

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2004.00703 vom 26. April 2005

ZH Sozialversicherungsgericht, 2005-04-26, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2004.00703

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2004.00703 du 26 avril 2005

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2004.00703 del 26 aprile 2005

Erwägungen

E. 1

1.1 Invalidität ist in Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) als voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit definiert und kann nach Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein.

Nicht erwerbstätige Personen vor dem vollendeten 20. Altersjahr gelten als invalid, wenn die Beeinträchtigung ihrer körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit voraussichtlich eine ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit zur Folge haben wird (Art. 8 Abs. 2 ATSG, in der ab dem 1. Januar 2004 gültigen Fassung, in Verbindung mit Art. 5 Abs. 2 IVG). Die bis Ende 2003 in Kraft gestandene Fassung von Art. 8 Abs. 2 ATSG hat sich inhaltlich von der aktuellen Fassung nicht unterschieden.

Nach Art. 12 Abs. 1 IVG (in der ab 1. Januar 2004 gültigen Fassung) haben Versicherte Anspruch auf medizinische Massnahmen, die nicht auf die Behandlung des Leidens an sich, sondern unmittelbar auf die Eingliederung ins Erwerbsleben oder in einen Aufgabenbereich im Sinne von Art. 8 Abs. 3 ATSG in Verbindung mit Art. 5 Abs. 1 IVG 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. Auch hier besteht keine inhaltliche Änderung im Vergleich zur vorangegangenen Fassung von Art. 12 Abs. 1 IVG.

Um Behandlung des Leidens an sich geht es in der Regel bei der Heilung oder Linderung labilen pathologischen Geschehens. Die Invalidenversicherung übernimmt grundsätzlich nur solche medizinische Vorkehren, 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 (BGE 120 V 279 Erw. 3a mit Hinweisen; AHI 2003 S. 104 Erw. 2).

Beanspruchen nichterwerbstätige Versicherte vor dem vollendeten 20. Altersjahr medizinische Massnahmen im Sinne von Art. 12 IVG, so ist zu beachten, dass diese - wie in Erw. 1.1. schon erwähnt - als invalid gelten, wenn ihr Gesundheitsschaden häufig wahrscheinlich eine Erwerbsunfähigkeit zur Folge haben wird (Art. 5 Abs. 2 IVG in Verbindung mit Art. 8 Abs. 2 ATSG). Nach der Rechtsprechung können daher 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, wodurch die Berufsbildung oder die Erwerbsfähigkeit oder beide beeinträchtigt würden (vgl. BGE 105 V 20, 100 V 33 Erw. 1a, 43 und 99; AHI 2003 S. 104 f. Erw. 2, 2000 S. 67 Erw. 4b). Im Besonderen hat die Invalidenversicherung gestützt auf diese Rechtsprechung, die unter der Herrschaft des ATSG und der per 1. Januar 2004 in Kraft getretenen Revisionen weiterhin anwendbar ist, die Kosten einer psychiatrischen Behandlung von Versicherten vor dem vollendeten 20. Altersjahr dann zu übernehmen, wenn das psychische Leiden mit hinreichender Wahrscheinlichkeit zu einem schwer korrigierbaren, die spätere Ausbildung und Erwerbsfähigkeit erheblich behindernden oder gar verunmöglickenden stabilen pathologischen Zustand führen würde. Eine Leistungspflicht der Invalidenversicherung unter dem Titel medizinische Massnahmen fällt aber rechtsprechungsgemäss auch in diesen Fällen dann ausser Betracht, wenn sich medizinische Vorkehren gegen psychische Krankheiten richten, welche nach aktueller Erkenntnis der medizinischen Wissenschaft ohne kontinuierliche Behandlung nicht dauerhaft gebessert werden können (vgl. AHI 2000 S. 64 Erw. 1 mit Hinweis unter anderem auf BGE 105 V 20; Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts in Sachen R. vom 23. März 2005, I 561/04, mit Hinweis).

E. 2

2.1 Strittig und zu prägen ist, ob die Beschwerdegegnerin für die psychotherapeutische Behandlung der Versicherten ab September 2003 leistungspflichtig ist.

2.2 Die Beschwerdegegnerin vertrat bei ihrem ablehnenden Entscheid die Auffassung, bei der Krankheit der Versicherten handle es sich um ein Leiden, das im Sinne der dargelegten Rechtsprechung einer kontinuierlichen Behandlung von unbestimmter Dauer bedürfe (Urk. 2 S. 3; vgl. auch Urk. 7/8 S. 1). Sie stützte sich dabei auf die Beurteilung von Dr. F., der am 4. September 2004 nach der Einsichtnahme in die Krankengeschichte der Klinik D. (Urk. 7/13/2 und Urk. 7/13/3) an seiner früheren Annahme (Urk. 7/11 und Urk. 7/4 S. 1 f.) festhielt, es liege ein chronisches Leiden mit offener Prognose vor, das unter Medikation und unter kinderpsychiatrischer Behandlung zeitweise stationär gehalten werden könne (Urk. 7/4 S. 2).

E. 2.3

2.3.1 In diagnostischer Hinsicht steht aufgrund der übereinstimmenden Beurteilung der Fachpersonen der Klinik D. und der behandelnden Psychiaterin fest, dass das Leiden der Versicherten als Zwangsstörung mit Zwangsgedanken und Zwangshandlungen einzustufen ist, das zudem mit dem Auftreten von Ängsten und depressiven Gedanken verbunden ist (Urk. 7/13/2 und Urk. 7/13/3 sowie Urk. 7/14 und Urk. 7/13/1). Der Verdacht auf eine psychotische Erkrankung, wozu auch die Schizophrenie als typische Erkrankung mit Dauercharakter (AHI 2000 S. 64 Erw. 1 mit Hinweisen) gehört (vgl. Code F2 der Internationalen Klassifikation psychischer Störungen der Weltgesundheitsorganisation, ICD-10), hatte demgegenüber bereits anlässlich des ersten Klinikaufenthaltes ausgeschlossen werden können (Urk. 7/13/2 S. 1).

Ä Sodann trifft zwar zu, dass die Versicherte nach dem ersten Klinikaufenthalt, der zu einer Besserung der als tiefgreifend und schwerwiegend geschilderten sozialen Beeinträchtigung hin zu einer als mässig charakterisierten Beeinträchtigung geführt hatte (Urk. 13/2 S. 1), einen Rückfall erlitten hatte und ein

weiteres Mal hatte stationär behandelt werden müssen. Dieser Umstand allein lässt indessen noch nicht darauf schliessen, dass mit derartigen Rückfällen auch weiterhin immer wieder gerechnet werden muss. Denn nach der zweiten Hospitalisation von Ende April bis Anfang August 2003, die weniger als ein halbes Jahr nach dem Klinikaustritt vom Dezember 2002 erforderlich geworden war, hatte sich der Zustand der Versicherten bis im Dezember 2004 (vgl. die Ausführungen der Eltern in der Stellungnahme vom 16. Dezember 2004, Urk. 10) nicht mehr erneut verschlechtert. Im Gegenteil führte Dr. E. im Bericht vom 23. Juni 2004 aus, die Versicherte leide wohl gelegentlich noch an Gedankenzwängen und depressiven Gedanken, die Elternverlustängste und die Ablösungsprobleme seien jedoch am Abklingen und die Versicherte sei sozial wieder gut integriert, sie sei kontaktfreudig, gesprächsbereit und kooperativ und könne ihr intellektuelles Potential wieder nutzen (Urk. 7/14 S. 3). Auch im Schreiben an die Beschwerdegegnerin vom 22. Juli 2004 betonte die Ärztin, dass sich die Symptomatik seit dem zweiten Klinikaufenthalt im Sommer 2003 deutlich gebessert habe und stabil geblieben sei, so dass die Versicherte im Mai 2004 die Aufnahmeprüfungen für das öffentliche Gymnasium und für die Diplommittelschule bestanden habe (Urk. 7/9 S. 1). Diese Verlaufsschilderung macht deutlich, dass sich der Gesundheitszustand der Versicherten nach der zweiten Hospitalisation weiter verbessert hat und einen höheren Stabilisierungsgrad erreicht hat.

2.3.2.2 Dass es zur Aufrechterhaltung dieses Behandlungsergebnisses einer kontinuierlichen Weiterbehandlung über eine unbestimmte Zeitdauer hinweg bedarf, wie dies Dr. F. annahm, lässt sich aus dem dokumentierten Krankheitsverlauf ebenfalls nicht schliessen. Dr. E. führte im Schreiben vom 22. Juli 2004 wohl aus, dass die Versicherte zur Stabilisierung und Konsolidierung ihrer psychischen Situation weiterhin Medikamente und Psychotherapie brauche (Urk. 7/9 S. 1). Aus den weiteren Ausführungen von Dr. E. sowie auch aus der Stellungnahme der Eltern der Versicherten vom 16. Dezember 2004 (Urk. 10 S. 2) ist aber die Zielsetzung ersichtlich, diese therapeutischen Vorkehrungen in absehbarer Zeit einzustellen. So hatte die Psychotherapie bereits ab mindestens Juni 2004 auf eine Frequenz von einer Sitzung alle zwei Wochen reduziert werden können (Urk. 7/14 S. 4, Urk. 7/9 S. 1), und Dr. E. rechnete im Schreiben vom 22. Juli 2004 mit einem voraussichtlichen Abschluss gegen Ende des Jahres 2005 (Urk. 7/9 S. 2). Ferner wiesen die Eltern der Versicherten im Dezember 2004 darauf hin, dass die Medikamentendosis nun verringert worden sei und das Ziel bestehe, die Medikamente schliesslich ganz abzusetzen (Urk. 10 S. 2). Dies zeigt, dass die Fortführung der therapeutischen Vorkehrungen im zur Diskussion stehenden Zeitraum ab September 2003 nicht lediglich auf die Erhaltung eines labilen Gleichgewichts ausgerichtet war, sondern dass damit eine dauerhafte, die weitere Behandlung entbehrlich machende Besserung angestrebt wurde beziehungsweise wird.

Angesichts der bisherigen Entwicklung erscheint die Erreichung dieses Behandlungszieles auch als realistisch. Dr. F. gab in seinen Notizen vom 14. August 2004 (Urk. 7/4 S. 1) zwar zu bedenken, dass die Versicherte, wie dies aus dem Bericht von Dr. E. vom 23. Juni 2004 hervorgeht (vgl. Urk. 7/14 S. 3), bereits im Kindergartenalter an behandlungsbedürftigen Ängsten gelitten habe. Gemäss der Sachverhaltsdarstellung der Eltern in der Stellungnahme vom 16. Dezember 2004 hatte sich die damalige Behandlung jedoch auf fünf Sitzungen im Zeitraum 1994/1995 beschränkt (Urk. 10 S. 1). Jene Krise und auch die weitere, im Anschluss an die Krebserkrankung des

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.