

SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2007/166 vom 6. März 2008

Sg Versicherungsgericht, 2008-03-06, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_IV_2007_166

FR: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2007/166 du 6 mars 2008

IT: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2007/166 del 6 marzo 2008

Regeste

Art. 13 IVG; (Atem-)Physiotherapie wegen pulmonaler Infektanfälligkeit eines Versicherten mit angeborenem Herzfehler, Lippen-Kiefer-Gaumenspalte (beides anerkannte Geburtsgebrechen) und Trisomie 21; qualifizierter ursächlicher Zusammenhang eines sekundären Gesundheitsschadens mit den Geburtsgebrechen? (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 6. März 2008, IV 2007/166)

Erwägungen

E. 1

Mit der angefochtenen Verfügung lehnte die Beschwerdegegnerin eine Verlängerung von Physiotherapie ab. Diese war im Rahmen der "Grundverfügung" vom 23. Oktober 2000 für medizinische Massnahmen zur Behandlung von Geburtsgebrechen für die Zeit vom 22. Juli 2000 bis 31. Oktober 2010 übernommen worden, und zwar faktisch bis zum 5. Juli 2005 (vgl. IV-act. 86). Die Leistungszusprache war damals eingestellt worden. Nach der Aktenlage ist davon auszugehen, dass mit der Einreichung der neuen ärztlichen Verordnung vom 7. März 2006 ein neues Gesuch um Physiotherapie gestellt und von der Beschwerdegegnerin materiell behandelt wurde.

E. 2

2.1 Nach Art. 13 IVG haben Versicherte bis zum vollendeten 20. Altersjahr Anspruch auf die zur Behandlung von Geburtsgebrechen (Art. 3 Abs. 2 ATSG) 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). Gemäss Art. 1 Abs. 2 der Verordnung über Geburtsgebrechen (GgV) sind die Geburtsgebrechen in der Liste im Anhang der GgV aufgeführt. Der Beschwerdeführer leidet an den Geburtsgebrechen Nr. 201 (Lippen-, Kiefer-, Gaumenspalte) und Nr. 313 (angeborene Herz- und Gefässmissbildungen). Bei der Trisomie 21 handelt es sich unbestrittenermassen nicht um ein in der GgV aufgeführtes Leiden, denn die zugrunde liegende chromosomale Irregularität ist als solche nicht behandelbar (vgl. I 253/03). 2.2 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). Nach der Rechtsprechung des Bundesgerichts 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

Geburtsgebrecben und dem sekundären Leiden muss danach ein qualifizierter adäquater Kausalzusammenhang bestehen. Nur wenn im Einzelfall dieser qualifizierte ursächliche Zusammenhang zwischen sekundärem Gesundheitsschaden und Geburtsgebrecben 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 100 V 41; AHI 2001 S. 79 E. 3a; Pra 1991 Nr. 214 S. 906 E. 3b). An die Erfüllung der Voraussetzungen des rechtserheblichen Kausalzusammenhangs sind strenge Anforderungen zu stellen, zumal der Wortlaut des Art. 13 IVG den Anspruch der versicherten Minderjährigen auf die Behandlung des Geburtsgebrecbens an sich beschränkt (AHI 1998 S. 249 E. 2a; zum Ganzen auch Rz 11 KSME). Die Häufigkeit des sekundären Leidens stellt nicht das allein entscheidende Kriterium für die Bejahung eines qualifizierten adäquaten Kausalzusammenhangs dar (Entscheid des Eidgenössischen Versicherungsgerichts i/S A. vom 14. Oktober 2004, I 438/02). Der qualifizierte Zusammenhang zwischen dem Geburtsgebrecben und dem sekundären Leiden ist darin zu erblicken, dass aus medizinischer Sicht in bestimmten Fällen die Behandlung des Geburtsgebrecbens und des sekundären Leidens als Behandlungsgesamtheit aufgefasst werden muss (nicht veröffentlichter Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen i/S M.L. vom 25. April 2002, der allerdings durch den Entscheid des Eidgenössischen Versicherungsgerichts in gleicher Sache [bzw. A.] vom 14. Oktober 2004, I 438/02, aus anderem Grund aufgehoben wurde).

E. 3

3.1 Vorliegend hatte der behandelnde Pädiater Dr. B. ___ bereits am 4. Dezember 2000 erklärt, die Physiotherapie sei als spezielle Pflegemassnahme wegen des Geburtsgebrecbens am Herzen notwendig. Im Zusammenhang mit der reduzierten Herz- und Lungenfunktion seien die Massnahmen nach der langen Hospitalisation auch für die Verbesserung der Organfunktion notwendig. Bei der Verordnung am 7. März 2006 gab er an, die Physiotherapie diene der Verbesserung der (cardio-)pulmonalen Funktion. Die Physiotherapeutin hatte diese Verordnung am 22. August 2006 mit dem Hinweis darauf eingereicht, dass die Therapie nach einer schweren Lungenfunktionsstörung nötig sei, die sich aufgrund des Geburtsgebrecbens Nr. 313 ereignet habe. Das Kinderspital Zürich stellte sich mit Bericht vom 3. Juli 2007 auf den Standpunkt, es sei belegt und entspreche klinischer Erfahrung, dass Kinder mit angeborenen Herzfehlern, insbesondere dem DORV, eine pathologische Gefässentwicklung der Lunge und des Bronchialsystems aufwiesen. Diese prädisponierten für Luftwegsinfektionen. Die Atemwegs-/Lungenproblematik des Beschwerdeführers steht nach dieser Beurteilung in einem direktem Zusammenhang mit dem angeborenen Herzfehler.

3.2 Ein besonderer Kausalzusammenhang zwischen dem Herzleiden und der Behandlungsbedürftigkeit der pulmonalen Infekte, wie ihn die Rechtsprechung für eine Ausweitung auf IV-Ansprüche für sekundäre Leiden voraussetzt, kann darin allerdings nicht gesehen werden. Denn diese Anfälligkeit ist nach der gesamten Aktenlage als Folge eines multifaktoriellen Geschehens zu betrachten. Das zeigt sich etwa darin, dass Dr. F. ___ erklärt, die angeborene Lungenproblematik sei durch den Herzfehler mitbedingt. Dr. B. ___ hielt am 19. Februar 2007 fest, dass Kinder mit Down-Syndrom und angeborenem Herzfehler eine vermehrte Infektanfälligkeit besässen, erst recht, wenn sie auch noch eine LKG-Spalte hätten. Der Arzt erwähnte weiter, es sei schwer zu beurteilen, ob zwischen dem Lungenleiden und dem Herzleiden ein direkter Zusammenhang bestehe. Dr. G. ___ beschreibt als Teilursache ebenfalls die durch die LKG-Spalten bedingte Nasenseptum-Deviation. Zunächst waren als mögliche Ursachen ein gastrooesophagealer

Reflux, eine anatomische Abflussbehinderung und ein frühkindliches Asthma bronchiale auszuschliessen gewesen und ein immunologischer Defekt sowie eine allergische Komponente waren bereits ausgeschlossen worden. Prof. E.____ hatte denn auch am 24. November 2006 dafürgehalten, die Ursachen der Infekte seien nicht klar geworden. Die Herzsituation sei postoperativ kaum mehr dafür verantwortlich, eher die Trisomie 21. Was den Einfluss der Operation betrifft, ist zwar darauf hinzuweisen, dass bereits die erste Einschätzung von Dr. B.____ zu einem Zeitpunkt erfolgt war, als der VSD-Patchverschluss seit etwa zweieinhalb Monaten hergestellt gewesen war (Operationstag war der 19. September 2000, als der Beschwerdeführer erst knapp zwei Monate alt gewesen war). Bei der Verordnung vom 7. März 2006 lag die Operation schon mehr als fünf Jahre zurück. Gemäss einem Arztbericht des Kinderspitals Zürich vom 16. April 2004 war allerdings lediglich ein kleiner residueller VSD am oberen Patchrand bestehen geblieben. 3.3 Prof. E.____ hat in Kenntnis der Akten und nach Auseinandersetzung mit ihren Ergebnissen am 21. Dezember 2007 einen Zusammenhang zwischen den pulmonalen Infekten und den beiden anerkannten Geburtsgebrechen für unwahrscheinlich und die Behandlung als Prophylaxe bezeichnet. Seiner begründeten Stellungnahme kommt ein bedeutender Beweiswert zu. Lässt sich ein Zusammenhang der Schwierigkeit, Sekret zu mobilisieren, bzw. der pulmonalen Infektanfälligkeit mit den beiden Geburtsgebrechen Nr. 313 und Nr. 201 demnach nicht - jedenfalls nicht in der rechtsprechungsgemäss erforderlichen Art - ausweisen, so besteht hierfür keine Leistungspflicht der Invalidenversicherung.

E. 4

4.1 Im Sinne der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde abzuweisen. 4.2 Nach Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von 200 bis 1000 Franken festgelegt. Als unterliegende Partei hat der Beschwerdeführer die Gerichtskosten zu bezahlen (vgl. Art. 95 Abs. 1 VRP). Diese sind ermessensweise auf Fr. 600.-- zu veranschlagen. Mit dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe sind die Kosten getilgt. Demgemäss hat das Versicherungsgericht im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 53 GerG entschieden: 1. Die Beschwerde wird abgewiesen. 2. Der Beschwerdeführer bezahlt die Gerichtskosten von Fr. 600.-- unter Verrechnung mit dem bezahlten Kostenvorschuss in gleicher Höhe

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.