

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2004.00899 vom 12. Dezember 2005

ZH Sozialversicherungsgericht, 2005-12-12, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2004.00899](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2004.00899)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2004.00899 du 12 décembre 2005

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2004.00899 del 12 dicembre 2005

## Erwägungen

### E. 1

1.1 Die Bestimmungen des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; in Kraft seit 1. Januar 2003) sind auf die Invalidenversicherung (Art. 1a-70) anwendbar, soweit das vorliegende Gesetz nicht ausdrücklich eine Abweichung vom ATSG vorsieht (Art. 1 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung, IVG).

1.2 Die versicherte Person hat gemäss Art. 12 Abs. 1 IVG Anspruch auf medizinische Massnahmen, die nicht auf die Behandlung des Leidens an sich, sondern unmittelbar auf die Eingliederung ins Erwerbsleben oder in den Aufgabenbereich 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.

1.3 Art. 12 IVG bezweckt namentlich, die Aufgabenbereiche der Invalidenversicherung einerseits und der sozialen Kranken- und Unfallversicherung andererseits gegeneinander abzugrenzen. Diese Abgrenzung beruht auf dem Grundsatz, dass die Behandlung einer Krankheit oder einer Verletzung ohne Rücksicht auf die Dauer des Leidens primär in den Aufgabenbereich der Kranken- und Unfallversicherung gehört (BGE 104 V 81 Erw. 1, 102 V 41 f.).

### E. 2

2.1 Die Beschwerdegegnerin ging in der Verfügung vom 14. September 2004 (Urk. 6/5) und im angefochtenen Einspracheentscheid vom 9. November 2004 (Urk. 2 S. 4) davon aus, dass der Versicherte weiterhin auf unbeschränkte Zeit einer psychotherapeutischen Behandlung bedürfe, ohne dass ein Ende der Behandlung absehbar oder eine günstige Prognose zu stellen wäre. Die Voraussetzung für medizinische Massnahmen im Allgemeinen seien deshalb nicht erfüllt.

2.2 Die Beschwerdeführerin bringt hiegegen vor, dass beim Versicherten die Voraussetzungen für den Anspruch auf medizinische Massnahmen erfüllt seien. Gemäss der Beurteilung durch den behandelnden Psychologen des Versicherten sei eine Fortsetzung der psychotherapeutischen Behandlung lediglich bis zum Übertritt in die Oberstufe angezeigt (Urk. 1 S. 2).

### E. 3

3.1 Mit der Anmeldung zum Leistungsbezug vom 4. Juni 2004 beantragte der Versicherte die Ausrichtung von medizinischen Massnahmen in Form von Psychotherapie (Urk. 6/12 Ziff. 5.7). Diese Behandlung sei durch den Psychologen A. \_\_\_ durchzuführen

(Urk. 6/12 Ziff. 5.9). Aus den Akten (Urk. 6/7) geht denn auch hervor, dass der Versicherte seit 9. September 2002 durch A.\_\_\_\_, lic. phil., Fachpsychologe FSP f¼r Kinder und Jugendpsychologie und Psychotherapie, psychotherapeutisch behandelt wurde.Â

### E. 3.2

Â Â Â Mit Bericht vom 19. Dezember 2003 erwÃhnte A.\_\_\_\_, dass er den Versicherten auf Anmeldung durch dessen Mutter, unter anderem wegen Schulverweigerung, Ãngsten und einer depressiven Verstimmung psychotherapeutisch behandle. Die Anmeldung zur Behandlung durch die Mutter des Versicherte sei auf Empfehlung durch Bezirksschulpflege erfolgt (Urk. 6/7).

3.3Â Â Â Des Weiteren wurde der Versicherte von Dr. med. B.\_\_\_\_, Facharzt FMH f¼r Allgemeine Medizin, Sportmedizin, Manuelle Medizin, behandelt (Urk. 8/1). Es sind in den Akten hingegen keine Anhaltspunkte daf¼r vorhanden, dass Dr. B.\_\_\_\_ die psychotherapeutische Behandlung bei A.\_\_\_\_ angeordnet und die von diesem durchgef¼hrten psychotherapeutischen Massnahmen Ãberwacht hÃtte. In seiner Stellungnahme vom 26. November 2005 erklÃrte A.\_\_\_\_ vielmehr, dass er die psychotherapeutische Behandlung des Versicherten weder auf Anordnung und Ãberwachung noch als Angestellter eines Facharztes f¼r Psychiatrie und Psychotherapie oder eines Facharztes f¼r Kinder- und Jugendpsychiatrie durchgef¼hrte, sondern dass er als freiberuflicher, selbstÃndig erwerbender Psychotherapeut auf eigene Rechnung tÃtig war (Urk. 11). Auf Grund der Akten ist davon auszugehen, dass A.\_\_\_\_ auf Veranlassung der Mutter des Versicherten und des schulpsychologischen Dienstes tÃtig wurde.

### E. 4

4.1Â Â Â Die medizinischen Massnahmen im Sinne von Art. 12 IVG umfassen nach Art. 14 Abs. 1 lit. a IVG unter anderem die vom Arzt selbst oder auf seine Anordnung hin durch medizinische Hilfspersonen in Anstalts- oder Hauspflege vorgenommene Behandlung. Vorliegend ist daher streitig und zu pr¼fen, ob die von A.\_\_\_\_ durchgef¼hrte psychotherapeutische Behandlung eine medizinische Massnahme im Sinne dieser Bestimmung darstellt. Dazu mÃsste A.\_\_\_\_, welcher Psychologe und nicht Arzt ist, die Anforderungen der Invalidenversicherung an medizinische Hilfspersonen erf¼llt.Â

4.2Â Â Â GemÃss Art. 26 Abs. 1 IVG steht der versicherten Person die Wahl unter den eidgenÃssisch diplomierten Ãrzten sowie ZahnÃrzten und Apothekern frei. Personen, denen ein Kanton auf Grund eines wissenschaftlichen BefÃhigungsausweises die Bewilligung zur Aus¼bung des Ãrztlichen oder zahnÃrztlichen Berufs erteilt hat, sind den in Absatz 1 bezeichneten Personen gleichgestellt. Das Wahlrecht der Versicherten steht allerdings unter dem Vorbehalt des Entzugs der Befugnis zur Ãrztlichen Behandlung aus wichtigen Gr¼nden (Art. 26 Abs. 4 IVG).

4.3Â Â Â Analog dem freien Arztwahlrecht statuiert Art. 26 bis Abs. 1 IVG auch in Bezug auf die medizinischen Hilfspersonen, den Anstalten und WerkstÃtten, die Eingliederungsmassnahmen durchf¼hren, sowie den Abgabestellen f¼r Hilfsmittel ein freies Wahlrecht der Versicherten, doch ist dieses in weiterem Masse eingeschrÃnkt als jenes bez¼glich der Ãrzte. Einerseits steht das Recht der Versicherten auf freie Wahl der medizinischen Hilfspersonen unter dem Vorbehalt, dass diese Ã den kantonalen Vorschriften und den Anforderungen der Versicherung gen¼genÂ (Art. 26 bis Abs. 1 IVG). Andererseits ist der Bundesrat gest¼tzt auf die ihm in Art. 26 bis Abs. 2 IVG

eingewäumte Delegationskompetenz befugt, nach Anordnungen der Kantone und der zuständigen Organisationen Vorschriften für die Zulassung von medizinischen Hilfspersonen und anderer Leistungserbringer zu erlassen. In Bezug auf die medizinischen Hilfspersonen hat der Bundesrat von dieser Befugnis keinen Gebrauch gemacht, weshalb der Vorbehalt der bundesrechtlichen Zulassungsvorschriften gemäss Art. 26 bis Abs. 2 IVG in diesem Leistungsbereich ausser Betracht fällt.

4.4 Gemäss Art. 27 Abs. 1 IVG ist der Bundesrat befugt, mit der Ärzteschaft, den Berufsverbänden der Medizinalpersonen und der medizinischen Hilfspersonen, den Anstalten und Werkstätten, die Eingliederungsmassnahmen durchzuführen, sowie den Abgabestellen für Hilfsmittel Verträge zu schliessen, um die Zusammenarbeit mit den Organen der Versicherung zu regeln und die Tarife festzulegen. Die Kompetenz zum Abschluss von Verträgen delegierte der Bundesrat in Art. 24 Abs. 2 IVV an das Bundesamt für Sozialversicherung (BSV). Ausserdem legte der Bundesrat in Art. 24 Abs. 3 IVV fest, dass die vertraglich festgelegten beruflichen Bedingungen für Personen und Stellen, die Eingliederungsmassnahmen durchführen, ohne einem bestehenden Vertrag beizutreten, als Mindestanforderungen der Versicherung im Sinne von Artikel 26 bis Absatz 1 IVG gelten. Nach der Rechtsprechung hat der Bundesrat mit dieser Bestimmung die Anforderungen der Versicherung im Sinne von Art. 26 bis Abs. 1 IVG näher ausgeführt (unveröffentlichtes Urteil des EVG in Sachen G. vom 28. Januar 1998, I 293/97, Erw. 3c; ZAK 1988 S. 90 Erw. 2b). Das in Art. 26 bis Abs. 1 IVG hinsichtlich der medizinischen Hilfspersonen statuierte freie Wahlrecht der Versicherten steht somit unter dem zusätzlichen Vorbehalt der in einem Vertrag festgelegten beruflichen Anforderungen. Diese gelten für alle Personen und Stellen, welche Eingliederungsmassnahmen durchführen, gleichgültig, ob sie dem Vertrag beigetreten sind oder nicht.

4.5 Das BSV, das Bundesamt für Militärversicherung und die Medizinaltarif-Kommission UVG haben mit der Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte (FMH) am 28. Dezember 2001 den Tarifvertrag Tarmed geschlossen, welcher für die Invalidenversicherung am 1. Mai 2003 in Kraft trat. Gemäss Art. 2 dieses Vertrages bildet die von den Vertragsparteien vereinbarte Tarifstruktur Tarmed Version 1.1 vom 8. November 2001 integrierender Bestandteil des Vertrages. In Unterkapitel 02.03 der Tarifstruktur Tarmed Version 1.1, worin die von der Invalidenversicherung zu übernehmenden Kostenvergütungen für delegierte Psychotherapie in der Arztpraxis geregelt sind, ist folgende Bestimmung enthalten:

Die Leistungen unter diesem Kapitel können nur dann verrechnet werden, wenn sie auf ärztliche Anordnung und unter ärztlicher Überwachung erbracht werden. Der delegierende Facharzt muss über die qualitative Dignität Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie oder Psychiatrie und Psychotherapie, verfügen. Ausführende Therapeuten müssen einen Hochschulabschluss als klinische Psychologen/Psychotherapeuten (inkl. Psychopathologie) nachweisen, beim delegierenden Facharzt angestellt sein und ihre Leistungen in dessen Praxis erbringen. Für die Kostenübernahme der Tarifposition aus diesem Unterkapitel [02.03] durch die Krankenversicherung gemäss KVG gelten die Voraussetzungen und Limitierungen gemäss KLV Art. 2 und 3.

Diese vertragliche Regelung beinhaltet nach ihrem objektiven Sinn im Bereich der Psychotherapie eine Beschränkung der von der Invalidenversicherung zu

vergÄ¼tenden Behandlungen von medizinischen Hilfspersonen auf solche, die von einem qualifizierten psychologischen Mitarbeiter durchgefÄ¼hrt werden, der in der Praxis eines Facharztes fÄ¼r Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie oder Psychiatrie und Psychotherapie FMH tÄ¼tig ist. Der ausfÄ¼hrende Therapeut muss zudem beim delegierenden Facharzt angestellt sein.

4.6Ä¼Ä¼Ä¼ Bereits vor In-Kraft-Treten des Tarifvertrages Tarmed galt gemÄ¼ss dem zwischen dem BSV und der FMH gÄ¼ltig gewesenen Vertrag vom 28. Dezember 1979, dass ein VergÄ¼tungsanspruch nur fÄ¼r die Behandlungen von qualifizierten psychologischen Mitarbeitern von Kinder- und Jugendpsychiatern FMH, welche in deren PraxisrÄ¼umen durchgefÄ¼hrt wurden, bestand (zum Ganzen: unverÄ¼ffentliches Urteil des EVG in Sachen G. vom 28. Januar 1998, I 293/97, Erw. 3c; ZAK 1988 S. 90 Erw. 4).

4.7Ä¼Ä¼Ä¼ Im Ä¼brigen stimmt die Regelung gemÄ¼ss Art. 26 bis Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 27 Abs. 1 IVG und Art. 24 Abs. 2 und 3 IVV und dem Unterkapitel 02.03 der Tarifstruktur des Tarifvertrages Tarmed Version 1.1 im Ergebnis grundsÄ¼tzlich mit der im Bereich der obligatorischen Krankenversicherung geltenden Rechtslage zur nichtÄ¼rztlichen Psychotherapie Ä¼berein. Denn gestÄ¼tzt auf Art. 25 Abs. 2 lit. a Ziff. 1 und 3 des Bundesgesetzes Ä¼ber die Krankenversicherung (KVG) geht die Ä¼rztlich delegierte Psychotherapie zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung, sofern die Massnahmen in den PraxisrÄ¼umen des Arztes und unter dessen Aufsicht und Verantwortlichkeit vorgenommen werden und es sich um ein Vorkehren handelt, die nach den Geboten der Ä¼rztlichen Wissenschaft und Berufsethik sowie nach den UmstÄ¼nden des konkreten Falles grundsÄ¼tzlich delegierbar sind (BGE 125 V 444 Erw. 2c und d). Freiberufliche (selbststÄ¼ndig und auf eigene Rechnung tÄ¼tige) sind zu Lasten der sozialen Krankenversicherung nicht als Leistungserbringer zugelassen (Art. 46 Abs. 1 der Verordnung Ä¼ber die Krankenversicherung, KVV; BGE 125 V 284; RKUV 2001 Nr. KV 166 S. 242 Erw. 2a). PraxisgemÄ¼ss (vgl. Urteil des EVG in Sachen V. vom 18. Juni 2003, K 141/01 + K 146/01) wird im Bereich der Krankenversicherung fÄ¼r die Qualifikation einer nichtÄ¼rztlichen Psychotherapie als eine (unselbststÄ¼ndige) delegierte psychotherapeutische Behandlung vorausgesetzt, dass ein wesentliches rechtliches oder tatsÄ¼chliches SubordinationsverhÄ¼tnis vorliegt. FÄ¼r die Annahme eines solchen wird nicht nur eine mehr oder weniger ausgeprÄ¼gte organisatorische, sondern auch eine wirtschaftliche AbhÄ¼ngigkeit vom delegierenden Arzt verlangt (Urteil des EVG in Sachen F. vom 8. Juli 2003, K 75/02, Erw. 2.1 f.).

5.Ä¼Ä¼Ä¼Ä¼Ä¼ Nach Gesagtem steht fest, dass der Versicherte seit 9. September 2002 durch A.\_\_\_\_ psychotherapeutisch behandelt wird. A.\_\_\_\_, welcher als freiberuflicher Psychologe und Psychotherapeut tÄ¼tig ist, ist weder Arzt noch fÄ¼hrt er die Behandlung des Versicherten auf Anordnung und unter der Ä¼berwachung eines Facharztes fÄ¼r Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie oder Psychiatrie und Psychotherapie FMH in den RÄ¼umlichkeiten eines solchen Facharztes aus. Bei der durch A.\_\_\_\_ durchgefÄ¼hrten psychotherapeutischen Behandlung handelt es sich demnach nicht um eine delegierte Psychotherapie im obenerwÄ¼hnten Sinne. A.\_\_\_\_ erfÄ¼llt daher die in Art. 26 bis Abs. 1 IVG fÄ¼r die KostenÄ¼bernahme durch die Invalidenversicherung statuierten Anforderungen fÄ¼r die DurchfÄ¼hrung von psychotherapeutischen Behandlungen als medizinische Hilfsperson nicht. Die Behandlung durch A.\_\_\_\_ wird daher nicht vom freien Wahlrecht des Versicherten fÄ¼r medizinische Hilfspersonen umfasst,Ä¼ weshalb fÄ¼r die von diesem durchgefÄ¼hrten psychotherapeutischen Behandlungen kein

Leistungsanspruch besteht.

6. Im Ergebnis lässt sich daher nicht beanstanden, dass die Beschwerdeführerin in der Verfügung vom 14. September 2004 (Urk. 6/5) und im angefochtenen Einspracheentscheid vom 9. November 2004 (Urk. 2) einen Anspruch des Versicherten auf medizinische Eingliederungsmassnahmen - im Sinne einer psychotherapeutischen Behandlung durch A.\_\_\_\_ - verneinte. Insofern ist die gegen den angefochtenen Einspracheentscheid vom 9. November 2004 erhobene Beschwerde daher abzuweisen.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Das Verfahren ist kostenlos.

3. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- SWICA Krankenversicherung AG unter Beilage einer Kopie von Urk. 11

- Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle unter Beilage einer Kopie von Urk. 11

- Bundesamt Sozialversicherung

- K.\_\_\_\_, unter Beilage einer Kopie von Urk. 11

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.