

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00499 vom 9. Januar 2017

ZH Sozialversicherungsgericht, 2017-01-09, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2016.00499

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00499 du 9 janvier 2017

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00499 del 9 gennaio 2017

Erwägungen

E. 1.1

Versicherte haben bis zum vollendeten 20. Altersjahr Anspruch auf die zur Behandlung von Geburtsgebrechen (Art.

E. 1.2

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. 2 Abs.

E. 2

Die Eltern der Versicherten erhoben am 29. April 2016 Beschwerde gegen die Verfügung vom 29. März 2016 (Urk. 2) und beantragten, diese sei aufzuheben und es sei der Versicherten vollumfängliche Kostengutsprache für die am 21. Oktober 2015 in den USA durchgeführte Operation in der Höhe von USD

203'361.30 zuzüglich der Reisekosten zu erteilen (Urk. 1 S. 2). Die IV-Stelle beantragte mit Beschwerdeantwort vom 1. Juni 2016 (Urk. 6) die Abweisung der Beschwerde. Am 3. Oktober 2016 reichten die Eltern der Versicherten eine weitere Stellungnahme (Urk. 9) ein, welche der Beschwerdegegnerin am 18. November 2016 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 10). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin ging in der angefochtenen Verfügung (Urk. 2) davon aus, dass die durch

Dr. med. A. ___ in den USA durchgeführte Operation nicht einfach und zweckmässig gewesen sei. Die Operationsmethode sei ausserdem in der medizinischen Fachwelt immer noch umstritten. Für die Behandlung des Geburtsgebrechens und im Hinblick auf die Eingliederung der Versicherten sei die durchgeführte Superhip -Operation nicht zwingend notwendig gewesen . In der Schweiz hätten alternative beziehungsweise konservative Behandlungsmöglichkeiten offen gestanden. Eine vollständige Kostenübernahme sei daher nicht möglich. Da allerdings auch für eine Exoprothesenversorgung

Operationen angezeigt gewesen wären, werde ein Kostenbeitrag an die Operations- und Hospi talkosten in den USA in der Höhe übernommen, wie sie in der Schweiz angefallen wären (S. 1 f.).

In der Beschwerdeantwort (Urk. 6) führte die Beschwerdegegnerin ergänzend aus, die Notwendigkeit der Superhip -Operation für eine prothetische Versorgung gehe aus den

vorliegenden medizinischen Akten nicht hervor. Zudem sei Dr. A. ___ nicht der einzige Operateur, welcher die Superhip -Operation durch führe. Dr. med. B. ___ aus Deutschland führe ebenfalls solche Operationen durch (S. 2).

E. 2.2

Demgegenüber stellten sich die Eltern der Versicherten auf den Standpunkt (Urk. 1), die Durchführung der Superhip -Operation sei von allen konsultierten Experten empfohlen worden. Der Begründer dieser Methode,

Dr. med. A. ___ aus den USA, sei weltweit der einzige operierende Arzt mit langjähriger positiver Erfahrung (S. 4 f.) . Zur Verbindung des Pseudogelenks zwischen Hüftkopf und Oberschenkelanteilen habe es zwingend einer operativen Hüftrekonstruktion mittels einer Superhip -Operation bedurft. Die weitere prothetische und orthetische Versorgung wäre ohne diese Operation, welche in der Schweiz nicht durchführbar sei, nicht möglich oder zumindest deutlich erschwert gewesen (S.

6). Die durchgeführte Superhip -Operation sei sowohl einfach als auch zweck mässig und zwingend erforderlich gewesen. Eine orthoprothetische Versorgung stelle keine äquivalente Alternative dar (S. 9). Die verfügte Kosten limitierung sei willkürlich (S. 12).

Mit ergänzender Stellungnahme (Urk. 9) bestritten die Eltern der Versicherten sodann, dass Dr. B. ___ genügend Expertise und Erfahrung mit der Superhip-Operation vorweisen könne. Die Behauptung der Beschwerdegegnerin beruhe auf nicht seriösen Abklärungen. Zudem habe Dr. B. ___ die Versicherung nie untersucht. Auch werde nicht dargelegt, wie hoch die Operationskosten in Deutschland ausgefallen wären (S. 1 f.).

E. 2.3

Strittig und zu prüfen ist der Anspruch der Versicherten auf vollständige Kosten übernahme für die im Ausland durchgeführte medizinische Massnahme. 3.

E. 3

GgV).

Der darin enthaltende Verhältnismässigkeitsgrundsatz beschlägt die Relation zwischen den Kosten der medizinischen Massnahme einerseits und dem mit der Eingliederungsmassnahme verfolgten Zweck andererseits. Dieser Aspekt der finanziellen Angemessenheit ist mit dem Kriterium der Einfachheit gemeint, wogegen die Zweckmässigkeit namentlich voraussetzt, dass die Massnahme unter medizinischen und praktischen Gesichtspunkten geeignet ist, bei der versicherten Person zum angestrebten Erfolg zu führen. Eine rein betragsmässige Begrenzung der notwendigen Massnahme kommt recht sprechungsgemäss nur dann in Frage, wenn zwischen der Massnahme und dem Eingliederungszweck ein derart krasses Missverhältnis bestünde, dass sich die Übernahme der Eingliederungsmassnahme schlechthin nicht verantworten liesse. Zu beachten ist, dass die Geburtsgebrechen bei der Invalidenversicherung eine Sonderstellung einnehmen. Denn Versicherte können gemäss Art.

E. 3.1

2

RAD-Ärztin Dr. I. ___ gab mit Stellungnahme vom 23. Februar 2016 an, aus medizinischer Sicht sei nachvollziehbar, dass die Exoprothesenversorgung mit zunehmender Körpergrösse

immer schwerfälliger geworden wäre. Dies werde allerdings durch

Dr. C.____ nicht konkret geschildert. Die nun stabile Verbindung zwischen Oberschenkelkopf und –schaft schaffe bessere Voraussetzungen für eine Orthoprothesenversorgung . Eine solche könne nun aller Voraussicht nach am Oberschenkel ansetzen. Die fehlende stabile Verbindung habe sich erst während der Operation gezeigt (vgl. Urk. 7/165 S. 4 f.). 4. 4.1

Aus den medizinischen Akten ergibt sich, dass die Versicherte an einer schwer wie genden Fehlstellung der linken unteren Extremität mit einem ange borenen proximalen Femurdefekt sowie Fehlstellungen im Hüft-, Knie und Sprung gelenksbereich leidet . Auffällig dabei ist insbesondere auch die deutliche Aussenrotation des Beines. Die prognostizierte Beinlängendifferenz nach Abschluss des Wachstums betr ägt zirka 30-40 cm (vgl. Urk. 7/8 S. 2 Ziff. 1.1; Urk. 7/37 S. 1; Urk. 7/63/1-2 S. 1; Urk. 7/63/3-4 S. 1; Urk. 7/63/5-8 = Urk. 7/65 S. 1; Urk. 7/88/19-20 S. 1; Urk. 7/141/1). Das Vorliegen der Geburtsgebrehen Ziff. 177 und Ziff. 183 gemäss GgV -Anhang ist unbestritten, wobei die Beschwerdegegnerin der Versicherten auch bereits mehrere Kostengutsprachen für die Behandlung dieser Geburtsgebrehen erteilte (vgl. Urk. 7/13-14, Urk. 7/20-21, Urk. 7/32, Urk. 7/48, Urk. 7/57). Ebenso unbestritten ist, dass das Leiden der Versicherten grundsätzlich behandlungsbedürftig ist und medizini sche Massnahmen angezeigt sind.

Zwischen den Parteien umstritten ist allerdings, ob die im Oktober 2015 in den USA bereits durchgeführte rekonstruktive Operation einschliesslich der Superhip 2-Methode (vgl. O perationsbericht vom 2 1. Oktober 2015, Urk. 7/130) nach bewährter Erkenntnis der Wissenschaft angezeigt ist und den therapeutischen Erfolg in einfacher und zweckmässiger Weise anstrebt . Dabei stellt sich eben falls die Frage nach möglichen Alternativoptionen, welche auch in der Schweiz zur Verfügung gestanden hätten (vgl. vorstehend E. 1. 2-1.3). 4.2

Die konsultierten Fachärzte waren überein stimmend der Ansicht , dass die Superhip 2-Methode in der Schweiz mangels eines entsprechenden Spezialisten nicht hätte durchgeführt werden können und Dr. A.____ diesbezüglich den grössten Erfahrungsschatz aufweise (vgl. Urk. 7/37 S. 1; Urk. 7/63/1-2 S. 2; Urk. 7/63/3-4 S. 2). Anhand der vorliegenden medizinischen Akten lässt sich allerdings nicht abschliessend beurteilen, ob die vorgenommene Superhip 2 Methode auch tatsächlich notwendig war und den therapeutischen Erfolg in einfacher und zweckmässiger Weise anstrebt . So erachtete insbesondere Prof.

E.____ zunächst eine Exoprothesenversorgung bis zum Abschluss des Wachs tums mit einer allfälligen operativen Korrektur als mögliche Therapie option . Er unter stützte den Wunsch der Eltern der Versicherten für die Super hip-Operation lediglich aufgrund der fehlenden Akzeptanz der bestehenden Hypoplasie mit Exoprothesenversorgung . Dabei wies er ebenfalls auf die mögliche n Risiken bis hin zur Notwendigkeit der Amputation bei Minder perfusion hin (vgl. Urk. 7/63/1-2 S. 2).

Auch Dr. C.____ wies ursprünglich darauf hin, dass die möglichen therapeutischen Massnahmen in der medizi nischen Fachwelt sehr kontrovers diskutiert würden und es lediglich einzelne Chirurgen weltweit gäbe, welche ein chirurgisches Vorgehen präferieren würden, wogegen der grössere Anteil der Orthopäden von chirurgischen Mass nahmen grundsätzlich eher abrate, da sich dadurch kein sicheres günstiges funktionelles Ergebnis erreichen lasse (vgl. Urk. 7/37 , vgl. auch Urk. 7/40).

In den

nach folgenden Berichten lässt sich zwar teilweise

erkennen, dass die Durchführung einer Hüftoperation respektive eine Korrektur der Aussenrotation des linken Beines als notwendig erachtet wurde, dies insbesondere auch zur Orthoprothesenversorgung (vgl. Urk. 7/63/3-4 S. 2; Urk. 7/99 S. 4 f. = Urk. 7/106 S. 4 f.; Urk. 7/141/1; Urk. 7/153). Während die Achseneinstellung zur Exoprothesenversorgung

auch von der Beschwerdegegnerin als notwendig erachtet wurde (vgl. Urk. 7/168 S. 3), bleibt die Notwendigkeit einer Hüftrekonstruktion und dabei insbesondere die Anwendung der Superhip-Methode – trotz zweimaligem Nachfragen bei Dr. C.____ (vgl. Urk. 7/152, Urk. 7/154) – weiter hin unklar. So gab Dr. C.____ an, dass es sich bei der durchgeführten Superhip-Methode um die aufwändigste Variante handle, weil während dieser Operation auch die Pseudoarthrose am Schenkelhals fusioniert und der Hüftkopf mobilisiert werde (vgl. Urk. 7/153). Hieraus ergibt sich allerdings nicht, dass keine andere

einfache und zweckmässige Behandlungsvariante

in der Schweiz möglich gewesen wäre. Insbesondere kann

anhand der vorliegenden medizinischen Aktenlage nicht beurteilt werden, ob für eine Orthoprothesenversorgung

allenfalls eine Korrektur der Aussenrotation des linken Beines ausreichend gewesen wäre, oder ob auch eine Hüftrekonstruktion und dabei zwingend die Superhip-Methode zu erfolgen hatte. Aus den Ausführungen von Prof. G.____ sowie Dr. C.____, wonach die Voraussetzungen für eine Prothesenversorgung mit der erfolgreich durchgeführten Superhip-Operation deutlich günstiger seien als aktuell respektive die Orthoprothesenversorgung ohne die Superhip-Operation aufwändiger beziehungsweise zu einer ungünstigeren Mobilität geführt hätte (vgl. Urk. 7/63/3-4 S. 2; Urk. 7/158), lässt sich nicht schliessen, dass eine Prothesenversorgung ohne die Superhip-Operation nicht möglich gewesen wäre. So gab Dr. C.____ auch an, dass ohne Stabilisierung der Hüfte eine sehr aufwändige Orthoprothesenversorgung mit Einfassung des Beckens hätte stattfinden müssen (vgl. Urk. 7/158).

Die möglichen Behandlungsvarianten lassen sich anhand der vorliegenden Akten nicht abschliessend beurteilen. 4.3

Nach dem Gesagten ergibt sich somit, dass sich die vorliegende Aktenlage für die abschliessende Beurteilung als unzulänglich erweist, weshalb die angefochtene Verfügung aufzuheben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurück zuweisen ist, damit diese nach ergänzender Abklärung eine neue Beurteilung vornehme und über den Anspruch neu verfüge. In diesem Sinne ist die Beschwerde gutzuheissen. 5. 5.1

Da es im vorliegenden Verfahren um die Bewilligung oder Verweigerung von IV-Leistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr. 7 00.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie der unterliegenden Beschwerdegegnerin aufzuerlegen. 5.2

Nach ständiger Rechtsprechung gilt die Rückweisung der Sache an die Verwaltung zur weiteren Abklärung und neuen Verfügung als vollständiges Obsiegen (BGE 137 V 57 E. 2.2), weshalb die vertretenen Eltern der Versicherten Anspruch auf eine

Prozessentschädigung haben. Die Prozessentschädigung ist gemäss Art. 61 lit. g ATSG in Verbindung mit § 34 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) – ohne Rücksicht auf den Streitwert – nach der Bedeutung der Streitsache, nach der Schwierigkeit des Prozesses und dem Mass des Obsiegens zu bemessen.

Unter Berücksichtigung der vorgenannten Bemessungskriterien und beim ab 1. Januar 2015 für Rechtsanwälte gerichtswöhnlichen Stundenansatz von Fr. 220.-- (zuzüglich MWSt) ist die Prozessentschädigung vorliegend auf Fr. 3'000.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) festzusetzen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass die angefochtene Verfügung vom 29. März 2016 aufgehoben und die Sache an die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zurückgewiesen wird, damit diese, nach erfolgter Abklärung im Sinne der Erwägungen, neu verfüge. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 700.-- werden der Beschwerdegegnerin auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3.

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, Y.____ und Z.____ ,

eine Prozessentschädigung von Fr. 3'000.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Patrick Lerch - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 5.

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 Mosimann Meierhans

E. 3.2

Mit Schreiben vom 14. Juni 2013 (Urk. 7/37) gab Dr. C.____ an, dass bei der Versicherten eine sehr hochgradige Fehlbildung des linken Beines mit einer sehr ausgeprägten Verkürzung vorliege und mehrere Fehlstellungen im Hüft-, Knie- und Sprunggelenksbereich bestünden. Die Prognose der endgültigen Beinlängendifferenz (BLD) betrage 30- 40 cm. Die zuletzt durchgeführte Magnetresonanztomographie (MRI) zeige, dass ein Hüftkopfkern angelegt sei. Allerdings sei noch nicht sicher, ob sich dieser in der Pfanne bewege. Zudem bestehe eine grosse Strecke nicht verknöcherten Areals im Schenkelhalsbereich. Der Oberschenkelknochen sei ausgeprägt verkürzt. In der medizinischen Fachwelt würden die vorliegende Situation und vor allem die möglichen

therapeutischen Massnahmen sehr kontrovers diskutiert. Es gebe einzelne Chirurgen weltweit, welche in dieser Situation ein chirurgisches Vorgehen präferieren würden. Der weitaus grössere Anteil der Orthopäden rate grundsätzlich eher von chirurgischen Massnahmen ab, da sich dadurch kein sicher es günstiges funktionelles Ergebnis erreichen lasse. Diese Orthopäden würden zu einer orthoprothetischen Versorgung raten, welche möglicherweise durch einzelne achsenkorrigierende Massnahmen unterstützt werden könne. Dr. C. ___ gab schliesslich an, dass ihm schweizweit kein Chirurg bekannt sei, welcher diese aufwändigen

rekonstruktiven Massnahmen für das Hüftgelenk und das Kniegelenk durchführe. Er stelle sich die Frage, ob dieser grosse chirurgische Aufwand mit relativ komplikationsträchtigen Operationen gefolgt von mehreren Verlängerungsoperationen für das Kind einen Benefit

darstelle (S.

1).

E. 3.3

Dem englischsprachigen Bericht vom 21. April 2013 (Urk. 7/88/19-20) von Dror

A. ___, MD, FRCSC, West Palm Beach, Florida (USA), ist im Wesentlichen Folgendes zu entnehmen (S. 1): „Eden was born

with

congenital

femoral

deficiency. Based on the MRI, it

is

either a A. ___ type 2B or

A. ___ type 3B. We

spent a long time discussing

lengthening

reconstruction

surgery (LRS). LRS would

require

starting

with

the

superhip 2 procedure.“

E. 3.4

Prof. Dr. med. E. ___, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, sowie Dr. med. F. ___, Assistenzärztin, diagnostizierten mit Bericht vom 4. Dezember 2013 (Urk. 7/63/1-2) einen proximalen femoralen Längsdefekt links. Es

sei eine erhebliche Hypoplasie des linken Femurs bei nahezu seitengleicher Unterschenkellänge beidseits sowie einem 5-strahlig angelegten Fuss zu erkennen. Nach Abschluss des Wachstums sei eine Längendifferenz von zirka 30 cm femoral zu erwarten (S. 1). Es bestünden folgende zwei Therapieoptionen (S. 2): - eine Exoprothesenversorgung bis zum Abschluss des Wachstums, gegebenenfalls im Verlauf operative Korrektur, sodass eine suffiziente selbständige Mobilität mittels Exoprothese erzielt werden könne. Dies setze jedoch die Akzeptanz der Eltern und des Kindes für die verbleibende Anomalie voraus; - eine Super hip -Operation und nachfolgende Verlängerung femoral, so dass eine nahezu seitengleiche Beinlänge gegebenenfalls möglich wäre, was zum jetzigen Zeitpunkt allerdings nur eingeschränkt beurteilbar sei. Zu erwarten sei jedoch sicher eine erhebliche motorische Einschränkung mit zunehmender Beinverlängerung sowie gegebenenfalls resultierende, im Rahmen der zu erwartenden repetitiven Verlängerungsoperationen, bestehende neurovaskuläre Beschwerden mit möglichen Dauerfolgen bis hin zur Notwendigkeit der Amputation bei Minderperfusion. Die Eltern der Versicherten würden ausdrücklich eine Beinverlängerung wünschen. Eine Akzeptanz der bestehenden Hypoplasie mit Exoprothesenversorgung – wie sie optional ebenfalls möglich wäre – schein nicht möglich, wes halb der Wunsch der Eltern nach der Super hip -Operation unterstützt werde. Der grösste diesbezügliche Erfahrungsschatz liege bei Dr. A.____ vor (S. 2).

E. 3.5

Dem

englischsprachigem Bericht vom 17. Februar 2014 (Urk. 7/63/5-8 = Urk. 7/65) von

Dr. A.____

ist im Wesentlichen Folgendes zu entnehmen (S. 1): „We

can

see an excellent

femoral

head

ossific

nucleus

and a well- developed

acetabulum on the

left

side. The femur

has

ossified

and

we

can
now
classify
as a 3A A.____ type of
congenital
femoral
deficiency . The plan will be
that at the
age
of 4, we will perform super hip 2 procedure . The child will then
require
serial
lengthenings
to
equalize her leg length . I developed
this
procedure in 2001, and
to
date , I am the
only
surgeon
who
has
performed
this
operation
successfully
and
frequently .“

E. 3.6

Univ. Prof. Dr. med. G.____ , Abteilung für Kinderorthopädie und Fusschirurgie , H.____ ,
führte mit Bericht vom 26. Juni 2014 (Urk. 7/63/3-4) als Diagnose eine ausgeprägte
Fehlbildung der gesamten linken unteren Extremität mit Schwerpunkt im Bereich des
Femurs auf (S. 1). Es liege eine schwerste Beinlängendifferenz mit extremer Verkürzung
des Oberschenkels und massiver Hüftgelenkspathologie vor . Die bis zum Wachstumsende

berechnete Längendifferenz betrage 35 cm. Die operativen Möglichkeiten der Extremitätenrekonstruktion seien unter Hinweis auf alle möglichen Komplikationen sowie eventuell auftretenden Schwierigkeiten und Risiken ausführlich besprochen worden. Der von Dr. A. ___ vorgelegte Plan erscheine zumindest im ersten Schritt sinnvoll, wonach eine Hüfteinstellung (Superhip -Methode) durchgeführt und gleichzeitig die Beugekorrektur des Kniegelenks aufzulösen und zu korrigieren sei. Die Voraussetzungen für eine Prothesenversorgung seien bei einer erfolgreichen Operation deutlich günstiger als aktuell. Es bestehe in diesem Fall weiterhin die Option ein Verlängerungsprogramm mit mehreren Operationsschritten bis zum Beinlängenausgleich durchzuführen. In Bezug auf die Rekonstruktion des Hüftgelenks im Rahmen eines angeborenen Femurdefekts (Superhip -Methode) habe Dr. A. ___

sicherlich die grösste Erfahrung. Er unterstütze daher den Wunsch der Eltern , die Operation an dessen Klinik in Florida durchführen zu lassen (S. 2).

E. 3.7

Mit Verlaufsbericht vom 17. März 2015 (Urk. 7/141/1) informierte Dr. C. ___ , dass sich im Gesamtstatus der linken unteren Extremität keine wesentliche Veränderung ergeben habe. Das Bein sei weiterhin mit dem sehr ausgeprägt verkürzten Femur deutlich aussenrotiert. Das Streckdefizit des linken Knies betrage gut 40°. Die Unterschenkel- und Fusspositionierung seien gut. Die Kraft der Tibialis - anterior - Sehne beziehungsweise die Fusshebung und Plantarflexion seien sehr gut. Die BLD betrage aktuell 15 cm. Die geplante Hüftrekonstruktion bei Dr. A. ___ sei aufgrund mehrerer Vorgutachten das zu präferierende Vorgehen in dieser Situation, um primär die Achseneinstellung des linken Beines zu verbessern. Über extremitätenverlängernde

Möglichkeiten müsse in einem zweiten Schritt nachgedacht werden. Auch über eine mögliche Adaption der Orthoprothese sollte diskutiert werden. Bei sehr gut funktionierendem oberem Sprunggelenk beziehungsweise Fuss könnte diese Beweglichkeit als Kniegelenksbewegungsmöglichkeit eingesetzt werden.

E. 3.8

Dr. med. I. ___ , Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin, Regionaler Ärztlicher Dienst (RAD), kam mit Stellungnahme vom 14. April 2015 zum Schluss, dass die Aussenrotation des linken Beines auf den eingereichten Bildern gut zu erkennen sei. Ausserdem sei neben dem ausgeprägten knöchernen Defekt auch das begleitende Defizit im muskulären Bereich zu sehen. Dieser Aspekt müsse bei der Planung des weiteren Vorgehens ebenfalls bedacht werden . Auch bei einem optimalen Verlauf der operativen Massnahmen sei nicht klar, ob die Muskulatur vorhanden sei beziehungsweise sich entsprechend entwickle, damit auch eine befriedigende Funktion entstehe. Es scheine auch nach Einholung der Zweitmeinungen bei eher konservativ eingestellten leitenden Kinderorthopäden indiziert zu sein , zunächst die Aussenrotation des linken Beines zu korrigieren, weil dadurch mit zunehmendem Körperwachstum auch die Prothesenversorgung stark behindert werde. Die Ärzte hätten übereinstimmend beurteilt, dass diese Operation bei Dr. A. ___ stattfinden solle, da in der Schweiz keine entsprechenden Erfahrungen vorlägen. Dies könne aus Sicht des RAD nachvollzogen werden. Zur weiteren Beurteilung seien die Akten dem Bundesamt für Sozialversicherungen (BSV) vorzulegen (vgl. Urk. 7/99 S. 4 f. = Urk. 7/106 S. 4 f.).

E. 3.9

Mit Schreiben vom 23. Juni 2015 (Urk. 7/79) nahm en

J.____, Bereichsleiterin, sowie K.____, BSV-Ärztin, Stellung zur fraglichen Kostenübernahme der geplanten operativen Korrektur. Dabei kam en sie zum Schluss, dass die Operationsmethode von Dr. A.____ gemäss Aussagen der Orthopäden der D.____ im Jahr 2013 in der medizinischen Fachwelt immer noch umstritten und mit Komplikationen zu rechnen sei en. Die Operationsmethode von Dr. A.____ sei daher weder einfach noch zweckmässig. Der Beschwerdegegnerin werde empfohlen, den Eltern der Versicherten in diesem Einzelfall entgegenzukommen und für die erste Operation bei Dr. A.____ einen Beitrag an die Hospitalisations- und Rehabilitationskosten zu übernehmen. Zusätzlich könne die Beschwerdegegnerin einen Beitrag an die Transportkosten für das Kind und einen Elternteil übernehmen. Die Beitragshöhe dürfe die Höhe der Kosten nicht übersteigen, welche bei einer Exoprothesenversorgung und Operation zur Korrektur der Beinlängendifferenz in der Schweiz anfallen würden. Da die Operation weder einfach noch zweckmässig sei, sei den Eltern mitzuteilen, dass die Beschwerdegegnerin für allfällige Komplikationen infolge der Operation keine Verantwortung übernehme (S. 2).

E. 3.10

Am 21. Oktober 2015 wurde die Versicherte schliesslich durch Dr. A.____ an der linken Hüfte und am linken Knie operiert (vgl. englischsprachiger Operationsbericht vom 21. Oktober 2015, Urk. 7/130).

E. 3.11

Mit Schreiben vom 11. Januar 2016 (Urk. 7/153) gab Dr. C.____ an, dass eine sinnvolle Orthoprothesenversorgung bei der schwerwiegenden Fehlstellung der linken unteren Extremität kaum mehr möglich gewesen wäre und daher in jedem Fall eine Hüftrekonstruktion haben müssen. Die durchgeführte Superhip-Operation sei die aufwändigste Variante, weil während dieser Operation auch die Pseudoarthrose am Schenkelhals fusioniert und der Hüftkopf mobilisiert werde. Bei einem optimalen Verlauf dieser Operation sei ein optimales funktionelles Ergebnis im Hinblick auf die zugrunde liegende Problematik zu erwarten. Damit werde auch die weitere Orthesenversorgung erleichtert. Um überhaupt eine Orthesenversorgung

zu ermöglichen, wären operative Eingriffe notwendig gewesen. Der bei der Versicherten durchgeführte Eingriff wäre in der Schweiz nicht möglich gewesen. Ihm sei kein kinderorthopädischer Kollege bekannt, welcher diese Operation durchführe. Die Versicherte habe für den Moment die optimale Therapie mit höchstwahrscheinlich entscheidendem Benefit für ihr weiteres Leben erhalten. Das Vorgehen sei seiner Ansicht nach höchst unterstützenswert.

Mit ergänzendem Schreiben vom 11. Februar 2016 (Urk. 7/158) konkretisierte Dr. C.____ seine Ausführungen dahingehend, dass eine Orthoprothesenversorgung bei der Versicherten ohne Stabilisierung der Hüfte nicht möglich gewesen wäre beziehungsweise eine sehr aufwändige Orthoprothesenversorgung mit Einfassung des Beckens hätte stattfinden müssen. Dies hätte zu keiner günstigen Situation beziehungsweise zu keiner guten Mobilität geführt. Wie sich herausgestellt habe, sei der Hüftkopf im Hüftgelenksbereich mobilisierbar gewesen, allerdings habe sich ein Pseudogelenk zwischen dem Hüftkopf und den Oberschenkelanteilen gezeigt, welches durch die Superhip-Operation habe korrigiert beziehungsweise verbunden werden können. Dieses

Vorgehen sei nur durch diese Operation erreichbar gewesen . Somit liege keine vergleichbare Operation vor und die vorgenommene Super hip - Operation stelle die optimale Therapieoption für diese Problematik dar .

E. 8

Abs. 2 in Verbindung mit Art.

E. 13

Abs. 1 IVG bis zum vollendeten 20. Altersjahr unabhängig von der Möglichkeit einer späteren Eingliederung in das Erwerbsleben die zur Behandlung notwendigen medizinischen Massnahmen beanspruchen. Eingliederungszweck ist die Behebung oder Milderung der als Folge eines Geburtsgebrechens eingetretenen Beeinträchtigung (vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C_881/2015 vom 22. April 2016 E. 3.3 und 8C_664/2014 vom 21. Mai 2015 E. 2.2).

Nach der Rechtsprechung gilt eine Behandlungsart dann als bewährter Erkenntnis der medizinischen Wissenschaft entsprechend, wenn sie von Forschern und Praktikern der medizinischen Wissenschaft auf breiter Basis anerkannt ist. Das Schwergewicht liegt auf der Erfahrung und dem Erfolg im Bereich einer bestimmten Therapie. Die für den Bereich der Krankenpflege entwickelte Definition der Wissenschaftlichkeit findet prinzipiell auch auf die medizinischen Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung Anwendung. Eine Vorkehrung, die mangels Wissenschaftlichkeit nicht durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung zu übernehmen ist, kann grundsätzlich auch nicht als medizinische Massnahme nach Art. 12 oder 13 IVG zu Lasten der Invalidenversicherung gehen. Die in diesem Sinn lautende, zum KUVG ergangene Rechtsprechung ist unter der Herrschaft des seit 1. Januar 1996 geltenden KVG weiterhin anwendbar. Medizinische Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung (Art. 12 und 13 IVG) sowie Analysen und Arzneimittel (Art. 4 bis

der Verordnung über die Invalidenversicherung, IVV) werden somit nur unter der Voraussetzung gewährt, dass sie wissenschaftlich anerkannt sind. Auch in der Invalidenversicherung gilt das fundamentale Prinzip der wissenschaftlich nachgewiesenen Wirksamkeit (vgl. dazu BGE 129 V 167 E. 3.2 mit Hinweisen), das heisst der wissenschaftlichen Anerkennung (BGE 125 V 21 E. 5a in fine , 123 V 53 E.

2b/cc; Urteil des Bundesgerichts I 519/03 vom 11. Dezember 2003 E. 5.1; zum Ganzen: Urteil des Bundesgerichts I 19/03 vom 29. Januar 2004 E.

2.4). Die Beurteilung der Wirksamkeit hat aufgrund einer vom einzelnen Anwendungsfall losgelösten retrospektiven allgemeinen Bewertung der mit einer diagnostischen oder therapeutischen Massnahme erfahrungsgemäss erzielten Ergebnisse zu erfolgen (BGE 125 V 21 E. 5a in fine , 123 V 53 E. 2b/cc; vgl. auch BGE 133 V 115 E. 3.2.1; AHI 2001 S. 76 f. E. 1b je mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts I 601/06 vom 12. März 2008 E. 5.1 mit Hinweisen). 1. 3

Die Eingliederungsmassnahmen werden in der Schweiz, ausnahmsweise auch im Ausland, gewährt (Art. 9 Abs. 1 IVG). Erweist sich die Durchführung einer Eingliederungsmassnahme in der Schweiz als unmöglich, insbesondere weil die erforderlichen Institutionen oder Fachpersonen fehlen, so übernimmt gemäss Art. 23 bis

IVV die Versicherung die Kosten einer einfachen und zweckmässigen Durchführung im Ausland (Abs. 1). Die Versicherung übernimmt die Kosten für eine einfache und zweckmässige Durchführung medizinischer Massnahmen, die notfallmässig im Ausland durchgeführt werden (Abs. 2). Wird eine Eingliederungsmassnahme aus anderen beachtlichen Gründen im Ausland durchgeführt, so vergütet die Versicherung die Kosten bis zu dem Umfang, in welchem solche Leistungen in der Schweiz zu erbringen gewesen wären (Abs. 3).

2.

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