

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2009.00098 vom 28. Mai 2010

ZH Sozialversicherungsgericht, 2010-05-28, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2009.00098](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2009.00098)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2009.00098 du 28 mai 2010

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2009.00098 del 28 maggio 2010

## Erwägungen

### E. 1

1.1. B. \_\_\_\_, geboren am 9. Januar 1988, reiste im Alter von vier Jahren als Adoptivkind von C. \_\_\_\_, und D. \_\_\_\_, aus Brasilien in die Schweiz ein (Urk. 7/3, Urk. 7/1). Er leidet an angeborenen cerebralen Lähmungen sowie einer angeborenen Taubheit (Geburtsgebrechen gemäss Ziffern 390 und 445 des Anhangs der Verordnung über die Geburtsgebrechen [GgV], Urk. 7/17, Urk. 7/26) sowie einem allgemeinen Entwicklungsrückstand mit dissoziiertem Entwicklungsprofil (Urk. 7/15). Aufgrund der sich daraus ergebenden Behinderungen wurden dem Versicherten verschiedene Leistungen der Invalidenversicherung zugesprochen, so unter anderem medizinische Massnahmen, Sonderschulmassnahmen, Hilfsmittel und berufliche Massnahmen (Urk. 7/11, Urk. 7/17, Urk. 7/20, Urk. 7/22, Urk. 7/26, Urk. 7/34, Urk. 7/48, Urk. 7/57, Urk. 7/67, Urk. 7/71, Urk. 7/84, Urk. 7/117-119, Urk. 7/125-126, Urk. 7/143-144). Mit Verfügung vom 3. Dezember 2007 (Urk. 7/105) verlängerte die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, die dem Versicherten im Rahmen der medizinischen Massnahmen mit Verfügung vom 1. März 2006 (Urk. 7/80) erteilte Kostengutsprache für Psychotherapie bis zum 31. Januar 2008 (Vollendung des 20. Altersjahres), wobei sie den E. \_\_\_\_, als Durchführungsstelle bezeichnete.

1.2. Am 30. Juni 2008 ersuchte das F. \_\_\_\_, die IV-Stelle um Kostenübernahme der stationären Aufenthalte des Versicherten vom 20. März 2006 bis 29. September 2006, 15. Oktober 2006 bis 22. Dezember 2006, 2. Januar 2007 bis 2. Februar 2007 und 11. Februar 2007 bis 20. April 2007 (Urk. 7/124). Mit Vorbescheid vom 22. August 2008 (Urk. 7/128) stellte die IV-Stelle dem Versicherten die Abweisung des Leistungsbegehren in Aussicht, woran sie mit Verfügung vom 1. Oktober 2008 festhielt (Urk. 7/134). Aufgrund der innert erstreckter Frist durch die A. \_\_\_\_, Krankenversicherin von B. \_\_\_\_, mit Schreiben vom 1. Oktober 2008 erhobenen Einwände (Urk. 7/135), hob sie diese Verfügung mit Verfügung vom 7. Oktober 2008 wieder auf, wobei sie ergänzende Abklärungen anforderte (Urk. 7/136). In der Folge holte sie die Stellungnahme von Prof. Dr. med. G. \_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Regionaler ärztlicher Dienst (RAD), vom 29. Dezember 2008 ein (Feststellungsblatt vom 30. Dezember 2008, Urk. 7/140). Mit Verfügung vom 30. Dezember 2008 wies sie das Leistungsbegehren erneut ab (Urk. 7/141 = Urk. 2).

2. Dagegen erhob die A. \_\_\_\_, mit Eingabe vom 28. Januar 2009 (Urk. 1) Beschwerde und beantragte, die Verfügung sei aufzuheben und dem Versicherten seien medizinische Eingliederungsmassnahmen (ambulante bzw. stationäre Psychotherapie und Medikation) zu gewähren. Nachdem die Beschwerdegegnerin in ihrer Beschwerdeantwort vom 4. März 2009 (Urk. 6) um Abweisung der Beschwerde ersucht hatte, wurde B. \_\_\_\_,

als vom Urteil Betroffener zum Verfahren beigelegt (Urk. 8). Dessen Verzicht auf eine Stellungnahme wurde den Verfahrensbeteiligten mit Mitteilung vom 27. Mai 2009 angezeigt (Urk. 10).

3. Auf die Vorbringen der Parteien und die eingereichten Akten wird, soweit für den Entscheid erforderlich, in den nachfolgenden Erwägungen eingegangen.

Das Gericht zieht in Erwägung:

1. 1.1

1.1 Die Beschwerdegegnerin hat zur Begründung im Wesentlichen geltend gemacht, die stationären Aufenthalte seit dem 20. März 2006 seien aus medizinischer Sicht zwar zur Therapie des psychiatrischen Krankheitsbildes indiziert gewesen, jedoch könne anhand der vorliegenden Befunde und des Verlaufs davon ausgegangen werden, dass sie der Behandlung des Leidens an sich und nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit der beruflichen Eingliederung gedient hätten.

1.2 Die Beschwerdeführerin lässt dem im Wesentlichen entgegen halten, die stationären Aufenthalte seien im Rahmen der gleichzeitig stattfindenden schulischen/beruflichen Eingliederungen (Ermöglichung einer Anlehre) geschehen. Nach den Berichten des E. \_\_\_ seien psychiatrische Massnahmen dafür absolut notwendig gewesen, was nach Rücksprache mit dem RAD zur Kostenübernahme der Psychotherapie für die nächsten zwei Jahre gefordert habe. Die Psychotherapie sei eine unabdingbare Massnahme für den Besuch und Abschluss der Sonderschule und ebenfalls notwendig hinsichtlich Berufsbildung und Erwerbsfähigkeit gewesen. Der Versicherte leide ausdrücklich nicht an einer psychischen Erkrankung, welche ohne kontinuierliche Behandlung nicht dauerhaft gebessert werden könne. Aufgrund der psychiatrischen Behandlung hätten Erfolge erzielt werden können, so dass die berufliche Eingliederungsfähigkeit gegeben sei.

1.3 Streitig und zu präzisieren ist daher, ob der Versicherte Anspruch auf medizinische Massnahmen in Form von stationären Aufenthalten hat.

## E. 2

2.1 Am 1. März 2006 (Urk. 7/80) verfügte die Beschwerdegegnerin Kostengutsprache für Psychotherapie vom 1. August 2005 bis 31. Juli 2007. Diese verlängerte sie mit Verfügung vom 3. Dezember 2007 (Urk. 7/105) bis zum 31. Januar 2008 (Vollendung des 20. Altersjahres). Es ist daher vorab zu präzisieren, ob sie gestützt darauf zur Kostenübernahme der stationären Aufenthalte im F. \_\_\_ in den Jahren 2006 und 2007 verpflichtet ist.

2.2 Den Akten ist zu entnehmen, dass sich die Verfügung vom 1. März 2006 auf das Gesuch des E. \_\_\_ vom 4. Oktober 2005 (Urk. 7/74) um Kostengutsprache für Psychotherapie stützt. Dementsprechend nannte sie in der Verfügung als Durchführungsstelle auch explizit den E. \_\_\_. Aus diesem Grund sowie der Tatsache, dass die Kosten für stationäre Aufenthalte erfahrungsgemäss weit über diejenigen für eine ambulante Behandlung zu liegen kommen, ist davon auszugehen, dass diese Verfügung sich lediglich auf die ambulante psychotherapeutische Behandlung im E. \_\_\_ bezog. Dass auch stationäre Aufenthalte von der Kostengutsprache mitumfasst wären, lässt sich auch nicht aus dem in der Verfügung enthaltenen Hinweis auf Spitalaufenthalte ableiten, ist dieser doch allgemeiner Natur und im Zusammenhang mit der

Nennung des Vergütungstarifs zu sehen. Gleich zu qualifizieren ist auch die Verfügung vom 3. Dezember 2007 (Urk. 7/105), mit welcher die Beschwerdegegnerin die Kostengutsprache für Psychotherapie bis zum 31. Januar 2008 verlängerte.

3. Aktenkundig leidet der Versicherte an den Geburtsgebrechen Nr. 390 und Nr. 445 GgV. Die stationären Aufenthalte dienen jedoch nicht der Behandlung dieser Gebrechen, sondern den diagnostizierten psychiatrischen Erkrankungen (Urk. 7/93/8). Im Bericht vom 30. Mai 2002 verneinten die behandelnden Fachpersonen des F.\_\_\_\_ einen klar belegbaren Zusammenhang zwischen den psychischen Beschwerden des Versicherten und dessen Geburtsgebrechen (Urk. 7/30/3). Somit ist davon auszugehen, dass ein allfälliger Zusammenhang nicht derart eng wäre, dass von einem gemäss Rechtsprechung erforderlichen qualifizierten adäquaten Kausalzusammenhang ausgegangen werden könnte, zumal der Wortlaut des Art. 13 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) in Verbindung mit Art. 3 Abs. 2 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG den Anspruch der versicherten Minderjährigen auf die Behandlung des Geburtsgebrechens an sich beschränkt und daher an die Erfüllung der Voraussetzungen des rechtserheblichen Kausalzusammenhangs strenge Anforderungen zu stellen sind (BGE 100 V 41 mit Hinweisen; AHI 2001 S. 79 Erw. 3a und 1998 S. 249 Erw. 2a; Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichtes in Sachen M. vom 2. August 2005, I 220/05; vgl. auch BGE 129 V 209 Erw. 3.3 mit Hinweis). Dementsprechend ist kein Anspruch auf Kostenübernahme der stationären Massnahmen gestützt auf Art. 13 Abs. 1 IVG und Art. 3 Abs. 2 ATSG in Verbindung mit Art. 1 Abs. 1 Satz 1 GgV gegeben. Dies wurde denn von der Beschwerdeführerin auch nicht geltend gemacht.

#### **E. 4**

4.1. Fällt eine Kostenübernahme gestützt auf Art. 13 IVG ausser Betracht, ist zu prüfen, ob eine solche gestützt auf Art. 12 IVG erfolgen kann.

#### **E. 4.2**

4.2.1. Versicherte haben gemäss Art. 12 Abs. 1 IVG (in der seit 1. Januar 2008 geltenden Fassung) bis zum vollendeten 20. Altersjahr 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.

4.2.2. Behandlung des Leidens an sich ist rechtlich jede medizinische Vorkehr, sei sie auf das Grundleiden oder auf dessen Folgeerscheinungen gerichtet, solange labiles pathologisches Geschehen vorhanden ist. Eine solche Vorkehr bezweckt nicht unmittelbar die Eingliederung. Durch den Ausdruck labiles pathologisches Geschehen wird der juristische Gegensatz zu wenigstens relativ stabilisierten Verhältnissen hervorgehoben. Dagegen hat die Invalidenversicherung eine Vorkehr, die der Behandlung des Leidens an sich zuzuzählen ist, auch dann nicht zu übernehmen, wenn ein wesentlicher Eingliederungserfolg vorausgesehen werden kann. Der Eingliederungserfolg, für sich allein betrachtet, ist im Rahmen von Art. 12 IVG kein taugliches Abgrenzungskriterium, zumal praktisch jede ärztliche Vorkehr, die medizinisch erfolgreich ist, auch im erwerblichen Leben eine entsprechende Verbesserung bewirkt

(BGE 120 V 279 Erw. 3a mit Hinweisen; AHI 2003 S. 104 Erw. 2, 2000 S. 64 Erw. 1, S. 295 Erw. 2a und S. 298 Erw. 1a je mit Hinweisen).

4.2.3 Nach Art. 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).

Nicht erwerbstätige Personen vor dem vollendeten 20. Altersjahr gelten als invalid, wenn die Beeinträchtigung ihrer körperlichen oder geistigen (seit 1. Januar 2004: oder psychischen) Gesundheit voraussichtlich eine ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit zur Folge haben wird (Art. 5 Abs. 2 IVG, seit 1. Januar 2003: 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. fortan auch Art. 8 Abs. 2 ATSG). Hier können medizinische Vorkehren schon dann überwiegend der beruflichen Eingliederung dienen und trotz des einstweilen noch labilen Charakters des Leidens von der Invalidenversicherung übernommen werden, wenn ohne diese Vorkehren 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).

4.2.4 Nach der Rechtsprechung fällt bei Minderjährigen die Übernahme von Psychotherapie als medizinische Massnahme nicht schon deshalb ausser Betracht, weil es um die Fortsetzung einer bereits mehrere Jahre andauernden Behandlung geht. Bei nicht erwerbstätigen minderjährigen Versicherten ist nicht entscheidend, ob eine Sofortmassnahme oder eine zeitlich ausgedehntere (aber nicht unbegrenzte) Vorkehr angeordnet wird. Die Massnahmen zur Verhütung einer Defektheilung oder eines sonst wie stabilisierten Zustandes können sehr wohl eine gewisse Zeit andauern. Sie dürfen jedoch nicht Dauercharakter haben, d.h. zeitlich unbegrenzt erforderlich sein, wie dies beispielsweise beim Diabetes oder bei Schizophrenien und manisch-depressiven Psychosen (BGE 105 V 20, 100 V 44) der Fall ist. Solche Krankheiten schliessen medizinische Massnahmen der Invalidenversicherung auch gegenüber Jugendlichen aus. Dies gilt auch für Krankheiten, die einer Therapie zumindest über längere Zeit hinweg bedürfen und ohne dass im Einzelfall eine hinreichende Zuverlässigkeit dafür besteht, dass die Prognose günstig ist (Kreisschreiben des Bundesamtes für Sozialversicherung über die medizinischen Eingliederungsmassnahmen [KSME], Stand 1. Januar 2008, Rz.645-647/645-647; AHI 2003 S. 103, 2000 S. 63, ZAK 1984 S. 503 Erw. 3). Bleibt eine Störung (z. B. psychotischer Zustand im Gegensatz zu einer ausgeprägten Psychose) bei einem Kind lange fortschreitend, dient eine psychotherapeutische Massnahme in der Regel nicht der Verhinderung eines stabilen Defektzustandes, der sich in naher Zukunft einstellen würde, weshalb die Invalidenversicherung nicht dafür aufzukommen hat (ZAK 1971 S.

604 Erw. 3b). Hingegen sind nach der vom Eidgenössischen Versicherungsgericht ausdrücklich als gesetzeskonform bezeichneten (BGE 105 V 20 in fine) Verwaltungspraxis die Voraussetzungen für die Gewährung medizinischer Massnahmen an Versicherte vor vollendetem 20. Altersjahr u.a. erfüllt bei schweren erworbenen psychischen Leiden, sofern - abgesehen von weiteren Erfordernissen - gemäss spezialärztlicher Feststellung von einer weiteren Behandlung erwartet werden darf, dass der drohende Defekt mit seinen negativen Auswirkungen auf die Berufsausbildung und Erwerbsfähigkeit ganz oder in wesentlichem Ausmass verhindert werden kann (Rz 645-647/845-847.5; Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts in Sachen A. vom 17. Juli 2003, I 165/03, Erw. 3.2).

#### **E. 4.3**

4.3.1.1. Dem Bericht des F.\_\_\_\_ vom 30. Mai 2002 (Urk. 7/30) ist zu entnehmen, dass der Versicherte erstmals vom 4. April bis 17. Mai 2002 im F.\_\_\_\_ hospitalisiert war (Urk. 7/30/5). Die Diagnosen damals lauteten Anpassungsstörung mit Störung von Gefühlen und des Sozialverhaltens bei Ablösungsproblematik/dysfunktionaler Pubertätsentwicklung (ICD-10 F43.2), dissoziativer Krampfanfall (ICD-10 F44.7), wahnhaftes Störung unklarer Ätiologie, differenzialdiagnostisch organische wahnhafte Störung (ICD-10 F06.2) oder akute vorübergehende psychotische Störung (ICD-10 F23.3), leichte Intelligenzminderung (ICD-10 F70.0), Entwicklungsrückstand (ICD-10 F89.0), Störungen der Impulskontrolle (automutilistisches Verhalten durch oberflächliches Ritzen, Sprung vom Fensterbrett, ICD-10 F63.9), einseitige Taubheit (anamnestisch, ICD-10 H91) sowie unklare Visusminderung (ICD-10 H53). Zur Frage, weshalb es notwendig gewesen sei, den Versicherten stationär aufzunehmen, berichteten die behandelnden Fachpersonen, laut Aussagen der Adoptiveltern hätten sich seit Februar 2002 Wutanfälle, Reizbarkeit, verbale und tätliche Angriffe gegenüber den Adoptiveltern gehäuft. Der Versicherte habe wiederholt den Impuls verspürt, vor ein Auto oder aus der Höhe herunter zu springen oder sich mit Messern selber zu schneiden (Urk. 7/30/3). Unter Erhobene Befunde beschrieben sie den Versicherten als psychomotorisch tendenziell verlangsamt mit unsicherer zeitlicher und örtlicher Orientierung sowie kognitiv und emotional retardiert (Urk. 7/30/5). Dem Bericht ist weiter zu entnehmen, dass sich der Versicherte ab dem 18. Mai 2002 im Zentrum für Kinder- und Jugendpsychiatrie in Zürich für eine umfassende jugendpsychiatrische und pädiatrisch/neurologische Abklärung sowie Behandlung befand, wobei eine Aufenthaltsdauer von etwa zwei bis drei Monaten prognostiziert wurde. Die behandelnden Fachpersonen wiesen darauf hin, dass der Versicherte weiterhin auf einen geschützten Rahmen angewiesen sei, welcher eventuell stationär fortgesetzt werden müsse (Urk. 7/30/6).

4.3.2.1. Im Bericht vom 15. März 2004 (Urk. 7/50) hielten die behandelnden Ärzte des E.\_\_\_\_ folgende Diagnosen nach ICD-10 fest: Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen (F92.8), Hirnfunktionsstörung (F07.9), dissoziative Anfälle (F44.5), leichte intellektuelle Behinderung, Enuresis nocturna (F98.0), hirnorganische Schädigung unklarer Genese mit generalisierter infra- und supratentorieller kortikaler und zentraler Atrophie (G31.8), einseitige Taubheit rechts (H90.5), Hufeneisenniere (Q63.1), Splenomegalie (R16.1), mit Brille korrigierte Kurzsichtigkeit (H52.1). Sie erachteten den Gesundheitszustand des Versicherten als stationär und prognostizierten die Notwendigkeit einer lebenslangen Unterstützung des Versicherten (Urk. 7/50/2-3).



erstmaligen stationären Aufenthalt im F.\_\_\_\_ im April/Mai 2002 und dem anschliessenden Beginn der psychotherapeutischen Behandlung beim E.\_\_\_\_ im August 2002 bis zum Zeitpunkt bei Verfassen des Berichts des F.\_\_\_\_ vom 29. Juni 2007 nicht wesentlich gebessert hat oder gar geheilt worden wäre. Von einer erwerblich bedeutsamen Heilung eines Leidens, welches sich ohne vorbeugende medizinische Vorkehren zu einem stabilen pathologischen Zustand entwickeln würde, kann somit nicht gesprochen werden. Sodann fällt auf, dass der behandelnde Arzt des F.\_\_\_\_ in seiner Beurteilung vom 8. August 2007 die von ihm als indiziert erachtete sozialpsychiatrische Nachbetreuung in zeitlicher Hinsicht nicht begrenzte, was ein weiteres Indiz dafür ist, dass es sich bei den vorliegend in Frage stehenden stationären Aufenthalten um Massnahmen im Rahmen einer Dauertherapie handelt, welche zwar die Erwerbsfähigkeit des Versicherten positiv beeinflussen dürften, welche hingegen nicht auf die Heilung seines psychischen Leidens, sondern auf die Aufrechterhaltung eines gesundheitlichen Gleichgewichtszustandes und auf die Verhinderung einer gesundheitlichen Verschlimmerung gerichtet sind.

Es ist demnach davon auszugehen, dass ohne die stationären Massnahmen und in absehbarer Zeit kein stabilisierter, die spätere Erwerbsfähigkeit beeinträchtigender Defektzustand eingetreten wäre, sondern dass ein auch auf längere Sicht labiles pathologisches Geschehen vorliegt. Die stationären Aufenthalte dienen demnach vorwiegend der Behebung eines labilen Krankheitsgeschehens. Es kann daher nicht gesagt werden, dass sie geeignet gewesen waren, die Berufsbildung oder die Erwerbsfähigkeit dauerhaft und wesentlich im Sinne von Art. 12 Abs. 1 IVG zu beeinflussen. Wesentlich im Sinne dieser Bestimmung ist der durch eine Behandlung erzielte Nutzeffekt nur dann, wenn er in einer bestimmten Zeiteinheit einen erheblichen absoluten Grad erreicht (BGE 115 V 199 Erw. 5a). Beim Versicherten ging es jedoch um eine stationäre Massnahme im Rahmen einer langdauernden Behandlung des Leidens an sich. So erachtete der behandelnde Arzt des F.\_\_\_\_ in seinem Bericht vom 18. Oktober 2007 (Urk. 7/100) die Weiterführung der sozialpsychiatrischen Nachbetreuung in Anbetracht des Störungsbildes als notwendig.

Kommt hinzu, dass die stationären Aufenthalte den üblichen Umfang einer psychotherapeutischen Behandlung bei Weitem sprengten. So ging es insbesondere um die Überwachung des per FFE eingewiesenen Versicherten und die medikamentöse Einstellung, was klar auf eine Behandlung des Leidens an sich hinweist. So ist auch die Aussage des behandelnden Arztes des F.\_\_\_\_ zu verstehen, wonach es sich bei der sozialpsychiatrischen Nachbetreuung nach Klinikaufenthalt nicht um eine Psychotherapie im engeren Sinne handelte, sondern die Termine der Kontrolle des aktuellen Zustandsbildes und gegebenenfalls der Anpassung der Medikation dienten (Urk. 7/100). Um so weniger können die Klinikaufenthalte als Psychotherapie im eigentlichen Sinn qualifiziert werden.

Fehlt es somit an dem von Art. 12 Abs. 1 IVG geforderten Eingliederungscharakter, besteht keine Leistungspflicht der Invalidenversicherung.

4.5 Nach dem Gesagten ist daher nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin mit Verfügung vom 30. Dezember 2008 einen Anspruch des Versicherten auf medizinische Massnahmen in Form von stationären Aufenthalten verneinte. Die gegen die angefochtene Verfügung erhobene Beschwerde ist daher abzuweisen.

5. Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG in der seit dem 1. Juli 2006 in Kraft stehenden Fassung) und ermessensweise auf Fr. 600.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie der Beschwerdeführerin aufzuerlegen.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Die Gerichtskosten von Fr. 600.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt.

3. Zustellung gegen Empfangsschein an:

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

- Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle

- B. \_\_\_\_\_

- Bundesamt für Sozialversicherungen

sowie an:

- Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft)

4. Gegen diese Entscheidung kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. 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 des Beschwerdeführers oder seines Vertreters 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.