

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2005.00834 vom 23. Januar 2006

ZH Sozialversicherungsgericht, 2006-01-23, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2005.00834](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2005.00834)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2005.00834 du 23 janvier 2006

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2005.00834 del 23 gennaio 2006

## Erwägungen

### E. 3.1

Dr. med. D.\_\_\_\_, Leitender Arzt der Kinderorthopädie am Kinderspital K.\_\_\_\_, hielt mit Schreiben vom 20. Mai 2003 (Urk. 8/41/1) fest, er habe die Versicherte am 16. August 2002 gesehen. Es sei um die Beurteilung der kongenitalen Hüftluxation links gegangen; man habe damals den Eltern die operative Rekonstruktion der Hüfte empfohlen (Urk. 8/41/1 lit. D).

### E. 3.2

Dr. med. E.\_\_\_\_, FMH für Kinder und Jugendliche, führte mit Schreiben vom 8. Juni 2003 aus, dass die Physiotherapie mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit mit der kongenitalen Hüftdysplasie zusammenhänge (Urk. 8/40/2).

### E. 3.3

Dr. med. G.\_\_\_\_ diagnostizierte mit Bericht vom 11. August 2003 (Urk. 8/39) eine kongenitale Hüftdysplasie links, erstmals erkannt im Juni 2002. Die Versicherte benötige auf unbestimmte Zeit intensive Physiotherapie, eventuell seien später auch operative Eingriffe nötig (Urk. 8/39 lit. A, lit. D).

### E. 3.4

Prof. A.\_\_\_\_ führte mit Schreiben vom 13. August 2004 (Urk. 8/38) aus, die Versicherte leide an einer Hüftdysplasie links, welche zunächst «verpasst» worden sei und bei der man sich jetzt zu einem konservativen Vorgehen entschlossen habe. Aus diesem Grund sei eine kontinuierliche Bewegung ohne wesentliche Belastung wichtig. Zusätzlich wäre ein Giger MD ideal, da dieses die Koordination der Bewegungen schule. Dieses dürfe langfristig und über Jahre notwendig sein (Urk. 8/38).

Mit Bericht vom 10. Mai 2004 (Urk. 8/10/5) diagnostizierte Prof. A.\_\_\_\_ eine Hüftdysplasie links, die bei der Versicherten im Alter von eineinhalb Jahren erkannt worden sei. Zu diesem Zeitpunkt sei zur Operation geraten, dann jedoch eine konservative Behandlung mit dem Giger MD entschieden worden. Damit habe sich eine gute Form des Femurkopfes entwickelt. Der Vater der Versicherten leide ebenfalls an einer unbehandelten Hüftdysplasie und habe keine Probleme, obwohl eine Arthrose vorliege. Prof. A.\_\_\_\_ hielt fest, er habe über die Verschlechterung der Chancen einer Rekonstruktion bei weiterer Alterszunahme der Versicherten informiert, desgleichen darüber, dass sichere Probleme im Erwachsenenalter nicht voraussehbar seien, wenn nicht operiert werde. Umgekehrt beständen bei einer Operation Risiken wie Nervenläsionen, Infektionen, Blutverlust, Steifigkeit, Femurkopfnekrose und Bewegungseinschränkung. Damit lägen die Chancen auch bei einem Eingriff nicht bei 100 %. Da der Vater der Versicherten mit

dysplastischen HÄ¼ften bis zum 60. Altersjahr praktisch problemlos gelebt habe, dÄ¼rfte ein Entscheid fÄ¼r die Eltern schwierig sein. Es sei zwei- bis dreimal pro Woche Physiotherapie durchzufÄ¼hren, mit Pause in den Ferien (Urk. 8/10/5).

Mit Schreiben vom 28. September 2004 (Urk. 8/37) fÄ¼hrte Prof. A. \_\_\_ aus, die Versicherte leide an einer kongenitalen HÄ¼ftdysplasie. Ihre HÄ¼fte sei subluxiert; im Spontanverlauf sei eine Verschlechterung sehr wahrscheinlich. Es sei deshalb wichtig, dass die HÄ¼fte regelmÄ¼ssig tÄ¼glich wÄ¼hrend etwa 30 Minuten bewegt werde. Dazu sei das Giger MD besonders gÄ¼nstig, da es ohne grosse Belastung eine aktive Bewegung im Liegen ermÄ¼gliche. Es habe sich bereits gezeigt, dass der Zustand der HÄ¼fte der Versicherten habe erhalten werden kÄ¼nnen. Dies bedeute, dass mit einer Anwendung von fÄ¼nfmal pro Woche fÄ¼r mindestens 30 Minuten die schlechte Prognose abgewendet werden kÄ¼nne. In Anbetracht des Zeitaufwandes sei eine Hausbehandlung sinnvoll (Urk. 8/37).

### E. 3.5

Dr. D. \_\_\_ hielt mit Schreiben vom 29. November 2004 (Urk. 8/36/2) fest, er kÄ¼nne keine aktuelle Stellung beziehen, da er die Versicherte erst einmal, am 22. August 2002, wegen einer kongenitalen HÄ¼ftluxation links gesehen habe. Damals sei den Eltern eine operative Intervention mit Reposition des HÄ¼ftgelenks sowie einer begleitenden Becken- und Femurkopfosteotomie empfohlen worden, diese hÄ¼tten sich jedoch in der Folge nie fÄ¼r eine solche Operation entscheiden kÄ¼nnen. Dr. D. \_\_\_ wies darauf hin, dass er keinerlei Angaben Ä¼ber in der Folge durchgefÄ¼hrte therapeutische Massnahmen machen, sondern lediglich darauf hinweisen kÄ¼nne, dass Physiotherapie zwecks konservativer Reposition des HÄ¼ftgelenks nutz- und sinnlos sei (Urk. 8/36/2).

### E. 3.6

Mit Schreiben vom 16. Dezember 2004 fÄ¼hrte Prof. A. \_\_\_ aus, bei der Versicherten bestehe eine chirurgisch unbehandelte HÄ¼ftluxation, die konservativ angegangen werde. Um die Kraft der Muskulatur zu erhalten, sei Physiotherapie notwendig, weshalb diese wohl bis zum Abschluss des Wachstums weitergefÄ¼hrt werden mÄ¼sse (Urk. 8/35 lit. D).

Am 15. April 2005 (Urk. 8/10/3) hielt Prof. A. \_\_\_ fest, dass bei der Versicherten eine kongenitale HÄ¼ftdysplasie bestehe, die ausnahmsweise nicht operativ versorgt worden sei. Die HÄ¼fte sei dezentriert und die HebelverhÄ¼ltnisse fÄ¼r die Muskulatur stimmten nicht mit der normalen Situation Ä¼berein, so dass die normalen Bewegungen und die normalen AktivitÄ¼ten nicht genÄ¼gten, um die Beweglichkeit und die Muskelkraft zu erhalten. Um diese Funktionen langfristig sicherzustellen und damit auch die bestmÄ¼gliche Basis fÄ¼r die spÄ¼tere ArbeitsfÄ¼higkeit und Eingliederung zu schaffen, sei eine mÄ¼glichst tÄ¼gliche Bewegungsbehandlung ohne grosse Belastung notwendig. Das Giger MD sei fÄ¼r diese Behandlung medizinisch geeignet; diese kÄ¼nne nach Anleitung durch eine Fachperson und ein- bis zweimal monatlichen Kontrolle in einer Physiotherapiepraxis zuhause durch die Eltern durchgefÄ¼hrt werden (Urk. 8/10/3).

### E. 3.7

Mit Bericht vom 9. August 2005 (Urk. 11/3) fÄ¼hrte H. \_\_\_, dipl. Physiotherapeut HF, aus, die Versicherte kÄ¼nne sich mit dem Giger MD mit Hilfe eines Elternteils Ä¼ber eine lange Zeit in der physiologisch besten Position zur Zentrierung des HÄ¼ftkopfes und

nahezu ermüdungsfrei bewegen, gleichzeitig auch die notwendigen therapeutischen Übungen durchführen. Es werde täglich eine Abspreizbehandlung und Strampelbewegung durchgeführt, analog einer Spreizhosenbehandlung, deren Altersgrenze jedoch bei acht bis zehn Monaten liege. Weiter müssten das kontrakte Bindegewebe und die Muskulatur durch Traktion gedehnt werden, womit es zur Reposition komme. Danach folge die Retentionsphase. Ziel sei die Normalisierung der Gelenkpfanne. Die Bewegungen erfolgten in Beuge- und Spreizstellung. Regelmässige Röntgenkontrollen gäben Aufschluss über den Verlauf der Erkrankung (Urk. 11/3 S. 2 unten f.).

Bei kongenitaler Hüftgelenkdysplasie und -luxation sei Physiotherapie in fast allen Phasen der Behandlung eine wichtige Massnahme, was durch die ärztlichen Verordnungen bestätigt werde. Der krankengymnastische Muskelaufbau unterstütze den Heilungsprozess. Es gelte vor allem, diejenigen Muskeln zu behandeln, die das Hüftgelenk stabilisieren könnten. Die Physiotherapie stelle die Beweglichkeit der umgebenden Muskeln und Bänder, die sich verkürzten, wieder her. Die Übungen müssten frühzeitig beginnen und konsequent durchgeführt werden. Dadurch werde das ausgeheilte Gelenk wieder beweglich und könne belastet werden (Urk. 11/3 S. 3 oben).

Diese nicht operative Behandlungsmethode müsse mit der Aussicht auf spontane Normalisierung fortgeführt werden, wegen der Restdysplasie auch nach Abschluss des zweiten Lebensjahres, bis zu dem nicht operative Behandlungsmassnahmen am meisten griffen. Diese hätten jedoch, da die Diagnose erst im Alter von eineinhalb Jahren gestellt worden sei, verzögert begonnen werden können, somit sei die Hüfte noch nicht ganz ausgeheilt. Die Physiotherapie müsse im übrigen auch als muskelentspannende Massnahme angewandt werden, wenn bei ausgeprägten erneuten Veränderungen eine allfällige Zurückverlagerung des Hüftkopfes in Betracht gezogen würde, um eine erneute Verschlechterung zu verhindern: Bei einer Zurückverlagerung ohne vorherige Physiotherapie könne eine Durchblutungsstörung des Hüftkopfes eintreten (Urk. 11/3 S. 3 Mitte).

Die Versicherte könne sich mittlerweile altersentsprechend bewegen: Sie könne rennen, klettern, hüpfen, springen und so weiter. Es könne nicht von typischer Bewegungsarmut gesprochen werden. Die koordinativen Fähigkeiten und das Gleichgewicht wie der Einbeinstand seien normal. Die Beinlängendifferenz betrage 1,5 cm. Die Beweglichkeit der betroffenen Hüfte sei in alle Bewegungsrichtungen normal, bis auf die kombinierten passiven Hüftbewegungstests. Die Gewichtsverlagerung erfolge spontan auf die gesunde Seite, könne aber bei Aufforderung korrigiert werden. Die Abrollbewegung des linken Fusses als wichtiges Mass für die koordinativen Fähigkeiten sei noch etwas eingeschränkt. Es bestehe bei Bewegungsbeginn kein hinkendes Gangbild (Urk. 11/3 S. 3 unten f.).

### E. 3.8

Dr. med. I. \_\_\_\_, Leitender Arzt der Pädiatrischen Klinik am Kinderspital J. \_\_\_\_, hielt mit Bericht vom 18. August 2005 (Urk. 11/2) fest, die Versicherte leide an einer kongenitalen Hüftdysplasie, welche nicht operativ versorgt worden sei. Die Hüfte sei dezentriert, weshalb die im Rahmen der Alltagsaktivitäten erfolgenden normalen Hüftbewegungen nicht genügen, um die Muskelkraft und die Hüftbeweglichkeit zu erhalten. Die

tÄngliche Bewegungsbehandlung ohne starke Belastung sei notwendig, um die Beweglichkeit der HÄfte langfristig sicherzustellen und bilde die bestmÄgliche Basis fÄr die spÄtere Eingliederung ins Erwerbsleben.

Das Giger MD sei zur DurchfÄhrung der tÄnglichen Bewegungstherapie geeignet. Sie erfolge unter Aufsicht einer Fachperson tÄnglich zuhause wÄhrend mindestens 30 Minuten und kÄnne durch die Eltern durchgefÄhrt werden. Es seien zweimonatliche Kontrollen in einer Physiotherapiepraxis notwendig. Die Behandlung stelle eine einfache und zweckmÄssige Massnahme dar, da damit die hohen Therapiekosten, die durch die ansonsten dreimal wÄhentlich notwendige Physiotherapie entstÄnden, Äber Jahre massiv reduziert werden kÄnnten. Ausserdem sei sie erst noch wirksamer, als es die intermittierende Physiotherapie zu sein vermÄchte. Die zyklische Bewegungsbehandlung, wie sie mit dem Giger MD erfolge, werde seit Jahren in der Rehabilitation bei querschnittgelÄhmten und hemiplegischen Patienten, nach Apoplexie zur Anbahnung physiologischer BewegungsaktivitÄt und zur Reduktion von Spastik mit Erfolg und folgenden Therapiezielen eingesetzt: Verbesserung und Erhaltung der Beweglichkeit, KrÄftigung der vorhandenen Muskelrestfunktion, Verbesserung der Bewegungskoordination (Urk. 11/2).

### **E. 3.9**

Prof. A. \_\_\_ fÄhrte mit Bericht vom 16. November 2005 (Urk. 11/1) aus, der Vater der Versicherten habe die Operation ihrer luxierten HÄfte abgelehnt. Die zukÄnftige Leistungs- und ArbeitsfÄhigkeit der Versicherten werde aber vom funktionellen Zustand der linken HÄfte abhÄngen. Es bestehe die Gefahr einer wesentlichen FunktionseinschrÄnkung mit spÄterer InvaliditÄt bei Sistierung der physiotherapeutischen Behandlung. Auch bei einer medizinisch nicht typischen Behandlungsform sehe man die Physiotherapie als orthopÄdisch indiziert an (Urk. 11/1).

### **E. 4.1**

Streitig und zu prÄfen ist, ob die Versicherte Anspruch auf Äbernahme der Kosten fÄr Physiotherapie und auf Abgabe eines Giger MD nach Hause hat. Nachdem letzteres grundsÄtzlich nur in Betracht kommen kann, wenn ein enger, unmittelbarer Zusammenhang mit der Physiotherapie besteht (vgl. vorstehend Erw. 1.4), rechtfertigt es sich, zunÄchst die Frage des Anspruchs auf Physiotherapie zu prÄfen.

### **E. 4.2**

Bei der Physiotherapie handelt es sich um eine Vorkehr, die - soweit kein anderer Versicherer leistungspflichtig ist - von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu Äbernehmen ist (Art. 5 der Krankenpflege-Leistungsverordnung). Die Physiotherapie stellt somit eine wissenschaftlich anerkannte medizinische Massnahme dar, die im Rahmen von Art. 13 IVG grundsÄtzlich auch zulasten der Invalidenversicherung gehen kann (vgl. vorstehend Erw. 1.2).

Die zur Behandlung eines Geburtsgebrechens vorgesehene medizinische Massnahme soll weiter den therapeutischen Erfolg in einfacher und zweckmÄssiger Weise anstreben (Art. 2 Abs. 3 GgV). Art und Umfang des therapeutischen Erfolges werden im Bereich von Art. 13 IVG dadurch beeinflusst, dass nicht die spÄtere Eingliederung ins Erwerbsleben, sondern die Behebung oder Milderung der als Folge eines Geburtsgebrechens eingetretenen BeeintrÄchtigung im Vordergrund steht (Art. 8 Abs. 2 IVG; vgl. vorstehend Erw. 1.3). Ob

und wie dies erreicht werden kann, ist in erster Linie von Ärztlicher Seite zu beurteilen.

#### E. 4.3

Dr. G.\_\_\_\_ führte aus, dass die Versicherte auf unbestimmte Zeit Physiotherapie benötigte und eventuell später auch operative Eingriffe nötig seien (Bericht vom 11. August 2003; Urk. 8/39).

Dr. D.\_\_\_\_ führte am 29. November 2004 (Urk. 8/36/2) aus, Physiotherapie zwecks konservativer Reposition des Hüftgelenks sei nutz- und sinnlos. Dr. D.\_\_\_\_ hielt jedoch fest, dass er die Versicherte erst einmal, am 22. August 2002 und somit zwei Jahre früher, gesehen habe und deshalb keine aktuelle Stellungnahme abgeben könne. Auf den Bericht von Dr. D.\_\_\_\_ kann deshalb nur begrenzt abgestellt werden, da er die Versicherte nicht untersuchen und keine Angaben über einen allfälligen Erfolg der bislang durchgeführten Physiotherapie machen konnte.

Dass die Physiotherapie gewisse Wirkung zeigt, lässt sich dem Bericht von Physiotherapeut H.\_\_\_\_ vom 9. August 2005 (Urk. 11/3) entnehmen: Demnach könne sich die Versicherte mittlerweile altersentsprechend bewegen, sie könne rennen, springen, hüpfen und klettern; eine typische Bewegungsarmut sei nicht feststellbar (Urk. 11/3 S. 3 unten). Weiter sei Physiotherapie bei einer kongenitalen Hüftgelenkdysplasie und -luxation in fast allen Phasen der Behandlung eine wichtige Massnahme (Urk. 11/3 S. 3 oben).

Sodann ist gemäss Dr. I.\_\_\_\_ die mögliche Bewegungsbehandlung ohne starke Belastung notwendig, um die Beweglichkeit der Hüfte langfristig sicherzustellen, und bilde die bestmögliche Basis für die spätere Eingliederung ins Erwerbsleben (Bericht vom 18. August 2005, Urk. 11/2).

Prof. A.\_\_\_\_ wies mit Bericht vom 10. Mai 2004 (Urk. 8/10/5) darauf hin, dass man im Zeitpunkt der Entdeckung der Hüftdysplasie, als die Versicherte eineinhalb Jahre alt war, zu einer Operation geraten, sich aber für eine konservative Behandlung entschieden habe. Damit habe sich eine gute Form des Femurkopfes entwickelt. Prof. A.\_\_\_\_ hielt fest, dass bei einer Operation Risiken beständen.

Der Zustand der Hüfte habe erhalten werden können (Bericht vom 28. September 2004; Urk. 8/37). Um die Kraft der Muskulatur zu erhalten, sei Physiotherapie notwendig, die wohl bis zum Wachstumsabschluss weitergeführt werden müsse (Schreiben vom 16. Dezember 2004; Urk. 8/35 lit. D). Schliesslich wies Prof. A.\_\_\_\_ mit Bericht vom 16. November 2005 (Urk. 11/1) darauf hin, dass bei Sistierung der physiotherapeutischen Behandlung die Gefahr einer wesentlichen Funktionseinschränkung mit späterer Invalidität bestehe. Man sehe auch bei einer medizinisch nicht typischen Behandlungsform die Physiotherapie als orthopädisch indiziert an.

#### E. 4.4

Mit Ausnahme von Dr. D.\_\_\_\_ sprechen sich die beangezogenen Ärzte nicht gegen die konservative Behandlung des Geburtsgebrechens der Versicherten mittels Physiotherapie aus. Insbesondere gestützt auf die Beurteilung durch Prof. A.\_\_\_\_ und in Anbetracht der Fortschritte der Versicherten kann davon ausgegangen werden, dass die konservative Behandlungsmethode der Physiotherapie medizinisch notwendig und sinnvoll ist. Den Angaben von Prof. A.\_\_\_\_ ist zudem nicht zu entnehmen, dass eine Operation zwingend vorgenommen werden müsste und die medizinisch beste Lösung darstellte. Zudem birgt

eine Operation beachtliche Risiken wie zum Beispiel eine Femurkopfnekrose (vgl. vorstehend Erw. 3.4). Es ist deshalb nachvollziehbar, dass - solange dadurch ein Erfolg erzielt werden kann - der nicht-invasiven Massnahme der Physiotherapie der Vorzug gegeben wird. Nachdem die medizinische Notwendigkeit einer Behandlung mittels Physiotherapie gegeben ist und dadurch die infolge des Geburtsgebrechens entstehenden Beeinträchtigungen der Versicherten weitgehend gemildert werden können, ist ein Anspruch auf Physiotherapie im Rahmen von Art. 13 IVG zu bejahen.

### **E. 5.1**

Nachdem die Versicherte Anspruch auf Physiotherapie hat, stellt sich die Frage nach ihrem Anspruch auf Abgabe eines Giger MD nach Hause. Diesbezüglich ist auf das Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts (EVG) vom 2. August 2004 in Sachen W. hinzuweisen, worin festgehalten wurde, dass sich die Wissenschaftlichkeit der Giger MD-Geräte in Würdigung aller Umstände nicht verneinen lasse (Erw. 4.4). Dies wurde mit Urteil vom 14. Februar 2005 in Sachen L. (I 373/04) dahingehend präzisiert, dass der erfolgreiche Einsatz der Giger MD-Geräte für die Behandlung der Geburtsgebrehen gemäss Ziff. 390 GgV (angeborene cerebrale Lähmungen), Ziff. 395 GgV (leichte cerebrale Bewegungsstörungen) und Ziff. 381 GgV (Missbildungen des Zentralnervensystems und seiner Hüfte) anerkannt sei. Was für diese Geburtsgebrehen gelte, müsse jedoch nicht ohne weiteres auch für andere Geburtsgebrehen zutreffen, selbst wenn ein therapeutischer Effekt gegeben sei. Lasse sich anhand der Akten nicht beurteilen, ob die Behandlung mit dem Giger MD von Forschern und Praktikern der medizinischen Wissenschaft auf breiter Basis anerkannt sei, könne ein Anspruch auf Abgabe des Geräts nicht bejaht werden (Erw. 2.4).

### **E. 5.2**

Die Versicherte leidet nicht an einer Erkrankung des zentralen, peripheren und autonomen Nervensystem und demnach nicht an einem Geburtsgebrehen, bei dem die Wissenschaftlichkeit der Behandlung mit dem Giger MD nach höchststrichterlicher Rechtsprechung anerkannt ist. Den Akten können keine Angaben über die Wissenschaftlichkeit der Behandlung einer angeborenen Hüftluxation und -dysplasie mit dem Giger MD entnommen werden. Damit fehlt es hinsichtlich der Beurteilung des Anspruches der Versicherten auf Abgabe eines Giger MD an der Grundlage für einen Entscheid.

### **E. 5.3**

Das Gericht kann die Angelegenheit zu neuer Entscheidung an die Vorinstanz zurückweisen, besonders wenn mit dem angefochtenen Entscheid nicht auf die Sache eingetreten oder der Sachverhalt ungenügend festgestellt wurde (§ 26 Abs. 1 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht, GSVGer). In erster Linie kommt eine Rückweisung in Frage, wenn der Versicherungsträger auf ein Begehren überhaupt nicht eingetreten ist oder es ohne materielle Prüfung abgelehnt hat, wenn schwierige Ermessensentscheide zu treffen sind, oder wenn der entscheidrelevante Sachverhalt ungenügend abgeklärt ist (vgl. SVR 1995 ALV Nr. 27 S. 69).

### **E. 5.4**

Es ist angezeigt, analog dem Urteil des EVG vom 14. Februar 2005 in Sachen L. (I 373/04) die Sache hinsichtlich des fraglichen Anspruchs der Versicherten auf Abgabe eines Giger MD an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit sie im Sinne der Erwägungen

die Wissenschaftlichkeit der Behandlung des Geburtsgebrechens Ziff. 183 GgV abklären, den Sachverhalt neu beurteilen und unter Berücksichtigung der weiteren Kriterien des EVG zur Abgabe eines Giger MD (vgl. die vorgenannten Urteile sowie dasjenige vom 31. März 2004 in Sachen S., I 265/01; vgl. dazu auch die Urteile des Sozialversicherungsgerichts des Kantons Zürich vom 21. November 2005 in Sachen R. und T., Prozess-Nr. IV.2005.00582 und IV.2005.00502) über den Anspruch der Versicherten neu verfahren.

## E. 6

Zusammengefasst ist festzuhalten, dass die Versicherte im Rahmen von Art. 13 IVG Anspruch auf Übernahme der Kosten für Physiotherapie hat. Hinsichtlich eines allfälligen Anspruchs auf Abgabe eines Giger MD nach Hause ist die Sache zur Vornahme weiterer Abklärungen zurückzuweisen. In diesem Sinne ist die Beschwerde gutzuheissen und der angefochtene Entscheid aufzuheben.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass der Einspracheentscheid vom 22. Juni 2005 aufgehoben und die Sache mit der Feststellung, dass die Versicherte Anspruch auf Physiotherapie hat, an die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zurückgewiesen wird, damit diese nach erfolgten Abklärungen im Sinne der Erwägungen, über den Anspruch der Versicherten auf Abgabe eines Giger MD medical device nach Hause neu verfährt.

2. Das Verfahren ist kostenlos.

3. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- C.\_\_\_\_

- Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, unter Beilage einer Kopie von Urk. 10 und Urk. 11/1-3

- Bundesamt für Sozialversicherung

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.