

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2004.00079 vom 31. Januar 2005

ZH Sozialversicherungsgericht, 2005-01-31, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2004.00079

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2004.00079 du 31 janvier 2005

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2004.00079 del 31 gennaio 2005

Erwägungen

E. 1.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Die Invalidität kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 IVG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 ATSG). Nicht erwerbstätige Personen vor dem vollendeten 20. Altersjahr gelten als invalid, wenn die Beeinträchtigung ihrer körperlichen oder geistigen Gesundheit voraussichtlich eine ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit zur Folge haben wird (Art. 8 Abs. 2 ATSG in Verbindung mit Art. 5 Abs. 2 IVG).

E. 1.2

Invalide oder von einer Invalidität unmittelbar bedrohte Versicherte haben Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen, soweit diese notwendig und geeignet sind, die Erwerbsfähigkeit wieder herzustellen, zu verbessern, zu erhalten oder ihre Verwertung zu fördern. Dabei ist die gesamte noch zu erwartende Arbeitsdauer zu berücksichtigen. Nach Massgabe der Artikel 13, 19, 20 und 21 besteht der Anspruch auf Leistungen unabhängig von der Möglichkeit einer Eingliederung ins Erwerbsleben (Art. 8 Abs. 1 und IVG). Die Eingliederungsmassnahmen nach Absatz 3 Buchstaben a-d sind Sachleistungen im Sinne von Art. 14 ATSG (Art. 8 Abs. 4 IVG).

1.3 Gemäss Art. 12 Abs. 1 IVG hat die versicherte Person Anspruch auf medizinische Massnahmen, die nicht auf die Behandlung des Leidens an sich, sondern unmittelbar auf die berufliche Eingliederung gerichtet und geeignet sind, die Erwerbsfähigkeit dauernd und wesentlich zu verbessern oder vor wesentlicher Beeinträchtigung zu bewahren. Die Rechtsprechung legt diese Vorschrift dahingehend aus, dass die Invalidenversicherung grundsätzlich nur solche medizinische Vorkehren zu übernehmen hat, die unmittelbar auf die Beseitigung oder Korrektur stabiler oder wenigstens relativ stabilisierter Defektzustände oder Funktionsausfälle hinzielen und welche die Wesentlichkeit und Beständigkeit des angestrebten Erfolges gemäss Art. 12 Abs. 1 IVG voraussehen lassen (vgl. BGE 120 V 279 Erw. 3a mit Hinweisen). Demgegenüber sind medizinische Vorkehren, die lediglich dazu dienen, das Fortschreiten eines Leidens zu verhindern und einen Zustand einigermaßen im Gleichgewicht zu halten, unter dem Gesichtspunkt von Art. 12 IVG von der Invalidenversicherung grundsätzlich nicht zu übernehmen (vgl. BGE 98 V 209 f. Erw. 2 mit Hinweisen).

Da nicht erwerbstätige Personen vor dem vollendeten 20. Altersjahr als invalid gelten, wenn die Beeinträchtigung ihrer körperlichen oder geistigen Gesundheit voraussichtlich eine ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit zur Folge haben wird (Art. 5 Abs. 2 IVG, seit 1. Januar 2003 in Verbindung mit Art. 8 Abs. 2 ATSG), können nach der Rechtsprechung medizinische Vorkehren bei Jugendlichen schon dann überwiegend der beruflichen Eingliederung dienen und trotz des einstweilen noch labilen Leidenscharakters von der Invalidenversicherung übernommen werden, wenn ohne diese Vorkehren eine Heilung mit Defekt oder ein sonst wie stabilisierter Zustand einträte, welcher die Berufsbildung oder die Erwerbsfähigkeit oder beide wahrscheinlich beeinträchtigen würde (vgl. BGE 105 V 20; AHI 2003 S. 104 Erw. 2, 2000 S. 64 Erw. 1). Voraussetzung bleibt auch in diesen Fällen, dass die Massnahmen nicht zum vornherein in den Bereich der Krankenversicherung fallen, wie beispielsweise zeitlich unbegrenzte Vorkehren, die der Behandlung des Leidens an sich dienen und denen somit kein überwiegender Eingliederungscharakter im Sinne des IVG zukommt (vgl. BGE 100 V 107 f.; ZAK 1984 S. 502 Erw. 1, je mit Hinweisen). Handelt es sich nur darum, die Entstehung eines stabilisierten Zustandes mit Hilfe von Dauertherapie hinauszuschieben oder den Krankheitszustand zu lindern, liegt keine Heilung oder Verhinderung eines stabilen Defekts vor. In einem solchen Fall ist deshalb bei nichterwerbstätigen Personen vor dem vollendeten 20. Altersjahr kein Leistungsanspruch unter dem Titel von Art. 12 Abs. 1 IVG gegeben (vgl. ZAK 1989 S. 452 Erw. 2 mit Hinweisen; nicht publiziertes Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichtes in Sachen S. vom 7. April 1995, I 10/95).

1.4 Nach Art. 13 Abs. 1 IVG haben Versicherte bis zum vollendeten 20. Altersjahr Anspruch auf die zur Behandlung von Geburtsgebrechen notwendigen medizinischen Massnahmen. Als Geburtsgebrechen im Sinne von Art. 13 IVG gelten Gebrechen, die bei vollendeter Geburt bestehen. Die blosser Veranlagung zu einem Leiden gilt nicht als Geburtsgebrechen. Der Zeitpunkt, in dem ein Geburtsgebrechen als solches erkannt wird, ist unerheblich (Art. 1 Abs. 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).

Der Bundesrat bezeichnet die Gebrechen, für welche diese Massnahmen gewährt werden. Er kann die Leistung ausschliessen, wenn das Gebrechen von geringfügiger Bedeutung ist (Art. 13 Abs. 2 IVG). Die leistungspflichtigen Geburtsgebrechen sind in der Liste im Anhang zur GgV aufgeführt, wobei das Eidgenössische Departement des Innern eindeutige Geburtsgebrechen, die nicht in dieser Liste enthalten sind, als Geburtsgebrechen im Sinne von Art. 13 IVG bezeichnen kann (Art. 1 Abs. 2 GgV).

Für die Annahme einer Leistungspflicht der Invalidenversicherung aufgrund von Art. 13 IVG genügt nach konstanter Rechtsprechung des Eidgenössischen Versicherungsgerichtes in beweisrechtlicher Hinsicht, dass es eine Fachärztin oder ein Facharzt zumindest für wahrscheinlich hält, es liege ein in der GgV respektive in deren Anhang enthaltenes Gebrechen vor (BGE 100 V 108 Erw. 2 am Ende).

1.5 Als Geburtsgebrechen gemäss Ziffer 404 GgV Anhang gelten kongenitale Hirnstörungen mit vorwiegend psychischen und kognitiven Symptomen bei normaler Intelligenz (kongenitales infantiles Psychosyndrom, kongenitales hirndiffuses psychoorganisches Syndrom, kongenitales hirnlokales Psychosyndrom), sofern sie mit

bereits gestellter Diagnose als solche vor Vollendung des 9. Altersjahres behandelt worden sind.

Das Eidgenössische Versicherungsgericht fasste seine bisherige Rechtsprechung zur Auslegung von Ziffer 404 GgV Anhang in BGE 122 V 113-115 wie folgt zusammen: Diese Bestimmung beruhe auf der medizinisch begründeten und empirisch belegten Annahme, dass das Gebrechen vor Vollendung des 9. Altersjahres diagnostiziert und behandelt worden wäre, wenn es angeboren gewesen wäre. Zu einem späteren Zeitpunkt durchgeführte Abklärungsmassnahmen könnten nach dieser empirischen Erkenntnis nicht mehr zuverlässig Aufschluss über die Abgrenzungsfrage geben, ob das Leiden angeboren gewesen oder später erworben worden sei (BGE 122 V 120 Erw. 3a/dd mit Hinweisen). Die in Ziffer 404 GgV Anhang umschriebenen Voraussetzungen dienten somit als Abgrenzungskriterien, um ein bestimmtes Leiden als angeboren zu qualifizieren, damit es als Geburtsgebrechen im Sinne des Gesetzes anerkannt werden könne (BGE 122 V 121 Erw. 3b/bb). Dabei sei diese Bestimmung nicht dahingehend umzusetzen, dass bei fehlender Diagnose und Behandlung vor dem 9. Altersjahr bloss die widerlegbare Vermutung begründet werde, es liege kein Geburtsgebrechen im Rechtssinne vor. Vielmehr sei daran festzuhalten, dass fehlende Diagnose und Behandlung vor vollendetem 9. Altersjahr die unwiderlegbare Rechtsvermutung begründeten, dass es sich nicht um ein angeborenes POS handle. Damit entfalle auch der nachträgliche Beweis, dass die Möglichkeit der Diagnosestellung und Behandlung vor Vollendung des 9. Altersjahres bestanden habe (BGE 122 V 122 f. Erw. 3c/bb; AHI 2002 S. 60 ff.).

Nach der verordnungskonformen Verwaltungspraxis (vgl. hierzu BGE 122 V 114 f. Erw. 1b) gelten die Voraussetzungen von Ziffer 404 GgV Anhang als erfüllt, wenn vor Vollendung des 9. Altersjahres mindestens Störungen des Verhaltens im Sinne krankhafter Beeinträchtigung der Affektivität oder der Kontaktfähigkeit, des Antriebs, des Erfassens (perzeptive, kognitive oder Wahrnehmungsstörungen), der Konzentrationsfähigkeit sowie der Merkfähigkeit ausgewiesen sind. Diese Symptome müssen kumulativ nachgewiesen sein, wobei es genügt, wenn sie nicht alle gleichzeitig, sondern erst nach und nach auftreten. Werden bis zum 9. Geburtstag nur einzelne der erwähnten Symptome ärztlich festgestellt, sind die Voraussetzungen für Ziffer 404 GgV Anhang nicht erfüllt (Rz 404.5 des ab 1. November 2000 gültigen Kreisschreibens über die medizinischen Eingliederungsmassnahmen [KSME]).

2. Die Beschwerdegegnerin verneint einen Anspruch des Versicherten auf medizinische Massnahmen mit der Begründung, das POS sei erst nach Vollendung des 9. Altersjahres diagnostiziert worden (Urk. 2, 3/3). Auch aufgrund von Art. 12 IVG bestehe kein Anspruch auf Kostenübernahme der Psychotherapie, da die einjährige Karenzfrist seit Behandlungsbeginn noch nicht abgelaufen sei.

Demgegenüber wird in der Beschwerde darauf hingewiesen, dass sich die Symptome eines POS bereits bei der ärztlichen Untersuchung vom 18. Juli 1999 gezeigt hätten (Urk. 1 S. 3).

E. 3

3.1 Dr. med. B.____, Spezialarzt FMH für Ohren-, Nasen- und Halskrankheiten, Hals- und Gesichts-Chirurgie hielt im Bericht vom 7. August 1998 fest, dass ein schweres Sprachgebrechen mit Dyslalie, Dysphonie und Dysgrammatismus vorliege, das einer Behandlung bedürfe (Urk. 8/14).

3.2. Dem Bericht der Psychomotoriktherapeutin D. über die Abklärung vom 13. Dezember 1999 ist zu entnehmen, dass der Versicherte in allen Bereichen Auffälligkeiten zeigte. Diese wurden jedoch nicht als pathologisch eingestuft, sondern, soweit dies aus dem Bericht ersichtlich ist, auf mangelnde Reife zurückgeführt.

E. 3.3

Schulärztin Dr. med. E. führte in ihrem Antrag auf Einschulung in der Kleinklasse A vom 4. April 2000 (Urk. 8/11/3) aus, dass R. ein an sich gut begabter Knabe sei. Doch seien seine Konzentrationsfähigkeit und seine Ausdauer noch eingeschränkt. Seine auditive Merkfähigkeit sei für Inhalte gut, für Sätze und Serien jedoch schwächer. Wegen ungeschickter Graphomotorik, deretwegen er in psychomotorischer Therapie sei, bereite ihm auch die Formwiedergabe Mühe. R. sei nur teilweise schulreif und brauche mehr Zeit für die Einschulung, weshalb er auf das Schuljahr 00/01 in eine Kleinklasse A zuzuteilen sei.

3.4. Dr. med. F., Spezialarzt FMH für Kinderpsychiatrie, führte im Bericht vom 30. Mai 2003 (Urk. 8/12) die Diagnosen ■ Infantiles POS (durch Schulärztlicher Dienst Stadt Zürich) ■ und ■ Inf. POS ■, ■ Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom, auditive Merkfähigkeitsstörung bei durchschnittlicher Intelligenz ■. Zu den beiden letztgenannten Diagnosen vermerkte er, diese seien von ihm erstmals am 7. April 2003 gestellt worden. Ferner geht aus seinem Bericht hervor, dass sich die Gesundheitsstörungen auf den Schulbesuch oder die berufliche Ausbildung auswirkt, der Versicherte Behandlung oder Therapie benötige und durch medizinische Massnahmen die Möglichkeit einer späteren Eingliederung ins Erwerbsleben wesentlich verbessert werden könne. Die kinderpsychiatrische Behandlung inklusive medikamentöse Therapie sei am 28. März 2003 beziehungsweise 7. April 2003 bis auf weiteres aufgenommen worden. Es beständen Konzentrations-, Merkfähigkeits- und Ausspracheprobleme, Ablenkbarkeit, Trägheit und Verhaltensschwierigkeiten zuhause. Der Versicherte verliere die Motivation für das Schulische. Er sei impulsiv, laut, nestelnd, ablenkbar, motorisch unruhig und fahrig, ungenau, unkonzentriert. Seine spezialärztliche Abklärung habe HAWK II HAT IQ 103 bei auditiver Merkfähigkeitsstörung und tiefer Arbeitsgeschwindigkeit ergeben.

Dr. F. erklärte des weiteren, das Kind sei ihm durch den Schulpsychologen G. wegen Aufmerksamkeitsproblemen und zur Behandlung des vermuteten ADS zugewiesen worden. Die Verhaltensstörung im Sinne krankhafter Beeinträchtigung der Affektivität oder Kontaktfähigkeit äussere sich zuhause, zum Teil auch im Hort und in der Schule, indem es leicht wütend, ärgerlich und renitent sei. Als Antriebsstörungen führte Dr. F. Impulsivität, Ungesteuertheit, motorische Ungeschicklichkeit und tiefe Arbeitsgeschwindigkeit, als Störungen des Erfassens und Erkennens eine auditive Merkfähigkeitsstörung an. Ferner wies er auf eine deutliche Konzentrationsstörung in Schule, Hort und Untersuchung hin sowie auf Vergesslichkeit und Merkfähigkeitsstörung zuhause, im Hort und in der Schule. Mit einer gezielten Therapie des POS sei Ende 1999 begonnen worden, als eine Psychomotorik-Therapie aufgenommen worden sei. Bezüglich der dieser Behandlung zugrunde liegenden Abklärungen verwies Dr. F. auf die Angaben des Schulärztlichen Dienstes der Stadt Zürich.

3.5. Die von der IV-Stelle zum Zeitpunkt der genauen Diagnose und zum Beginn der therapeutischen Massnahmen befragte Schulärztin Dr. med. A. ___ verwies im Bericht vom 8. Juli 2003 (Urk. 8/11) bezüglich Diagnose und Behandlungsbeginn ihrerseits auf die Arztberichte Dr. F. ___s. Sie gab an, der Versicherte sei beim schulärztlichen Dienst seit dem 16. Juli 1999 bekannt. Damals sei durch die Schulärztin eine psycho-neuromotorische Abklärung vorgenommen und Psychomotorik-Therapie verordnet worden. Die logopädische Behandlung sei bereits im Sommer 1998 aufgenommen worden. Nach der wegen Konzentrationsstörungen im April 2000 beantragten Einschulung in einer Kleinklasse A sei Ende September 2002 eine Zunahme der Konzentrations- und Verhaltensstörungen festgestellt worden und eine Anmeldung beim schulppsychologischen Dienst erfolgt.

Im Bericht vom 17. April 2003 (Urk. 8/11) hatte Dr. A. ___ zudem festgehalten, der Versicherte sei jetzt neun Jahre alt und die Verdachtsdiagnose POS habe jetzt bestätigt werden können. Brückensymptome seien schon seit längerer Zeit vorhanden. Auch in diesem Bericht verwies sie auf die wegen einer Spracherwerbstörung und neuromotorischer Auffälligkeiten von der damaligen Schulärztin verordnete und im Januar 2000 aufgenommene Psychomotorik-Therapie und auf die bei der Beurteilung der Schulfähigkeit festgestellten Konzentrationsstörungen sowie die Störungen der Aufmerksamkeit und der Ausdauer. Wegen schwacher schulischer Leistungen bei Konzentrationsstörungen, feinmotorischer Schwierigkeiten und einer Legasthenie sei der Versicherte Ende September 2002 schliesslich beim Schulpsychologischen Dienst angemeldet worden, worauf er durch den äusserst erfahrenen Schulpsychologen G. ___ abgeklärt worden sei. Dabei hätten sich die intellektuelle Fähigkeit im Durchschnittsbereich bewegt, es seien ein Aufmerksamkeitsdefizit, eine Merkfähigkeitsschwäche (auditiv und visuell), eine Wahrnehmungsstörung, ein impulsiver kognitiver Stil, eine Spracherwerbstörung, eine neuromotorische Entwicklungsverzögerung und eine Legasthenie festgestellt worden.

In der Einsprache vom 22. August 2003 (Urk. 3/4 = 8/19) erklärte Dr. A. ___, als verantwortliche Schulärztin möchte sie klar stellen, dass die Symptome eines POS sich bereits bei der ärztlichen POS-Untersuchung vom 18. Juli 1999 gezeigt hätten, weshalb die damalige Schulärztin Dr. med. H. ___ den Knaben sofort für psychomotorische Therapie angemeldet habe. Bei dieser Untersuchung sei die Diagnose POS gestellt worden.

E. 4

4.1. Keinem dieser Berichte lässt sich direkt entnehmen, dass beim Versicherten bereits vor dessen neunten Geburtstag am 7. Februar 2003 ein POS diagnostiziert und behandelt worden ist. Aktenmässig ausgewiesen ist die Diagnose eines POS vielmehr erst mit den Berichten Dr. A. ___s und Dr. F. ___s vom 17. April und 30. Mai 2003 (Urk. 8/11, 8/12) beziehungsweise Dr. F. ___s Angabe, diese Diagnose erstmals am 7. April 2003 gestellt zu haben.

Dass die Diagnose entsprechend der Behauptung Dr. A. ___s in der Einsprache vom 22. August 2003 (Urk. 3/4) bereits am 18. Juli 1999 von Dr. H. ___, gestellt worden wäre, ist aktenmässig nicht belegt, und es finden sich dafür im Bericht der Therapeutin D. ___, welche die von Dr. H. ___ angeordnete Psychomotorik-Therapie durchführte, keinerlei Hinweise (Urk. 8/11/2). Auch lässt sich eine angeblich bereits 1999 gestellte Diagnose nicht mit Dr. A. ___s Bericht vom 17. April 2003 vereinbaren, worin von einer bisherigen

Verdachtsdiagnose POS die Rede ist und erklärt wird, diese Verdachtsdiagnose habe bestätigt werden können (Urk. 8/11). Die 1999 verordnete psychomotorische Therapie war denn auch nicht als medizinische Massnahme zur Behandlung eines Geburtsgebrechens angemeldet worden. Vielmehr hatte Dr. E. ___ im Bericht vom 4. April 2000 ungeschickte Graphomotorik als Grund für die Psychomotorik-Therapie angegeben (Urk. 8/11/3) und diese Therapie am 14. Juni 2000 ausdrücklich zur Unterstützung der Sprachheilbehandlung, mithin als Massnahme pädagogisch-therapeutischer Art im Sinne von Art. 19 Abs. 2 lit. c und Abs. 3 IVG, angemeldet (Urk. 8/28). Insofern wird auch Dr. F. ___s Aussage, mit einer gezielten, das heisst auf das POS ausgerichteten Therapie sei bereits Ende 1999 begonnen worden (Urk. 8/12, Fragebogen zum Infantilen POS, Ziff. 4.4), widerlegt.

Aus dem Umstand, dass Dr. F. ___ die endgültige Diagnose erst am 7. April 2003 und nicht bereits bei Behandlungsbeginn am 28. März 2003 stellte, wird im übrigen deutlich, dass das Bestehen eines POS für ihn als Facharzt nicht bereits aufgrund der - aktenmässig nicht belegten - Angaben des beim Schulpsychologischen Dienst beschäftigten Psychologen G. ___ feststand, sondern dass es zur endgültigen Diagnosestellung noch der spezialärztlichen Abklärung bedurfte. Massgebend kann denn auch nur die Diagnose sein, die durch die Arztperson gestellt wird, ist doch nach Art. 14 IVG ausschliesslich der Arzt zur Durchführung oder Anordnung der als medizinische Massnahme geltenden eigenen Behandlung oder der Behandlung durch medizinische Hilfspersonen befugt (vgl. BGE 100 V 108 Erw. 2). Ob sich der Psychologe seinerseits bereits unmittelbar nach der im September 2002 erfolgten Anmeldung des Versicherten beim Schulpsychologischen Dienst über das Vorhandensein eines POS im klaren gewesen war oder nicht, kann daher offen bleiben.

4.2 Es ist dem Beschwerdeführer zwar darin beizupflichten, dass der Nachweis eines vor dem 9. Geburtstag aufgetretenen POS nicht ausschliesslich von vor diesem Zeitpunkt ausgehenden ärztlichen Attesten abzuhängen braucht. Vielmehr ist nach der Rechtsprechung des Eidgenössischen Versicherungsgerichts (BGE 122 V 113 Erw. 2. f) nicht auszuschliessen, dass ergänzende spätere Abklärungen mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit das Bestehen der kompletten Symptomatik des Geburtsgebrechens Ziff. 404 GgV Anhang bereits bei vollendetem 9. Altersjahr nachweisen können (Urk. 1 S. 3).

Für das Bestehen der kompletten Symptomatik bereits vor dem 9. Geburtstag liegen vorliegend jedoch keinerlei Anhaltspunkte vor. Da der Beschwerdeführer bereits seit seinem 5. Altersjahr wegen gewisser Auffälligkeiten in der Betreuung von Fachpersonen stand, ist im Gegenteil davon auszugehen, dass die Symptomatik nicht eindeutig für ein POS sprach. Denn in diesem Fall wäre die Diagnose POS früher aktenkundig geworden und wäre der Versicherte schon früher einer gezielten Therapie - etwa in Form der im April 2003 aufgenommenen kinderpsychiatrischen Therapie - zugeführt worden.

4.3 Es ergibt sich somit, dass das beim Beschwerdeführer diagnostizierte POS kein Geburtsgebrecchen im Sinne von Art. 13 IVG darstellt. Gestützt auf diese Bestimmung können daher keine medizinische Massnahmen erbracht werden.

5. Zu Recht leitet der Beschwerdeführer aus Art. 12 IVG keinen Anspruch auf Übernahme der kinderpsychiatrischen Therapie durch die Invalidenversicherung ab. Zwar bestätigte Dr. F. ___, dass sich der Gesundheitsschaden auf den Schulbesuch oder

die berufliche Ausbildung auswirke (Urk. 8/12 S. 1). Doch war im Zeitpunkt des angefochtenen Einspracheentscheides die im Kreisschreiben über die medizinischen Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung (KSME Rz 645-647/845-847.5) genannte und vom Eidgenössischen Versicherungsgericht als rechtskonform erachtete Voraussetzung einer bereits während eines Jahres erfolgten intensiven fachgerechten Behandlung noch nicht erfüllt (vgl. BGE 105 V 20 in fine, Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts vom 24. September 2004 i.S. P., I 58/04, Erw. 3, 4.2).

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Das Verfahren ist kostenlos.

3. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Fortuna Rechtsschutz-Versicherungs Gesellschaft
- Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle
- Bundesamt für Sozialversicherung
- Krankenkasse Assura, 1723 Marly

4. Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Eidgenössischen Versicherungsgericht Verwaltungsgerichtsbeschwerde eingereicht werden.

Die Beschwerdeschrift ist dem Eidgenössischen Versicherungsgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, in dreifacher Ausfertigung zuzustellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift der beschwerdeführenden Person oder ihres Vertreters zu enthalten; die Ausfertigung des angefochtenen Entscheides und der dazugehörige Briefumschlag sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die beschwerdeführende Person sie in Händen hat (Art. 132 in Verbindung mit Art. 106 und 108 OG).

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