

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2005.01244 vom 29. Dezember 2006

ZH Sozialversicherungsgericht, 2006-12-29, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2005.01244](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2005.01244)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2005.01244 du 29 décembre 2006

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2005.01244 del 29 dicembre 2006

## Erwägungen

### E. 2

2.1 In der mit dem angefochtenen Einspracheentscheid bestätigten Verfügung vom 15. Juni 2005 wurde zunächst geprüft, ob die im Zusammenhang mit dem Morbus Perthes entstandenen Behandlungs- und Transportkosten nach Art. 13 IVG zu übernehmen seien. Die IV-Stelle kam dabei zum Ergebnis, dass kein von der Invalidenversicherung anerkanntes Geburtsgebrechen vorliege (Urk. 11/15).

2.2 Versicherte haben bis zum vollendeten 20. Altersjahr Anspruch auf die zur Behandlung von Geburtsgebrechen (Art. 3 Abs. 2 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG) notwendigen medizinischen Massnahmen (Art. 13 Abs. 1 IVG). 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).

2.3 In der vom Bundesrat in Ausführung von Art. 13 Abs. 2 IVG erlassenen Verordnung über Geburtsgebrechen (GgV) werden die anerkannten Geburtsgebrechen in einer Liste im Anhang aufgeführt (Art. 1 Abs. 2 GgV). Da die Krankheit Morbus Perthes in dieser Liste nicht enthalten ist, hat die IV-Stelle zu Recht entschieden, dass die aufgrund des Morbus Perthes notwendigen medizinischen Massnahmen nicht gestützt auf Art. 13 IVG übernommen werden können (vgl. auch Urk. 11/18 S. 3).

### E. 3

3.1 Strittig und zu prüfen bleibt, ob die im Zusammenhang mit dem Morbus Perthes stehenden Behandlungs- und Transportkosten gestützt auf Art. 12 IVG zu übernehmen seien (vgl. Urk. 2 = Urk. 11/8).

#### 3.2

3.2.1 Versicherte haben 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. Um Behandlung des Leidens an sich geht es in der Regel bei der Heilung oder Linderung labilen pathologischen Geschehens (BGE 120 V 279 Erw. 3a mit Hinweisen).

3.2.2 Nach Art. 12 IVG und Art. 2 Abs. 1 der Verordnung über die Invalidenversicherung (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).

§ 5 Abs. 2 IVG Nicht erwerbstätige Personen vor dem vollendeten 20. Altersjahr gelten als invalid, wenn die Beeinträchtigung ihrer körperlichen oder geistigen oder psychischen Gesundheit voraussichtlich eine ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit zur Folge haben wird (Art. 5 Abs. 2 IVG in Verbindung mit Art. 8 Abs. 2 ATSG). Vom strikten Erfordernis der Korrektur stabiler Funktionsausfälle oder Defekte ist im Falle von Minderjährigen gegebenenfalls abzusehen (vgl. Art. 5 Abs. 2 IVG; vgl. auch 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).

§ 5 Abs. 2 IVG Stabilisierende Vorkehrungen wie eine Dauertherapie richten sich immer gegen labiles pathologisches Geschehen. Deshalb muss eine kontinuierliche Therapie, die notwendig ist, um das Fortschreiten eines Leidens zu verhindern, aus invalidenversicherungsrechtlicher Sicht als Behandlung des Leidens an sich bewertet werden; ohne die Behandlung käme es weder zu einer Defektheilung noch zu einer Stabilisierung des Zustandes. Die medizinischen Vorkehrungen, die zur Aufrechterhaltung des stationären Zustandes erforderlich sind, können daher von der Invalidenversicherung nicht übernommen werden (BGE 102 V 42 f.; ZAK 1981 S. 548; 1991 S. 177; AHI 1999 S. 127 Erw. 2d mit Hinweisen; Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts in Sachen A. und Krankenkasse KPT vom 20. September 2002, I 127/01).

3.2.3 § 5 Abs. 2 IVG Nach der Rechtsprechung haben an Verkrümmungen der Wirbelsäule und generell an schweren Skelettleiden leidende Jugendliche bis zum Abschluss des Wachstumsalters Anspruch auf jene medizinischen Vorkehrungen, welche notwendig sind, um dauernde Skelettschäden zu verhindern, die ihre Berufsbildung oder ihre spätere Erwerbsfähigkeit beeinträchtigen würden. Dieser Anspruch besteht im Einzelfall nur dann nicht, wenn und solange kein derart schwerwiegender Defektzustand droht. Dabei genügt es, dass ein schwerer Defektzustand mit Wahrscheinlichkeit droht (BGE 100 V 172 Erw. 2b mit Hinweis; Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichtes in Sachen O. vom 29. Januar 2002, I 192/01).

3.2.4 § 12 IVG 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.).

3.2.5 Dauernd im Sinne von Art. 12 Abs. 1 IVG ist der von einer medizinischen Eingliederungsmassnahme zu erwartende Eingliederungserfolg, wenn die konkrete Aktivitätserwartung gegenüber dem statistischen Durchschnitt nicht wesentlich herabgesetzt ist (BGE 124 V 37 Erw. 4b/aa). Wegen der tatsächlichen medizinisch-prognostischen Möglichkeiten ist der Eingliederungserfolg bei jüngeren Versicherten als dauernd zu betrachten, wenn er wahrscheinlich während eines bedeutenden Teils der Aktivitätserwartung erhalten bleiben wird. Diesbezüglich kann derzeit auf die Angaben in der 5. Auflage der Barwerttafeln Stauffer/Schaetzle (Zürich 2001) abgestellt werden, welche auf den tatsächlichen Erfahrungen der Invalidenversicherung beruhen (BGE 124 V 37 Erw. 4b/aa, 104 V 83 Erw. 3b je mit Hinweisen; AHI 2000 S. 298 f. Erw. 1; Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichtes in Sachen R. vom 10. April 2006, I 374/04, Erw. 4.4.1).

3.2.6 Wesentlich im Sinne von Art. 12 Abs. 1 IVG ist der durch eine Behandlung erzielte Nutzeffekt nur dann, wenn er in einer bestimmten Zeiteinheit einen erheblichen absoluten Grad erreicht (BGE 98 V 211 Erw. 4b). Durch die medizinischen Massnahmen soll in der Regel innerhalb einer gewissen Mindestdauer eine gewisse Mindesthöhe an erwerblichem Erfolg erwartet werden können. Inwieweit der voraussichtliche Eingliederungserfolg noch als wesentlich bezeichnet werden kann, lässt sich nicht generell sagen, sondern ist aufgrund der Besonderheiten des Einzelfalles zu entscheiden. Dabei werden Massnahmen, die nur eine geringfügige Verbesserung der Erwerbsfähigkeit bewirken, von der Invalidenversicherung nicht übernommen. Es muss vorausgesetzt werden, dass eine noch bedeutende Erwerbsfähigkeit vor wesentlicher Beeinträchtigung bewahrt wird; denn das Gesetz sieht im Rahmen von Art. 12 IVG keine Massnahme vor, um einen kleinen und unsicheren Rest von Erwerbsfähigkeit zu erhalten. Die Frage nach der Wesentlichkeit des Eingliederungserfolges hängt ferner ab von der Schwere des Gebrechens einerseits sowie von der Art der von der versicherten Person ausgeübten bzw. im Sinne bestimmlicher Eingliederung in Frage kommenden Erwerbstätigkeit andererseits. Persönliche Verhältnisse der versicherten Person, die mit ihrer Erwerbstätigkeit nicht zusammenhängen, sind dabei nicht zu berücksichtigen (BGE 122 V 80 Erw. 3b/cc; AHI 2000 S. 298 Erw. 1b mit Hinweisen).

3.2.7 Ob der Eingliederungserfolg dauerhaft und wesentlich sein wird, muss medizinisch prognostisch beurteilt werden (BGE 110 V 101 Erw. 2 mit Hinweis; AHI 2000 S. 299 Erw. 2b mit Hinweisen; Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichtes in Sachen IV-Stelle des Kantons Zürich vom 7. August 2006, I 878/05, Erw. 3.1, und in Sachen X. vom 24. Juli 2003, I 29/02).

#### **E. 4**

4.1 Die den Anspruch auf eine Kostenübernahme für medizinische Massnahmen ablehnende Verfügung der IV-Stelle vom 15. Juni 2005 stützte sich auf zwei Arztberichte des Kinderorthopäden Dr. med. D. \_\_\_ vom C. \_\_\_ (vgl. Urk. 11/16).

Dr. D. \_\_\_ behandelte den Beschwerdeführer ab Frühjahr 2004 und diagnostizierte in seinem Bericht vom 15. April 2005 einen Morbus Perthes links mit Status nach Triple-Osteotomie am 31. März 2005. Der Beschwerdeführer habe sich wegen wiederkehrenden Schmerzen im Bereich des linken Hüftgelenkes in seine Behandlung begeben. Am Anfang habe er konservativ behandelt werden können. Infolge einer radiologisch festgestellten Verschlechterung im Sinne einer leichten Dezentrierung mit

hingelagerte abduktion und acetabulärer Dysplasie habe dann die Triple-Osteotomie durchgeführt werden müssen. Nach der Operation habe der Beschwerdeführer einen Beckenbeugips erhalten, dieser müsse sechs Wochen nach der Operation entfernt werden. Anschliessend bedürfe es intensiver ambulanter Physiotherapie. Der Gesundheitszustand sei besserungsfähig (Urk. 11/19 S. 3 f.).

4.2 In einem Verlaufsbericht vom 21. Mai 2005 hielt Dr. D. \_\_\_ fest, aktuell gebe der Beschwerdeführer keine Beschwerden mehr an. Im Verlauf der letzten Hospitalisation vom 9. bis zum 13. Mai 2005 hätten sich sowohl klinisch wie auch radiologisch zufriedenstellende Verhältnisse mit gut zentriertem beziehungsweise überdachtem Kopf und befriedigender postoperativer Beweglichkeit gezeigt. Zum weiteren Behandlungsplan beziehungsweise im Sinne einer kurzfristigen Prognose führte Dr. D. \_\_\_ aus, dass der Beschwerdeführer bis auf weiteres eine intensive Physiotherapie zwecks Normalisierung der Beweglichkeit und Verbesserung der muskulären Kraft benötige. Erfahrungsgemäss werde diese Phase der Physiotherapie noch beinahe ein Jahr dauern. Der Gesundheitszustand sei besserungsfähig. Auf die Frage der IV-Stelle nach der Prognose auf längere Sicht wies Dr. D. \_\_\_ darauf hin, zum jetzigen Zeitpunkt sei es noch nicht möglich, bezüglich der definitiven Prognose eine schlüssige Aussage zu machen. Dies sei erst nach Abheilen beziehungsweise vollständiger Reparation der Nekrose beziehungsweise nach erfolgtem Abschluss des Wachstums möglich. In der Regel stelle die Perthes'sche Krankheit jedoch eine Präarthrose mit entsprechender Einschränkung der späteren Erwerbsfähigkeit dar.

4.3 Gestützt auf diese beiden Berichte schloss die IV-Stelle in der mit dem angefochtenen Einspracheentscheid bestätigten Verfügung vom 15. Juni 2005, bei der Schwere der Perthes'schen Krankheit sei eine schlüssige Prognose schwierig, es müsse jedoch mit einer Einschränkung der Erwerbsfähigkeit gerechnet werden. Somit sei der Grundsatz der eingliederungswirksamen Behandlung nicht erfüllt, und das Leistungsbegehren müsse abgewiesen werden (Urk. 11/15).

4.4

4.2 In einem Schreiben an die IV-Stelle vom 27. Juni 2005 äusserte Dr. D. \_\_\_ sein Unverständnis über die Abweisung des Leistungsbegehrens. Durch operative Massnahmen könne die Prognose eindeutig verbessert werden und dementsprechend sei zukünftig auch eine deutlich bessere Erwerbsfähigkeit möglich. Beim Beschwerdeführer sei die Osteotomie nur deshalb durchgeführt worden, damit es zu einer möglichst optimalen Erholung des Kopfes komme. Ohne diese Operation hätte mit einer massiven zukünftigen Invalidisierung gerechnet werden müssen (Urk. 11/17).

4.3 In einem weiteren, undatierten und mit der Beschwerde eingereichten Schreiben weist Dr. D. \_\_\_ zusätzlich noch darauf hin, dass beim Beschwerdeführer ohne die Operation später sicher eine deutliche Einschränkung der Berufstätigkeit vorgelegen hätte, welche frühzeitige operative Interventionen notwendig gemacht hätte (Urk. 1 S. 2 = Urk. 11/5).

4.3 Aufgrund der medizinischen Aktenlage ist zunächst davon auszugehen, dass die Perthes'sche Krankheit des Beschwerdeführers ohne die Triple-Osteotomie mit hinreichender Wahrscheinlichkeit zu einem schwer korrigierbaren, die spätere Ausbildung und Erwerbsfähigkeit erheblich behindernden stabilen pathologischen Zustand geführt hätte beziehungsweise dass ohne die medizinischen Vorkehren eine

Heilung mit Defekt eingetreten wäre. Dies wird von der Vorinstanz nicht bestritten (vgl. Urk. 2 = Urk. 11/8, Urk. 11/7 S. 2, Urk. 11/15-16).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Fraglich und strittig ist hingegen, ob die Operation geeignet ist, die Berufsbildung oder die Erwerbsfähigkeit des Beschwerdeführers dauernd und wesentlich zu verbessern oder vor wesentlicher Beeinträchtigung zu bewahren. Die kurzfristige Prognose ist gemäss Dr. D. \_\_\_ eher günstig, erwähnt er doch in seinen beiden Berichten, der Gesundheitszustand sei besserungsfähig und durch die medizinischen Vorkehren könne aktuell die Möglichkeit einer späteren Eingliederung ins Erwerbsleben wesentlich verbessert werden (Urk. 11/18 S. 4, Urk. 11/19 S. 4). In seinem letzten Bericht vom 21. Mai 2005 dokumentiert er sodann einen befriedigenden postoperativen Verlauf (Urk. 11/18 S. 4). Eine positive kurzfristige Prognose allein reicht jedoch nicht für die Annahme eines dauernden Eingliederungserfolges im Sinne von Art. 12 Abs. 1 IVG.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Zur langfristigen Prognose konnte Dr. D. \_\_\_ in seinem Bericht vom 21. Mai 2005 noch keine schlüssige Aussage machen. Eine solche sei erst nach Abheilen der Nekrose beziehungsweise nach erfolgtem Abschluss des Wachstums möglich. Im Sinne einer allgemeinen, nicht auf den konkreten Fall bezogenen Aussage wies er darauf hin, dass die Perthes'sche Erkrankung in der Regel eine Präarthrose mit Einschränkung der späteren Erwerbsfähigkeit darstelle (Urk. 11/18 S. 4). Dem Bericht vom 21. Mai 2005 lässt sich somit keine auf den konkreten Fall bezogene Prognose über den langfristigen Eingliederungserfolg der medizinischen Vorkehren entnehmen und auch die allgemeine Aussage von Dr. D. \_\_\_ zur zukünftig in der Regel zu erwartenden Arthrose ist vage und besagt lediglich, dass später aufgrund arthrotischer Veränderungen in der Regel eine gewisse Einschränkung der Erwerbsfähigkeit zu erwarten sein wird. Ob eine solche zu erwartende Einschränkung aber den mit der Operation und den damit zusammenhängenden weiteren Vorkehren kurzfristig bewirkten Eingliederungserfolg auf lange Sicht gefährdet oder wesentlich einschränkt, so dass nicht mehr von einer dadurch bewirkten wesentlichen und dauerhaften Verbesserung der Erwerbsfähigkeit beziehungsweise Bewahrung vor Verschlechterung gesprochen werden kann, ist damit noch nicht geklärt. Was sodann die Aussagen von Dr. D. \_\_\_ in seinen beiden später der IV-Stelle eingereichten Schreiben betrifft, so hat der Rechtsdienst der IV-Stelle zu Recht festgestellt, dass die darin erwähnte, durch die operativen Massnahmen angeblich bewirkte eindeutige Verbesserung der Prognose noch nicht zwingend eine gute Prognose sein muss (vgl. Urk. 11/9). Ferner stehen die Aussagen in diesen beiden Schreiben in einem gewissen Widerspruch zur erstmaligen Prognosestellung im Bericht vom 21. Mai 2005 (vgl. Urk. 11/5, Urk. 11/17). Unter Berücksichtigung der Tatsache, dass sie unter dem Einfluss der den Leistungsanspruch ablehnenden Entscheide der IV-Stelle und sonstiger Zwistigkeiten (vgl. Urk. 11/2, Urk. 11/20, Urk. 11/25) verfasst wurden, vermögen die späteren Aussagen zur Prognose daher nicht mehr zu überzeugen. Das Vorliegen einer guten Prognose bezüglich Dauerhaftigkeit und Wesentlichkeit des durch die operativen Massnahmen bewirkten Eingliederungserfolgs ist somit auch nicht unter Berücksichtigung der nach dem 21. Mai 2005 erfolgten Aussagen von Dr. D. \_\_\_ ausgewiesen.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Bei dieser Aktenlage konnte die Vorinstanz andererseits aber auch nicht einzig gestützt auf die Einschätzung von Dr. E. \_\_\_ vom Regionalen Ärztlichen Dienst, welcher soweit ersichtlich nur auf die Akten abstellte, von einer schlechten

Prognose bezüglich Eingliederungserfolg der getätigten operativen Massnahmen ausgehen (vgl. Urk. 11/7, Urk. 11/16).

Abschliessend ergibt sich daher, dass gestützt auf die Akten bezüglich des langfristigen Eingliederungserfolges der fraglichen medizinischen Vorkehren weder eine gute noch eine schlechte Prognose möglich ist, mithin Dauerhaftigkeit und Wesentlichkeit der Massnahme als Voraussetzung zur Übernahme der Kosten unter dem Titel von Art. 12 IVG nicht beurteilt werden können. Dies ist das Gericht beziehungsweise die Vorinstanz aber auf eine medizinische Prognose angewiesen (vgl. vorstehend Erw. 3.2.7). Die IV-Stelle wird daher hinsichtlich der Dauerhaftigkeit und Wesentlichkeit des Eingliederungserfolgs der in Frage stehenden medizinischen Vorkehren eine unabhängige fachärztliche Prognose einzuholen haben. Sollte sich auch der so angegangene Arzt auf den Standpunkt stellen, es sei aktuell keine langfristige Prognose möglich, so wird die IV-Stelle für die erneute Verfügung über den Leistungsanspruch rechtsprechungsgemäss auf den statistischen Durchschnittswert beziehungsweise andere anerkannte medizinische Erfahrungswerte abzustellen haben (vgl. Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts in Sachen O. vom 29. September 2005, I 426/04, Erw. 3.3), es sei denn, es lägen spezifische konkrete Umstände vor, welche ein Abweichen von diesen Werten erforderten. In diesem Sinne ist die Beschwerde daher gutzuheissen und die Sache an die IV-Stelle zurückzuweisen.

Im Sinne einer abschliessenden Bemerkung ist noch darauf hinzuweisen, dass auch im Bereich von Art. 12 IVG die Krankenversicherung subsidiär haftet, wenn die versicherungsmässigen Voraussetzungen für Leistungen der IV nicht gegeben sind.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass der angefochtene Einspracheentscheid vom 19. September 2005 aufgehoben und die Sache an die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zurückgewiesen wird, damit diese, nach erfolgter Abklärung im Sinne der Erwägungen, neu über den Anspruch des Beschwerdeführers auf medizinische Massnahmen und Transportkosten verfähre.

2. Das Verfahren ist kostenlos.

3. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- A. \_\_\_\_\_

- Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle

- Bundesamt für Sozialversicherung

- Krankenkasse Sanitas

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.