



Entscheid des Kantonsgerichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht

vom 25. Januar 2018 (720 17 281 / 30)

Invalidenversicherung

Medizinische Massnahme / Dauerhaftigkeit des Eingliederungserfolgs bei minderjährigen Versicherten

_____ Besetzung Präsidentin Doris Vollenweider, Kantonsrichter Markus Mattle, Kantonsrichter Jgnaz Jermann, Gerichtsschreiber Markus Schäfer

_____ Parteien **KPT Krankenkasse AG**, Rechtsdienst, Postfach, 3001 Bern, Beschwerdeführerin

gegen

IV-Stelle Basel-Landschaft, Hauptstrasse 109, 4102 Binningen, Beschwerdegegnerin

_____ Beigeladene A._____, vertreten durch B._____ und C._____

_____ Betreff Medizinische Massnahmen für A._____

A. Die 2001 geborene A._____ leidet an verschiedenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen. Nachdem ihre Eltern, B._____ und C._____, sie im März 2007 ein erstes Mal bei der Eidge-

nössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug angemeldet hatten, sprach ihr die IV-Stelle Basel-Landschaft in den folgenden Jahren verschiedene Leistungen zu (u.a. eine Hilflosenentschädigung wegen mittlerer Hilflosigkeit). Zudem erteilte sie A.____ mehrmals eine Kostengutsprache für ambulante Ergotherapie nach ärztlicher Verordnung als medizinische Massnahme der IV (letztmals mit Mitteilung vom 19. März 2013 für den Zeitraum vom 1. Februar 2013 bis 31. Januar 2014).

Mit Schreiben vom 29. Juli 2016 ersuchte Dr. med. D.____, Kinder- und Jugendmedizin, spez. Neuropädiatrie FMH, die IV-Stelle darum, die Kosten der Ergotherapie von A.____ (erneut) als medizinische Massnahme der IV zu übernehmen. Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren lehnte die IV-Stelle dieses Leistungsbegehren mit Verfügung vom 7. August 2017 ab. Zur Begründung machte sie im Wesentlichen geltend, die Ergotherapie sei zwar unbestritten notwendig, sie diene aber primär dazu, die Bereiche des täglichen Lebens und nicht den schulischen Fähigkeitsbereich zu fördern. Zudem diene sie - bedingt durch die längere Therapiedauer - vorwiegend der Behandlung des Leidens an sich. Schliesslich liege, da die Versicherte an einer Intelligenzminderung leide, ein schwerwiegender Nebenbefund vor, welcher den Eingliederungserfolg beeinträchtige.

B. Gegen diese Verfügung erhob die KPT Krankenkasse AG als obligatorischer Krankenversicherer von A.____ am 12. September 2017 Beschwerde beim Kantonsgericht, Abteilung Sozialversicherungsrecht (Kantonsgericht). Darin beantragte sie, es sei die angefochtene Verfügung aufzuheben und es sei die Beschwerdegegnerin zur Übernahme der Kosten der Ergotherapie von A.____ gemäss dem Kostenübernahmegesuch von Dr. D.____ vom 29. Juli 2016 zu verpflichten. Eventualiter sei die Sache zur weiteren Abklärung und Neubeurteilung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen; unter o/e-Kostenfolge.

C. Mit Verfügung vom 21. September 2017 lud das Kantonsgericht die Versicherte A.____, vertreten durch ihre Eltern B.____ und C.____, zum vorliegenden Beschwerdeverfahren bei.

D. In ihrer Vernehmlassung vom 20. November 2017 beantragte die IV-Stelle die Abweisung der Beschwerde. Zudem legte sie ihren Ausführungen eine Beurteilung von E.____, Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Regionaler Ärztlicher Dienst (RAD) beider Basel, vom 8. November 2017 bei.

E. Mit Eingabe vom 3. Dezember 2017 teilten B.____ und C.____ namens der Beigeladenen A.____ mit, dass sie sich dem Antrag und der Beschwerdebegründung der KPT Krankenkasse AG anschliessen und auf weitere Ausführungen verzichten würden.

Das Kantonsgericht zieht **in Erwägung** :

1.1 Gemäss Art. 69 Abs. 1 lit. a des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) vom 19. Juni 1959 können Verfügungen der kantonalen IV-Stellen direkt vor dem Versiche-

rungsgericht am Ort der IV-Stelle angefochten werden. Anfechtungsobjekt des vorliegenden Verfahrens bildet eine Verfügung der IV-Stelle Basel-Landschaft, sodass die örtliche Zuständigkeit des Kantonsgerichts Basel-Landschaft zu bejahen ist. Laut § 54 Abs. 1 lit. b des Gesetzes über die Verfassungs- und Verwaltungsprozessordnung (VPO) vom 16. Dezember 1993 beurteilt das Kantonsgericht als Versicherungsgericht als einzige gerichtliche Instanz des Kantons Beschwerden gegen Verfügungen der kantonalen IV-Stelle. Es ist somit auch sachlich zur Behandlung der vorliegenden Beschwerde zuständig.

1.2 Zur Beschwerde berechtigt ist gemäss Art. 59 ATSG nebst der versicherten Person auch, wer durch die angefochtene Verfügung oder den Einspracheentscheid berührt ist und ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Änderung hat. Die KPT Krankenkasse AG erfüllt diese Voraussetzungen, denn die angefochtene Verfügung tangiert ihre Leistungspflicht als obligatorischer Krankenversicherer der Beigeladenen. Auf die - im Übrigen frist- und formgerecht erhobene - Beschwerde der KPT Krankenkasse AG vom 12. September 2017 ist demnach einzutreten.

1.3 Die Versicherte selber hat gegen die Verfügung der IV-Stelle vom 7. August 2017 keine Beschwerde erhoben. Da sie jedoch vom Ausgang des Prozesses mitbetroffen ist, hat das Kantonsgericht sie mit Verfügung vom 21. September 2017 zum vorliegenden Beschwerdeverfahren beigelegt.

2.1 Die obligatorische Krankenpflegeversicherung übernimmt gemäss Art. 25 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) vom 18. März 1994 die Kosten für die Leistungen, die der Diagnose oder Behandlung einer Krankheit und ihrer Folgen dienen. Nach Art. 12 Abs. 1 IVG haben Versicherte bis zum vollendeten 20. Altersjahr Anspruch auf medizinische Massnahmen, die nicht auf die Behandlung des Leidens an sich, sondern unmittelbar auf die Eingliederung ins Erwerbsleben oder in den Aufgabenbereich gerichtet und geeignet sind, die Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, dauernd und wesentlich zu verbessern oder vor wesentlicher Beeinträchtigung zu bewahren.

2.2 Art. 12 IVG bezweckt namentlich, die Aufgabenbereiche der Invalidenversicherung einerseits und der sozialen Kranken- und Unfallversicherung andererseits gegeneinander abzugrenzen. Diese Abgrenzung beruht auf dem Grundsatz, dass die Behandlung einer Krankheit oder einer Verletzung ohne Rücksicht auf die Dauer des Leidens primär in den Aufgabenbereich der Kranken- und Unfallversicherung gehört. Nach der Rechtsprechung sind nur solche Vorkehren von der Invalidenversicherung zu übernehmen, die nicht auf die Heilung oder Linderung labilen pathologischen Geschehens gerichtet sind. Während dies bei Erwachsenen ohne Weiteres gilt, sind bei Jugendlichen - ihrer körperlichen und geistigen Entwicklungsphase Rechnung tragend - medizinische Vorkehren trotz des einstweilen noch labilen Leidenscharakters von der Invalidenversicherung zu übernehmen, wenn ohne diese in absehbarer Zeit eine Heilung mit Defekt oder ein sonst wie stabilisierter Zustand einträte, wodurch die Berufsbildung oder die Erwerbsfähigkeit oder beide beeinträchtigt würden. Die Invalidenversicherung hat daher bei Jugendlichen nicht nur unmittelbar auf die Beseitigung oder Korrektur stabiler Defektzustände oder Funktionsausfälle gerichtete Vorkehren zu übernehmen, sondern auch dann Leis-

tungen zu erbringen, wenn es darum geht, mittels geeigneter Massnahmen einem die berufliche Ausbildung oder die künftige Erwerbsfähigkeit beeinträchtigenden Defektzustand vorzubeugen (Urteil A. des Bundesgerichts vom 7. Mai 2015, 9C_912/2014, E. 1.2 mit Hinweisen).

2.3 Nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung ist der Eingliederungserfolg bei jüngeren Versicherten als dauernd zu betrachten, wenn er wahrscheinlich während eines bedeutenden Teils der konkreten Aktivitätserwartung, welche ihrerseits nicht wesentlich herabgesetzt sein darf, erhalten bleiben wird. Bestehen Nebenbefunde, welche geeignet sind, die Aktivitätserwartung trotz der medizinischen Massnahme wesentlich herabzusetzen, ist die Dauerhaftigkeit des Eingliederungserfolgs zu verneinen. Ob der Eingliederungserfolg dauerhaft sein wird, ist prognostisch zu beurteilen. Massgebend ist der medizinische Sachverhalt vor Durchführung der Massnahme in seiner Gesamtheit (Urteil A. des Bundesgerichts vom 27. April 2017, 9C_842/2016, E. 4.2 mit Hinweisen).

3.1 Das sozialversicherungsrechtliche Verwaltungsverfahren und der Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht. Danach haben Versicherungsträger und das Gericht von Amtes wegen für die richtige und vollständige Feststellung des rechtserheblichen Sachverhaltes zu sorgen. 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 die rechtsanwendende Behörde ihren Entscheid, sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen. Die blosse Möglichkeit eines bestimmten Sachverhalts genügt den Beweisanforderungen nicht. Verwaltung und Gericht haben vielmehr jener Sachverhaltsdarstellung zu folgen, die sie von allen möglichen Geschehensabläufen als die wahrscheinlichste würdigen (BGE 138 V 218 E. 6 mit Hinweisen). Der Untersuchungsgrundsatz schliesst die Beweislast im Sinne der Beweisführungslast begriffsnotwendig aus, da es Sache des Sozialversicherungsgerichts (oder der verfügenden Verwaltungsstelle) ist, für die Zusammentragung des Beweismaterials besorgt zu sein. Im Sozialversicherungsprozess tragen mithin die Parteien in der Regel eine Beweislast nur insofern, als im Falle der Beweislosigkeit der Entscheid zu Ungunsten jener Partei ausfällt, die aus dem unbewiesen gebliebenen Sachverhalt Rechte ableiten wollte. Diese Beweisregel greift allerdings erst Platz, wenn es sich als unmöglich erweist, im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes aufgrund einer Beweiswürdigung einen Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wirklichkeit zu entsprechen (BGE 138 V 218 E. 6 mit Hinweisen).

3.2 Zur Beurteilung sozialversicherungsrechtlicher Leistungsansprüche bedarf es verlässlicher medizinischer Entscheidungsgrundlagen (BGE 134 V 231 E. 5.1). Das Gericht hat diese nach dem für den Sozialversicherungsprozess gültigen Grundsatz der freien Beweiswürdigung (vgl. Art. 61 lit. c ATSG) - wie alle anderen Beweismittel - frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Dies bedeutet, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial

zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (BGE 125 V 351 E. 3a). Dennoch erachtet es die bundesgerichtliche Rechtsprechung mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (vgl. die ausführliche Zusammenstellung dieser Richtlinien in BGE 125 V 351 E. 3b mit zahlreichen Hinweisen; vgl. dazu auch BGE 135 V 465 E. 4.4 und 4.5). So kommt beispielsweise Berichten und Gutachten versicherungsinterner Fachpersonen nicht derselbe Beweiswert zu wie einem im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten Gutachten externer Fachpersonen oder gar wie einem Gerichtsgutachten. An die Beweiswürdigung sind deshalb strenge Anforderungen zu stellen, wenn ein Versicherungsfall ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden soll. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 135 V 465 E. 4.4 am Ende, mit Hinweis; Urteil A. des Bundesgerichts vom 26. März 2015, 8C_879/2014, E. 5.3).

4. Streitig und im Folgenden zu prüfen ist, ob die Beigeladene gestützt auf Art. 12 IVG Anspruch auf Ergotherapie als medizinische Massnahme der IV hat.

4.1 Die IV-Stelle anerkennt, dass vorliegend die Notwendigkeit einer ergotherapeutischen Behandlung durch die medizinischen Akten ausgewiesen ist, liegen bei der Versicherten doch, wie dem Bericht von Dr. D. ____ vom 29. Juli 2016 entnommen werden kann, nach wie vor eine ausgeprägte Feinmotorikstörung, eine Dyspraxie und eine Wahrnehmungsstörung vor. Im Weiteren stellt die Beschwerdegegnerin nicht in Frage, dass die Versicherte aufgrund der bisherigen ergotherapeutischen Behandlung Fortschritte erzielt hat. Von weiteren Erörterungen zu den genannten Aspekten kann daher an dieser Stelle abgesehen werden. Die Beschwerdegegnerin ist aber dennoch der Auffassung, dass der beantragten Kostenübernahme für weitere ergotherapeutische Behandlungen nicht entsprochen werden könne. Sie stützt diese Beurteilung in der angefochtenen Verfügung vom 7. August 2017 im Wesentlichen auf drei Argumentationslinien, auf die im Folgenden näher einzugehen ist.

4.2 Die IV-Stelle macht vorab geltend, dass mit der Ergotherapie bisher primär die Bereiche des täglichen Lebens gefördert worden seien, die Behandlung sei hingegen nicht vorwiegend und ausschliesslich auf den schulischen Fähigkeitsbereich ausgerichtet gewesen. Dieser Argumentation der IV-Stelle kann nun allerdings nicht beigespflichtet werden. So weist etwa Dr. med. F. ____, Allgemeine Medizin FMH, in ihrem Bericht vom 10. Mai 2017 darauf hin, dass die Versicherte durch die Ergotherapie deutliche Fortschritte in der selbständigen Fortbewegung erzielt und die für ihre Stabilität notwendigen Muskeln aufgebaut habe, was für die berufliche Eingliederung unabdingbar sei. Die Beschwerdeführerin macht in diesem Zusammenhang zu Recht geltend, dass durch die Ergotherapie die Körperkontrolle und die eigenständige Fortbewegung weiter gefördert würden und dass diese Faktoren für eine Eingliederung ins Berufsleben wesentlich seien. Durch die Verbesserung der Feinmotorik eröffne sich für die Versicherte zudem, so die Beschwerdeführerin weiter, ein grösseres Spektrum an Arbeitsmöglichkeiten und durch die bessere Körperbeherrschung gewinne sie im Umgang mit ihren Mitmenschen ausserdem mehr an Selbstvertrauen. Auch diesbezüglich zeige sich die Auswirkung der Therapie auf

die Eingliederung ins Erwerbsleben. Diesen Ausführungen der Beschwerdeführerin ist zuzustimmen und es ist deshalb mit ihr davon auszugehen, dass die strittige Ergotherapie durchaus auf die Eingliederung der Versicherten ins Berufsleben gerichtet ist.

4.3 Soweit die IV-Stelle geltend macht, die Ergotherapie diene - bedingt durch die längere Behandlungsdauer - vorliegend in erster Linie der Behandlung des Leidens an sich, kann ihr ebenfalls nicht gefolgt werden. Wie oben ausgeführt (vgl. E. 2.2 hiervor), können bei Minderjährigen medizinische Vorkehren schon dann überwiegend der beruflichen Eingliederung dienen und trotz des einstweilen noch labilen Leidenscharakters von der Invalidenversicherung übernommen werden, wenn es darum geht, mittels geeigneter Massnahmen einem die berufliche Ausbildung oder die künftige Erwerbsfähigkeit beeinträchtigenden Defektzustand vorzubeugen. Aufgrund dieser Sonderregelung für Minderjährige ist vorliegend die Ergotherapie auch dann von der IV-Stelle zu übernehmen, wenn man den Zustand der Versicherten noch nicht als stabil oder als relativ stabil ansieht, muss doch davon ausgegangen werden, dass bei der Versicherten ohne die Ergotherapie eine dauerhafte Beeinträchtigung der motorischen Fähigkeiten und der selbständigen Fortbewegung bestehen bliebe. Dies wiederum hätte, wie die Beschwerdeführerin zutreffend geltend macht, eine wesentliche Reduktion der möglichen Erwerbstätigkeiten zur Folge.

4.4 Weiter vertritt die IV-Stelle in der angefochtenen Verfügung vom 7. August 2017 die Auffassung, dass bei der Versicherten ein schwerwiegender Nebenbefund in Form einer Intelligenzminderung vorliege, welcher den Eingliederungserfolg beeinträchtige und somit Leistungen nach Art. 12 IVG ausschliesse. Von Seiten der Beschwerdeführerin wird nicht in Frage gestellt, dass die Versicherte an einer Intelligenzminderung leidet. Sie weist jedoch darauf hin, dass es sich dabei um eine *leichte* Intelligenzminderung im Sinne der ICD-Codierung "ICD-10 F70.0" handle. Dass diese Präzisierung zutreffend ist, ergibt sich denn auch aus den Angaben von Dr. med. G.____, Kinder- und Jugendpsychiatrie FMH, im Bericht vom 8. Dezember 2010 oder der RAD-Ärztin E.____ in den Stellungnahmen vom 3. Mai 2017 und 8. November 2017. Jugendliche mit einer leichten Intelligenzminderung (im Sinne der ICD-Codierung "ICD-10 F70.0") seien nun aber, so die Beschwerdeführerin weiter, in der Regel in der Lage, einen Anlernberuf und manuelle Arbeiten zu erlernen bzw. auszuüben. Hält man sich diesen zutreffenden Hinweis vor Augen, so kann mit der Beschwerdeführerin bei einer leichten Intelligenzminderung nicht von einem schwerwiegenden Nebenbefund gesprochen werden, welcher seinerseits die Erwerbsfähigkeit - trotz der medizinischen Massnahme - wesentlich beeinträchtigt. Die Ablehnung des Leistungsbegehrens der Versicherten lässt sich demnach - entgegen der von der IV-Stelle in der angefochtenen Verfügung vertretenen Auffassung - nicht mit dem Hinweis auf den bei der Versicherten bestehenden Nebenbefund einer (leichten) Intelligenzminderung begründen.

4.5 In ihrer Vernehmlassung vom 20. November 2017 macht die IV-Stelle nunmehr neu geltend, dass bei der Versicherten zusätzlich zu dieser Intelligenzminderung deutliche motorische Einbussen im Sinne einer ausgeprägten Feinmotorikstörung, eine Dyspraxie sowie eine Wahrnehmungsstörung vorhanden seien. Auch habe die Versicherte zwischenzeitlich noch relevante kinder- und jugendpsychiatrische Erkrankungen wie eine spezifische Phobie und eine soziale Phobie ausgebildet. Somit würden mehrere schwerwiegende, eingliederungsrelevante

Nebenbefunde vorliegen, die in ihrer Kombination Leistungen nach Art. 12 IVG zurzeit ausschliessen würden. Zudem gelte es in diesem Zusammenhang zu beachten, dass die Versicherte aktuell eine Hilflosenentschädigung mittleren Grades mit Einschränkungen in fünf allgemeinen Lebensverrichtungen beziehe, was das eingliederungsrelevante Ausmass der vorhandenen Einbussen deutlich mache.

4.6 Der IV-Stelle ist insofern beizupflichten, dass bei der Versicherten die vorstehend erwähnten gesundheitlichen Beeinträchtigungen diagnostiziert worden sind (vgl. etwa die Berichte von Dr. med. H.____, Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, vom 17. Januar 2017 und von Dr. D.____ vom 29. Juli 2016). In Bezug auf diese Diagnosen gilt es allerdings vorab klarzustellen, dass es sich bei den im Bericht von Dr. D.____ festgehaltenen Leiden (ausgeprägte Feinmotorikstörung, Dyspraxie, Wahrnehmungsstörung) im vorliegenden Zusammenhang nicht um *Nebenbefunde* handelt, aufgrund derer die Erwerbsfähigkeit - trotz der medizinischen Massnahme - allenfalls zusätzlich beeinträchtigt wird, denn die strittige Ergotherapie bezweckt ja gerade die Behandlung und Linderung dieser Beeinträchtigungen. Bei der Beurteilung des hier zur Diskussion stehenden Leistungsanspruchs der Versicherten stellen diese Beeinträchtigungen vielmehr die Hauptbefunde dar, die therapeutisch angegangen werden sollen. Bei den anderen, von Dr. H.____ festgehaltenen Diagnosen einer sozialen Phobie (ICD-10 F40.1) und einer spezifischen Phobie (ICD-10 F40.2) handelt es sich hingegen - wie bei der bereits früher diagnostizierten leichten Intelligenzminderung - um solche zusätzlich zu den erwähnten Hauptbefunden vorhandene, bei der Beurteilung der Dauerhaftigkeit des Eingliederungserfolgs allenfalls mit zu berücksichtigende Nebenbefunde. Diese dürften nun allerdings, sofern man jede für sich alleine betrachtet, kaum derart *schwerwiegend* sein, dass sie ihrerseits die Erwerbsfähigkeit der Versicherten wesentlich beeinträchtigen.

4.7 Fragen kann man sich indessen, ob sich die *Kombination* der bei der Versicherten diagnostizierten *Nebenbefunde* in ihrer Gesamtheit derart schwerwiegend auswirkt, dass sie zu einer eingliederungsrelevanten Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit führt. Die IV-Stelle bejaht dies in ihrer Vernehmlassung, wobei sie diese Auffassung offensichtlich auf die abschliessende Stellungnahme der RAD-Ärztin E.____ vom 8. November 2017 stützt. Die Beschwerdeführerin ihrerseits hat sich im Rahmen des vorliegenden Beschwerdeverfahrens noch nicht zu dieser neuen, erstmals in der Vernehmlassung vom 20. November 2017 vorgebrachten Argumentation der IV-Stelle äussern können. Es stellt sich deshalb die Frage, ob das Verfahren heute auszustellen und der Beschwerdeführerin diesbezüglich nachträglich das rechtliche Gehör zu gewähren ist. Von einem solchen Schritt kann nun aber ausnahmsweise abgesehen werden, da die angefochtene Verfügung, wie im Folgenden zu zeigen sein wird, ohnehin - wie in der Beschwerde eventualiter beantragt - aufzuheben und die Angelegenheit zur weiteren Abklärung an die IV-Stelle zurückzuweisen ist.

4.8 Wie soeben erwähnt, stützt sich die IV-Stelle bei ihrer Argumentation auf die Stellungnahme der RAD-Ärztin E.____ vom 8. November 2017. Darin hält die genannte Ärztin fest, dass es „mitnichten nur das Vorliegen einer Intelligenzminderung alleine“ sei, welche einen eingliederungsrelevanten Nebenbefund darstelle. Es sei zu berücksichtigen, dass zusätzlich weiterhin deutliche motorische Einbussen im Sinne einer ausgeprägten Feinmotorikstörung, eine Dyspra-

xie und eine Wahrnehmungsstörung sowie eine soziale und eine spezifische Phobie vorliegen würden. Die Kombination aus diesen Diagnosen sowie die Tatsache, dass die Versicherte aktuell eine Hilflosenentschädigung mittleren Grades beziehe, mache das eingliederungsrelevante Ausmass der vorliegenden Einbussen deutlich. In der gesamthaften Würdigung der gesundheitlichen Situation, so das Fazit der RAD-Ärztin, müsse deshalb aus versicherungsmedizinischer Sicht daran festgehalten werden, dass eingliederungsrelevante Nebenerbefunde vorliegen würden, welche Leistungen nach Ar. 12 IVG aktuell ausschliessen würden.

4.9 Dieser Beurteilung der RAD-Ärztin kann - jedenfalls in der vorliegenden Form - nicht beigepflichtet werden. Abgesehen davon, dass es sich bei der ausgeprägten Feinmotorikstörung, der Dyspraxie und der Wahrnehmungsstörung im vorliegenden Zusammenhang nicht um Nebenerbefunde, sondern vielmehr um die therapeutisch anzugehenden Hauptbefunde handelt (vgl. E. 4.6 hiervor), unterlässt es die Ärztin nämlich weitestgehend, ihre Schlussfolgerungen aus fachmedizinischer Sicht zu begründen. Insbesondere kann sie mit ihrem Hinweis, wonach die Versicherte aktuell eine Hilflosenentschädigung mittleren Grades beziehe, „was das eingliederungsrelevante Ausmass der vorliegenden Einbussen deutlich macht“, nichts Entscheidendes für den vorliegend zu beurteilenden Anspruch auf medizinische Massnahmen ableiten. Der Versicherten ist die betreffende Hilflosenentschädigung nämlich zweifellos nicht nur wegen der hier interessierenden Nebenerbefunde, sondern wohl in erster Linie aufgrund der vorhandenen deutlichen (fein-) motorischen Defizite und Störungen zugesprochen worden. Insgesamt handelt es sich deshalb beim Fazit der RAD-Ärztin, wonach aus der Kombination der bei der Versicherten erhobenen Diagnosen schwerwiegende Nebenerbefunde resultieren, die zu einer eingliederungsrelevanten Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit der Versicherten führen, letztlich lediglich um eine nicht näher belegte medizinische These. Damit auf diese abgestellt werden könnte, hätte die RAD-Ärztin detaillierter aufzeigen müssen, wie sich die einzelnen Nebenerbefunde (leichte Intelligenzminderung, soziale und spezifische Phobie), die jeder für sich allein einer beruflichen Eingliederung nicht entgegenstehen, in ihrer Gesamtheit konkret auf die Erwerbsfähigkeit der Versicherten auswirken. In einem nächsten Schritt wäre sodann aufzuzeigen gewesen, ob und gegebenenfalls weshalb die betreffenden Beeinträchtigungen effektiv auch als „schwerwiegend“ zu qualifizieren sind, denn nur unter dieser Voraussetzung ist nach dem oben Gesagten (vgl. E. 2.3 hiervor) die Dauerhaftigkeit des Eingliederungserfolgs der strittigen medizinischen Massnahme zu verneinen. Da die Stellungnahme der RAD-Ärztin sich mit diesen relevanten Aspekten nur unzureichend befasst, erweist sich deren Beurteilung als unvollständig, sodass darauf nicht abgestellt werden kann. In diesem Zusammenhang ist überdies auch in Erinnerung zu rufen, dass Berichten versicherungsinterner Fachpersonen ohnehin nicht derselbe Beweiswert zukommt wie einem im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten Gutachten externer Fachpersonen oder gar wie einem Gerichtsgutachten. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (vgl. E. 3.2 hiervor). Eine solche Konstellation liegt hier nach dem eben Gesagten vor. Die angefochtene Verfügung ist deshalb aufzuheben und es sind weitere medizinische Abklärungen vorzunehmen. Die Angelegenheit ist zu diesem Zwecke an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Diese wird die Frage, ob sich die Kombination der bei der Versicherten diagnostizierten *Nebenerbefunde* in ihrer Gesamtheit derart schwerwiegend auswirken, dass sie zu einer eingliederungsrelevanten Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit

führt, durch ein *versicherungsexternes* fachärztliches Gutachten abklären zu lassen haben. Anschliessend wird die IV-Stelle gestützt auf die Ergebnisse der Aktenergänzung über den Leistungsanspruch der Versicherten neu zu befinden haben. Die vorliegende Beschwerde ist in diesem Sinne gutzuheissen.

5. Abschliessend bleibt über die Kosten des Beschwerdeverfahrens zu befinden.

5.1 Beim Entscheid über die Verlegung der Verfahrens- und der Parteikosten ist grundsätzlich auf den Prozessausgang abzustellen. Hebt das Kantonsgericht eine bei ihm angefochtene Verfügung auf und weist es die Angelegenheit zum weiteren Vorgehen im Sinne der Erwägungen und zum Erlass einer neuen Verfügung an die IV-Stelle zurück, so gilt in prozessualer Hinsicht die Beschwerde führende Partei als (vollständig) obsiegende und die IV-Stelle als unterliegende Partei (BGE 137 V 61 f. E. 2.1 und 2.2, BGE 132 V 235 E. 6.2, je mit Hinweisen).

5.2 Gemäss Art. 69 Abs. 1bis IVG sind Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Verfahrenskosten werden gestützt auf § 20 Abs. 3 VPO in der Regel in angemessenem Ausmass der unterliegenden Partei auferlegt. In casu hätte deshalb die IV-Stelle als unterliegende Partei grundsätzlich die Verfahrenskosten zu tragen. In diesem Zusammenhang ist allerdings zu beachten, dass laut § 20 Abs. 3 Satz 3 VPO den Vorinstanzen - vorbehältlich des hier nicht interessierenden § 20 Abs. 4 VPO - keine Verfahrenskosten auferlegt werden. Dies hat zur Folge, dass für den vorliegenden Prozess keine Verfahrenskosten erhoben werden. Der Beschwerdeführerin ist der geleistete Kostenvorschuss zurückzuerstatten.

5.3.1 Laut Art. 61 lit. g ATSG hat die obsiegende Beschwerde führende Person Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Der Wortlaut der genannten Bestimmung schränkt den Anspruch somit auf die *Beschwerde führende Person* ein. Es stellt sich deshalb die Frage, ob damit einzig die Beschwerde führende *versicherte Person* gemeint ist oder ob auch ein obsiegender Beschwerde führender Sozialversicherer eine Parteientschädigung zu Lasten des unterliegenden Versicherungsträgers beanspruchen kann. Nach Lehre und Rechtsprechung ist Art. 61 lit. g ATSG in Übereinstimmung mit Art. 68 Abs. 3 des Bundesgesetzes über das Bundesgericht (BGG) vom 17. Juni 2005 auszulegen (UELI KIESER, ATSG-Kommentar, 3. Auflage, Zürich/Basel/Genf 2015, Art. 61 Rz.199 f.; Sozialversicherungsrecht - Rechtsprechung und Verwaltungspraxis [SVR] 2009 IV Nr. 33). Die letztgenannte Bestimmung sieht vor, dass Bund, Kantone und Gemeinden sowie mit öffentlich-rechtlichen Aufgaben betrauten Organisationen in der Regel keine Parteientschädigung zugesprochen wird, wenn sie in ihrem amtlichen Wirkungskreis obsiegen. Sozialversicherer gehören zu den im Sinne von Art. 68 Abs. 3 BGG mit öffentlich-rechtlichen Aufgaben betrauten Organisationen (UELI KIESER, a.a.O., Art. 61 Rz. 200). Daraus folgt, dass vorliegend die obsiegende KPT Krankenkasse AG als Beschwerde führender, in seinem amtlichen Wirkungskreis tätiger Krankenversicherer keine Parteientschädigung zu Lasten der unterliegenden Invalidenversicherung beanspruchen kann.

5.3.2 Wenn eine Beiladung erfolgt, kann der beigeladenen versicherten Person bei Obsiegen ein Anspruch auf Ersatz der Parteikosten zustehen. Diese Kosten sind grundsätzlich vom unter-

liegenden Versicherungsträger zu übernehmen (UELI KIESER, a.a.O., Art. 61 Rz. 201 mit Hinweis). Zu den *Parteikosten* zählen insbesondere die Kosten, die einer versicherten Person im gerichtlichen Verfahren für den Beizug einer Rechtsanwältin bzw. eines Rechtsanwaltes entstanden sind. Vorliegend hat die Beigeladene zwar obsiegt, da sie bzw. ihre Eltern - als gesetzliche Vertreter - die Angelegenheit jedoch selber vor Gericht vertreten haben, entfällt ein Anspruch auf Ersatz der Parteikosten im Sinne der genannten Bestimmung.

5.3.3 Aus dem Gesagten folgt, dass die ausserordentlichen Kosten des vorliegenden Beschwerdeverfahrens wettgeschlagen werden können.

6.1 Gemäss Art. 90 BGG ist die Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten an das Bundesgericht zulässig gegen Entscheide, die das Verfahren abschliessen. Selbständig eröffnete Zwischenentscheide sind - mit Ausnahme der Zwischenentscheide über die Zuständigkeit und über Ausstandsbegehren (vgl. Art. 92 BGG) - nur mit Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten anfechtbar, wenn sie einen nicht wieder gutzumachenden Nachteil bewirken können (Art. 93 Abs. 1 lit. a BGG) oder wenn die Gutheissung der Beschwerde sofort einen Endentscheid herbeiführen und damit einen bedeutenden Aufwand an Zeit oder Kosten für ein weitläufiges Beweisverfahren ersparen würde (Art. 93 Abs. 1 lit. b BGG). Nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung handelt es sich bei einem Rückweisungsentscheid an den Versicherungsträger zur Aktenergänzung und anschliessenden Neuverfügung nicht um einen Endentscheid, sondern um einen Zwischenentscheid im Sinne von Art. 93 Abs. 1 BGG. Dies gilt auch für einen Rückweisungsentscheid, mit dem eine materielle Teilfrage (z.B. eine von mehreren materiellrechtlichen Anspruchsvoraussetzungen) beantwortet wird (BGE 133 V 481 f. E. 4.2).

6.2 Beim vorliegenden Rückweisungsentscheid handelt es sich somit um einen Zwischenentscheid im Sinne des BGG. Demnach ist gegen ihn eine Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten an das Bundesgericht nur unter den in Art. 93 Abs. 1 BGG genannten Voraussetzungen zulässig. Ob diese erfüllt sind, entscheidet das Bundesgericht. Die nachstehende Rechtsmittelbelehrung erfolgt unter diesem ausdrücklichen Vorbehalt.

Demgemäss wird **e r k a n n t** :

- ://:
1. Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, als die angefochtene Verfügung der IV-Stelle Basel-Landschaft vom 7. August 2017 aufgehoben und die Angelegenheit zur weiteren Abklärung im Sinne der Erwägungen und zum Erlass einer neuen Verfügung an die IV-Stelle Basel-Landschaft zurückgewiesen wird.
 2. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.

Der Beschwerdeführerin wird der geleistete Kostenvorschuss in der Höhe von Fr. 800.-- zurückerstattet.
 3. Die ausserordentlichen Kosten werden wettgeschlagen.

<http://www.bl.ch/kantonsgericht>