

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00344 vom 29. Dezember 2016

ZH Sozialversicherungsgericht, 2016-12-29, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2016.00344

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00344 du 29 décembre 2016

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00344 del 29 dicembre 2016

Erwägungen

E. 1

1. Dezember 2013 meldete der Krankenversicherer von X.____, die Sanitas Grundversicherungen AG (nachfolgend: Sanitas), das Geburtsgebrechen Ziff. 412 (Ptosis palpebrae

congenita : angeborenes Herabhängen des Oberlids) zur

Anerkennung durch die Invalidenversicherung und Ausrichtung von medizinischen Massnahmen an (Urk. 12/61). In diesem Zusammenhang reichte die behandelnde Kinderärztin Dr. med. A.____ am 9. Januar

2015 ein Formular (Urk. 12/67) und die Augenklinik des B.____ den Bericht vom 28. Januar 2015 (Urk. 12/71) ein. Mit Verfügung vom 13. April 2015 gewährte die IV-Stelle Kostengutsprache für medizinische Massnahmen für das Geburtsgebrechen Ziff. 412 während der Dauer vom 12. Dezember

2013 bis 31. Dezember 2023 (Urk. 12/81). Dagegen erhob die Sanitas Beschwerde beim hiesigen Sozialversicherungsgericht und verlangte die Übernahme der Kosten medizinischer Massnahmen für dieses Geburtsgebrechen ab 15. Dezember

2004, mindestens aber ab 10. Mai 2005. Das Gericht hiess die Beschwerde im Urteil vom 30. September 2015 in dem Sinne gut, dass es die Sache an die IV-Stelle zur ergänzenden Abklärung des Sachverhaltes und zum neuen Entscheid zurückwies (Verfahrensnummer IV.2015.00523; Urk. 12/91).

E. 1.1

Nach Art. 13 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) haben Versicherte bis zum vollendeten 20. Altersjahr Anspruch auf die zur Behandlung von Geburtsgebrechen notwendigen medizinischen Massnahmen (Abs. 1). Der Bundesrat bezeichnet die Gebrechen, für welche diese Massnahmen gewährt werden; er kann die Leistung ausschliessen, wenn das Gebrechen von geringfügiger Bedeutung ist (Abs. 2).

Als Geburtsgebrechen im Sinne von Art. 13 IVG gelten Gebrechen, die bei vollendeter Geburt bestehen; die Geburtsgebrechen sind in der Liste im Anhang aufgeführt (Art. 1 der Verordnung vom 9. Dezember 1985 über Geburtsgebrechen [GgV]). Als medizinische Massnahmen, die für die Behandlung eines Geburtsgebrechens notwendig sind, gelten sämtliche Vorkehren, die nach bewährter Erkenntnis der medizinischen Wissenschaft angezeigt sind und den therapeutischen Erfolg in einfacher und zweckmässiger Weise anstreben (Art.

E. 1.2

Zur Beurteilung sozialversicherungsrechtlicher Leistungsansprüche bedarf es verlässlicher medizinischer Entscheidungsgrundlagen (BGE 134 V 231 E. 5.1). Hinsichtlich des Beweiswertes eines Gutachtens ist entscheidend, ob es für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, 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 ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1 mit Hinweis auf 125 V 351 E. 3a). Das Gericht prüft das Vorliegen eines Sachverhalts

nach dem Beweismass der überwiegenden Wahrscheinlichkeit.

E. 1.3

Gemäss Art. 43 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) prüft der Versicherungsträger die Begehren, nimmt die notwendigen Abklärungen von Amtes wegen vor und holt die erforderlichen Auskünfte ein. Bei der Prüfung der Begehren darf er auch den Sachverstand versicherungsinterner medizinischer Fachpersonen einbeziehen (BGE 135 V 254 E. 3.4.1).

Das Bundesrecht schreibt dabei nicht vor, wie die einzelnen Beweismittel zu würdigen sind. Für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsbeschwerdeverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung. Danach haben Versicherungsträger und Sozialversicherungsrichter die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass der Sozialversicherungsrichter alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf er bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum er auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist also entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, 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 ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 122 V 160 E. 1c mit Hinweisen). 1.

E. 2

Abs.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin begründete die Verfügung damit, dass gemäss den medizinischen Unterlagen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht von einer angeborenen Ptosis palpebrae auszugehen sei, da in den ersten Lebenstagen sowie in mehreren fachärztlich dokumentierten Untersuchungen keine Ptosis, keine sekundäre Fehlhaltung des Kopfes und auch kein Schielen sowie keine Mydriasis

(Pupillenerweiterung) angegeben worden seien (Urk. 2).

E. 2.2

Die Vertreterin des Versicherten hält in der Beschwerde dafür, dass gestützt auf die Einschätzung der behandelnden Kinderärztin

Dr. A.____ dagegen von einem angeborenem Leiden ausgegangen werden müsse. Die Anfangsberichte in der Geburtsklinik Z.____ seien sehr mangelhaft gewesen, vieles sei darin nicht aufgeführt worden. Der Versicherte sei am 27. Oktober 2004 mit der Diagnose einer bilateralen Ptosis an den Augenarzt überwiesen worden. Die Vertreterin stellt den Antrag, dass wenn nicht auf die Angaben der behandelnden Ärzte abgestellt werde, ein externes Fachgutachten anzuordnen sei (Urk. 1, Urk. 5).

Die Beschwerdegegnerin verwies auf die geäußerte Ansicht ihres regionalen ärztlichen Dienstes und schloss sich dieser an (Urk. 11). 3.

E. 3

GgV).

In die

bundesaerztliche Liste der Geburtsgebrechen (Anhang zur GgV) aufgenommen wurde

in Ziff. 412 die Ptosis

palpebrae

congenita (angeborenes Herabhängen des Oberlides).

E. 3.1

Im Rahmen der Anmeldung des Versicherten bei der IV-Stelle für das Leiden einer Ptosis

palpebrae

congenita wurde seitens der Augenklinik des B.____, wo der Versicherte am 20. März 2012 an den hängenden Augenlidern operiert worden war, im Bericht vom 28. Januar 2015 angegeben, gemäss den Unterlagen habe das Geburtsgebrechen Ziff. 412 vorgelegen. Die Ärzte diagnostizierten eine beidseitige kongenitale Ptosis mit massiver Kopfwangshaltung / Reklination vor dem operativen Eingriff (Urk. 12/71 /3).

Im Bericht des D.____ vom 11. Mai 2005 über eine ambulante Untersuchung des Versicherten vom 28. April 2005 wurde eine neuropädiatrische Standortbestimmung gemacht, um die Fragen nach einer Frühförderung des Versicherten und allfälligen Diagnosen zu beantworten. Festgehalten wurde im Befund unter anderem eine beidseitige Ptose, schmale Lidspalte mit nach lateral abfallender Lidachse beidseits. Beobachtet wurde, der Versicherte folge Bewegungen horizontal regelrecht, vertikal seien die Folgebewegungen kaum sichtbar, sofort werde eine Kopfhebung wegen der Ptose gemacht. Die Ärzte diagnostizierten ein unklares Dismorphiesyndrom und einen allgemeinen Entwicklungsrückstand mit höchstwahrscheinlich genetischer Ursache. Zu einem familiären Blepharophimosis-Syndrom (Verengung der Lidspalte) würde neben den Augen auch die Hypotonie, der Entwicklungsrückstand und das Herzvitium (=Herzfehler) passen (Urk. 12/ 83/22f.).

Der Augenarzt Dr. med. E.____, an den der Versicherte von der Kinderärztin überwiesen worden war, hielt im Bericht vom 8. Dezember 2004 über die Untersuchungen vom 5.

November 2004 und vom 27. November 2004 die Diagnose einer bilateralen Oberlidptose beidseits, wahrscheinlich kongenital, fest. Die Pupille werde lediglich im obersten Teil bedeckt, so dass die optische Achse bilateral frei bleibe. Bei Abblick habe er den Eindruck, dass das Oberlid zurück bleibe, was als „lid lag“ bezeichnet werde und zusammen mit der fehlenden Oberlidfalte typisch wäre für die kongenitale Ptose. Bei der Untersuchung der Motilität scheine eine bilaterale Heberschwäche vorzuliegen, diesbezüglich würde die weitere Verlaufskontrolle definitiv Aufschluss geben. Eine bilaterale Heberschwäche könne kombiniert mit einer kongenitalen Ptose auftreten, welche dann als „komplizierte“ Ptose bezeichnet werde. Eine kongenitale Ptosis könne im Rahmen von Syndromen auftreten. Sie könne auch mit kongenitalen Herzfehlern auftreten. (...) Weil die vorliegende (wahrscheinlich kongenitale) Ptose zur signifikanten Kopfwangshaltung führen könnte, werde gegen Ende des ersten Lebensjahres über die Operationsindikation entschieden (Urk. 12/110/6).

Am 10. Juni 2005 befand der Augenarzt Dr. E.____, dass zwar eine deutliche Heberschwäche vorhanden sei, und er stellte auch eine signifikante Anisohyperopie (unterschiedliche Weitsichtigkeit; Hyperopie rechts wesentlich höher als links) fest. Weil jedoch die Oberlidptose deutlich weniger ausgeprägt geworden sei und auch die Kopfwangshaltung weniger ausgeprägt sei, wurde entschieden, die Operation hinauszuschieben (Urk. 12/110/4).

Eine genetische Untersuchung des Versicherten vor allem wegen seines Herzfehlers brachte kein erkennbares Resultat (kein CATCH 22) hervor (Bericht von Prof. Dr. med. F.____, Institut für Medizinische Genetik der G.____ vom 15. Dezember 2004, Urk. 12/110/11).

E. 3.2

Prof. Dr. med. C.____,

Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin, vom RAD, wurde als beratender Arzt von der Beschwerdegegnerin beigezogen und äusserte sich dreimal zur Frage, ob das Leiden des Versicherten von Geburt an vorgelegen hat. Im letzten

Bericht vom 1. Juni 2016, den er im Rahmen des gerichtlichen Verfahrens erstellt hat, nachdem ihm sämtliche seitens des Versicherten nach gereichten Akten vorgelegt worden waren, legte er dar, dass im Bericht des Spitals Z.____ vom 6. August 2004, wo der Versicherte geboren worden war, keine Hinweise auf eine angeborene Ptosis

palpebrae

gemacht worden seien. In diesem Formular, wo der Neugeborenenstatus festgehalten worden sei (Urk. 12/93), habe man ausdrücklich Auffälligkeiten an den Genitalien und am Herzen festgestellt und angekreuzt. Im Besonderen am Kopf und damit auch an den Augen seien keine Auffälligkeiten erwähnt worden, gleichzeitig sei jedoch auch das Feld „unauffällig“ nicht angekreuzt worden. Auf Grund der Tatsache, dass die Herztöne und ein Herzgeräusch ausführlich beschrieben worden seien, könne davon ausgegangen werden, dass der ganze Thoraxbereich, also auch die Lunge, untersucht worden sei, obwohl beim Bereich Lunge/Thorax keine Unauffälligkeit als Resultat der Untersuchung angekreuzt worden sei. Man könne also davon ausgehen, dass der Neugeborene umfassend untersucht worden sei, jedoch nur die Auffälligkeiten im Formular ausdrücklich festgehalten worden seien. Und da beim Bereich der Augen nichts notiert worden sei, könne davon ausgegangen

werden, dass dieser Organbereich unauffällig gewesen sei (Urk. 12/116).

In den folgenden ärztlichen Untersuchungen vom 10. August

2004 (Urk. 12/93/1) und vom 15. September

2004 sei von keiner Ptosis

palpebrae gesprochen worden. Erstmals sei von Dr. A.____

am 27. Oktober 2004 eine beidseitige Ptosis ohne weitere neurologische Auffälligkeiten im Augen-, Gesichts- und Kopfbereich angegeben worden. Sie habe über kein vorhandenes reaktives Lächeln berichtet. Im Bericht des D.____ vom 11. Mai 2005 seien leichte Exkorationen der Haut beschrieben worden. Der damals ebenfalls festgestellte Entwicklungsrückstand und das unklare Dismorphiesyndrom seien als höchst wahrscheinlich genetischer Ursache erklärt worden, aus augenärztlicher Sicht sei die Ptosis beidseits als wahrscheinlich kongenitale Ptosis eingeschätzt worden. Aber bereits im Juni 2005 sei von einer Operation Abstand genommen worden, eine Operation sei erst am 23. Januar 2012 vorgenommen worden, weil eine massive Kopfwanghaltung vorgelegen habe.

Prof. C.____ stellte dabei unter Hinweis auf zahlreiche medizinische Literatur fest, die Tatsache, dass eine Ptosis auch erworben sein und unter anderem auch mechanisch bedingt auftreten könne, werde dabei von keinem der Ärzte diskutiert. Fälle von Ptosis, die sich erst in den ersten Lebensmonaten manifestierten, seien bereits seit 1856 beschrieben worden. Der Augenarzt des Versicherten, Dr. med. E.____, der die Ptosis als angeboren erklärte, habe bei seiner Diagnose kaum die anfänglichen Berichte, in denen keine Auffälligkeiten an den Augen beschrieben worden seien, vor sich gehabt, sodass nur die Diagnose einer Ptose, nicht jedoch die Klassifikation als kongenital tragfähig sei (Urk. 12/116). 4.

Prof. C.____ ist als Facharzt für Kindermedizin geeignet, die vorliegende Frage einer angeborenen oder später erworbenen Ptosis

palpebrae zu beantworten. Er hat die vorhandenen medizinischen Unterlagen vollumfänglich berücksichtigt und gewürdigt und mit der medizinischen Fachliteratur abgeglichen. Er wies zu Recht darauf hin, dass im Neugeborenenstatus des Versicherten keine Auffälligkeiten an den Augen festgestellt worden waren. Er analysierte die festgehaltenen Anfangsbefunde im Bericht des Spitals Z.____ sorgfältig. Es kann dabei zwar in der Tat festgestellt werden, dass dieser erste Bericht nicht sehr sorgfältig ausgefüllt worden war, wäre doch, wenn gewisse Organe geprüft, jedoch keine Auffälligkeiten festgestellt wurden, ein Kästchen mit „unauffällig“ anzukreuzen gewesen, was nicht gemacht worden war. Es ist aber mit Prof. C.____

festzustellen, dass offenbar mehr untersucht als schriftlich korrekt im Formular festgehalten worden war. Offenbar konzentrierte man sich darauf, die Auffälligkeiten festzuhalten. Hätte der Versicherte im Geburtszeitpunkt bereits an einer auffälligen Ptosis gelitten, wäre das in irgendeiner Form im Bericht wohl festgestellt worden, was – wie gesagt – nicht der Fall ist.

Der erste Hinweis auf eine Ptosis ergibt sich in der Tat erst aus dem Bericht von Dr. A.____ vom 27. Oktober 2004, weshalb in der Folge die augenärztlichen Abklärungen stattfanden. Dr. E.____ stellte dabei die Ptose zwar in einen wahrscheinlichen kongenitalen Zusammenhang, begründete diese Ansicht jedoch nicht, was von Prof. C.____ zu Recht

bemängelt wurde unter Hinweis darauf, dass es auch erworbene Formen gebe oder dass eine Ptose nachträglich auch mechanisch bedingt auftreten könne. Dr. E.____

nahm jedoch keinen Bezug darauf.

Er diskutierte mögliche Zusammenhänge der

Ptosis mit einem angeborenen Syndrom. Der Möglichkeit eines Syndroms ging man mit gewissen genetischen Untersuchungen nach, das Resultat war negativ und für die Frage des Vorliegens des strittigen Geburtsgebrechens Ziff. 412 auf jeden Fall nicht in positivem Sinne beweisbildend.

Damit kann in der Tat nicht von einer überwiegend wahrscheinlichen kongenitalen Ptose ausgegangen werden, wie der kinderärztliche Gutachter überzeugend dargetan hat. Weitere Abklärungen erübrigen sich, im Besonderen existieren keine weiteren Berichte der Geburtsklinik über stattgehabte Untersuchungen, die genauer Aufschluss geben würden und detaillierter wären, denn die Klinik wurde geschlossen (Urk. 12/96).

Die Beschwerde ist demzufolge abzuweisen. 5.

Bei diesem Ausgang des Verfahrens sind die Kosten von Fr. 500.-- der beschwerdeführenden Partei aufzuerlegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG). Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 500.-- werden der beschwerdeführenden Partei 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 Die Vorsitzende Der Gerichtsschreiberin GrünigHartmann

E. 4

Dennoch hat es die Rechtsprechung mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar erachtet, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen.

Die Rechtsprechung hat den Berichten versicherungsinterner medizinischer Fachpersonen stets Beweiswert zuerkannt, praxisgemäss kommt ihnen nicht dieselbe Beweiskraft wie

einem gerichtlichen oder einem im Verfahren nach Art. 44 ATSG vom Versicherungsträger in Auftrag gegebenen Gutachten zu (BGE 125 V 351 E.

3a ,

122 V 157 E.

1c). Zur Frage der Berichte und Gutachten versicherungsinterner Fachpersonen wurde der Grundsatz betont, dass ein Anstellungsverhältnis dieser Person zum Versicherungsträger alleine nicht schon auf mangelnde Objektivität und Befangenheit schliessen lässt (BGE 125 V 351 E. 3b/ ee). Soll ein Versicherungsfall jedoch ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweismässigkeit strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlussgültigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 135 V 465 E. 4.4; 122 V 157 E. 1d).

Gemäss Art. 59 Abs. 2 bis IVG stehen die regionalen ärztlichen Dienste den IV-Stellen zur Beurteilung der medizinischen Voraussetzungen des Leistungsanspruchs zur Verfügung . Sie setzen die für die Invalidenversicherung nach Art.

E. 6

ATSG massgebende funktionelle Leistungsfähigkeit der Versicherten fest, eine zumutbare Erwerbstätigkeit oder Tätigkeit im Aufgabenbereich auszuüben. Sie sind in ihrem medizinischen Sachentscheid im Einzelfall unabhängig. Nach Art. 49 der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) beurteilen die regionalen ärztlichen Dienste 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 regionalen ärztlichen Dienste können bei Bedarf selber ärztliche Untersuchungen von Versicherten durchführen. Sie halten die Untersuchungsergebnisse schriftlich fest (Abs. 2). Nicht zwingend erforderlich ist, dass die versicherte Person untersucht wird. Nach Art. 49 Abs. 2 IVV führt der RAD für die Beurteilung der medizinischen Voraussetzungen des Leistungsanspruchs nur "bei Bedarf" selber ärztliche Untersuchungen durch. In den übrigen Fällen stützt er seine Beurteilung auf die vorhandenen ärztlichen Unterlagen ab (BBl 2005 4572 zu Absatz 2). Das Absehen von eigenen Untersuchungen ist somit nicht an sich ein Grund, um einen RAD-Bericht in Frage zu stellen (Urteil des Bundesgerichts 9C_622/2007 vom 9. September 2008 E. 2.2). Dies gilt insbesondere, wenn es im Wesentlichen um die Beurteilung eines feststehenden medizinischen Sachverhalts geht und die direkte ärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt (SVR 2011 IV Nr. 2 S. 7, 9C_904/2009 E. 2.2; SVR 2009 IV 56 174, 9C_323/2009 E. 4.2 und 4.3; Urteil des Bundesgerichts

I 1094/06 vom 14. November 2007 E. 3.1.1 in fine mit Hinweisen; vgl. auch BGE 127 I 54 E. 2e und f). 2.

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