

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.01089 vom 4. Juni 2019**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2019-06-04, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2017.01089](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2017.01089)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.01089 du 4 juin 2019

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.01089 del 4 giugno 2019

## **Erwägungen**

### **E. 1**

8. Mai 2015 e inen Beitrag an den Rollstuhl ( Urk. 6/629). Buggy und Sitzschalen wurden dem Hilfsmitteldepot retourniert ( Urk. 6/512 +5 13 , Urk. 6/634 und Urk. 6/791 ).

Aufgrund eines Antrags vom April 2016 ( Urk. 6/720 und Urk. 6/721) und der Empfehlung der A.\_\_\_\_ vom 2 9. April 2016 ( Urk. 6/726) sprach die IV-Stelle dem Versicherten sodann am 1 9. Mai 2016 die Übernahme der Kosten eines Patientenhebers zu und hielt fest, diese Kostenübernahme ersetze das Elektrobett, das ihm mit der Verfügung vom 2 7. Mai 2014 als Transferhilfe zugesprochen worden sei ( Urk. 6/730 ).

### **E. 1.1**

X.\_\_\_\_ , geboren 2008, leidet an einer angeborenen spinalen Muskelatrophie Typ I (Berichte des Kantonsspitals Z.\_\_\_\_ vom 2 7. Januar und vom 24. Februar 2009, Urk. 6/11 und Urk. 6/20). Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich (SVA), IV-S telle, qualifizierte dieses Lei den als heredo -degenerative Erkrankung des Nervensystems nach Ziffer 383 des Anhangs zur Verordnung über die Geburtsgebrechen ( GgV ) und sprach dem Versicherten im Laufe der Zeit medizinische Massnahmen (einschliesslich Spitex , Physiotherapie, Ergotherapie und Behandlungsgeräte) , Hilfsmittel, eine Hilfloosenentschädigung , einen Intensivpflegezuschlag und einen Assistenzbeitrag zu (Dossier der Invalidenversicherung, Urk. 6/1-840).

### **E. 1.2**

Mit Verfügung vom 1 7. Mai 2010 wies die IV-Stelle ein Gesuch der Eltern de s v ersicherten Kindes um Übernahme der Kosten für ein mobiles, in der Höhe verstellbares Elektro- Kinderbett ab ( Urk. 6/159). In Auseinandersetzung mit den verschiedenen Rechtstiteln der Kostenübernahme hob das Sozialversicherungs gericht die Verfügung mit Urteil vom 2 6. September 2011 auf und wies die Sache zu r Abklärung ihrer Leistungspflicht unter dem Aspekt der Hilfsmittelkategorie «Rollstühle» der Hilfsmittelliste

an die IV-St elle zurück (Urk. 6/268; Prozess Nr. IV.2010.00571).

Während des hängigen Gerichtsverfahrens zur Verfügung vom 1 7. Mai 2010 hatte die IV-Stelle dem Versicherten am 2 2. Dezember 2010 ein Liegefahrgeste ll mit Vakuumbett gewährt ( Urk. 6/210). Unter Hinweis auf diese Zusprache lehnte es die IV-Stelle mit Verfügung vom 2 3. Februar 2012 erneut ab, das Elektrobett zu finanzieren ( Urk. 6/325). Die Verfügung blieb unangefochten.

Des Weiteren hatte die IV-Stelle dem Versicherten am 30. Oktober und am 6. Dezember 2011 ein Zimmeruntergestell zu einem Buggy und einen Kostenbeitrag an einen Buggy zugesprochen ( Urk. 6/281 und Urk. 6/301). Hingegen lehnte sie mit Verfügung vom 13. April 2012 das Gesuch um Übernahme der Kosten für eine zweite Sitzschale, die zusätzlich zu derjenigen des Buggy angeschafft und auf dem Zimmeruntergestell angebracht werde ( Stellungnahme der Hilfsmittelberatung A.\_\_\_\_, Urk. 7/315) ab ( Urk. 6/342). Mit Urteil vom 3. April 2013 hob das Sozialversicherungsgericht diese Verfügung auf und wies die Sache auch diesmal zu weiteren Abklärungen, namentlich zur genauen Zweckbestimmung der Sitzschalen, an die IV-Stelle zurück ( Urk. 6/432; Prozess Nr. IV.2012.00543) . In der Folge übernahm die IV-Stelle die Kosten für die zweite Sitzschale (Mitteilung vom 10. März 2014, Urk. 6/528). Das Gestell mit Vakuumbett war schon im März 2012 wieder retourniert worden ( Urk. 6/337).

### **E. 1.3**

Mit Schreiben vom 19. Februar 2013 war die Mutter des versicherten Kindes mit einem neuen Antrag auf Übernahme der Kosten eines Pflegebettes an die IV-Stelle gelangt ( Urk. 6/412). Mit Vorbescheid vom 3. Juni 2013 hatte die IV-Stelle zunächst die Abweisung des Antrags in Aussicht gestellt ( Urk. 6/443), wogegen die Mutter am 4. Juni 2013 Einwendungen erhob ( Urk. 6/446). Die IV-Stelle hatte daraufhin bei ihr ergänzende Angaben eingeholt (Anfrage vom 10. Juni 2013, Urk. 6/451; Antwortschreiben vom 20. Juni 2013, Urk. 6/460) und hatte die Beurteilung der A.\_\_\_\_ vom 28. August 2013 veranlasst ( Urk. 6/478; Schreiben vom 9. Juli 2013, Urk. 6/463). Mit den Verfügungen vom 27. Mai und vom 5. August 2014 sprach sie dem Versicherten in der Folge einen Beitrag an die Kosten des Elektrobettes zu ( Urk. 6/552 und Urk. 6/569; Feststellungsblatt in Urk. 6/551).

Im November 2014 stellten die Eltern des versicherten Kindes den Antrag auf Übernahme der Kosten für einen Spezial-Rollstuhl ( Urk. 6/592-597) . Gestützt auf die Empfehlung der A.\_\_\_\_ vom 16. März 2015 ( Urk. 6/614) gewährte die IV-Stelle dem Versicherten am

### **E. 1.4**

Schon am 16. Juli 2015 hatte die Mutter des versicherten Kindes die IV-Stelle um Finanzierung eines bereits angeschafften elektrisch bedienbaren und verstellbaren Intensivkrankenbettes samt Antidekubitusmatratze

ersucht, welches das bisherige Kinderkrankenbett ersetze ( Urk. 6/636/6; vgl. auch Urk. 6/726/1 sowie

die Auftragsbestätigung der B.\_\_\_\_ GmbH vom 8. Mai 2015, Urk. 6/636/7-9, die Rechnung vom 3. Juni 2015, Urk. 6/742, und die Produktbeschreibung in Urk. 6/636/10-18) .

Die IV-Stelle befragte das Spital C.\_\_\_\_, Dr. med. D.\_\_\_\_, zur medizinischen Notwendigkeit des Bettes (Bericht vom 29. September 2016, Urk. 6/755) und holte die Beurteilung der A.\_\_\_\_ vom 20. September 2016 ein ( Urk. 6/750). Da diese Beurteilung ablehnend ausfiel, informierte die IV-Stelle die Mutter des versicherten Kindes mit Vorbescheid vom 6. Oktober 2016 über den geplanten Entscheid dieses Inhalts ( Urk. 6/754 ).

Diese erhob mit Eingabe vom 24. Oktober 2016 Einwendungen ( Urk. 6/757). Die IV-Stelle unterbreitete die Sache nochmals der A.\_\_\_\_

(Beurteilung vom 6. Februar 2017 , Urk.

## **E. 6**

/782) , liess ihren RAD-Arzt Prof. Dr. med.

E.\_\_\_\_ , Facharzt für Kinder-und Jugendmedizin, zur Wirkungsweise der Antidekubitusmatratze im Falle des Geburtsgebrechens des Versicherten Stellung nehmen ( Urk. 6/796) und befragte die Mutter zum Gebrauch von Bett und Rollstuhl (Anfrage vom 18. April 2018, Urk. 6/797; Antwortschreiben vom 3. Mai 2017, Urk. 6/802). Mit Verfügung vom 11. September 2017 entschied die IV-Stelle im Sinne ihres Vorbescheids und lehnte die Übernahme der Kosten des

Intensivkrankenbettes und der Matratze ab ( Urk. 2 = Urk. 6/831). 2.

Gegen die Verfügung vom 11. September 2017 liess die Mutter des Versicherten, vertreten durch Rechtsanwalt Adrian Zogg , mit Eingabe vom 10. Oktober 2017 Beschwerde erheben ( Urk. 1) und beantragen, die Verfügung sei aufzuheben und die IV-Stelle sei zu verpflichten, dem Versicherten die gesetzlichen Leistungen auszurichten, insbesondere sei sie zu verpflichten, ihm die Kosten für ein Intensiv-Krankenbett zu vergüten ( Urk. 1 S. 2). Die IV-Stelle schloss in der Beschwerdeantwort vom 15. November 2017 auf Abweisung der Beschwerde ( Urk. 5). In der Replik vom 1. März 2018 liess die Mutter des Versicherten an ihrem Antrag festhalten ( Urk. 11). Die IV-Stelle verzichtete mit Eingabe vom 28. März 2018 auf die Erstattung einer Duplik ( Urk. 14), wovon die Gegenpartei mit Verfügung vom 29. März 2018 in Kenntnis gesetzt wurde ( Urk. 15).

Auf die Ausführungen der Parteien und die eingereichten Unterlagen wird, soweit erforderlich, in den Erwägungen eingegangen. Die Einzelrichterin zieht in Erwägung: 1.

Strittig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin die Kosten des Intensivkrankenbettes samt Antidekubitusmatratze , das die Eltern des Versicherten im Jahr 2015 erworben hatten, zu übernehmen hat. Gemäss der Rechnung vom 3. Juni 2015 belaufen sich diese Kosten auf den Gesamtbetrag von Fr. 12'150.-- ( Urk. 6/742). Der Streitwert übersteigt somit die Grenze von Fr. 20'000.-- nicht, weshalb die Beurteilung der Beschwerde in die einzelrichterliche Zuständigkeit fällt ( §

## **E. 11**

Abs. 1 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht [ GSVGer ] . 2. 2.1

Die versicherte Person hat Anspruch auf die Eingliederungsmassnahmen, die in Art. 8 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) aufgelistet sind. Darunter fallen unter anderem die medizinischen Massnahmen und die Hilfsmittel (Art. 8 Abs. 3 lit . a und lit . d IVG). 2.2 2.2.1

Gemäss Art. 21 IVG hat die versicherte Person im Rahmen einer vom Bundesrat aufzustellenden Liste Anspruch auf jene Hilfsmittel, deren sie für die Ausübung der Erwerbstätigkeit oder der Tätigkeit im Aufgabenbereich, zur Erhaltung oder Verbesserung der Erwerbsfähigkeit, für die Schulung, die Aus- und Weiterbildung oder zum Zwecke der funktionellen Angewöhnung bedarf (Abs. 1). Versicherte, die infolge ihrer Invalidität für die Fortbewegung, für die Herstellung des Kontaktes mit der Umwelt oder für die Selbstsorge kostspieliger Geräte bedürfen, haben im Rahmen einer vom Bundesrat aufzustellenden Liste ohne Rücksicht auf die Erwerbsfähigkeit Anspruch auf solche Hilfsmittel (Abs. 2). Die Versicherung gibt die Hilfsmittel zu Eigentum oder leihweise in

einfacher und zweckmässiger Ausführung ab. Ersetzt ein Hilfsmittel Gegenstände, die der Versicherte auch ohne Invalidität anschaffen müsste, so hat er sich an den Kosten zu beteiligen (Abs. 3). Der Bundesrat kann vorsehen, dass der Versicherte ein leihweise abgegebenes Hilfsmittel nach Wegfall der Anspruchsvoraussetzungen weiter verwenden darf (Abs. 4).

Die Befugnis zur Aufstellung der Hilfsmittelliste und zum Erlass ergänzender Vorschriften im Sinne von Art. 21 Abs. 4 IVG hat der Bundesrat in Art.

## **E. 14**

Abs. 1 lit . a IVG und

Art. 2 Abs. 3 GgV . Entsprechend gehört die tägliche Krankenpflege nicht zu den medizinischen Massnahmen in diesem Sinne, und hauspflegerische Vorkehren, die - mit oder ohne Anleitung - durch Personen ohne medizinische Spezialausbildung durchgeführt werden können, fallen als medizinische Massnahmen im invalidenversicherungsrechtlichen Sinn nicht in Betracht (BGE 136 V 209 E. 7 und E. 10).

Demgegenüber wird die Hauspflege nach dem Bundesgesetz über die Krankenversicherung ( Art. 25 KVG, Art. 7 der Krankenpflege-Leistungsverordnung [KLV]) zwar ebenfalls nur dann bezahlt, wenn sie von qualifizierten Stellen - Pflegefachleuten oder Spitexorganisationen - erbracht wird, Voraussetzung ist hier aber nicht, dass eine Notwendigkeit dafür besteht. 3. 3.1 3.1 .1

Die Ziffer 14 des Anhangs zur HVI steht unter der Überschrift «Hilfsmittel für die Selbstsorge» . Ziffer 14.03 in der bis Ende 2016 in Kraft gewesenen Fassung nennt als zu übernehmende Hilfsmittel Elektrobetten (mit Aufzugbügel, jedoch ohne Matratze und sonstiges Zubehör) zur Verwendung im privaten Wohnbereich für Versicherte, die darauf angewiesen sind, um zu Bett zu gehen und aufzustehen (Satz 1). Dabei erfolgt die Abgabe leihweise (Satz 2), und dauernd Bettlägerige sind vom Anspruch ausgeschlossen (Satz 3). Vergütet wird

(im Falle eines Kaufs) der Kaufpreis eines Bettes bis zum Höchstbeitrag von Fr. 2'500.-- (Satz 4), und der Beitrag an die Auslieferungskosten des Elektrobettes beträgt Fr. 250.-- (Satz 5). Im Kreisschreiben über die Abgabe von Hilfsmitteln durch die Invalidenversicherung (KHMI) wird unter der Ziffer 14.03 zudem auslegend festgehalten, dass Kinder unter vier Jahren keinen Anspruch auf ein Elektrobett haben.

Per 1. Januar 2017 ist Ziffer 14.03 des Anhangs zur HVI dahingehend geändert worden, dass die Passage in Satz 1 «für Versicherte, die darauf angewiesen sind, um zu Bett zu gehen oder aufzustehen» gestrichen worden ist. Daneben ist den beiden Frankenbeträgen neu der Zusatz «inklusive MWST» beigefügt, der Betrag von Fr. 2'500.-- wird neu nicht mehr als Höchstbeitrag, sondern als Höchstbetrag bezeichnet und der Betrag von Fr. 250.-- heisst neu nicht mehr Beitrag, sondern ebenfalls Höchstbetrag. Im KHMI nach dem Stand des 1. Januar 2017 wird die geänderte Fassung von Ziffer

### **E. 14.03**

des Anhangs zur HVI zwar wiedergegeben, die Passage in Satz 1 «für Versicherte, die darauf angewiesen sind, um zu Bett zu gehen oder aufzustehen» wurde darin jedoch belassen. Ebenfalls belassen wurde die damit zusammenhängende Regelung in KHMI

Rz 2157, wonach bei Übernahme eines Krankenhebers, der auch dazu benötigt wird, ins Bett zu gehen oder aufzustehen, kein zusätzlicher Anspruch auf Leistungen gemäss Ziffer 14.03 des Anhangs zur HVI besteht. Das Kantonsgericht Basel-Landschaft ist in einer Entscheidung vom 22. August 2018 - unter anderem unter Hinweis auf eine Stellungnahme des Bundesamtes für Sozialversicherung (BSV) - zur

Beurteilung gelangt, bei der Streichung der zur Diskussion stehenden Passage in Ziffer 14.03 des Anhangs zur HVI handle es sich um ein redaktionelles Versehen, weshalb die Passage nach wie vor beachtlich sei (E. 5.3). 3.1.2

Die Beschwerdegegnerin begründete die erstmalige Ablehnung ihrer Leistungspflicht für ein Elektrobett in der Verfügung vom 17. Mai 2010 primär mit der dargelegten auslegenden Vorschrift im KHMI, wonach Kinder unter vier Jahren keinen Anspruch auf ein Elektrobett nach Art. 14.03 des Anhangs zur HVI haben (Urk. 6/159). Das Gericht liess im Urteil vom 26. September 2011 offen, ob diese Vorschrift gesetzes- und verordnungskonform sei, und hielt fest, dass der Versicherte zur Zeit des Erlasses der Verfügung auf jeden Fall bettlägerig gewesen sei und somit feststehe, dass das beantragte Elektrobett nicht dazu vorgesehen gewesen sei, Hilfe beim Aufstehen zu bieten, und damit auch nicht der Selbstsorge gedient habe, wie dies für die Hilfsmittel der Ziffer 14 des Anhangs zur HVI erforderlich sei. Demgemäss stimmte das Gericht im Ergebnis der Auffassung der Beschwerdegegnerin zu, dass eine Übernahme der Kosten des Bettes gestützt auf Art. 14.03 des Anhangs zur HVI nicht möglich sei (Urk. 6/268 E. 3.1).

Die nachfolgende Zusprechung eines Beitrags an ein neues Pflegebett mit den Verfügungen vom 27. Mai und vom 5. August 2014 (Urk. 6/552 und Urk. 6/569) basierte darauf, dass die Mutter des versicherten Kindes im Juni 2013 mitgeteilt hatte, der Sohn sei nicht mehr dauernd bettlägerig, sondern benutze täglich den zur Verfügung gestellten Reha-Buggy, und das Pflegebett diene dabei dem Transfer und erspare die Anschaffung eines Liftsystems (Urk. 6/446 und Urk. 6/460). Demzufolge erachtete die Beschwerdegegnerin die Voraussetzungen für die Gewährung eines Kostenbeitrags nach Art. 14.03 des Anhangs zur HVI in Übereinstimmung mit der Empfehlung der

Hilfsmittelberatung A.\_\_\_\_ (Urk. 6/478/2) nunmehr als gegeben (vgl. Urk. 6/551/2). 3.1.3

Als die Beschwerdegegnerin es mit der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 11. September 2017 alsdann ablehnte, Leistungen an die Anschaffung des Nachfolgebettes zu erbringen (Urk. 2), stand dem versicherten Kind neu ein Patientenheber zur Verfügung, der ihm am 19. Mai 2016 zugesprochen worden war (Urk. 6/730). Unter der Herrschaft der Fassung von Art. 14.03 des Anhangs zur HVI, wie sie bis Ende 2016 in Kraft gewesen war, entfiel mit der Anschaffung dieses Hebbers der Anspruch auf ein Elektrobett, da der Versicherte dieses nicht mehr zwingend benötigte, um ins Bett zu gehen oder aufzustehen. Insoweit ist der Begründung in der angefochtenen Verfügung (Urk. 2 S. 2) zuzustimmen. Es fragt sich jedoch, ob sich daran mit der Streichung der Voraussetzung der Notwendigkeit für den Transfer ins Bett und aus dem Bett per 1. Januar 2017 etwas geändert hat. Da ferner die Eltern des versicherten Kindes das Bett bereits im Juni 2015

erworben hatten und die Mutter das Finanzierungsgesuch im Juli 2015 gestellt hatte (vgl. Urk. 6/636/6 sowie Sachverhalt Ziffer 1.4), stellt sich die weitere Frage nach einem Anspruch auf einen Beitrag für die begrenzte Zeit bis zum Erwerb des Patientenhebers. Beide Fragen können jedoch offen gelassen werden. Denn wie sich aus dem Folgenden ergibt, ist das Bett als notwendiger Bestandteil medizinischer Massnahmen und somit als

Behandlungsgerät einzustufen, sodass die Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin auf jeden Fall unter diesem Titel zu bejahen ist. 3.2 3.2.1

Das Gericht befasste sich schon im Urteil vom 26. September 2011 mit der Frage der Übernahme des damaligen Elektrobettes unter dem Titel der medizinischen Massnahmen nach Art. 13 IVG.

Nach der Aktenlage zu jener Zeit führten die Eltern des Versicherten in ihren Einwendungen vom 22. Februar 2010 zum Vorbescheid unter anderem aus, ihr Sohn müsse wegen der Atemschwierigkeiten aufgrund seiner geschwächten Muskulatur ständig überwacht werden und sei dafür sowie für die Ernährung, die Beatmung und die Versorgung mit Medikamenten mit Kabeln an verschiedene Apparaturen angeschlossen, welche eine Umlagerung erschwerten. Zudem bestehe bei Umlagerungen die Gefahr von Atemstillständen, und mit dem beantragten mobilen Kinderbett könnten Umlagerungen vermieden werden (Urk. 6/130). Des Weiteren lagen dem Gericht die Angaben der behandelnden Ärztin Dr. med. F. \_\_\_ in einem Bericht vom 22. Juni 2010 vor, wonach das elektrische Bett bei der Pflege den freien Zugang zum Kind von beiden Seiten her ermögliche und der Umstand, dass das Bett nicht nur in der Höhe, sondern auch in der Bettebene verstellbar sei, die Sekretmobilisation aus der Lunge unterstütze (Urk. 6/197/7). Schliesslich zitierte das Gericht einen Bericht des Spitals C. \_\_\_ vom 16. September 2010, in welchem ebenfalls darauf hingewiesen wurde, dass die Kippbarkeit des Bettes notwendig sei, um der erheblichen Aspirationsgefahr infolge der erhöhten Sekretproduktion entgegenzutreten (Urk. 6/185 ; Urk. 6/268 E. 3.2.2 und E. 3.2.4).

Das Gericht erwog sodann unter Hinweis auf die einschlägige Rechtsprechung (BGE 136 V 209 E. 7 und E. 10), dass pflegerische Vorkehren, wie die genannten Vorrichtungen sie darstellten, zwar als medizinische Massnahmen der Invalidenversicherung eingestuft werden könnten, dass dies jedoch nur unter der Voraussetzung gelte, dass diese Vorkehren notwendigerweise durch eine Fachperson - einen Arzt oder eine Ärztin oder eine medizinische Hilfsperson - vorzunehmen seien. Diese Voraussetzung erachtete das Gericht nicht als gegeben. Es wies darauf hin, dass die Eltern wohl verschiedentlich diplomiertes Pflegepersonal für die Hauspflege ihres Kindes beansprucht hätten, so etwa in Form von täglichen Einsätzen im Zusammenhang mit einer Antibiotikatherapie im Februar 2010, dass im Übrigen jedoch gemäss den Ausführungen von Dr. F. \_\_\_ im Bericht vom 6. April 2010 (vgl. Urk. 6/148) nur alle drei Monate ein Einsatz von diplomiertem Personal für den Sondenwechsel erforderlich sei. Das Gericht gelangte daher zur Beurteilung, dass die Pflege des Versicherten zumindest zur Zeit des Erlasses der damals angefochtenen Verfügung vom 17. Mai 2010 nicht notwendigerweise durch Fachpersonen zu erbringen gewesen sei, was namentlich auch für die Vorrichtungen gegolten habe, die durch das beantragte Pflegebett hätten erleichtert werden sollen (Urk. 6/168 E. 3.2.3).

Weiter stellte das Gericht nicht in Frage, dass die Physiotherapie, die dem Versicherten erbracht wurde, zu den medizinischen Massnahmen nach IVG gehörte, dass dem Bett jedoch nicht die Qualität eines unmittelbaren und notwendigen Bestandteils dieser Therapie zu (Urk. 6/268 E. 3.2.4).

Erachtete das Gericht das elektrische Bett nur als Bestandteil der hauspflegerischen, nicht als medizinische Massnahmen qualifizierten Leistungen, nicht aber als notwendigen Bestandteil der als medizinische Massnahme geltenden Physiotherapie, so führte dies zur

Verneinung der Kostenübernahmepflicht unter dem Titel der medizinischen Massnahmen ( Urk. 6/268 E. 3.2.5). 3.2.2

Aufgrund der dargelegten Rechtsprechung (BGE 136 V 209) gilt nach wie vor, dass die pflegerischen Vorkehren als solche keine medizinischen Massnahmen im Sinne des Invalidenversicherungsrechts sind, soweit sie auch von einer Person ohne einschlägige fachliche Ausbildung erbracht werden können. Aus der Stellungnahme des Bundesgerichts zu den Vorbringen der beschwerdeführenden Partei im zitierten Urteil (BGE 136 V 209 E. 8-10) muss ferner geschlossen werden, dass es unerheblich ist, ob es sich bei den von Laien leistbaren Vorkehren um solche handelt, die der Grundpflege im Sinne von Art. 7 Abs. 2 lit. c KLV zuzuordnen sind, oder um solche, die unter die Behandlungspflege im Sinne von Art. 7 Abs. 2 lit. b

KLV fallen.

Es ist sodann auch daran festzuhalten, dass die Invalidenversicherung nicht für Geräte aufzukommen hat, die lediglich die alltäglichen, der Grundpflege nach Art. 7 Abs. 2 lit. c KLV entsprechenden pflegerischen Vorkehren unterstützen und erleichtern.

Soweit es sich bei den pflegerischen Vorkehren als solchen nicht um invalidenversicherungsrechtliche medizinische Massnahmen handelt, sind auch die Geräte, die von den pflegenden Personen zu deren Bewerkstelligung eingesetzt werden, nicht als Behandlungsgeräte von der Invalidenversicherung zu finanzieren.

In Bezug auf Geräte, die für die eigentliche medizinische Behandlung benötigt werden, kann es hingegen für die Leistungspflicht der Invalidenversicherung nicht darauf ankommen, ob diese Geräte von geschultem Personal, von Laien oder von der versicherten Person selber eingesetzt und bedient werden beziehungsweise bedient werden können. So hat das Bundesgericht etwa ein Baby-Funkgerät als notwendigen Bestandteil einer Epilepsie-Behandlung eingestuft, weil dieses den Eltern ermögliche, bei einem Anfall die rechtzeitige Verabreichung der Medikamente zu gewährleisten (Urteil des Bundesgerichts I 50/00 vom 18. April 2000). In einem anderen Fall hat es den Parteivorbringen zugestimmt, wonach die Benützung eines Mini-Trampolins zur Lösung des Bronchialsekrets bei einem Kind mit cystischer

Fibrose Teil des Therapiekonzeptes mit Physiotherapie, Inhalationstherapie und medikamentöser Therapie sei, und hat daher dieses Gerät als notwendigen Bestandteil der ärztlich verordneten Massnahmen qualifiziert, mit dem die Häufigkeit von physiotherapeutischen Sitzungen und ärztlichen Konsultationen reduziert werden könne (Urteil des Bundesgerichts I 835/04 vom 22. September 2005). Und in einem weiteren Fall schliesslich hat es explizit festgehalten, es sei für die Leistungspflicht unerheblich, ob ein der Physiotherapie dienendes Behandlungsgerät in der physiotherapeutischen Praxis oder im selbständigen Training zu Hause eingesetzt werde (Urteil des Bundesgerichts I 721/03 vom 2. August 2004).

Im Lichte dieser Anwendungsfälle

und der gesundheitlichen Entwicklung des versicherten Kindes über die Jahre hinweg kann aus heutiger Sicht und für den vorliegenden Streitfall an der Einstufung eines elektrisch steuerbaren Bettes als Bestandteil rein pflegerischer, nicht unter die invalidenversicherungsrechtlichen medizinischen Massnahmen fallenden Vorkehren, wie sie im Urteil vom 26. September 2011 vorgenommen worden ist, nicht mehr festgehalten

werden. Dies ergibt sich aus dem Folgenden. 3.2.3

Wie den Abklärungsberichten zur Kinderspitex vom 27. August 2015 und vom 4. Januar 2017 zu entnehmen ist, bewältigen die Eltern des versicherten Kindes die tägliche Pflege im Regelfall nach wie vor weitgehend ohne Einsatz von fachlich ausgebildetem Pflegepersonal (Urk. 6/661/2 und Urk. 6/777/2). Ein wesentlicher Teil der pflegerischen Verrichtungen betrifft jedoch gesundheitliche Einschränkungen, die der regelmässigen ärztlichen Kontrolle bedürfen und immer wieder auch ärztliche Interventionen erforderlich machen. So hielt das Spital C.\_\_\_\_

in einem Bericht vom 25. November 2015 fest, das versicherte Kind sei aufgrund der Progression der spinalen Muskulatur nunmehr während 24 Stunden beatmungsabhängig (Urk. 6/693). Aufgrund dieses Befundes verfügt das Kind über eine Verordnung für eine Sauerstoff-Langzeittherapie (vgl. aktuell Urk. 6/785), und die Beschwerdegegnerin kam seit jeher für die Kosten der dazu benötigten Beatmungsgeräte auf (vgl. zuletzt die Mitteilung vom 25. Juli 2017 und das zugehörige Feststellungsblatt, Urk. 6/823 und Urk. 6/822). Im Zusammenhang mit der Atemlähmung stehen sodann die Erfordernisse

der Einnahme von Medikamenten zur Lösung des Schleims, des Inhalierens sowie des Sekretmanagements mit

einem (IV-finanziertem) Cough-Assistenten und mit Absaugen des Schleims. Es ist hierzu auf die Angaben in einem Bericht des Spitals C.\_\_\_\_

vom 10. August 2015 über eine Hospitalisation vom Juli 2015 (Urk.

6/652/2) und im Bericht über die Abklärungen vom 17. November 2014 zum Assistenzbeitrag (Urk. 6/591/48) zu verweisen. Ferner kam es trotz dieser Vorkehrungen wiederholt zu Infekten, die mit Antibiotika behandelt werden mussten: Die Hospitalisation vom Juli 2015 wurde notwendig, nachdem das Kind an einem respiratorischen Infekt bei chronischer Besiedelung mit Bakterien gelitten hatte und eine schwere Elektrolytentgleisung aufgetreten war (Urk. 6/652/1-2), nach der Spitalentlassung musste die antibiotische Therapie mit Unterstützung der Kinderspitex weitergeführt werden (vgl. Urk. 6/652/5), und gemäss den Abklärungsberichten der Kinderspitex sind derartige Infusionsbehandlungen intervallweise erforderlich (Urk. 6/661/1 und Urk. 6/777/1; vgl. die ärztlichen Anordnungen in Urk. 6/775 und Urk. 6/805-806). Im November 2016 kam es denn auch zu einer weiteren Hospitalisation wegen des Verdachts auf eine Aspirationspneumonie (Bericht des Spitals C.\_\_\_\_

vom 3. Februar 2017, Urk. 6/787/4), und das C.\_\_\_\_

stellte bei der Beschwerdegegnerin am

29. Juni 2017

den Antrag auf die Übernahme der Kosten eines neuen Geräts zur Verbesserung der Sekretmobilisation (Urk. 6/817), dem in der Folge stattgegeben wurde (Mitteilung vom 25. Juli 2017, Urk. 6/823).

Bedarf somit das Lungenleiden des versicherten Kindes kontinuierlich der ärztlichen Kontrolle und der regelmässigen medizinischen Behandlung unter Einsatz von spezifischen Behandlungsgeräten, so ist auch das zur Diskussion stehende, auf Intensivpflege ausgerichtete elektrisch verstellbare Bett Teil dieser Behandlung. Denn aufgrund der

zitierten ärztlichen Beurteilungen des Jahres 2010 (E. 3.2 .1) muss davon ausgegangen werden, dass die elektrischen Funktionen namentlich die Sekretmobilisation in erheblichem Mass unterstützen. Zumindest im strittigen Zeitraum ab dem Jahr 2015 ist das Bett somit im Einklang mit der Empfehlung des Spitals C.\_\_\_\_

vom 29. September 2016 (Urk. 6/755 /5 )

als Behandlungsgerät im Sinne des Invalidenversicherungsrechts zu qualifizieren. 3.2.4

Gleich zu entscheiden ist hinsichtlich der mit dem Bett zusammen erworbenen Antidekubitusmatratze . Zwar gehört die Dekubitusprophylaxe krankenversicherungsrechtlich zu den Massnahmen der Grundpflege in Art. 7 Abs. 2 lit . c KLV. Im Falle des versicherten Kindes ist die Dekubitusgefahr jedoch nicht einfach in einer Immobilität infolge Bettlägerigkeit begründet, sondern die Immobil i tät rührt unmittelbar vom Geburtsgebrechen der Muskelatrophie her, die sich gemäss den Berichten des Spitals C.\_\_\_\_

vom 10. August 2015 sowie vom 29. September und vom 2. November 2016 unter anderem in Kontrakturen über zahlreichen Gelenken äussert ( Urk. 6/652/1, Urk. 6/755/5 und Urk. 6/760/5). Der RAD-Arzt Prof. Dr. E.\_\_\_\_

führte hierzu in seiner Stellungnahme vom 4. April 2017 aus, aufgrund der Kontrakturen, der Versteifung der Wirbelsäul e und der Notwendigkeit der Bea t m ung während 24 Stunden bestünden ein sehr grosses Dekubitus risiko und eine extrem eingeschränkte Mobilität, und er empfahl deshalb die Übernahme der Antidekubitusmatratze als Behandlungsgerät ( Urk. 6/796/2). Dieser Empfehlung kann gefolgt werden. Wie die Hilfsmittelberatung A.\_\_\_\_ in ihrer Stellungnahme vom 6. Februar 2017 zutreffend bemerkte ( Urk. 6/782/3 ), ist im Kreisschreiben über die medizinischen Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung (KSME) im Falle des Geburtsgebrechens nach Ziffer 184 GgV (Fortschreitende Mukelentartung und andere angeborene Muskelerkrankungen) die Übernahme von Antidekubitusmatratzen als Behandlungsgerät e vorgesehen ( Rz

184 ), und beim vorliegenden Geburtsgebrecen nach Ziffer 383 GgV steht ebenfalls ein Mus k elschwund - hier nervenbedingt - im Zentrum . Eine Dekubitusmatratze fällt daher auch hier als Behandlungsgerät in Betracht und ist im konkreten Fall tatsächl i ch als solches zu qualifizieren. Denn das Muskelleiden bedarf zusätzlich sowohl der ergotherapeutischen Behandlung zur Kontrakturprophylaxe und Förderung der Restaktivität ( Urk. 6/760/5) als auch der physiotherapeutischen Behandlung, und die Beschwerdegegnerin finanzierte beides unter dem Titel von medizinischen Massnahmen (vgl. zur Ergotherapie die Mitteilung vom 21. November 2016, Urk. 6/761, und zur Physiotherapie die Verordnung für die Langz eitbehandlung in Urk. 6/697, die Kostengutsprache in Urk. 6/660 und die Rechnung in Urk. 6/838 /2 ). Die Matratze erscheint daher als notwendiger Bestandt eil d es gesamten Behandlungskomplexes. 3.3

Zusammengefasst haben sowohl das elektrisch verstellbare Intensivkrankenbett als auch die zugehörige Antidekubitusmatratze

gemäss der im Ergebnis zutreffenden Auffassung in der Beschwerdeschrift und in der Replik ( Urk. 1 und Urk. 11) die Qualität von Behandlungsgeräten, für welche die Beschwerdegegnerin leistungspflichtig ist.

Bei der Leistungspflicht für ein Elektrobett unter dem Titel von medizinischen Massnahmen gibt es keine Kostenlimite wie bei der Leistungspflicht gestützt auf Ziffer 14.03 des Anhangs zur HVI. Es gilt aber die generelle Voraussetzung, dass Behandlungsgeräte einfach und zweckmässig sein müssen ( Art. 2 Abs. 3 GgV ; vgl. Urteil des Bundesgerichts I 721/03 vom 2. August 2004 E. 4.4 am Ende). Mit dieser Voraussetzung hat sich die Beschwerdegegnerin noch nicht auseinandergesetzt. Sie wird deren Vorliegen daher noch zu prüfen haben.

Beim diesem Ausgang des Verfahrens kann die Frage nach der Leistungspflicht gestützt auf Ziffer 9 des Anhangs zur HVI («Rollstühle») offen bleiben . 3.4

Damit ist die angefochtene Verfügung vom 11. September 2017 in Gutheissung der Beschwerde aufzuheben , und es ist festzustellen, dass die Beschwerdegegnerin für das Intensivkrankenbett und die Antidekubitusmatratze leistungspflichtig ist. Die Sache ist an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit sie im Sinne der Erwägungen den zu erstattenden Betrag festlege. 4.

Gestützt auf Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist das Verfahren für die unterliegende Beschwerdegegnerin kostenpflichtig. Die Kosten sind unter Berücksichtigung des gesetzlichen Rahmens (Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.--) ermessensweise auf Fr. 600.-- festzusetzen. 5.

Nach Art. 61 lit . g des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) hat die obsiegende beschwerdeführende Person Anspruch auf den vom Gericht festzusetzenden Ersatz der Parteikosten, die ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses zu bemessen sind; als weitere Bemessungskriterien nennen die ergänzenden kantonalen Vorschriften (§ 34 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht [ GSVGer ] sowie § 8 der Verordnung über die Gebühren, Kosten und Entschädigungen vor dem Sozialversicherungsgericht [ GebV

SVGer ]) den Zeitaufwand und die Barauslagen.

Unter Berücksichtigung dieser Kriterien rechtfertigt es sich, dem Beschwerdeführer eine Prozessentschädigung von Fr. 2'400.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) zuzusprechen. Die Einzelrichterin erkennt: 1.

In Gutheissung der Beschwerde wird die angefochtene Verfügung vom 11. September 2017 aufgehoben und es wird festgestellt, dass die Beschwerdegegnerin für das Intensivkrankenbett und die Antidekubitusmatratze leistungspflichtig ist. Die Sache wird an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen, damit sie im Sinne der Erwägungen den zu erstattenden Betrag festlege. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 600 .-- werden der Beschwerdegegnerin auferlegt.

Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3.

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, dem Beschwerdeführer eine Prozessentschädigung von Fr. 2'400 .-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer ) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Adrian Zogg -  
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 1 5. Juli bis und mit 1 5. August sowie vom 1 8. 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 Einzelrichterin Die Gerichtsschreiberin GrünigKobel

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