

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2006.00281 vom 8. Januar 2007

ZH Sozialversicherungsgericht, 2007-01-08, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2006.00281

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2006.00281 du 8 janvier 2007

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2006.00281 del 8 gennaio 2007

Erwägungen

E. 2

Dagegen erhob der Krankenversicherer des Versicherten (ProgrÃ's Versicherungen AG) Beschwerde und beantragte, die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, die Kosten der Ergotherapie fÃ¼r ein weiteres Jahr zu Ã¼bernehmen (Urk. 1 S. 2).

Â Â Â Â Â Â Â Â Nachdem die Beschwerdegegnerin unter Hinweis auf den angefochtenen Einspracheentscheid die Abweisung der Beschwerde beantragt hatte (Urk. 6), wurde der Schriftenwechsel mit VerfÃ¼gung vom 10. April 2006 geschlossen (Urk. 8).

Das Gericht zieht in ErwÃ¼gung:

1.

1.1 Versicherte haben bis zum vollendeten 20. Altersjahr Anspruch auf die zur Behandlung von Geburtsgebrechen (Art. 3 Abs. 2 des Bundesgesetzes Ã¼ber den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts; ATSG) notwendigen medizinischen Massnahmen (Art. 13 Abs. 1 des Bundesgesetzes Ã¼ber die Invalidenversicherung; IVG). Der Bundesrat bezeichnet die Gebrechen, fÃ¼r welche diese Massnahmen gewÃ¼hrt werden. Er kann die Leistung ausschliessen, wenn das Gebrechen von geringfÃ¼giger Bedeutung ist (Art. 13 Abs. 2 IVG).

Â Â Â Â Â Â Â Â Als Geburtsgebrechen gelten diejenigen Krankheiten, die bei vollendeter Geburt bestehen (Art. 3 Abs. 2 ATSG in Verbindung mit Art. 1 Abs. 1 Satz 1 GgV). Die blosser Veranlagung zu einem Leiden gilt nicht als Geburtsgebrechen. Der Zeitpunkt, in dem ein Geburtsgebrechen als solches erkannt wird, ist unerheblich (Art. 1 Abs. 1 GgV). Die Geburtsgebrechen sind in der Liste im Anhang aufgefÃ¼hrt. Das EidgenÃ¶ssische Departement des Innern kann die Liste jÃ¼hrlich anpassen, sofern die Mehrausgaben einer solchen Anpassung fÃ¼r die Versicherung insgesamt drei Millionen Franken pro Jahr nicht Ã¼bersteigen (Art. 1 Abs. 2 GgV). Als medizinische Massnahmen, die fÃ¼r die Behandlung eines Geburtsgebrecens notwendig sind, gelten sÃ¤mtliche Vorkehren, die nach bewÃ¼hrter Erkenntnis der medizinischen Wissenschaft angezeigt sind und den therapeutischen Erfolg in einfacher und zweckmÃ¤ssiger Weise anstreben (Art. 2 Abs. 3 GgV).

1.2

1.2.1Â Â Die Leistungspflicht bei verschiedenen Arten von Massnahmen hat das Bundesamt fÃ¼r Sozialversicherung (BSV) im Kreisschreiben Ã¼ber die medizinischen Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung (KSME) nÃ¼her umschrieben. Rz 404.11 KSME (in der Fassung vom 1. Januar 2003) lautete wie folgt: "Bei kongenitalen

Hirnstörungen im Sinn von 404 GgV mit schweren psychomotorischen Störungen kann die IV die Behandlung mit psychomotorischer Therapie übernehmen, wenn diese Teil des Behandlungsplanes ist. Indikationsstellung, Behandlungsplan und Überwachung der Therapie müssen fachärztlich (Kinderpsychiatrie oder Neuropädiatrie) erfolgen; Überwachung der Therapie kann gegebenenfalls an den behandelnden Arzt oder die behandelnde Ärztin delegiert werden, unter gleichzeitiger Orientierung der IV-Stelle, die diese als "Durchführungsstelle" bezeichnet. Die Behandlungsdauer beträgt höchstens 2 Jahre; Verlängerung ist möglich aufgrund eines spezialärztlichen Zeugnisses. Diese Regelung gilt auch für die Ergotherapie". Rz 1017 KSME (in der Fassung vom 1. Januar 2003) sah vor, dass die Ergotherapie in jedem Fall ärztlich verordnet sein muss und jeweils für maximal zwei Jahre verfährt werden sollte. Verlängerungsanträge seien kritisch zu prüfen und müssen ebenfalls ärztlich begründet werden.

1.2.2. Mit Rundschreiben Nr. 203 vom 8. Juli 2004 teilte das BSV unter dem Titel "Kostenübernahme für Ergotherapie durch die Invalidenversicherung Art. 13 IVG; Randziffer 1017 KSME" mit, im Interesse einer wirtschaftlichen und effizienten Anwendung der Ergotherapie gelte anstelle von Rz 1017 KSME ab sofort, dass Ergotherapie (bei Geburtsgebrechen der Ziffern 381, 383, 384, 390 und 397 GgV Anhang) in jedem Fall ärztlich verordnet sein muss; verfährt werden bei der erstmaligen Kostengutsprache maximal 40 Sitzungen für 1 Jahr oder 80 Sitzungen für 2 Jahre. Falls eine Verlängerung verlangt werde, bedürfe es eines aussagekräftigen neuropädiatrischen Berichts, der sich zum bisherigen Verlauf und der weiteren Zielsetzung und angewandten Methode äussere. Dieser Bericht sei in jedem Fall durch den ärztlichen Dienst der IV-Stelle (RAD) zu überprüfen. Eine Verlängerung sei jeweils höchstens für 1 Jahr (40 Sitzungen) zu verfahren. Hinsichtlich des Geburtsgebrechens der Ziffer 404 GgV Anhang galten die gleichen Bestimmungen. Eine weitere Kostengutsprache für 40 Sitzungen sei aber in jedem Fall nur einmalig auf fachärztlich begründetes Gesuch hin möglich. Das betreffende Rundschreiben wurde (wegen Umsetzungsschwierigkeiten infolge ungenügender Anzahl von Neuropädiatern/Innen) mit Rundschreiben Nr. 206 vom 23. September 2004 unter anderem dahingehend präzisiert, dass in jenen Fällen, wo die Ergotherapie am 31. Dezember 2005 oder früher auslaufe, das Rundschreiben Nr. 203 nicht anwendbar sei und die bisherige Regelung gelte.

1.2.3. Rz 404.11 KSME (in der Fassung vom 1. Januar 2005) lautet folgendermassen: "Bei kongenitalen Hirnstörungen im Sinn von 404 GgV mit schweren psychomotorischen Störungen kann die IV die Behandlung mit psychomotorischer Therapie übernehmen, wenn diese Teil des Behandlungsplanes ist. Indikationsstellung, Behandlungsplan und Überwachung der Therapie müssen fachärztlich (Kinderpsychiatrie oder Neuropädiatrie) erfolgen; die Überwachung der Therapie kann gegebenenfalls an den behandelnden Arzt oder die behandelnde Ärztin delegiert werden, unter gleichzeitiger Orientierung der IV-Stelle, die diese als "Durchführungsstelle" bezeichnet. Die Behandlungsdauer beträgt höchstens 2 Jahre; eine einmalige Verlängerung um 1 Jahr ist möglich aufgrund eines spezialärztlichen Zeugnisses. Diese Regelung gilt auch für Ergotherapie". Rz 1017 KSME (in der Fassung vom 1. Januar 2005) enthält was folgt: "Die Ergotherapie muss in jedem Fall ärztlich verordnet sein. Folgende Regelung gilt bei den Geburtsgebrechen 381, 383, 384, 390 und 397 GgV: Verfährt werden bei der erstmaligen Kostengutsprache maximal 40 Sitzungen für 1 Jahr oder 80 Sitzungen für

2 Jahre. Wird eine Verlängerung der Massnahme über 2 Jahre (80 Sitzungen) hinaus verlangt, bedarf es eines aussagekräftigen neuropädiatrischen Berichts, der sich zum bisherigen Verlauf und der weiteren Zielsetzung und angewandten Methode äussert. Dieser Bericht ist in jedem Fall durch den RAD zu überprüfen. Eine Verlängerung ist im obigen Sinn zu überprüfen. Pro Jahr werden von der Invalidenversicherung höchstens 40 Sitzungen vergütet. Werden innerhalb eines Jahres mehr als 40 Sitzungen verlangt, bedarf es ebenfalls eines neuropädiatrischen Berichts, der sich zum Verlauf und der Zielsetzung äussert. Auch dieser Bericht ist in jedem Fall durch den RAD zu überprüfen. Geburtsgebrechen der Ziffer 404 GgV: Es gelten die gleichen Bestimmungen wie oben. Eine Verlängerung für 1 Jahr (40 Sitzungen) ist jedoch nur einmalig und nur auf fachärztlich begründetes Gesuch hin möglich".

1.2.4 In der neuesten Fassung der KSME (gültig ab 1. November 2005) blieb Rz 404.11 unverändert, und Rz 1017 lautet nun wie folgt: "Die Ergotherapie muss ärztlich verordnet sein. Die Indikation zur Therapie muss durch neurologisch oder neuropsychologisch fassbare Störungen begründet sein, die mit entsprechenden Befunden dokumentiert sein müssen und welche sich auf den Erwerb von Fähigkeiten auswirken. Aus dem Antrag zur Ergotherapie müssen die Ziele der Behandlung hervorgehen.

1.3 Verwaltungsweisungen des BSV sind keine eigenen Rechtsregeln, sondern stellen nur eine Konkretisierung und Umschreibung der gesetzlichen und verordnungsmässigen Bestimmungen dar. Es handelt sich hierbei um Vorgaben an die Vollzugsorgane der Versicherung über die Art und Weise, wie diese ihre Befugnisse ausüben haben. Als solche stellen Verwaltungsweisungen den Standpunkt der Verwaltung über die Anwendung der Rechtsregeln dar und dienen im Rahmen der fachlichen Aufsicht des BSV einer einheitlichen Rechtsanwendung, um eine Gleichbehandlung der Versicherten, aber auch die verwaltungsmässige Praktikabilität zu gewährleisten (BGE 129 V 204 Erw. 3 mit Hinweisen, ZAK 1987 S. 581, ZAK 1986 S. 235). Deshalb richten sich solche Ausführungsvorschriften rechtsprechungsgemäss nur an die Durchführungsstellen; für das Sozialversicherungsgericht sind sie nicht verbindlich. Dieses soll sie bei seiner Entscheidung aber berücksichtigen, sofern sie eine dem Einzelfall angepasste und gerecht werdende Auslegung der anwendbaren gesetzlichen Bestimmungen zulassen. Das Gericht weicht also nicht ohne triftigen Grund von Verwaltungsweisungen ab, wenn diese eine überzeugende Konkretisierung der rechtlichen Vorgaben darstellen. Insofern wird dem Bestreben der Verwaltung, durch interne Weisungen eine rechtsgleiche Gesetzesanwendung zu gewährleisten, Rechnung getragen (BGE 131 V 45 Erw. 2.3, 130 V 172 Erw. 4.3.1, 232 Erw. 2.1, 129 V 204 Erw. 3.2, 127 V 61 Erw. 3a, 126 V 68 Erw. 4b, 427 Erw. 5a).

2.1.1.1.1.1

2.1.1.1.1 Der Versicherte leidet unbestrittenermassen an einem POS gemäss Ziffer 404 GgV Anhang, womit er grundsätzlich Anspruch auf die zu dessen Behandlung notwendigen medizinischen Massnahmen hat. Sodann steht ausser Frage, dass die Ergotherapie nach bewährter Erkenntnis der medizinischen Wissenschaft geeignet erscheint, das Geburtsgebrechen Ziffer 404 GgV Anhang zu behandeln. Die Beschwerdegegnerin hat die entsprechenden Therapiekosten denn auch bereits für die Zeit vom 26. September 2001 bis 30. September 2005 übernommen.

2.2. Streitig und zu präzisieren ist jedoch, ob Anspruch auf Verlängerung der Ergotherapie für ein weiteres Jahr besteht. Im angefochtenen Einspracheentscheid wird dies damit verneint, dass aufgrund der bisherigen Behandlungsdauer von einer Langzeitbehandlung ausgegangen werden müsste, für welche die Invalidenversicherung gestützt auf die einschlägigen Weisungen (Rz 404.11 KSME) nicht aufzukommen habe (Urk. 2 S. 3). Die Beschwerdeführerin macht demgegenüber geltend, aufgrund der vorliegenden Berichte sei eine Verlängerung der Therapie um ein weiteres Jahr klar indiziert. Ohne die Leistungsablehnung weiter zu begründen, habe sich die Beschwerdegegnerin allein auf das einschlägige Kreisschreiben gestützt, welches als interne Verwaltungsweisung für die Gerichte nicht bindend sei (Urk. 1 S. 6 f.).

3. Streitgegenstand

3.1. Rz 404.11 und Rz 1017 KSME (in der Fassung vom 1. Januar 2003) sahen eine Therapiedauer von höchstens zwei Jahren vor, mit der Möglichkeit einer Verlängerung bei klarer ärztlicher Begründung der Notwendigkeit und Zweckmässigkeit einer weiterführenden Ergotherapie. Das hiesige Sozialversicherungsgericht interpretierte die betreffenden Verwaltungsweisungen mit Urteil S. vom 30. Dezember 2004 (IV.2004.00512, Erw. 2.2.2) dahingehend, dass grundsätzlich auch "wiederholte Verlängerungen" nicht ausgeschlossen würden, unter der Voraussetzung, dass spezialärztlich in überzeugender Weise dargelegt werde, dass im konkreten Fall der therapeutische Erfolg der in Frage stehenden Ergotherapie in einfacher und zweckmässiger Weise angestrebt werde.

3.2. Ohne dass sich die einschlägigen gesetzlichen und verordnungsmässigen Bestimmungen seit der alten Rz 404.11 KSME verändert hätten, und ohne dass primär eine über die Pflicht zur verbesserten fachärztlichen Kontrolle hinausgehende Verschärfung im Sinne einer Leistungskürzung beabsichtigt war (vgl. etwa Antworten des BSV vom 8. Oktober 2004 zu Fragen des Ergotherapeuten-Verbandes Schweiz betreffend Rundschreiben Nr. 203; www.ergotherapie.ch/download.php?id=44), lautet Rz 404.11 KSME (in der vorliegend anwendbaren, ab 1. Januar beziehungsweise 1. November 2005 gültigen Fassung) nun dahin, dass nach einer Behandlungsdauer von höchstens 2 Jahren nur noch eine "einmalige Verlängerung um 1 Jahr" aufgrund eines spezialärztlichen Zeugnisses möglich ist (vgl. auch Rz 1015.2 KSME). Dieser Regelung kann jedoch keine in jedem einzelnen Fall abschliessende Bedeutung zukommen, da eine absolut verstandene zeitliche Limitierung den normativen Anspruchsvoraussetzungen widersprechen würde, wonach sich die Behandlungsdauer nach den Grundsätzen der Notwendigkeit, Zweckmässigkeit und Einfachheit richtet. Vielmehr bleibt auch unter den neu gefassten Verwaltungsweisungen die richterliche Prüfung vorbehalten, ob - entgegen der Rz 404.11 zu Grunde liegenden tatsächlichen Vermutung - im konkreten Einzelfall ausnahmsweise auch eine wiederholte Verlängerung das therapeutische Ziel noch auf einfache und zweckmässige Weise anstrebt.

4. Sachverhalt

4.1. Die behandelnde Ergotherapeutin B. hielt in ihrem Verlaufsbericht vom 16. November 2005 fest, dass mit der bisherigen Therapie grosse Fortschritte in den Bereichen Grobmotorik, Gleichgewicht und Bewegungsplanung erreicht worden seien, so dass der Versicherte diesbezüglich keine spezielle Förderung mehr benötige. Nach wie vor Schwierigkeiten bereite aber der handwerkliche Bereich. Zwar habe sich die

sensomotorische Anpassungsleistung an Gegenstände und die Kraftdosierung im Umgang mit Materialien und Werkzeugen weiter differenziert, doch habe der Versicherte immer noch Probleme, eine Geschicklichkeit zu erreichen, die ihm weniger Misserfolge beschere. Deutliche Defizite zeigten sich auch in der Handlungsplanung und -strategie. Im sozialen Bereich habe sich die Situation zwar verbessert, jedoch beständen auch hier noch Defizite, indem der Versicherte oft über das Ziel hinausschiesse, verbal provoziere und schwer Konsequenzen voraussehen und sich daran orientieren könne. Entsprechend nannte die Ergotherapeutin als Therapieschwerpunkte die taktil-kinästhetische Wahrnehmungsförderung, die Festigung von Handlungsplanung und -strategien sowie die Stärkung der Frustrationstoleranz, und erachtete insgesamt eine Verlängerung der Therapie um ein weiteres Jahr als notwendig (Urk. 7/25 S. 3 und 4).

4.2 Dr. med. C. ____, Kinderarzt FMH, bezog sich in seiner Beurteilung vom 7. Dezember 2005 auf den einlässlichen Bericht der Ergotherapeutin B. ____, sowie auf Gespräche mit der Lehrerin und der Mutter des Versicherten und bezeichnete aus der Sicht seines Fachgebiets die Weiterführung der Ergotherapie um ein Jahr als unbedingt notwendig (Urk. 7/25 S. 1). Zwar dürfte es zutreffen, dass eine Ergotherapie bei Geburtsgebrechen der Ziffer 404 GgV nach mehr als drei Jahren in der Regel keinen nachweisbaren Erfolg mehr zeitigt, wie die Beschwerdegegnerin annimmt (vgl. Urk. 7/28). Der Kinderarzt Dr. C. ____, legte jedoch mit Schreiben vom 17. Januar 2006 (Urk. 7/29) nachvollziehbar dar, dass im vorliegenden Fall mit einer Therapieverlängerung um ein weiteres Jahr noch erhebliche Fortschritte (insbesondere im Bereich der Planung von Handlungsabläufen) erreichbar sind, zumal der Versicherte erst nach einer gescheiterten Therapie und damit spät in adäquate Behandlung gekommen war, und die Ergotherapeutin B. ____, offenbar noch ein ganzes Jahr benötigte, um mit dem Kind eine gemeinsame Basis aufzubauen (Urk. 3/17 und Urk. 7/17 S. 3; vgl. auch die Feststellung des medizinischen Dienstes der Beschwerdegegnerin, wonach die Ergotherapie wegen der Verweigerungshaltung des Kindes lange keine rechte Wirkung zeigte; Urk. 7/18).

Unter diesen besonderen Umständen ist die beantragte Ergotherapie von einem weiteren Jahr als notwendige, den therapeutischen Erfolg in einfacher und zweckmässiger Weise anstrebende Vorkehr zu betrachten und von der Invalidenversicherung zu übernehmen.

Das Gericht erkennt:

1. In Gutheissung der Beschwerde wird der angefochtene Einspracheentscheid der SVA, IV-Stelle, vom 24. Februar 2006 aufgehoben und es wird festgestellt, dass A. ____, für ein weiteres Jahr, mithin bis 30. September 2006, Anspruch auf Übernahme der Kosten der Ergotherapie hat.

2. Das Verfahren ist kostenlos.

E. 3

Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Progrès Versicherungen AG
- Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle
- Bundesamt für Sozialversicherung
- D. ____,

4. Gegen diese Entscheidung kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 90 und 100 des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzustellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG).

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.