





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 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).

1.6 Die Leistungspflicht der Invalidenversicherung bei verschiedenen Arten von Massnahmen hat das Bundesamt für Sozialversicherung (BSV) im Kreisschreiben über die medizinischen Eingliederungsmassnahmen (KSME) näher umschrieben:

Gemäss Rz 1017 KSME in der ab 1. Januar 2005 geltenden Fassung besteht eine Leistungspflicht der Invalidenversicherung nur für eine ärztlich verordnete Ergotherapie. 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 und Fertigkeiten auswirken. Aus dem Antrag zur Ergotherapie müssen die Ziele der Behandlung hervorgehen.

## E. 2

2.1 Streitig und zu prüfen ist, ob der Versicherte Anspruch auf medizinische Massnahmen in Form von Ergotherapie hat.

2.2 Die Beschwerdegegnerin begründete ihre Verfügung vom 8. Mai 2009 (Urk. 2) damit, dass sie beim Geburtsgebrechen Nr. 387 die medikamentöse Behandlung und EEG-Kontrollen übernehme. Die Entwicklungsverzögerung, die Wahrnehmungsstörungen und die Probleme im Sozialverhalten seien nicht kausal auf die Anfälle zurückzuführen. Die Behandlung von allfällig begleitenden kognitiven, sensorischen oder Verhaltensproblemen könne nicht übernommen werden (S. 2) Auch unter Art. 12 IVG sei bei einer allgemeinen Entwicklungsverzögerung die Kostenübernahme der Ergotherapie nicht möglich. Einerseits sei kein konkreter Befund geschildert und andererseits handle es sich bei der Behandlung einer allgemeinen Entwicklungsverzögerung mit überwiegender Wahrscheinlichkeit um eine Behandlung, die auf das Leiden und nicht unmittelbar auf die spätere Eingliederung ins Erwerbsleben gerichtet sei (S. 1 f.).

2.3 In der Beschwerde vom 4. Juni 2009 (Urk. 1) wurde geltend gemacht, dass in den Stellungnahmen der Ergotherapeutin des Versicherten sowie auch der Oberärztin Dr. Z. \_\_\_ vom Zentrum D. \_\_\_ die Weiterführung der Ergotherapie klar befürwortet werde. Insbesondere werde auf die darin erwähnten Defizite des Versicherten in der Fein- und Grobmotorik verwiesen, die behandlungsbedürftig seien und deren Eliminierung notwendig sei, damit der Versicherte in eine normale Schule integriert werden und später als Erwachsener ein normales Leben führen könne.

## E. 3



erforderlich, da jederzeit ein kurzer myoklonischer Anfall in einen generalisierten tonisch-klonischen Anfall beziehungsweise Status epilepticus einmünden könnte, der lebensbedrohlich verlaufen könnte (lit. D.8).

3.5 Dr. med. A. \_\_\_\_, Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin FMH, gab im Schreiben vom 28. November 2007 (Urk. 7/19) an die Beschwerdegegnerin an, dass beim Versicherten wegen der Epilepsie eine gewisse Entwicklungsauffälligkeit bestehe, weshalb er ihn an einen Kinderpsychiater überwiesen habe.

3.6 Nach einer Hospitalisation im Zentrum D. \_\_\_\_, vom 6. bis zum 8. Oktober 2008 wurde im Bericht vom 29. Oktober 2008 (Urk. 7/28/8-12) die folgende Diagnose genannt (S. 1):

- bislang nicht eindeutig klassifizierbare Epilepsie mit myoklonischen, symptomarmen komplex-fokalen Anfällen, atypischen Absencen und seltenen generalisiert tonisch-klonischen Anfällen, Anfallsursprung vermutlich frontal

Die Hospitalisation sei vereinbarungsgemäss zu Kontrolluntersuchungen bei bislang nicht eindeutig klassifizierbarer Epilepsie erfolgt. Insbesondere sei es dabei auch um die Anfallsituation im Schlaf gegangen. Die körperliche Untersuchung sei unauffällig gewesen. Eine erneute neuropsychologische Testung sei aus familiären Gründen nicht möglich gewesen und solle zu einem späteren Zeitpunkt nachgeholt werden. Anfälle seien in der zweiten Hospitalisation nicht gesehen worden, die EEG-Ableitungen hätten im Schlaf vereinzelte epilepsietypische Potenziale beidseits frontal gezeigt. Zusammenfassend würden die durchgeführten Untersuchungen bestätigen, dass die Epilepsie unter der aktuell durchgeführten medikamentösen Therapie gut eingestellt sei (S. 2).

3.7 B. \_\_\_\_, Dipl. Ergotherapeutin HF, führte im Verlaufsbericht vom 7. Dezember 2008 (Urk. 7/33/2-5 = Urk. 3/1) aus, der Versicherte befinde sich seit dem 7. Januar 2008 einmal wirklich bei ihr in ergotherapeutischer Behandlung. Während dieser Zeit habe er bereits grosse Fortschritte erreichen können (S. 1 oben). Der Versicherte besuche den 1. Kindergarten und habe sich gut in die Gruppe integriert. Die Kindergartenleiterin stelle fest, dass er viel selbständiger geworden sei. Teilweise benötige er zusätzliche Unterstützung, bis er sich bei einer Beschäftigung oder einem Spiel sicher fühle. Beim Basteln und Zeichnen, Ausschneiden und Ausmalen würden Schwierigkeiten im fein- und graphomotorischen Bereich auffallen. Zusammenfassend sei der Versicherte selbstbewusster und selbständiger geworden. Die Verarbeitung von propriozeptiven und vestibulären Reizen sei noch nicht optimal integriert, wie auch das Zusammenspiel der rechten und linken Körperseite. Anpassungsreaktionen auf Lage und Stellung des Körpers entgegen der Schwerkraft sowie auch das Koordinieren von komplexen Bewegungsabläufen würden Schwierigkeiten bereiten. Bei fein- und graphomotorischen Aufgabestellungen sei er noch unsicher und ungenau (S. 3). Abschliessend wurden folgende Ziele genannt (S. 4):

- Festigen der Basisfunktionen, Gleichgewicht (Hüpfen), Bewegungen entgegen der Schwerkraft, Anpassungsreaktionen, Kraftdosierung

- Bewegungsabläufe und Anpassungsreaktionen verbessern und dadurch harmonischer werden, z.B. beim Ballspiel

- Auge-Hand / Hand-Hand Koordination: Sicherheit bekommen, exakter werden im fein- und graphomotorischen Bereich, z.B. bei Werk- und Kächenaktivitäten sowie beim Ausmalen und Ausschneiden, selber etwas ausschneiden

- Selbstvertrauen stärken, Erfolgserlebnisse ermöglichen

3.8 Im Bericht des Zentrums D.\_\_\_\_ vom 4. Februar 2009 (Urk. 7/28/5-7) zuhanden der Beschwerdegegnerin nannte die Leitende Ärztin Dr. med. Z.\_\_\_\_ die bekannte Diagnose (Ziff. 1.1). Sie gab weiter an, dass sich der Gesundheitszustand des Versicherten auf den Schulbesuch auswirke und zwar in Form einer verzögerten Entwicklung, bestehend seit 2006 (Ziff. 1.2). Durch medizinische Massnahmen könne die Möglichkeit einer späteren Eingliederung ins Erwerbsleben wesentlich verbessert werden (Ziff. 1.5). Der Versicherte benötige eine regelmässige antikonvulsive medikamentöse Therapie (Ziff. 1.6). Im Übrigen wurde auf den Bericht vom 29. Oktober 2008 verwiesen (Ziff. 2.3 ff.).

3.9 Dr. med. C.\_\_\_\_, Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin, vom Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD), hielt am 28. Februar 2009 fest, dass das Anfallsleiden und eine allfällige Auffälligkeit in der psychomotorischen Entwicklung zwar beide auf eine gemeinsame zerebrale Störung zurück gehen würden, aber nicht notwendigerweise miteinander verknüpft seien. Im Bericht des Zentrums D.\_\_\_\_ werde auf die Frage, warum eine Physiotherapie notwendig sei, einmalig eine verzögerte Entwicklung erwähnt. Es werde jedoch kein konkreter Befund geschildert, der gezielt zu behandeln wäre. Damit sei keine Indikation gegeben (Urk. 7/29).

3.10 Im Rahmen des Einwandes vom 23. März 2009 (Urk. 7/33/1 = Urk. 3/3) nannte Dr. Z.\_\_\_\_ vom Zentrum D.\_\_\_\_ die bekannte Diagnose und führte an, dass beim Versicherten ausserdem eine leichte Entwicklungsverzögerung bestehe. Defizite beständen in der eigenen Körperwahrnehmung, in der Fein- und Grobmotorik und im sozialen Verhalten gegenüber gleichaltrigen Kindern. Ausserdem würden seine Stimmungsschwankungen immer deutlicher. Um die weitere Entwicklung des Versicherten zu unterstützen sei eine regelmässige Ergotherapie dringend indiziert.

3.11 In ihrer Stellungnahme vom 4. Mai 2009 führte Dr. C.\_\_\_\_ vom RAD aus, dass die Indikation für eine Ergotherapie durchaus zu bejahen sei. Die Frage sei aber, ob die Kosten von der Invalidenversicherung zu tragen seien. Diese Übernahme beim Geburtsgebrechen Nr. 387 die medikamentöse Behandlung der Anfälle und die Kontroll-EEG, nicht aber die Behandlung von allfällig begleitenden kognitiven, sensorischen oder Verhaltensproblemen. Die Entwicklungsverzögerung, die Wahrnehmungsstörungen und die Probleme im Sozialverhalten seien nicht kausal auf die Anfälle zurückzuführen (Urk. 7/38).

#### **E. 4**

4.1 Unbestritten ist, dass der Versicherte an einer behandlungsbedürftigen angeborenen Epilepsie gemäss Ziffer 387 des Anhangs der Verordnung über Geburtsgebrechen (GgV) leidet (vgl. Stellungnahme Dr. C.\_\_\_\_ vom RAD, Urk. 7/8). Als medizinische Massnahmen, die für die Behandlung einer Epilepsie notwendig sind (vgl. Erw. 1.1), gelten neben der antiepileptischen Medikation auch die Kontroll-EEG (Elektroenzephalogramm) nach ärztlicher Anordnung (Rz 387.9 KSME). Hingegen handelt es sich bei der vorliegend durchgeführten Ergotherapie, welche im Wesentlichen eine Verbesserung von Bewegungsabläufen, Anpassungsreaktionen, Koordination sowie



4.3. Zu prüfen bleibt ein Anspruch des Versicherten auf Ergotherapie gestützt auf Art. 12 IVG. Dabei muss prognostisch 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. Daraus folgt, dass eine therapeutische Vorkehr, deren Wirkung sich in der Unterdrückung von Symptomen erschöpft, nicht als medizinische Massnahme im Sinne des Art. 12 IVG gelten kann, 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. Deswegen genügt auch eine günstige Beeinflussung der Krankheitsdynamik allein nicht, wenn eine spontane, nicht kausal auf die therapeutische Massnahme zurückzuführende Heilung zu erwarten ist, oder wenn die Entstehung eines stabilen Defekts mit Hilfe von Dauertherapie lediglich hinausgeschoben werden soll (Urteil des Bundesgerichts in Sachen S. vom 29. Juni 2007, I 501/06 Erw. 5.2 mit Hinweisen).

4.4. Es ist unbestritten, dass die - insbesondere motorischen - Defizite, welche mit der Ergotherapie angegangen werden, den Versicherten im Alltag und später in der Schule beeinträchtigen werden. Ziel der Ergotherapie ist es, Patienten, die in ihrer Handlungsfähigkeit eingeschränkt oder von Einschränkungen bedroht sind, bei für sie bedeutungsvollen Betätigungen zu unterstützen und sie darin zu stärken. Es geht somit darum, die Auswirkungen des Leidens zu neutralisieren und in wesentlichen Lebensbereichen eine Handlungsfähigkeit zu erreichen. Insofern beeinflusst die Ergotherapie die schulische und letztlich auch die erwerbliche Eingliederung. Damit ist der überwiegende Eingliederungscharakter der hier streitigen Massnahme indessen noch nicht erstellt (vgl. Urteil des Bundesgerichts in Sachen R. vom 3. Januar 2008, 9C\_372/2007 Erw. 5 mit Hinweisen).

4.5. Gemäss Stellungnahme des Zentrums D. bestehen beim Versicherten Defizite in der eigenen Körperwahrnehmung, in der Fein- und Grobmotorik sowie im sozialen Verhalten gegenüber gleichaltrigen Kindern und ist die Ergotherapie zur Unterstützung der weiteren Entwicklung des Versicherten indiziert (Urk. 7/33/1). Laut Bericht der Ergotherapeutin werden als Ziele das Festigen der Basisfunktionen (Gleichgewicht, Bewegungen entgegen der Schwerkraft, Anpassungsreaktionen, Kraftdosierung), die Verbesserung von Bewegungsabläufen und Anpassungsreaktionen sowie der Koordination (Sicherheit bekommen, exakter werden im fein- und graphomotorischen Bereich) und die Stärkung des Selbstvertrauens sowie das Ermöglichen von Erfolgserlebnissen genannt (Urk. 7/33/2-5). Aufgrund der vorliegenden Akten bestehen jedoch keine Anhaltspunkte dafür, dass die Ergotherapie zur Vermeidung eines stabilen Defektzustandes notwendig wäre. Demnach sind die Voraussetzungen zur Übernahme der Ergotherapie gestützt auf Art. 12 IVG nicht erfüllt. Damit kann offen bleiben, ob überhaupt ein konkreter Befund, wie er in Rz 1017 KSME umschrieben wird (vgl. Erw. 1.6), vorliegt.

4.5. Zusammengefasst ist somit festzuhalten, dass die Kosten für die Ergotherapie weder gestützt auf Art. 13 IVG noch gestützt auf Art. 12 IVG von der Invalidenversicherung zu übernehmen sind, so dass der angefochtene Entscheid nicht zu beanstanden ist. Dies führt zur Abweisung der Beschwerde.

5. Die Kosten gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG sind ermessensweise auf Fr. 500.-- festzusetzen und ausgangsgemäss dem Versicherten aufzuerlegen.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Die Gerichtskosten von Fr. 500.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden dem Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt.

3. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Y. \_\_\_\_

- Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle

- 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.