. Die muskuläre Hypotonie, verbunden mit einer Muskelschwäche infolge einer ungenügenden Muskelmasse, sei bei vielen mit dem PWS assoziierten Problemen von ausserordentlichem Einfluss auf die Lebensqualität der Betroffenen. Die ungenügende Muskulatur sei die Ursache der zum Teil grotesken Skoliosen. Die sehr teure Substitution des Wachstumshormonmangels werde zur Hauptsache für die Verbesserung der Muskelmasse durchgeführt. Die Normalisierung der Endgrösse sei dabei ein Nebeneffekt.

4.1.12 In seiner Stellungnahme vom 8. April 2024 nahm der RAD-Arzt, der von 2013 bis 2021 mit einem Mandat des BSV als Präsident der Begleitgruppe die Revision der Liste der Geburtsgebrechen geleitet hatte, zu den Texten der Ziffer 462 Anhang GgV und der entsprechenden Randziffern des KSME Stellung.

5.

5.1 Vorweg sei in rechtlicher Hinsicht klargestellt, dass die im Rahmen der Weiterentwicklung der IV per 1. Januar 2022 erfolgte Anpassung der Ziffer 462 Anhang GgV – wie im Übrigen von den Parteien festgehalten – rein sprachlicher Natur war (vgl. Erläuterungen des EDI zur Verordnung, Ziffer 462 Anhang GgV, wo von «terminologischer Präzisierung» die Rede ist), womit die im Zusammenhang mit der Ziffer 462 Anhang GgV erfolgte frühere Praxis und Rechtsprechung ihre Gültigkeit behalten.

5.2 Fest steht in sachlicher Hinsicht, dass der Versicherte an einem PWS leidet. Der Beschwerdeführer führte aus, die Schuheinlagen und die Physiotherapie seien indiziert und von der Beschwerdegegnerin in Bezug auf das PWS im Rahmen der Ziffer 462 Anhang GgV zu übernehmen. Ziffer 462 Anhang GgV enthält jedoch die Einschränkung, dass beim PWS nur die notwendigen Massnahmen bezüglich Störungen der hypothalamohypophysären Funktion von der Invalidenversicherung übernommen werden. Versichert sind mithin die Störungen der hypothalamohypophysären Funktion beim PWS, das

selber in der Liste nicht als Geburtsgebrechen genannt wird. Stellt sich daher die Frage, ob es hier um Störungen der hypothalamohypophysären Funktion geht.

Beim Beschwerdeführer soll mittels Physiotherapie und Tragen von Schuheinlagen die muskuläre Hypotonie bzw. die Knick-Senkfüsse, welche selber nicht in der Liste als Geburtsgebrechen erfasst werden, therapeutisch angegangen werden. Gemäss Berichten der behandelnden Ärzte der Universitätsklinik sind die Physiotherapie und die Schuheinlagen zur Behandlung des verminderten Muskeltonus bzw. der muskulären Schwäche und aufgrund des Zehnganges notwendig. Nicht behandelt und somit auch nicht geheilt werden kann mit diesen Massnahmen die Grunderkrankung, nämlich das PWS oder die hypothalamohypophysäre Störung an sich. Vielmehr vermag die Vorkehr höchstens gewisse Auswirkungen des Leidens zu beheben oder zumindest in Grenzen zu halten.

5.3 Da sich der Anspruch auf medizinische Massnahmen ausnahmsweise auch auf die Behandlung sekundärer Gesundheitsschäden erstreckt, hat die IV im Rahmen des Art. 13 IVG für die Kosten der Physiotherapie und der Schuheinlagen somit nur aufzukommen, wenn die muskuläre Hypotonie mit der hypothalamohypophysären Störung in einem qualifizierten adäquaten Kausalzusammenhang steht. Dabei stellt die Häufigkeit des sekundären Leidens nicht das allein entscheidende Kriterium dar (Bundesgerichtsurteil I 438/02 vom 14. Oktober 2004). Bejaht wurde ein qualifizierter Zusammenhang beispielsweise zwischen dem PWS und einer Adipositas, weil diese eine fast zwangsläufige Konsequenz des PWS sei. Es sei ein Zusammenhang zu bejahen, als das PWS nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge geeignet sei, zu einer Adipositas zu führen (AHI 2001 S. 79 E. 3b).

Im Lichte der Rechtsprechung stellte das Bundesgericht weiter fest, dass die muskuläre Hypotonie beim PWS – als direkte Folge der hypothalamohypophysären Störung – unter das Geburtsgebrechen Ziffer 462 zu subsumieren sei (Bundesgerichtsurteile I 19/03 vom 29. Januar 2004 E. 3.3.2 und 4.3, I 667/03 vom 9. Februar 2004 E. 3.2 f.). Das Gericht erachtete gestützt auf ein Gerichtsgutachten als mit dem erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt, dass die muskuläre Hypotonie beim PWS eine direkte Auswirkung der hypothalamohypophysären Funktion und damit des Geburtsgebrechens Ziffer 462 Anhang GgV bilde. Die muskuläre Hypotonie stellt mithin als unmittelbare Folge des PWS einen sekundären Gesundheitsschaden zur hypothalamohypophysären Störung dar und begründet damit – entgegen den Ausführungen des RAD-Arztes – Anspruch auf medizinische Massnahmen gemäss Art. 13 IVG.

Prof. Dr. A _____ führt dazu in seinem Bericht vom 21. März 2024 nachvollziehbar aus, es bestünden in der Literatur genügend Hinweise, dass die muskuläre Hypotonie, die verminderte Lust auf Bewegung und die ungenügende Muskelmasse beim PWS eine direkte Auswirkung einer grundlegenden Störung im Hypothalamus und mithin mit einer hypothalamohypophysären Störung vereinbar sei. Daraus wird deutlich, dass nach den aktuellsten wissenschaftlichen Kenntnissen der direkte Zusammenhang zwischen muskulärer Hypotonie, Wachstumsmangel und hypothalamohypophysären Störung im Sinne von Ziffer 462 Anhang GgV nach wie vor aufrechterhalten wird. Jedenfalls liegen in den Akten keine anderen (fach)medizinischen Erkenntnisse vor, die es gebieten, von der dargelegten Rechtsprechung des Bundesgerichts oder den vorgebrachten Feststellungen des Facharztes abzuweichen. Dem Bericht des Prof. Dr. A _____ ist ausserdem im Lichte der durch die Rechtsprechung entwickelten Grundsätze volle Beweiskraft zuzuerkennen, zumal die darin enthaltenen Aussagen auch durch die Ärzte der Universitätsklinik geschützt werden. Schliesslich vermögen auch die Stellungnahmen des RAD-Arztes daran nichts zu ändern, zumal es unstrittig ist, dass das PWS als heterogenes Fehlbildungssyndrom mit Störung hypothalamischer Regulationsprozesse infolge Funktionsverlust von Genen, die nur auf dem väterlichen Chromosom 15 aktiv sind, bedingt ist. Dies schliesst jedoch – entgegen den Darlegungen des RAD-Arztes – die Annahme, die muskuläre Hypotonie sei als direkte Folge der hypothalamohypophysären Störung zu qualifizieren, nicht aus. Nach dem Dargelegten fällt die muskuläre Hypotonie beim PWS, das in casu unstrittig vorliegt, unter das Geburtsgebrechen gemäss Ziffer 462 Anhang GgV.

5.4 Dass mit der förmlich diagnoseinhärenten muskulären Hypotonie nunmehr eine Bewegungs- und Koordinationsstörung bzw. eine Entwicklungsstörung inkl. Zehenspitzenlaufen oder Knick-Fuss-Bildung vorliegt, ergibt sich bei einer verminderten Muskelkraft von selbst (vgl. MICHAELIS/NIEMANN, Entwicklungsneurologie und Neuropädiatrie – Grundlagen, diagnostische Strategien, Entwicklungstherapien und Entwicklungsförderungen, 5. A., 2017, S. 211 und 383). Dabei ist unerheblich, ob andere asymptotische Faktoren – wie vom RAD-Arzt aufgezeigt – ebenfalls ätiologisch sein könnten. Gemäss PWS-Spezialist Prof. Dr. A _____ ist die ungenügende Muskulatur die Ursache der zum Teil grotesken Skoliosen, mithin von Deformationen. Knick-Senkfüsse sind in der Regel erworbene Störungen durch eine Laxizität von Bändern und Sehnen und können zweifelsfrei auch als Störung oder Verzögerung der Fussreifung bei Kleinkindern auftreten (vgl. <https://gelenk-klinik.de/fuss/knick-senkfuss.html>). Sie sind eine fast zwangsläufige Folge einer Fussmuskelschwäche. Schäden an der Sehne des hinteren Schienbein-

muskels (Tibialis-posterior-Sehne) können einen erworbenen Knick-Senkfuss begünstigen, da eine intakte Sehne für die Aufrechterhaltung des Fusslängengewölbes wichtig ist (<https://gelenk-klinik.de/fuss/knick-senkfuss.html>). Ein Zusammenhang zwischen der muskulären Hypotonie, resultierend aus der hypothalamohypophysären Störung, und den Knick-Senkfüßen ist nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge geeignet und anzunehmen. Aus dem Verordnungsschreiben vom 5. Juli 2023 und dem Bericht der Ärztin der Universitätsklinik vom 16. November 2023 geht hervor, dass die beim Versicherten vorliegende Schwäche der Tibialis-posterior-Sehne bzw. die Knick-Senkfussstellung am ehesten im Rahmen des verminderten Muskeltonus beim PWS einzuordnen sei. Es besteht kein Grund, für die gerichtliche Beurteilung von dieser ärztlichen Beurteilung abzuweichen. Die Stellungnahme des RAD-Arztes vom 12. Juli 2023 und die darin abweichende Meinungsäußerung macht deutlich, dass das Gegenteil nicht völlig ausgeschlossen werden kann. Diese Aussagen vermögen jedoch die Feststellungen der behandelnden Ärztin nicht in Frage zu stellen. Wenn sodann der RAD-Arzt darlegt, ein Viertel der ansonsten unauffälligen 6-jährigen Kinder leide an Knick-Senkfüßen, lässt auch dies lediglich den Schluss zu, dass andere Ursachen für die Fussfehlstellung ebenfalls möglich sind. In casu erweist sich jedoch die Aussage der behandelnden Ärzte, dass die beim Versicherten vorliegende Fussfehlstellung überwiegend wahrscheinlich mit der muskulären Schwäche bei PWS in Zusammenhang steht, als massgebend, zumal sie sich konkret auf den vorliegend zu beurteilenden Fall bezieht.

5.5 Zu prüfen ist des Weiteren, ob Physiotherapie und das Tragen von Schuheinlagen beim PWS nach bewährter Erkenntnis der medizinischen Wissenschaft angezeigte Vorkehren darstellen. Dies wird im Grundsatz in Bezug auf die Physiotherapie von der Beschwerdegegnerin zu Recht nicht bestritten. Im Bundesgerichtsurteil I 19/03 vom 29. Januar 2004 wurde erkannt, dass die Physiotherapie zur Behandlung der muskulären Hypotonie nach bewährter Erkenntnis der medizinischen Wissenschaft angezeigt sei. Diese erlaube es grundsätzlich, den Eingliederungszweck, die Behebung oder Milderung der als Folge des Geburtsgebrechens eingetretenen Beeinträchtigung in einfacher und zweckmässiger Weise anzustreben. Die Voraussetzungen eines entsprechenden Leistungsanspruches seien daher – im Rahmen der Verhältnismässigkeit – erfüllt. Es besteht in casu aufgrund der vorliegenden Akten kein Anlass, von dieser Einschätzung abzuweichen. Der Beschwerdeführer hat daher für den vorliegend zu prüfenden Zeitraum Anspruch auf Physiotherapie zur Behandlung der muskulären Hypotonie, sofern sich die Behandlungen noch als notwendig erweisen. Aus den Akten geht nicht hervor, in welchem Umfang die Physiotherapieleistung erfolgte. Die Sache ist somit an die IV-Stelle zurückzuweisen, damit sie den Umfang des Leistungsanspruches (Häufigkeit

und Dauer Physiotherapiesitzungen, eventuell [vorläufige] zeitliche Begrenzung, Zeithorizont der Behandlung) festsetzt.

Wenn sodann der RAD-Arzt ausführt, in der Literatur werde die Meinung vertreten, dass sich der Knick-Senkfuss bis zum 10. Lebensjahr durch normale Wachstumsvorgänge aufrichte und die Mehrheit dieser Kinder keinerlei Massnahmen, insbesondere keine Einlagen benötigten, bestreitet er im Grundsatz nicht, dass das Tragen orthopädischer Einlagen bei einer Knick-Senkfussstellung überhaupt nicht angezeigt sei. Gemäss Fachärzten für Orthopädie und Unfallchirurgie behandelt man den Knick-Senkfuss zunächst konservativ durchaus mit orthopädischen Einlagen und sie empfehlen uneingeschränkt den Patienten mit Beschwerden das Tragen von Einlagen (vgl. <https://gelenk-klinik.de/fuss/knick-senkfuss.html>; vgl. auch Pschyrembel online zu pes valgus). Nachdem die Invalidenversicherung diesbezüglich grundsätzlich ebenfalls leistungspflichtig ist, ist die Sache an die IV-Stelle zurückzuweisen, damit sie auch diesen Leistungsumfang (Anzahl Einlagen) festsetzt. Damit kann offenbleiben, ob allenfalls die Einlagen als Hilfsmittel zu qualifizieren wären, wie dies der Beschwerdeführer in seiner Beschwerde darlegt.

5.6 Zusammenfassend ergibt sich, dass der Anspruch auf Physiotherapie und die Pflicht zur Kostenübernahme für orthopädische Einlagen zur Behebung oder Milderung der muskulären Hypotonie beim Versicherten mit PWS gegeben sind, wobei der Leistungsumfang durch die IV-Stelle verfügungsweise noch festzusetzen sein wird.

Dies führt zur Gutheissung der Beschwerden.

6.

6.1 Bei diesem Ausgang des Verfahrens hat der Beschwerdeführer einen Anspruch auf Parteientschädigung, die das Gericht unter Würdigung der Bedeutung und Schwierigkeit der Streitsache, des Umstandes, des Umfangs der Arbeitsleistung sowie der durch den Rechtsstreit entstandenen Auslagen auf Fr. 1'800.00 (inkl. Auslagen und Mehrwertsteuer) festsetzt (Art. 61 lit. g ATSG; Art. 4 GTar).

6.2 Das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem Kantonsgericht ist kostenpflichtig (Art. Art. 69 Abs. 1^{bis} IVG). Aufgrund des Verfahrensaufwandes sind die Kosten zu Lasten der IV-Stelle auf Fr. 500.00 festzusetzen. Der geleistete Kostenvorschuss in der Höhe von Fr. 500.00 ist dem Beschwerdeführer zurückzuerstatten.

Das Kantonsgericht erkennt:

1. Die Beschwerden in den Angelegenheiten S1 23 181 und S1 24 39 werden verbunden.
2. In Gutheissung der Beschwerden werden die Verfügungen der IV-Stelle vom 25. September 2023 und 19. Januar 2024 insoweit aufgehoben, als damit der Anspruch auf Physiotherapie und Schuheinlagen verneint wurde, und es wird die Angelegenheit an die IV-Stelle zurückgewiesen, damit sie den Umfang dieser Ansprüche verfügungsweise festsetzt.
3. Die Verfahrenskosten in Höhe von Fr. 500.00 werden der IV-Stelle auferlegt. Der Kostenvorschuss wird dem Beschwerdeführer zurückerstattet.
4. Die IV-Stelle bezahlt dem Beschwerdeführer eine Parteientschädigung von Fr. 1'800.00 (inkl. Auslagen und Mehrwertsteuer).

Sitten, 26. Juni 2024