

12 Art. 8 und 13 IVG

Die Kreisschreiben des Bundesamtes für Sozialversicherungen stellen Ausführungsvorschriften dar, welche sich an die Durchführungsstellen richten; für das Versicherungsgericht sind sie nicht verbindlich.

Bei der Beurteilung eines Leistungsanspruches ist zentral auf die medizinischen Unterlagen abzustellen. Den Berichten eines Hausarztes oder behandelnden Facharztes von vornherein jede Glaubwürdigkeit abzusprechen, ist willkürlich.

Aus dem Entscheid des Versicherungsgerichts, 1. Kammer, vom 8. September 2009 in Sachen S.F. gegen SVA Aargau (VBE.2009.74).

Aus den Erwägungen

2.

2.1.

Die Leistungspflicht bei verschiedenen Arten von Massnahmen hat das Bundesamt für Sozialversicherungen (BSV) im Kreisschreiben über die medizinischen Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung (KSME) näher umschrieben.

(...)

2.2.

Verwaltungsweisungen des BSV sind keine eigenen Rechtsregeln, sondern stellen nur eine Konkretisierung und Umschreibung der gesetzlichen und verordnungsmässigen Bestimmung dar. Es handelt sich hierbei um Vorgaben an die Vollzugsorgane der Versicherung über die Art und Weise, wie diese ihre Befugnisse auszuüben haben. Als solche stellen Verwaltungsweisungen den Standpunkt der Verwaltung über die Anwendung der Rechtsregeln dar und dienen im Rahmen der fachlichen Aufsicht des BSV einer einheitlichen Rechts-

anwendung, um eine Gleichbehandlung der Versicherten, aber auch die verwaltungsmässige Praktikabilität zu gewährleisten (BGE 129 V 204 Erw. 3 mit Hinw.; ZAK 1987 S. 581). Deshalb richten sich solche Ausführungsvorschriften rechtsprechungsgemäss nur an die Durchführungsstellen; für das Versicherungsgericht sind sie nicht verbindlich. Dieses soll sie bei seiner Entscheidung aber berücksichtigen, sofern sie eine dem Einzelfall angepasste und gerecht werdende Auslegung der anwendbaren gesetzlichen Bestimmungen zulassen. Das Gericht weicht folglich nicht ohne triftigen Grund von Verwaltungsweisungen ab, wenn diese eine überzeugende Konkretisierung der rechtlichen Vorgaben darstellen. Insofern wird dem Bestreben der Verwaltung, durch interne Weisungen eine rechtsgleiche Gesetzesanwendung zu gewährleisten Rechnung getragen (BGE 131 V 45 Erw. 2.3, 130 V 172 Erw. 4.3.1, 129 V 204 Erw. 3.2, 127 V 61 Erw. 3a, 126 V 68 Erw. 4b, 427 Erw. 5a).

(...)

3.4.

3.4.1.

Dem Argument der Beschwerdegegnerin, da die Lokomattherapie bereits eine physiotherapeutische Behandlung darstelle, sei kein Grund ersichtlich, im selben Bereich nochmals Kostengutsprache zu leisten, kann nicht gefolgt werden. Vielmehr liegen Umstände vor, welche eine erneute Verlängerung der Übernahme der Physiotherapiekosten durch die Beschwerdegegnerin infolge Geburtsgebrechens Nr. 390 rechtfertigen. Wie den medizinischen Berichten zu entnehmen ist, ist die Beschwerdeführerin ein mehrfach behindertes Kind. Prof. Dr. med. B. begründet ausführlich, dass mit den unterschiedlichen Therapien verschiedene Defizite behandelt würden. Die Physiotherapie diene der Bewegungsbehandlung, dem Muskeltraining und behandle Gelenkkontrakturen. Hingegen werde mittels des Lokomattrainings versucht, der Beschwerdeführerin eine geeignete Gangmechanik anzuschulen. Der Arzt führt sodann aus, es sei aus medizinischer Sicht nicht erwiesen, dass ein Lokomattraining nur bei mindestens drei Mal wöchentlichen Sitzungen einen Therapieerfolg verzeichnete. Nachvollziehbar legt der Arzt dar, Therapie sei nicht Therapie, diese verfolgten vielmehr differenzierte Ziele. Diese Beur-

teilung wird durch Dr. med. M. gestützt, welcher ausführt, die Lokomattherapie sei ergänzend zur Physio- und Ergotherapie zu verordnen. Zudem legte die behandelnde Physiotherapeutin ihre Wahrnehmungen in begründeter und nachvollziehbarer Weise dar und erläuterte zukünftige Therapieziele. Weiter bestehen auch keine Anhaltspunkte an der Einfachheit und Zweckmässigkeit der Therapie zu zweifeln, kann doch die Physiotherapie nicht durch das Lokomattraining ersetzt werden. Schliesslich steht dieser Auffassung kein widersprechendes ärztliches Gutachten gegenüber. Die RAD-Ärztin G. begründete in ihrer Stellungnahme vom 18. September 2008 weder schlüssig noch nachvollziehbar, weshalb eine parallele Therapie nicht zweckmässig sei. Die Frage, ob überhaupt die Voraussetzungen für ein Aktengutachten vorgelegen haben, kann somit offen bleiben, da diese Stellungnahme die bundesgerichtlichen Anforderungen nicht erfüllt.

Der Bericht von Prof. Dr. med. B. erfolgte in Kenntnis der medizinischen Akten. Sodann ist er nachvollziehbar und schlüssig, weshalb ihm voller Beweiswert zukommt. Den Berichten eines Hausarztes oder behandelnden Facharztes kann nicht von vornherein jede Glaubwürdigkeit abgesprochen werden. Ein solches Vorurteil ist vielmehr offensichtlich willkürlich. Freilich trifft es zu, dass das Eidgenössische Versicherungsgericht (EVG, heute: Bundesgericht) in mehreren Entscheiden festgehalten hat, dass der Richter in Bezug auf Berichte von Haus- oder behandelnden Ärzten der Erfahrungstatsache Rechnung tragen dürfe und solle, dass diese Ärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen würden (BGE 125 V 351 Erw. 3b/cc mit Hinw.). Dieser Satz darf jedoch nicht so verstanden werden, dass das Gericht solchen Berichten in jedem Fall misstrauen soll. Das Bundesgericht hat denn auch seine Aussage in dem Sinne relativiert, indem es festhielt, der Richter könne ebenso gut auf die speziellen, etwa dank der langjährigen Betreuung nur einem Hausarzt zugänglichen Kenntnisse des Gesundheitszustandes abstellen (vgl. Urteil des BGer vom 11. Juni 1997 [I 255/96] und Urteil vom 21. Dezember 2005 [4P 254.2005], Erw. 4.2).

Unter diesem Gesichtspunkt erweist sich die Physiotherapie in Kumulation mit weiteren Therapien (Ergo-, Hippo- und Lokomattherapie) nicht nur als zweckmässig, sondern auch als geeignetes und in diesem Sinne als einfaches Mittel.

(...)

3.5.

3.5.1.

Wie in Erw. 2.4 hievor festgehalten, zählt die Lokomattherapie zu den physiotherapeutischen Behandlungen. Nach den Ausführungen im KSME (insbesondere Ziffer 390.9) sind jeweils zwanzig Sitzungen mit einer Behandlungsfrequenz von mindestens drei Sitzungen pro Woche zu verfügen. Dieser Regelung kann jedoch keine in jedem Fall abschliessende Bedeutung zukommen, da eine absolut verstandene zeitliche Limitierung den normativen Anspruchsvoraussetzungen widerspräche, wonach sich die Behandlungsdauer nach den Grundsätzen der Notwendigkeit, Zweckmässigkeit und Einfachheit richtet (Art. 2 Abs. 3 GgV). Vielmehr bleibt es der richterlichen Prüfung vorbehalten, ob im konkreten Einzelfall ausnahmsweise auch eine Behandlungsfrequenz von ein bis zwei Sitzungen pro Woche das therapeutische Ziel noch auf eine einfache und zweckmässige Weise anstrebt (vgl. Erw. 2.2 hievor).

3.5.2.

Prof. Dr. med. B. äusserte sich bereits mit Schreiben vom 27. Oktober 2008 erstaunt darüber, dass die Kosten für ein Lokomattraining nur ab einer Behandlungsfrequenz von mindestens drei Sitzungen pro Woche übernommen würden. Er fügte am 16. März 2009 an, diese Regelung sei für ihn nicht nachvollziehbar. Da sich bei der Beschwerdeführerin eine Gehfähigkeit anbahne, sei das Lokomattraining sinnvoll. Auch das BSV schreibt, die Kosten könnten für 20 Einheiten Gangtherapie mit dem Lokomat übernommen werden. Dass diese auf drei wöchentliche Sitzungen zu verteilen sind, geht aus dem Schreiben vom 9. Juli 2008 nicht hervor.

3.5.3.

Unter diesen besonderen Umständen ist die Lokomattherapie auch bei zweimaliger Behandlung pro Woche als notwendige, den therapeutischen Erfolg in einfacher und zweckmässiger Weise anzu-

strebende Vorkehr zu betrachten und von der Invalidenversicherung zu übernehmen. Indem die Beschwerdeführerin in der Reha Klinik Rheinfelden die Therapie absolviert, verletzt sie nicht – wie von der Beschwerdegegnerin behauptet – ihre Schadensminderungspflicht. Vielmehr kommt sie dieser nach, da die Fahrtkosten zu einer entfernten Klinik ebenfalls von der Invalidenversicherung zu übernehmen wären.

13 Art. 25 und 53 Abs. 2 ATSG

Rückforderung von Leistungen:

Bei der Einstellung einer Zusatzrente zur Invalidenrente und auch im Rahmen der ordentlichen Rentenrevisionen besteht für die IV-Stelle kein Anlass, sämtliche Berechnungsfaktoren zu überprüfen.

Aus dem Entscheid des Versicherungsgerichts, 1. Kammer, vom 3. März 2009 in Sachen N.G. gegen SVA Aargau (VBE.2008.111/VBE.2008.208).

Aus den Erwägungen

2.5. Rückforderung

Nach Art. 25 Abs. 1 ATSG sind unrechtmässig bezogene Leistungen grundsätzlich zurückzuerstatten. Die Rückforderung zu Unrecht ausbezahlter Leistungen ist nur zulässig, wenn die Voraussetzungen der Wiedererwägung oder der prozessualen Revision der ursprünglichen Verfügung (oder der formlosen Leistungszusprechung) erfüllt sind (BGE 129 V 110 Erw. 1.1. mit Hinweisen). Dies gilt auch unter der Herrschaft des Art. 25 ATSG, der an die Stelle der spezialgesetzlichen Rückerstattungsnormen getreten ist (vgl. BGE 130 V 319 Erw. 5.2 mit Hinweisen).

2.5.1.

Nach Art. 53 Abs. 2 ATSG kann der Versicherungsträger auf formell rechtskräftige Verfügungen oder Einspracheentscheide zurückkommen, wenn diese zweifellos unrichtig sind und wenn ihre Berichtigung von erheblicher Bedeutung ist (Wiedererwägung). Dass die Leistungsausrichtung zweifellos unrichtig war, ist aufgrund der