

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.00584 vom 21. Juli 2016

ZH Sozialversicherungsgericht, 2016-07-21, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2015.00584

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.00584 du 21 juillet 2016

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.00584 del 21 luglio 2016

Erwägungen

E. 1

X.____, geboren am 17. Juli 2005, wurde von ihrem Vater unter Hinweis auf das Geburtsgebrechen Ziffer 195 des Anhanges zur Verordnung über Geburtsgebrechen (GgV ; angeborene Patellaluxation , sofern Operation not wendig ist) am 17. Februar 2015 bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug (medizinische Massnahmen) angemeldet (Urk. 7/1). Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, holte den Bericht der behandelnden Ärztin in der Z.____ Klinik vom 10. März 2015 (Urk. 7/3 /2-5) sowie die Stellungnahme des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) vom 16. März 20

E. 1.1

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 des

Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung, 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).

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 Gebrechen sind in der Liste im Anhang aufgeführt. Das Eidgenössische Departement des Innern kann die Liste jährlich anpassen, sofern die Mehrausgaben einer solchen Anpassung für die Versicherung insgesamt drei Millionen Franken pro Jahr nicht übersteigen (Art. 1 Abs. 2

GgV). Als medizinische Massnahmen, die für die Behandlung eines Geburtsgebrechens notwendig sind, gelten sämtliche Vorkehren, die nach bewährtem Erkenntnis der medizinischen Wissenschaft angezeigt sind und den therapeutischen Erfolg in einfacher und zweckmässiger Weise anstreben (Art. 2 Abs. 3 GgV).

E. 1.2

Für die Annahme einer Leistungspflicht der Invalidenversicherung aufgrund von Art. 13 IVG genügt nach konstanter Rechtsprechung des Bundesgerichts in be weisrechtlicher Hinsicht, dass es ein Facharzt oder eine Fachärztin zumindest für wahrscheinlich hält, es liege ein im Anhang der GgV enthaltenes Gebrechen vor (BGE 100 V 104 E. 2 in fine).

E. 1.3

Die regionalen ärztlichen Dienste (RAD) stehen den IV-Stellen zur Beurteilung der medizinischen Voraussetzungen des Leistungsanspruchs zur Verfügung. Sie sind in ihrem medizinischen Sachentscheid im Einzelfall unabhängig (Art. 59 Abs. 2 bis IVG). Nach Art. 49 der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) beurteilen die RAD die medizinischen Voraussetzungen des Leistungsanspruchs. Die geeigneten Prüfmethode können sie im Rahmen ihrer medizinischen Fachkompetenz und der allgemeinen fachlichen Weisungen des Bundesamtes frei wählen (Abs. 1). Die RAD können Versicherte bei Bedarf selber ärztlich untersuchen. Sie halten die Untersuchungsergebnisse schriftlich fest (Abs. 2; Urteil des Bundesgerichts 9C_406/2014 vom 31. Oktober 2014 E. 3.5 mit Hinweis auf BGE 135 V 254 E. 3.5).

Die Funktion interner RAD-Berichte besteht darin, aus medizinischer Sicht – gewissermassen als Hilfestellung für die medizinischen Laien in Verwaltung und Gerichten, welche in der Folge über den Leistungsanspruch zu entscheiden haben – den medizinischen Sachverhalt zusammenzufassen und zu würdigen, wozu namentlich auch gehört, bei widersprüchlichen medizinischen Akten eine Wertung vorzunehmen und zu beurteilen, ob auf die eine oder die andere Ansicht abzustellen oder aber eine zusätzliche Untersuchung vorzunehmen sei. Sie würdigen die vorhandenen Befunde aus medizinischer Sicht (Urteil des Bundesgerichts 9C_406/2014 vom 31. Oktober 2014 E. 3.5 mit Hinweisen).

RAD-Berichte sind versicherungsinterne Dokumente, die von Art. 44 ATSG betreffend Gutachten nicht erfasst werden; die in dieser Norm vorgesehenen Verfahrensregeln entfalten daher bei Einholung von RAD-Berichten keine Wirkung (Urteil des Bundesgerichts 8C_385/2014 vom 16. September 2014 E. 4.2.1 mit Hinweis auf BGE 135 V 254 E. 3.4).

Praxisgemäss kommt einer reinen Aktenbeurteilung des RAD im Vergleich zu einer auf allseitigen Untersuchungen beruhenden Expertise, welche auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und die Schlussfolgerungen widerspruchsfrei begründet, nicht der gleiche Beweiswert zu (Urteil des Bundesgerichts 8C_971/2012 vom 11. Juni 2013 E. 3.4).

Der Beweiswert von RAD-Berichten nach Art. 49 Abs. 2 IVV ist mit jenem externer medizinischer Sachverständigengutachten vergleichbar, sofern sie den praxisgemässen Anforderungen an ein ärztliches Gutachten (BGE 134 V 231 E. 5.1) genügen und die Arztperson über die notwendigen fachlichen Qualifikationen verfügt (BGE 137 V 210 E. 1.2.1). Allerdings kann auf das Ergebnis versicherungsinterner ärztlicher Abklärungen – zu denen die RAD-Berichte gehören – nicht abgestellt werden, wenn auch nur geringe Zweifel an ihrer Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit bestehen (Urteil des Bundesgerichts 8C_197/2014 vom 3. Oktober 2014 E. 4.2 mit Hinweisen auf BGE 139 V 225 E. 5.2; 135 V 465 E. 4.4 und E. 4.7).

E. 1.4

Das Gericht kann die Angelegenheit zu neuer Entscheidung an die Vorinstanz zurückweisen, besonders wenn mit dem angefochtenen Entscheid nicht auf die Sache eingetreten oder der Sachverhalt ungenügend festgestellt wurde (§ 26 Abs. 1 des Gesetzes über das

Sozialversicherungsgericht, GSVGer). Gemäss ständiger Rechtsprechung ist in der Regel von der Rückweisung – da diese das Verfahren verlängert und verteuert – abzusehen, wenn die Rechtsmittelinstanz den Prozess ohne wesentliche Weiterungen erledigen kann. In erster Linie kommt eine Rückweisung in Frage, wenn der Versicherungsträger auf ein Begehren überhaupt nicht eingetreten ist oder es ohne materielle Prüfung abgelehnt hat, wenn schwierige Ermessensentscheide zu treffen sind, oder wenn der entscheidende Sachverhalt ungenügend abgeklärt ist (vgl. Urteil des Bundesgerichts U 209/02 vom 10. September 2003 E. 5.2). 2.

2.1

Die Beschwerdegegnerin führte zur Begründung ihrer leistungsabweisenden Verfügung (Urk. 2/2) aus, die Ursache der bei der Beschwerdeführerin diagnostizierten Patellaluxation sei eine Trochleadysplasie, wobei der Befund erst im neunten Lebensjahr aufgefallen sei. Eine angeborene Patellaluxation im Sinne des Geburtsgebrechens Ziffer 195 scheidet deshalb aus. Des Weiteren fehle es auch an den Anspruchsvoraussetzungen für eine Kostengutsprache nach Art. 12 IVG.

2.2

Demgegenüber stellte sich der Vater der Beschwerdeführerin in der Beschwerde (Urk. 1) auf den Standpunkt, es liege eine angeborene Patellaluxation respektive das Geburtsgebrec hen Ziffer 195 vor, und berief sich dabei auf die Berichte der behandelnden Ärzte der Z.____ Klinik vom 26. März und 12. Mai 2015. 3. 3.1

Dr. med. A.____, Chef arzt Kinderorthopädie, und Dr. med. B.____, Oberärztin Kinderorthopädie an der Z.____ Klinik,

diagnostizierten in ihrem Bericht vom 26. März 2015 (Urk. 7/10)

eine Patellaluxation rechts bei massiver Trochlea dysplasie und entsprechender Dysplasie der Patella. Sie wiesen darauf hin, dass es sich gestützt auf den radiologischen Befund klar um eine kongenitale Patellaluxation handle. Der Umstand, dass der Befund erst vor einem Jahr auf gefallen sei, bedeute nicht, dass die Problematik nicht bereits vorbestehend gewesen sei. Im frühen Kindesalter könne die se Pathologie teilweise kompensiert werden. Es liege zudem klar eine knöchern e Veränderung des Bewegungsap parates anlagebedingt vor (vgl. auch (Urk. 7/3/2-5 S. 3 Ziff. 1.6 und Urk. 7/21/1). 3.2

Der Vertrauensarzt der Krankversicherung der Versicherten, Dr. med. C.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, wies am 7. April 2015 darauf hin, dass eine Trochleadysplasie ein Risikofaktor für eine Patellaluxation sei.

Eine ange borene und bei Geburt nicht entdeckte Trochleadysplasie sei die Ursache des Geburtsgebrechens Ziffer 195 (Urk. 7/15). 3. 3

In ihrer Stellungnahme vom 14. April 2015 (Urk. 7/13) führte die RAD-Ärztin Dr. med. D.____, Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin, aus, bei einer kongenitalen Patellaluxation sei die Patella sehr klein und fehle manchmal auch ganz. Die angeborene Luxation der Kniescheibe sei selten und komme gelegentlich im Rahmen des Nagel-Patella-Syndroms oder der Arth r ogylose vor. Es sei möglich, dass die angeborene Patellaluxation

bei Geburt nicht bemerkt wurde, sondern erst im Kleinkinderalter. Die Versicherte sei bei der Diagnose der ersten Patellaluxation aber bereits neun Jahre alt gewesen. Bei dem von den behandelnden Ärzten beschriebenen Befund handle es sich um eine Trochlealdysplasie und eine Patelladysplasie. Bei einer Dysplasie werde indessen nicht das gleiche Ausmass wie bei einer angeborenen Patellaluxation erreicht. Solche Dysplasien könnten als angeboren anerkannt werden, wobei es sich dann aber um angeborene Dysplasien handle, welche zu einer Patellaluxation prädisponieren. Dies falls handle es sich allerdings nicht um eine angeborene Patellaluxation. Entsprechend liege kein Geburtsgebrechen Ziffer 195 vor. Ebenso wenig liege das Geburtsgebrechen Ziffer 177 vor, da eine Patelladysplasie, eine Patella alta und andere Lageanomalien der Patella gemäss Kreisschreiben über die medizinischen Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung (KSME) Ziffer 177.4 nicht unter das Geburtsgebrechen Rz 177 fielen.

Die RAD-Ärztin hielt am 28. April 2015 (Urk. 7/19) ergänzend fest, dass Patella luxationen, die sich erst nach dem Kleinkinderalter manifestierten, meistens auf Dysplasien der Trochlea

oder hyperlaxen Bändern beruhten. Diese Symptome seien zwar angeboren, seien indessen nicht über die Invalidenversicherung versichert. 3.4

Nach Erlass der angefochtenen Verfügung und der postoperativen Verlaufskontrolle bekräftigte Dr. A. am 12. Mai 2015 unter Beilage des nicht aktenkundigen Operationsberichts, dass die Versicherte eindeutig an einer kongenitalen Patellaluxation leide, welche bisher vernachlässigt beziehungsweise nicht entdeckt worden sei (Urk. 7/21). 4. 4.1

Die Parteien sind sich einig, dass die Beschwerdeführerin an einer Patella luxation litt, welche operativ behandelt wurde (vgl. Urk. 7/3/3 und Urk. 7/21). Unklarheit besteht demgegenüber über die Frage, ob es sich bei der diagnostizierten Luxation um ein angeborenes Leiden handelte. Während die behandelnden Ärzte und der Vertrauensarzt der Krankenversicherung von einer angeborenen

Patellaluxation ausgingen (vgl. E. 3.1-2 und E. 3.4), stellte sich die Beschwerdeführerin auf den Standpunkt, die nicht angeborene Patellaluxation sei allenfalls durch eine - nicht unter Ziffer 177

GgV -Anhang fallende -

kongenitale Dysplasie begünstigt worden (vgl. E. 3.3). 4. 2

Zu den Geburtsgebrechen gehört gemäss Ziffer 195 GgV -Anhang die angeborene

Patellaluxation, sofern eine Operation notwendig ist. Laut

KSME Rz 195 in der vorliegend

anwendbaren Fassung vom 1. Januar 201

E. 5

Die Kosten des Verfahrens gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG sind ermessensweise auf Fr. 800.-- festzusetzen und entsprechend dem Ausgang des Verfahrens der unterliegenden Beschwerdeführerin aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde

wird in dem Sinne gutgeheissen, dass die angefochtene Verfügung vom 4. Mai 2015 aufgehoben und die Sache an die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zurückgewiesen wird, damit diese, nach erfolgter Abklärung im Sinne der Erwägungen, über den Anspruch der Versicherten neu verfüge . 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 800 .-- werden der Beschwerdegegnerin auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden der 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 diesen Entscheid 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). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich Der Vorsitzende Die Gerichtsschreiberin Gräub-Schleiffer Marais

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