

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2005.01123 vom 25. Juli 2008

ZH Sozialversicherungsgericht, 2008-07-25, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2005.01123

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2005.01123 du 25 juillet 2008

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2005.01123 del 25 luglio 2008

Erwägungen

E. 2

2.1. Im verwaltungsgerichtlichen Beschwerdeverfahren sind grundsätzlich nur Rechtsverhältnisse zu überprüfen bzw. zu beurteilen, zu denen die zuständige Verwaltungsbehörde vorgängig verbindlich - in Form einer Verfügung bzw. eines Einspracheentscheids - Stellung genommen hat. Insoweit bestimmt die Verfügung bzw. der Einspracheentscheid den beschwerdeweise weiterziehbaren Anfechtungsgegenstand. Umgekehrt fehlt es an einem Anfechtungsgegenstand und somit an einer Sachurteilsvoraussetzung, wenn und insoweit keine Verfügung bzw. kein Einspracheentscheid ergangen ist (BGE 131 V 164 Erw. 2.1, 125 V 414 Erw. 1a, 119 Ib 36 Erw. 1b, je mit Hinweisen).

Nach der Rechtsprechung des Eidgenössischen Versicherungsgerichts kann das verwaltungsgerichtliche Verfahren aus prozessökonomischen Gründen auf eine ausserhalb des Anfechtungsgegenstandes, d.h. ausserhalb des durch die Verfügung bzw. durch den Einspracheentscheid bestimmten Rechtsverhältnisses liegende spruchreife Frage ausgedehnt werden, wenn diese mit dem bisherigen Streitgegenstand derart eng zusammenhängt, dass von einer Tatbestandsgesamtheit gesprochen werden kann, und wenn sich die Verwaltung zu dieser Streitfrage mindestens in Form einer Prozessklärung geäussert hat (BGE 130 V 503, 122 V 36 Erw. 2a mit Hinweisen).

2.2. Der angefochtene Einspracheentscheid vom 31. August 2005 (Urk. 2) betrifft die Verfügung vom 1. Mai 2005 (Urk. 10/22), mit der medizinische Massnahmen für die Rehabilitation des Versicherten sowie die Übernahme der Kosten für Windeln und Spezialnahrung abgelehnt wurde, nicht hingegen die erst später erlassene Verfügung vom 2. September 2005 (Urk. 10/14), mit der die IV-Stelle eine Kostengutsprache für das Stehgerüst "Gerdi" verweigert hat. Da die den Anfechtungsgegenstand bildenden medizinischen Massnahmen den Anspruch auf die erforderlichen Behandlungsgerätschaften miteinschliessen, das beantragte Stehgerüst für die Ergotherapie verwendet wird (Urk. 10/12) und damit in einem unmittelbaren Zusammenhang mit den medizinischen Massnahmen steht (vgl. BGE 131 V 23 Erw. 5.2.2.1 mit Hinweisen), und sich beide Parteien zu diesem Anspruch geäussert haben (Urk. 1 S. 5 und Urk. 9), steht einer Ausdehnung des Beschwerdeverfahrens auch auf diese Frage jedoch nichts entgegen.

E. 3

3.1. Gemäss Art. 8 Abs. 1 IVG haben invalide oder von einer Invalidität (Art. 8 ATSG) unmittelbar bedrohte Versicherte Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen. Die Massnahmen bestehen unter anderem in medizinischen Massnahmen (Art. 8 Abs. 3 lit. a IVG).

§ 12 IVG und Art. 2 Abs. 1 IVV besteht ein Anspruch auf Übernahme medizinischer Massnahmen durch die Invalidenversicherung, wenn durch diese Vorkehr stabile oder wenigstens relativ stabilisierte Folgezustände von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall - im Einzelnen: Beeinträchtigungen der Körperbewegung, der Sinneswahrnehmung oder der Kontaktfähigkeit - behoben oder gemildert werden, um die Erwerbsfähigkeit dauernd und wesentlich zu verbessern oder vor wesentlicher Beeinträchtigung zu bewahren (BGE 120 V 279 Erw. 3a; AHI 2003 S. 104 Erw. 2; SVR 1995 IV Nr. 34 S. 89 f. Erw. 1a).

3.2 Vom strikten Erfordernis der Korrektur stabiler Funktionsausfälle oder Defekte ist im Falle von Minderjährigen gegebenenfalls abzugehen (vgl. Art. 5 Abs. 2 IVG und Art. 8 Abs. 2 ATSG). Hier können medizinische Vorkehrungen schon dann überwiegend der beruflichen Eingliederung dienen und trotz des einstweilen noch labilen Charakters des Leidens von der Invalidenversicherung übernommen werden, wenn ohne diese Vorkehrungen eine Heilung mit Defekt oder ein anderer stabilisierter Zustand einträte, welcher die Berufsbildung oder die Erwerbsfähigkeit voraussichtlich beeinträchtigen würde. Die entsprechenden Kosten werden bei Minderjährigen also von der Invalidenversicherung getragen, wenn das Leiden mit hinreichender Wahrscheinlichkeit zu einem schwer korrigierbaren, die spätere Ausbildung und Erwerbsfähigkeit erheblich behindernden stabilen pathologischen Zustand führen würde (BGE 131 V 21 Erw. 4.2 mit Hinweisen).

§ 12 IVG und Art. 2 Abs. 1 IVV Dabei ist nicht entscheidend, ob eine Sofortmassnahme oder eine zeitlich ausgedehntere (aber nicht unbegrenzte) Vorkehr angeordnet wird (ZAK 1984 S. 503 Erw. 3). Die Massnahmen zur Verhütung einer Defektheilung oder eines sonst wie stabilisierten Zustandes bei einem Kind können sehr wohl eine gewisse Zeit andauern. Damit die Invalidenversicherung dafür aufzukommen hat, dürfen sie jedoch nicht Dauercharakter haben, das heisst zeitlich unbegrenzt erforderlich sein, wie dies beispielsweise beim Diabetes oder bei Schizophrenien und manisch-depressiven Psychosen (BGE 105 V 20, 100 V 44) zutrifft. In solchen Fällen dient die medizinische Massnahme regelmässig nicht der Verhinderung eines stabilen Defektzustandes, der sich in naher Zukunft einstellen würde.

§ 12 IVG und Art. 2 Abs. 1 IVV Gegenteilig verhält es sich, wenn gemäss spezialärztlicher Feststellung von einer weiteren Behandlung erwartet werden darf, dass der drohende Defekt mit seinen negativen Auswirkungen auf die Berufsbildung und Erwerbsfähigkeit ganz oder in wesentlichem Ausmass verhindert werde, im Einzelfall also mit hinreichender Zuverlässigkeit eine günstige Prognose gestellt werden kann (AHI 2003 S. 103, 2000 S. 63). Diese muss zwei Aussagen enthalten: Zunächst muss erstellt sein, dass ohne die vorbeugende Behandlung in naher Zukunft eine bleibende Beeinträchtigung eintreten würde; gleichzeitig muss ein ebenso stabiler Zustand herbeigeführt werden können, in welchem vergleichsweise erheblich verbesserte Voraussetzungen für die spätere Ausbildung und Erwerbsfähigkeit bestehen. Somit kann eine therapeutische Vorkehr, deren Wirkung sich in der Unterdrückung von Symptomen erschöpft, nicht als medizinische Massnahme im Sinne von Art. 12 IVG gelten, selbst wenn sie im Hinblick auf die schulische und erwerbliche Eingliederung unabdingbar ist. Denn sie ändert am Fortdauern eines labilen Krankheitsgeschehens nichts und dient dementsprechend nicht der Verhinderung eines stabilen pathologischen Zustandes (zum Ganzen: Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts in Sachen W. vom 31. Oktober 2005, I 302/05,

Erw. 3.2).

4.1.1.1.1.1

4.1.1.1.1 Die Beschwerdegegnerin forderte zur Begründung des Einspracheentscheides (Urk. 2) im Wesentlichen aus, dass sich gemäss Randziffer 655.1 des Kreisschreibens über die medizinischen Eingliederungsmassnahmen in der Invalidenversicherung (in der bis Ende 2007 gültig gewesenen Fassung; KSME) bei Lähmungen nach Hirnverletzungen und Hirnerkrankungen Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung erst rechtfertigten, wenn die Behandlung des Grundleidens abgeschlossen oder nur noch nebensächlich geworden sei und der Allgemeinzustand eine Eingliederung erlaube. Bei Kindern unter 15 Jahren könnten Eingliederungsmassnahmen frühestens vier Wochen nach Erlangen des vollen Bewusstseins zugesprochen werden. Da der Versicherte bis zum gegenwärtigen Zeitpunkt das volle Bewusstsein nicht wieder erlangt habe, sondern sich im Wachkoma befinde, falle eine Zusprechung medizinischer Massnahmen momentan ausser Betracht (Urk. 2, Urk. 9).

4.2.1.1.1 Demgegenüber macht der Vertreter des Versicherten zusammengefasst geltend, dass die aus der Hirnschädigung resultierenden tetraspastischen Bewegungsstörungen zu motorischen Funktionsausfällen im Sinne von Art. 2 Abs. 2 IVV führten. Diese wirkten sich negativ auf die zukünftige Erwerbsfähigkeit aus und könnten mit medizinischen Massnahmen gemildert werden. Gestützt auf die Rechtsprechung des Eidgenössischen Versicherungsgerichts zur Gewährung medizinischer Massnahmen bei minderjährigen Versicherten sei eine Leistungspflicht der Invalidenversicherung zu bejahen. Was die von der Beschwerdegegnerin angerufene Ziffer 655.1 des KSME anbelange, sei es unzulässig, Versicherte bei nicht voll vorhandenem Bewusstsein von der Leistungspflicht auszunehmen, zumal Art. 2 Abs. 1 IVV davon spreche, dass als medizinische Massnahmen auch solche zur Behebung oder Milderung der Beeinträchtigung der Körperbewegung, der Sinneswahrnehmung oder der Kontaktfähigkeit in Frage kämen. Sodann könne nicht von einem Wachkomazustand gesprochen werden. Vielmehr liege momentan mindestens ein "minimally conscious state" vor. Dafür, dass der Versicherte über ein hinreichendes Bewusstsein verfüge, spreche auch die Tatsache, dass er in einem - von der Beschwerdegegnerin zugesprochenen - Rollstuhl sitzen könne und auf den 30. September 2005 in ein Schulheim für Behinderte eintreten werde (Urk. 1, Urk. 13).

5.1.1.1.1

5.1.1.1 Der Versicherte musste nach dem Ertrinkungsunfall vom 1. Mai 2004 reanimiert werden und wurde zunächst auf die Intensivpflegestation des F. verbracht. Dort wurde er wegen eines Atemnotsyndroms und einer Lungenentzündung behandelt und während fünf Tagen beatmet. In der Folge entwickelten sich eine ausgeprägte Spastik und eine Dysphagie. Ferner bestand ein Wachkoma. Am 11. Mai 2004 wurde er ins D. verlegt (Urk. 10/38).

5.2.1.1 Das D. berichtete am 20. August 2004 (Urk. 10/69), der Versicherte habe eine schwere hypoxische Hirnschädigung erlitten mit einer schweren kognitiven Beeinträchtigung. Daneben habe sich eine tetraspastische, teilweise dystonische Bewegungsstörung mit Kontrakturen im Bereich der Ellbogen, Hüften, Knie und Sprunggelenke beidseits entwickelt.

Im Bericht vom 3. September 2004 (Urk. 10/38) diagnostizierten die Ärzte eine schwere hypoxische Enzephalopathie, eine tetraspastische Bewegungsstörung vom Mischbild spastisch-diston, ein Wachkoma und eine Dysphagie. Der Versicherte gebe auf Ansprechen keine verbale Antwort und wehre einen Schmerz nicht gezielt ab, hingegen reagiere er auf Stimmen, Licht und Schmerz durch Fixieren und Mimik. Hinsichtlich der Extremitäten beständen Myoklonien, welche aufgrund therapeutischer Massnahmen vor allem im Bereich der Knie und Hüften langsam hätten reduziert werden können. Wegen der Dysphagie erfolge die Ernährung mittels einer Magensonde. Die Behandlung umfasse intensive Physiotherapie, einschliesslich Stehtraining und Schwimmen, Logopädie in Form von Schlucktherapie mit gustatorischen Reizen und Kausäckchen, Ergotherapie in Form von Sehtraining und Hilfsmittelanpassung sowie rehabilitative Pflege zur Verminderung der Spastik und zur Vermeidung eines Dekubitus.

Am 15. März 2005 berichteten sie (Urk. 10/37), der Versicherte befinde sich in einem "low level neurological state", die Koma-Remissions-Skala sei von 9 auf 15 gestiegen. Er fixiere und verfolge kurze Zeit ein Bild und Lächle. Eine gezielte Willkürmotorik sei jedoch nicht vorhanden. Die Spastizität vor allem im Bereich der Knie und der Hüften habe deutlich reduziert werden können, es bestehe aber nach wie vor eine Schluckstörung, weshalb der Versicherte mittels einer Magen-Nasensonde ernährt werde.

In den Berichten vom 10. August 2005 (Urk. 10/11 und Urk. 10/34) hielten die Ärzte fest, das neurologische Zustandsbild des Versicherten entspreche demjenigen eines "minimally conscious state" mit in kognitiver Hinsicht schwerst eingeschränkten Funktionen, wobei in den letzten Monaten eine Verbesserung in der Koma-Remissions-Skala eingetreten sei. So reagiere er klar auf Personen, Stimmen, Musik, Bilder und Darreichen von Bäckern, wobei er über Mimik, Lächeln oder stimmhaftes Lachen oder Blickkontakt kommuniziere. Der Gesundheitszustand sei momentan noch besserungsfähig. Hinsichtlich der Vitalfunktionen sei der Zustand stabil. Per 30. September 2005 werde der Versicherte in die E. ___ der F. ___ in G. ___ übertreten, um die verbliebenen cerebralen Ressourcen möglichst optimal zu nutzen. Dabei ständen die Wahrnehmungsförderung und die Verbesserung der Aufmerksamkeit durch Massnahmen der basalen Stimulation im Vordergrund. Ob eine funktionelle Verbesserung erzielt werden könne, die auch in den Alltagsaktivitäten und in den Selbsthilfefunktionen einsetzbar sei, könne nicht abschliessend beurteilt werden. Jedenfalls sei davon auszugehen, dass die motorische und kognitive Behinderung persistiere.

Im vom Gericht eingeholten Bericht vom 9. März 2007 (Urk. 36) führte der Chefarzt des D. ___, Dr. med. H. ___ aus, bei der Untersuchung vom 5. Februar 2007 habe A. ___ auf der Koma-Remissions-Skala wie am 5. Februar 2005 15 Punkte erreicht, was einem verminderten Bewusstsein mit nur kurzzeitig bewussten Momenten entspreche. Fast drei Jahre nach der erlittenen Hirnschädigung sei nach medizinischer Erkenntnis nicht damit zu rechnen, dass er das volle Bewusstsein je wieder erlangen werde, und es sei in den nächsten Jahren auch nicht mit wesentlichen motorischen und kognitiven Fortschritten zu rechnen. Der Versicherte sei vollständig auf Hilfe angewiesen. Es sei unwahrscheinlich, dass er in absehbarer Zeit gewisse Selbsthilfefunktionen selbstständig werde ausüben können, und es sei unwahrscheinlich, dass er in absehbarer Zeit eine Schulbildung im herkömmlichen Sinne

werde absolvieren können. Er benötigt in erster Linie emotionale Nähe, die durch die vorbildliche Betreuung durch seine Eltern gewährleistet sei, basale Stimulation und Kommunikation, Physiotherapie und wegen der hochgradig verspannten Muskulatur eine Dauermedikation, die mittels einer in die Bauchwand implantierten Pumpe appliziert werde.

5.3 Ebenfalls auf Anfrage des Gerichts erstattete die E.____ der F.____ am 26. Oktober 2006 und am 15. Juni 2007 Bericht über den Zustand und die Fortschritte des Versicherten (Urk. 31, Urk. 32 und Urk. 44). Aus dem Förderbericht für die Jahre 2005/2006 (Urk. 32) ergibt sich, dass ein wichtiges Ziel darin bestand, den Verkürzungen von Muskeln und Sehnen und den damit verbundenen Bewegungseinschränkungen durch regelmässiges Bewegen vorzubeugen. Die Arme und Finger liessen sich weit öffnen, der rechte Arm könne beinahe gestreckt werden. Zudem könne der Versicherte den Kopf aktiv in beide Richtungen drehen. Beim Stehtraining lehne er mit dem Kopf und dem Oberkörper über einen Gymnastikball, um die Belastung auf die Beine zu reduzieren, das Training könne jedoch höchstens eine Viertelstunde durchgeführt werden. Wenn er geföhrt werde, könne er greifen und mit wenig Hilfe einen Gegenstand festhalten.

Die visuelle Aufmerksamkeit sei sehr ausgeprägt. Er halte Blickkontakt, erkenne Bilder und könne visuell fixieren und verfolgen. Er könne auch verschiedene Geräusche erkennen und unterscheiden und die Richtung einer Schallquelle orten. Lageveränderungen toleriere er wesentlich besser als am Anfang, was darauf hindeute, dass sich seine taktil-kienästhetische Wahrnehmung verbessert habe. Auf Aufforderung hin gelinge es ihm auch meistens, seine Verkrampfungen zu lösen. Auch das Konzentrationsvermögen habe sich verändert; er sei wacher geworden, verfolge in der Musikstunde den Unterricht in der Gruppe aufmerksam und könne auch in der Einzelsituation eine geföhrt Handlung mitverfolgen und daran teilnehmen, wenn er über den Körperkontakt klare Informationen bekomme.

Erkennbare Fortschritte seien auch in der Kommunikation eingetreten, indem sich der Versicherte insbesondere über die Mimik mitteilen und angeben könne, ob ihm etwas angenehm oder unangenehm, ob er traurig oder amüsiert und freudig sei. Er erkenne bekannte Stimmen und Gesichter und reagiere mit Blickkontakt, Lächeln und Körperspannung. Der Stimmeinsatz - vor allem beim Lachen - sei noch unwillkürlich, er könne aber, wenn auch noch nicht ganz verlässlich, durch Tonussteigerung und Blickkontakt auf entsprechende Frage anzeigen, wenn er noch mehr essen möchte. Damit zeichne sich bereits ab, dass die Willkürlichkeit und der Mitteilungscharakter seiner Tonussteigerung, seiner Mimik und des Blickkontakts zunehmen.

E. 6

6.1 Der Bericht der E.____ (Urk. 32) zeigt mit eindrücklicher Deutlichkeit, welche Fortschritte der Versicherte in der Zeit seines Aufenthaltes sowohl hinsichtlich der Bewegungsfähigkeit als auch im kognitiven Bereich erzielt hat. Es darf zudem angenommen werden, dass weitere Fortschritte möglich sein werden. Dies lässt auf ein noch labiles Krankheitsgeschehen schliessen, was auch der Aussage der Ärzte des D.____ im Bericht vom 10. August 2005 (Urk. 10/34) entspricht, welche im damaligen Zeitpunkt von einem noch besserungsfähigen Gesundheitszustand ausgingen.

Andererseits ergibt sich sowohl aus dem Verlaufsbericht der E.____ als auch und insbesondere aus dem Bericht von Dr. H.____ vom 9. März 2007 (Urk. 36), dass

die noch zu erwartenden Fortschritte es dem Versicherten in absehbarer Zeit nicht erlauben werden, Selbsthilfefunktionen selbstständig auszuüben oder eine Schulbildung zu absolvieren. Vielmehr ist der Versicherte dauernd vollständig auf Dritthilfe angewiesen. Es ist deshalb nicht damit zu rechnen, dass in naher Zukunft ein Zustand erreicht werden kann, der verglichen mit der Situation im Zeitpunkt des angefochtenen Einspracheentscheids erheblich verbesserte Voraussetzungen für die spätere Ausbildung und Erwerbsfähigkeit schafft, wie es von der Rechtsprechung des Bundesgerichts verlangt wird (vgl. Erw. 3.2).

Selbst wenn gestützt auf den Bericht von Dr. H. ____ vom 9. März 2007 (Urk. 36) von einem bereits relativ stabilisierten Zustand auszugehen wäre, ergibt sich aus seinen Ausführungen, dass der Versicherte wegen der hochgradig verspannten Muskulatur sowohl auf eine Dauermedikation mit einem Antispastikum, als auch auf eine dauernde Physiotherapie angewiesen ist. Auch unter diesem Gesichtspunkt muss deshalb ein Anspruch auf medizinische Massnahmen der Invalidenversicherung verneint werden.

Können dem Versicherten somit keine medizinischen Massnahmen gewährt werden, entfällt auch ein Anspruch auf Übernahme der Kosten für das Stehgerät "Gerdi", das, wie die IV-Stelle in der angefochtenen Verfügung zu Recht ausführte (Urk. 10/7) eine akzessorische Leistung zu den streitigen medizinischen Massnahmen darstellt. Dasselbe gilt für die Übernahme der Kosten für die Windeln und die Spezialnahrung.

Die Beschwerde ist daher abzuweisen.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Das Verfahren ist kostenlos.

3. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwalt Kaspar Saner unter Beilage einer Kopie von Urk. 20 und Urk. 48

- Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, unter Beilage einer Kopie von Urk. 20 und Urk. 48

- C. ____

- 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.