

Bundesgericht  
Tribunal fédéral  
Tribunale federale  
Tribunal federal

8C 203/2018

Urteil vom 9. Oktober 2018

I. sozialrechtliche Abteilung

Besetzung  
Bundesrichter Maillard, Präsident,  
Bundesrichter Frésard, Bundesrichterin Heine,  
Gerichtsschreiber Jancar.

Verfahrensbeteiligte  
IV-Stelle des Kantons St. Gallen,  
Brauerstrasse 54, 9016 St. Gallen,  
Beschwerdeführerin,

gegen

A. \_\_\_\_\_,  
handelnd durch B. \_\_\_\_\_ und C. \_\_\_\_\_,  
und diese vertreten durch Procap für Menschen mit Handicap,  
Beschwerdegegerin.

Gegenstand  
Invalidenversicherung (Geburtsgebrechen),

Beschwerde gegen den Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 24. Januar 2018 (IV 2017/1).

Sachverhalt:

A.  
Die 2011 geborene A. \_\_\_\_\_ wurde am 4. Mai 2011 bei der IV-Stelle des Kantons St. Gallen zum Leistungsbezug angemeldet. Diese anerkannte ihre Leitungspflicht für die Geburtsgebrechen der Versicherten Ziff. 313, 395, 446 und 485 gemäss Anhang zur Verordnung über Geburtsgebrechen (GgV-Anhang). Am 11. Februar 2016 verlangte Dr. med. D. \_\_\_\_\_, Fachärztin Orthopädie, Abteilung Kinderorthopädie, Spital E. \_\_\_\_\_, die Vergütung der Kosten für eine dynamische Hüftabduktionsorthese, die zur Behandlung einer Hüftsubluxation der Versicherten nötig sei. Dies sei eine Folge des bei ihr bestehenden Williams-Beuren-Syndroms (nachfolgend WBS) und sei auf das Geburtsgebrechen Ziff. 485 GgV-Anhang zurückzuführen. Mit Verfügung vom 6. Dezember 2016 lehnte die IV-Stelle dieses Leistungsgesuch ab, da der adäquate Kausalzusammenhang zwischen Hüftgelenkssubluxationen und dem WBS (Geburtsgebrechen Ziff. 485 GgV-Anhang) zu verneinen sei.

B.  
In Gutheissung der hiergegen geführten Beschwerde bejahte das Versicherungsgericht des Kantons St. Gallen dem Grundsatz nach den Anspruch der Versicherten auf eine Hüftabduktionsorthese. Es wies die Sache zu weiterer Abklärung des konkreten Versorgungsbedarfs und zu neuer Verfügung im Sinne der Erwägungen an die IV-Stelle zurück (Entscheid vom 24. Januar 2018).

C.  
Mit Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten beantragt die IV-Stelle, der kantonale Entscheid sei aufzuheben, soweit er im Grundsatz einen Anspruch der Versicherten auf eine Versorgung mit einer Hüftabduktionsorthese nach Art. 12 f. IVG bejahe. Die Sache sei zu weiteren Abklärungen hinsichtlich einer allfälligen Leistungspflicht an die IV-Stelle zurückzuweisen.

Die Versicherte und die Vorinstanz schliessen auf Beschwerdeabweisung. Erstere verweist auf eine Stellungnahme des Spitals E. \_\_\_\_\_ vom 28. (richtig 26.) März 2018. Das Bundesamt für

Sozialversicherungen verzichtet auf Vernehmlassung.  
Erwägungen:

1.

Beim angefochtenen Rückweisungsentscheid handelt es sich, da das Verfahren noch nicht abgeschlossen wird und die Rückweisung auch nicht einzig der Umsetzung des oberinstanzlich Angeordneten dient, um einen selbstständig eröffneten Vor- oder Zwischenentscheid im Sinne von Art. 93 BGG. Die Zulässigkeit der Beschwerde setzt somit - alternativ - voraus, dass der Entscheid einen nicht wieder gutzumachenden Nachteil bewirken kann (Abs. 1 lit. a) oder dass die Gutheissung der Beschwerde sofort einen Endentscheid herbeiführen und damit einen bedeutenden Aufwand an Zeit oder Kosten für ein weitläufiges Beweisverfahren ersparen würde (Abs. 1 lit. b)

Mit der Bejahung der grundsätzlichen Leistungspflicht der IV-Stelle für eine Hüftabduktionsorthese enthält der angefochtene Entscheid materiell verbindliche Feststellungen, welche sie bei Vorliegen der übrigen Erfordernisse verpflichten, Leistungen zuzusprechen. Da der darauf beruhende Endentscheid praktisch nicht angefochten und das Ergebnis nicht mehr korrigiert werden könnte, liegt ein nicht wieder gutzumachender Nachteil nach Art. 93 Abs. 1 lit. a BGG vor (nicht publ. E. 1.2.2 des Urteils BGE 140 V 220, in: SVR 2009 UV Nr. 23 S. 73, 8C 494/2013). Auf die Beschwerde ist daher einzutreten.

2.

Mit der Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten kann eine Rechtsverletzung nach Art. 95 f. BGG gerügt werden. Das Bundesgericht wendet das Recht von Amtes wegen an (Art. 106 Abs. 1 BGG). Dennoch prüft es - offensichtliche Fehler vorbehalten - nur die in seinem Verfahren gerügten Rechtsmängel (Art. 42 Abs. 1 f. BGG; BGE 135 II 384 E. 2.2.1 S. 389). Es legt seinem Urteil den Sachverhalt zugrunde, den die Vorinstanz festgestellt hat (Art. 105 Abs. 1 BGG). Es kann ihre Sachverhaltsfeststellung von Amtes wegen berichtigen oder ergänzen, wenn sie offensichtlich unrichtig ist oder auf einer Rechtsverletzung im Sinne von Art. 95 BGG beruht und wenn die Behebung des Mangels für den Verfahrensausgang entscheidend sein kann (Art. 97 Abs. 1, Art. 105 Abs. 2 BGG). Rechtsfragen sind die vollständige Feststellung erheblicher Tatsachen, die Beachtung des Untersuchungsgrundsatzes bzw. der Beweiswürdigungsregeln nach Art. 61 lit. c ATSG und der Anforderungen an den Beweiswert von Arztberichten (BGE 134 V 231 E. 5.1 S. 232). Bei den aufgrund dieser Berichte getroffenen Feststellungen zum Gesundheitszustand und bei der konkreten Beweiswürdigung geht es um Sachverhaltsfragen (nicht publ. E. 1 des Urteils BGE 141 V 585).

3.

Das kantonale Gericht hat die rechtlichen Grundlagen über den Anspruch auf medizinische Massnahmen bis zum vollendeten 20. Altersjahr im Allgemeinen (Art. 12 IVG) und bei Personen mit Geburtsgebrechen im Besonderen (Art. 13 IVG i.V.m. der GgV und deren Anhang) richtig dargelegt. Gleiches gilt hinsichtlich des massgebenden Beweisgrads der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 138 V 218 E. 6 S. 221). Darauf wird verwiesen.

4.

Die von der Versicherten aufgelegte Stellungnahme des Spitals E. \_\_\_\_\_ vom 26. März 2018 stellt, da erst nach dem angefochtenen Gerichtsentscheid vom 24. Januar 2018 entstanden, ein unzulässiges echtes Novum dar (Art. 99 Abs. 1 BGG; BGE 139 III 120 E. 3.1.2 S. 123; Urteil 8C 169/2018 vom 31. August 2018 E. 4).

5.

Streitig und zu prüfen ist als Erstes, ob das kantonale Gericht zu Recht den Anspruch der Versicherten auf Vergütung der Kosten für eine Hüftabduktionsorthese nach Art. 13 IVG bejaht hat.

5.1. Nach Art. 13 IVG haben Versicherte bis zum vollendeten 20. Altersjahr Anspruch auf die zur Behandlung von Geburtsgebrechen notwendigen medizinischen Massnahmen (Abs. 1). Der Bundesrat bezeichnet die Gebrechen, für welche diese Massnahmen gewährt werden; er kann die Leistung ausschliessen, wenn das Gebrechen von geringfügiger Bedeutung ist (Abs. 2). Als Geburtsgebrechen nach Art. 13 IVG gelten Gebrechen, die bei vollendeter Geburt bestehen; die Geburtsgebrechen sind in der Liste im Anhang aufgeführt (Art. 1 GgV). Als medizinische Massnahmen, die für die Behandlung eines Geburtsgebrechens notwendig sind, gelten sämtliche Vorkehren, die nach bewährter Erkenntnis der medizinischen Wissenschaft angezeigt sind und den therapeutischen Erfolg in einfacher und zweckmässiger Weise anstreben (Art. 2 Abs. 3 GgV).

In der GgV werden die einzelnen leistungsbegründenden Geburtsgebrechen abschliessend aufgezählt (unter Vorbehalt von Erweiterungen gemäss Art. 1 Abs. 2 Satz 2 GgV) sowie teilweise noch in qualitativer oder zeitlicher Hinsicht näher umschrieben (BGE 122 V 113 E. 3a/cc S. 119).

5.2. Praxisgemäss 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 demnach 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 (BGE 129 V 207 E. 3.3 S. 209; 100 V 41; Urteil 9C 842/2016 vom 27. April 2017 E. 6.1 mit weiteren Hinweisen). An die Erfüllung der Voraussetzungen des rechtserheblichen Kausalzusammenhangs sind strenge Anforderungen zu stellen (Urteil 8C 494/2010 vom 25. November 2010 E. 3.1; vgl. auch Rz. 11 Kreisschreiben über die medizinischen Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung, KSME).

6.

6.1. Im Bericht vom 17. Mai 2016 legten Dr. med. D. \_\_\_\_\_ und Dr. med. F. \_\_\_\_\_, Chefarzt Abteilung Kinderorthopädie, Spital E. \_\_\_\_\_, unter Berufung auf medizinische Literatur dar, beim WBS komme es in jungem Alter an multiplen Gelenken zu einer übermässigen Beweglichkeit aufgrund des niedrigen Muskeltonus. Dies werde häufig von einer übermässigen Gelenkslaxizität begleitet. Deswegen komme es bei WBS-Patienten in bis zu 2 % der Fälle zu Dislokationen (Luxationen) des Gelenks. Die Hüftsubluxation der Versicherten sei Folge der Gelenkslaxizität im Rahmen des WBS, weshalb die IV-Stelle die Kosten der Hüftabduktionsschiene gemäss Ziff. 485 GgV-Anhang zu übernehmen habe. Am 29. März 2017 gaben diese Arztpersonen an, die muskuläre Hypotonie sei Teil des WBS und im Rahmen der in der medizinischen Literatur beschriebenen mechanischen Pathologie der Muskulatur als Ursache für die Hüftdezentrierung der Versicherten anzusehen. Diese sei somit eine Folge des WBS. In der Normalbevölkerung liege die Wahrscheinlichkeit einer spontanen Dezentrierung von initial gesunden Hüftgelenken bei 0 %. Somit sei die Wahrscheinlichkeit beim WBS mit 2 % im Vergleich zur Normalbevölkerung massiv gesteigert.

6.2. Der praktische Arzt G. \_\_\_\_\_, Regionaler Ärztlicher Dienst der IV-Stelle (RAD), legte in der Aktenstellungnahme vom 12. Juli 2017 gestützt auf medizinische Literatur im Wesentlichen dar, ein möglicher Elastinmangel als Folge des WBS verursache keine neurologische Schwäche (Lähmung), sondern allenfalls eine strukturelle Gewebeschwäche (z.B. Gefässwandveränderungen). Die muskuläre Hypotonie als neurologisches Syndrom sei keine Bindegewebeopathie und nicht leistungsbegründend nach Ziff. 485 GgV-Anhang. Diese Hypotonie gehöre auch nicht zu den Kardinalsymptomen des WBS. Bei diesem würden in der medizinischen Literatur keine spezifischen Hüftpathologien beschrieben. Ausserdem werde die Mehrheit der muskuloskelettalen Auffälligkeiten als sekundär beurteilt, vermutlich als Folge der Bindegewebestruktur bei ELN-Gen Deletion. Die Pathophysiologie der muskuloskelettalen Leiden bleibe ungeklärt. Zudem könne ein Vorkommen bei 2 % der Patienten mit WBS wohl nicht als häufig bezeichnet werden. Es bestehe somit kein Leistungsanspruch der Versicherten auf die Behandlungskosten.

7.

7.1. Die Vorinstanz erwog im Wesentlichen, fraglich sei, ob die Hüftsubluxation der Versicherten ein Symptom des Geburtsgebrechens Ziff. 485 GgV-Anhang sei, also einer kongenitalen Dystrophie des Bindegewebes als Symptom des WBS. Der RAD-Arzt G. \_\_\_\_\_ habe am 12. Juli 2017 verständlich dargelegt, dass bei den meisten am WBS leidenden Personen die Synthese des Eiweisses Elastin beeinträchtigt sei. Da Elastin dem Bindegewebe zugeordnet sei, weise dieser Defekt einen Zusammenhang mit dem Geburtsgebrechen Ziff. 485 auf. Gestützt auf den Bericht des Spitals E. \_\_\_\_\_ vom 9. Januar 2013 stelle die bei der Versicherten bestehende muskuläre Hypotonie anscheinend eine spezifische Ausprägung der für ein WBS-Syndrom typischen Bindegewebebestörung dar. Sie sei somit ein (direktes) Symptom dieser Erkrankung und entgegen dem RAD bzw. der IV-Stelle nicht etwa bloss eine (indirekte) Folge nach Rz. 11 KSME. Die Anerkennung der Leistungspflicht durch die IV-Stelle für das Geburtsgebrechen Ziff. 485 GgV-Anhang stehe also in direktem Zusammenhang mit der muskulären Hypotonie. Entgegen dem Arzt G. \_\_\_\_\_ sei die statistische Häufigkeit einer Hüftluxation beim WBS nicht massgebend. Entscheidend sei einzig, ob

das WBS für die Hüftsubluxation der Versicherten ursächlich sei. Diese Frage habe der Arzt G. \_\_\_\_\_ nicht beantwortet. Trotzdem sei der Sachverhalt diesbezüglich erstellt. Denn die behandelnden Ärzte des Spitals E. \_\_\_\_\_ hätten überzeugend dargelegt, dass der niedrige Muskeltonus der Versicherten mit einer übermässigen Gelenksbeweglichkeit einhergehe, und dass diese übermässige Gelenkslaxität zu Dislokationen resp. Luxationen ihres Hüftgelenks geführt habe. Die Hüftsubluxation der Versicherten sei somit eine direkte Folge des WBS resp. des von der IV-Stelle anerkannten Geburtsgebrechens Ziff. 485 GgV-Anhang.

7.2. Die IV-Stelle wendet im Wesentlichen ein, das bei der Versicherten bestehende WBS gelte nicht als Geburtsgebrechen. Als solches anerkannt sei bei ihr Ziff. 485 GgV-Anhang. Zwar weise das WBS mit diesem Geburtsgebrechen einen Zusammenhang auf. Hingegen sei die Hüftsubluxation keine direkte Folge des WBS bzw. des Geburtsgebrechens Ziff. 485 GgV-Anhang. Aufgrund der überzeugenden Ausführungen des RAD-Arztes G. \_\_\_\_\_ vom 12. Juli 2017 gehöre die von den Ärzten des Spitals E. \_\_\_\_\_ als ursächlich für die Hüftsubluxation angesehene Hypotonie als neurologisches Symptom nicht zum (engen) Symptomenkreis des WBS oder des anerkannten Geburtsgebrechens Ziff. 485 GgV-Anhang. Richtigerweise hätte die Vorinstanz prüfen müssen, ob zwischen dem anerkannten Geburtsgebrechen Ziff. 485 GgV-Anhang und der Hüftsubluxation (als sekundäres Leiden) ein qualifizierter adäquater Kausalzusammenhang bestehe. Die Ärzte des Spitals E. \_\_\_\_\_ hätten sich darauf berufen, in der Literatur werde eine Hüftsubluxation beim WBS in bis zu 2 % der Fälle beschrieben. Dies lasse aber nicht den Schluss zu, die Hüftsubluxation sei eine fast zwangsläufige Konsequenz des Geburtsgebrechens Ziff. 485 GgV-Anhang. Damit sei der adäquate Kausalzusammenhang zu verneinen, wie auch der Arzt G. \_\_\_\_\_ am 12. Juli 2017 ausgeführt habe

8.

8.1. Wie die vorstehenden Erwägungen zeigen, bestehen divergierende Einschätzungen hinsichtlich der Fragen, ob die Dezentrierung/Subluxation der Hüfte der Beschwerdegegnerin zum Symptomenkreis des von der IV-Stelle anerkannten Geburtsgebrechens Ziff. 485 GgV-Anhang gehört oder zumindest ein sekundäres Leiden bildet, das damit in einem qualifizierten adäquaten Kausalzusammenhang steht (vgl. E. 5.2 hiavor).

Diese Fragen können nicht ohne zusätzliche fachärztliche Abklärung beantwortet werden. Denn obwohl die Argumente des RAD-Arztes G. \_\_\_\_\_ nicht von der Hand zu weisen sind, sind die Ausführungen der Dres. med. D. \_\_\_\_\_ und F. \_\_\_\_\_ durchaus geeignet, mindestens geringe Zweifel an seiner Beurteilung zu wecken (BGE 139 V 225 E. 5.2 S. 229). Entgegen der Vorinstanz kann indessen auch die Einschätzung der Dres. med. D. \_\_\_\_\_ und F. \_\_\_\_\_ nicht als alleinige Beurteilungsgrundlage dienen, zumal behandelnde Arztpersonen mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zugunsten ihrer Patienten aussagen, weshalb ihre Berichte mit Vorbehalt zu würdigen sind (BGE 135 V 465 E. 4.5 S. 470 f.).

Somit hat die IV-Stelle aufgrund des Untersuchungsgrundsatzes (Art. 43 ATSG) ein klärendes medizinisches Gutachten nach Art. 44 ATSG zu veranlassen und danach über den Leistungsanspruch der Beschwerdegegnerin gemäss Art. 13 IVG erneut zu verfügen.

8.2. Falls die ergänzende Abklärung ergibt, dass ein sekundäres Leiden als Folge des Geburtsgebrechens Ziff. 485 GgV-Anhang vorliegt (vgl. E. 5.2 hiavor), ist festzuhalten, dass die Häufigkeit des Leidens praxisgemäss nicht das allein entscheidende Kriterium für die Bejahung eines qualifizierten adäquaten Kausalzusammenhangs ist (SVR 2011 IV Nr. 10 S. 27, 9C 674/2009 E. 2.2 und Urteil 8C 80/2010 vom 15. Juni 2010 E. 2.2, je mit Hinweisen). Zudem beurteilt sich die Häufigkeit - entgegen den Dres. med. D. \_\_\_\_\_ und F. \_\_\_\_\_ (vgl. E. 6.1 hiavor) - nicht aufgrund einer statistisch erfassten Gesamtbevölkerung, sondern mit Bezug auf vergleichbare Kinder mit dem Geburtsgebrechen Ziff. 485 GgV Anhang (vgl. Urteil I 318/90 vom 4. Juni 1991 E. 4a).

9.

In Sinne einer Alternativbegründung bejahte die Vorinstanz die Leistungspflicht der IV-Stelle für die Hüftabduktionsorthese nach Art. 12 IVG.

9.1. Gemäss Art. 12 IVG und Art. 2 Abs. 1 IVV besteht ein Anspruch auf Übernahme medizinischer Massnahmen durch die Invalidenversicherung, wenn durch diese Vorkehr stabile oder wenigstens relativ stabilisierte Folgezustände von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall - im Einzelnen:

Beeinträchtigungen der Körperbewegung, der Sinneswahrnehmung oder der Kontaktfähigkeit - behoben oder gemildert werden, um die Erwerbsfähigkeit dauernd und wesentlich zu verbessern oder vor wesentlicher Beeinträchtigung zu bewahren.

9.2. Der Eingliederungserfolg ist 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 werden kann. 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. Die erforderliche Prognose bei einem Kind muss zwei Aussagen enthalten: Zunächst muss erstellt sein, dass ohne die vorbeugende Behandlung in naher Zukunft mit Wahrscheinlichkeit eine bleibende Beeinträchtigung eintreten würde; zugleich muss erstellt sein, dass durch die Behandlung ein stabiler Zustand herbeigeführt werden kann, in welchem vergleichsweise erheblich verbesserte Voraussetzungen für die spätere Ausbildung und Erwerbsfähigkeit bestehen (Urteil 8C 632/2017 vom 6. März 2018 E. 5.3.1 mit weiteren Hinweisen).

10.

10.1. Die Vorinstanz erwog im Wesentlichen, es liege auf der Hand, dass die unbehandelte Hüftsubluxation die Eingliederung der Beschwerdeführerin ins Erwerbsleben erheblich erschweren würde. Folglich wirke sich die Hüftabduktionsorthese eingliederungsfördernd aus, weshalb die Anspruchsvoraussetzungen nach Art. 12 IVG erfüllt seien. Zwar gehörten offenbar leichte bis mittelschwere geistige Behinderungen zu typischen Syndromen eines WBS. Daraus könne aber nicht abgeleitet werden, dass zum Vornherein damit zu rechnen wäre, die Versicherte werde nie einen ökonomisch relevanten Mehrwert erzielen bzw. nie erwerbstätig sein können. Die Akten enthielten jedenfalls keinen Anhaltspunkt für eine solche Prognose. Diese Beweislosigkeit müsste nach Art 8 ZGB zur Verweigerung der Massnahmen nach Art. 12 IVG führen. Damit würde eine erhebliche Erschwerung einer möglichen späteren Eingliederung in Kauf genommen. Die Versicherte könnte dann nämlich erst kurz vor Ende der schulischen Ausbildung medizinische Massnahmen beanspruchen und müsste alles wettmachen, was in den Jahren zuvor versäumt worden sei. Dies wäre absurd und liefe offenkundig dem Sinn und Zweck des Art. 12 IVG zuwider. Da Eingliederungsmassnahmen im Vergleich zu Renten in aller Regel kostengünstiger seien, sei die Verweigerung einer Eingliederungsmassnahme, die das Risiko einer späteren Rentenleistung erhöhe, unverhältnismässig. Wenn also nicht mit einer höheren Plausibilität feststehe, dass die versicherte Person später selbst im besten Fall und trotz maximaler Unterstützung durch die Invalidenversicherung nie ein ökonomisch relevantes Erwerbseinkommen werde erzielen können, müsse nach Sinn und Zweck des Art. 12 IVG ein Anspruch auf eine medizinische Eingliederungsmassnahme bejaht werden, sofern die übrigen Voraussetzungen erfüllt seien.

10.2. Gründe für eine Änderung der in E. 9.2 hiavor dargelegten Rechtsprechung sind im Lichte dieser Erwägungen des kantonalen Gerichts nicht ersichtlich (zu den Voraussetzungen einer Praxisänderung siehe BGE 140 V 538 E. 4.5 S. 541).

Die Beschwerdegegnerin weist wegen des bei ihr bestehenden WBS einen allgemeinen Entwicklungsrückstand auf und wird in der Heilpädagogischen Tagesschule Seidenbaum in Trübbach betreut (vgl. Bericht des Spitals E. \_\_\_\_\_ vom 20. Januar 2016). Der IV-Stelle ist beizupflichten, dass die Akten keine zuverlässige fachärztliche Grundlage bieten, um in diesem Lichte die Frage nach der Dauerhaftigkeit des Eingliederungserfolgs im Sinne des in E. 9.2 hiavor Gesagten prognostisch zu beurteilen. Somit wurde auch in dieser Hinsicht der Sachverhalt unvollständig abgeklärt und damit der Untersuchungsgrundsatz verletzt. Diese Frage hat das von der IV-Stelle einzuholende medizinische Gutachten (vgl. E. 8.1 hiavor) ebenfalls zu klären. Gestützt hierauf wird sie auch über ihre Leistungspflicht nach Art. 12 IVG zu verfügen haben.

11.

Die unterliegende Versicherte trägt die Gerichtskosten (Art. 66 Abs. 1 BGG; BGE 141 V 281 E. 11.1 S. 312).

Demnach erkennt das Bundesgericht:

1.

Die Beschwerde wird teilweise gutgeheissen. Der Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons

St. Gallen vom 24. Januar 2018 und die Verfügung der IV-Stelle des Kantons St. Gallen vom 6. Dezember 2016 werden aufgehoben. Die Sache wird zu neuer Verfügung an die IV-Stelle des Kantons St. Gallen zurückgewiesen. Im Übrigen wird die Beschwerde abgewiesen.

2.

Die Gerichtskosten von Fr. 500.- werden der Beschwerdegegnerin auferlegt.

3.

Die Sache wird zur Neuerlegung der Kosten des vorangegangenen Verfahrens an das Versicherungsgericht des Kantons St. Gallen zurückgewiesen.

4.

Dieses Urteil wird den Parteien, dem Versicherungsgericht des Kantons St. Gallen und dem Bundesamt für Sozialversicherungen schriftlich mitgeteilt.

Luzern, 9. Oktober 2018

Im Namen der I. sozialrechtlichen Abteilung  
des Schweizerischen Bundesgerichts

Der Präsident: Maillard

Der Gerichtsschreiber: Jancar