

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00097 vom 11. Oktober 2018**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2018-10-11, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2018.00097](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2018.00097)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00097 du 11 octobre 2018

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00097 del 11 ottobre 2018

## **Erwägungen**

### **E. 1.1**

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

### **E. 1.2**

Versicherte haben gemäss Art. 12 IVG bis zum vollendeten 20. Altersjahr Anspruch auf medizinische Massnahmen, die nicht auf die Behandlung des Leidens an sich, sondern unmittelbar auf die Eingliederung ins Erwerbsleben oder in den Aufgabenbereich gerichtet und geeignet sind, die Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, dauernd und wesentlich zu verbessern oder vor wesentlicher Beeinträchtigung zu bewahren ( Abs. 1).

Der Bundesrat ist befugt, die Massnahmen gemäss Abs. 1 von jenen, die auf die Behandlung des Leidens an sich gerichtet sind, abzugrenzen. Er kann zu diesem Zweck insbesondere die von der Versicherung zu gewährenden Massnahmen nach Art und Umfang näher umschreiben und Beginn und Dauer des Anspruchs regeln ( Abs. 2)

### **E. 1.3**

Die Leistungspflicht der Invalidenversicherung bei medizinischen Massnahmen im Allgemeinen ( Art. 12 IVG) und bei Geburtsgebrechen ( Art. 13 IVG) im Besonderen setzt u.a. voraus, dass die Massnahmen nach bewährter Erkenntnis der medizinischen Wissenschaft angezeigt sind und den therapeutischen Erfolg in ein facher und zweckmässiger Weise anstreben ( Art. 2 Abs. 1 IVV und Art. 2 Abs.

### **E. 1.4**

Der Leistungsanspruch bei Geburtsgebrechen gemäss Art. 13 IVG besteht - anders als nach der allgemeinen Bestimmung des Art. 12 IVG - unabhängig von der Möglichkeit einer späteren Eingliederung in das Erwerbsleben oder in den Aufgabenbereich ( Art.

### **E. 1.5**

Die Verwaltung als verfügende Instanz und – im Beschwerdefall – das Gericht dürfen eine Tatsache nur dann als bewiesen annehmen, wenn sie von ihrem Bestehen überzeugt sind. Im Sozialversicherungsrecht hat das Gericht seinen Entscheid, sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen. Die blosse Möglichkeit eines bestimmten Sachverhalts genügt den Beweisanforderungen nicht. Das Gericht folgt vielmehr jener Sachverhaltsdarstellung, die es von allen möglichen Geschehnissen als die wahrscheinlichste würdigt (BGE 126 V 353 E. 5b mit Hinweisen; vgl. BGE 130 III 321 E.

3.2 und 3.3). 2.

## **E. 2**

Gegen die Verfügung vom 16. Oktober 2017 (Urk. 8/56 = Urk. 2) erhob die Mutter der Versicherten bei der IV-Stelle Beschwerde (Urk. 1/1-2), welche am 25. Januar 2018 zuständigkeitshalber an das Gericht überwiesen wurde (Urk. 4). Mit Beschwerdeantwort vom 13. Februar 2018 schloss die IV-Stelle auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 7). Mit Replik vom 15. Juni 2018 (Urk. 17) beziehungsweise Duplik vom 2. August 2018 (Urk. 20) hielten die Parteien an ihren Rechtsbegehren fest, was ihnen gegenseitig zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 19, Urk. 22). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

### **E. 2.1**

Die Beschwerdegegnerin verneinte den Anspruch auf Übernahme der Kosten einer Therapie mit Wachstumshormonen mit der Begründung (Urk. 2), es sei aus versicherungsmedizinischer Sicht kein Wachstumshormonmangel ausgewiesen. Die Grenzwerte von 7 bzw. 8 ug /L (= 7 bzw. 8 ng /ml) seien nicht in zwei Tests eingehalten beziehungsweise unterschritten worden (S. 2). Mit Beschwerdeantwort führte sie aus (Urk. 7), das Geburtsgebrecen sei medizinisch nicht ausgewiesen. Der Umstand, dass die Versicherte erkennbare gesundheitliche Probleme mit dem Wachstum habe, vermöge daran nicht s zu ändern, zumal es aus medizinischer Sicht mannigfaltige andere Gründe für die vorhandene gesundheitliche Problematik gebe. Daran hielt sie mit Duplik fest (Urk. 20).

### **E. 2.2**

Dagegen wandte die Mutter der Versicherten in der Beschwerde ein (Urk. 1 /1 ), in der Schweiz gelte ein Grenzwert von 10

ng /ml, und nicht von 7 bis 8ng/ml. Mit Replik (Urk. 17) brachte sie zusammenfassend vor, die Beschwerdegegnerin habe sich auf eine interne medizinische Stellungnahme gestützt, die einerseits den vorliegenden medizinischen Sachverhalt unvollständig würdige und andererseits in verschiedener Hinsicht von falschen medizinischen Annahmen ausgehe ( S. 3 Ziff. 6).

### **E. 2.3**

Streitig und zu prüfen ist der Anspruch der Versicherten auf medizinische Eingliederungsmassnahmen in Form einer Wachstumshormontherapie . 3.

## **E. 3**

GgV ). 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 Vorkehr, 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.

### **E. 3.1.1**

Dr. med. Z.\_\_\_\_, Oberärztin in der Kinderendokrinologie/-diabetologie am A.\_\_\_\_, diagnostizierte im Bericht vom 24. Mai 2017 (Urk. 8/47) einen partiellen Wachstumshormonmangel (Ziff. 1.1) und nannte das Geburtsgeborene Ziff. 462 gemäss GgV -Anhang (Ziff. 1.3). Die Versicherte benötige eine Wachstumshormonsubstitution (Ziff. 1.6).

Seit dem vierten Lebensmonat wachse die Versicherte unter der dritten Perzentile (P3) und falle zunehmend von dieser ab. Sie sei zudem muskulär eher schwach im Vergleich zu ihren Altersgenossen

( Ziff. 2.3) . Das 3 Jahre und 10 Monate alte Mädchen habe eine Grösse von 88.1 cm (6 cm <

P3) und ein Gewicht von 11.9 kg (1 kg < P3). Sie habe einen eher hypotonen Rumpf, ein deutlich ausladendes Abdomen und feine Extremitäten . Die Stirn sei eher breit und es liege ein Hyper telorismus vor (Ziff. 2.4). Unter Wachstumshormonsubstitution sei ein Aufhol wachstum in den familiären Zielbereich sowie eine deutliche Zunahme der Muskelmasse und -kraft zu erwarten. Das kardiovaskuläre Risiko nehme bei Kindern mit Wachstumshormonmangel unter Substitution ebenfalls ab (Ziff. 2.5).

Es seien spezialärztliche Untersuchungen mit näher beschriebenen Ergebnissen vorgenommen worden (Ziff. 2.6).

### **E. 3.1.2**

Am 26. September 2017 bekräftigte Dr. Z.\_\_\_\_ (Urk. 8/53), dass bei der Versicherten klinisch ganz klar ein Wachstumshormonmangel vorliege. Das Mädchen wachse seit dem Kleinkindesalter deutlich unter der P3 und weit unter dem familiären Zielbereich. Die Wachstumsgeschwindigkeit sei tief. Das Knochenalter sei deutlich retardiert.

Der erste Wachstumshormonstimulationstest sei höchst auffällig gewesen, der zweite sei ebenfalls knapp pathologisch. Der «Cut off »

für Wachstumshormonmangel basiere in der Schweiz auf den Consensus Guidelines aus dem Jahr 2000 und liege demzufolge bei 10 ng /ml. Der IGF -1- Level sei für die Diagnose eines Wachstumshormonmangels nicht ausschlaggebend. Er könne einen Hinweis geben, jedoch eine Diagnose weder ein- noch ausschliessen. Ebenso verhalte es sich mit der Hypophysenmorphologie . Das MRI des Schädels sei lediglich gefordert, um eine Raumforderung vor Wachstumshormontherapiebeginn auszuschliessen. Eine normale Hypophysenmorphologie schliesse einen Wachstumshormonmangel keineswegs aus.

### **E. 3.1.3**

Am 3. November 2017 erläuterte Dr. Z.\_\_\_\_ (Urk. 8/61), in der Schweiz sei nie vereinbart worden, die AWMF-Richtlinien zu benutzen, sondern man beziehe sich weiterhin auf die ESPE-Consensus Guidelines, worin als Schwellenwert 10 ng /ml festgelegt sei.

### **E. 3.1.4**

Am 5. Januar 2018 erklärte Dr. Z.\_\_\_\_ (Urk. 8/73), der Wachstumshormonanstieg im Arginin-Belastungstest sei ungenügend gewesen, im Glukagon-Test grenzwertig ( zwischen 8 und 10 ng /ml). Das IGF -1 sei stets im unteren Normbereich < -1

Standardabweichung). Klinisch sei der Wachstumshormonmangel apparent.

### **E. 3.1.5**

Mit Bericht vom 27. April 201

### **E. 3.2.1**

Prof. Dr. med. B.\_\_\_\_, Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin, Regionaler Ärztlicher Dienst der Beschwerdegegnerin (RAD), führte in seiner Stellungnahme vom 17. August 2017 (Feststellungsblatt vom 18. August 2017, Urk. 8/48 S. 2) aus, die IGF-1-Konzentration im Serum sowie die Hypophysengrösse im cMRI seien normal gewesen und es lägen keine zwei pathologische Stimulations tests vor, denn nur nach Argininbelastung sei eine erniedrigte Sekretion erfasst worden, nach der Glukagonabgabe hingegen sei ein Anstieg der Wachstumshormonkonzentration auf 9.38 ng/ml erfolgt, so dass nicht von einem Mangel ausgegangen werden könne. Da das Wachstumshormon extrazellulär im Blutserum transportiert werde und seine Wirkung im Kontakt mit der Aussenseite von Zellmembranen entfalte, sei eine Verfälschung der Laborwerte für das Wachstumshormon durch Hämolyse nicht zu erwarten.

### **E. 3.2.2**

Laut Feststellungsblatt vom 16. Oktober 2017 (Urk. 8/55 S. 2) gab Prof. B.\_\_\_\_ am 9. Oktober 2017 zu bedenken, es gebe keine Empfehlung, nach der der veraltete Grenzwert für Stimulationstests innerhalb der Diagnostik des Wachstumshormonmangels bei Kindern in Höhe von 10 ng/ml in der Schweiz gültig sei. Der geltende Grenzwert von 7 bzw. 8 µg/L (=

7 bzw. 8 ng/ml) sei nicht in zwei Tests eingehalten beziehungsweise unterschritten worden, so dass nach dem aktuellen Kenntnisstand nicht davon ausgegangen werden könne, dass Leistungsansprüche nach Ziff. 462 GgV-Anhang ausgewiesen seien.

### **E. 3.2.3**

In der Stellungnahme vom 15. Dezember 2017 (Feststellungsblatt vom 8. Januar 2018, Urk. 8/69 S. 2) wiederholte Prof. B.\_\_\_\_ nach Rücksprache mit einer Ärztin des RAD C.\_\_\_\_, es lägen nicht zwei aussagekräftige Stimulationstests vor, weshalb über das Vorliegen von Leistungsansprüchen nicht entschieden werden könne, weshalb auch in C.\_\_\_\_ ein abweisender Entscheid erteilt worden wäre. Dies auch angesichts der Tatsache, dass der wesentliche Effektor, der letztlich für das Wachstum entscheidend sei (= IGF-1) und durch das Wachstumshormon aktiviert werde, vorliegend normal gewesen sei. Zusätzlich sei die Hypophysengrösse im cMRI normal.

### **E. 3.2.4**

Am 17./22. Januar 2018 (Feststellungsblatt vom 23. Januar 2018, Urk. 8/75 S. 4) stellte sich Prof. B.\_\_\_\_ auf den Standpunkt, die niedrigen Grenzwerte für die Maximalwerte der Wachstumshormon-Stimulationstests der Guideline aus dem Jahr 2016 seien nicht erreicht worden, auch nicht annähernd, so dass aus versicherungsmmedizinischer Sicht keine Grundlage für Leistungsansprüche nach Ziff. 462 GgV-Anhang abgeleitet werden könnten. Ein Abklärungsbedarf im Sinne eines Behandlungsversuchs mit Wachstumshormon könne auf der Grundlage dieser Guideline, der individuellen Laborwerte und des individuellen Wachstumsverlaufs ebenfalls nicht nachvollziehbar hergeleitet werden. Eine Hypothese sei nach den bisher eingereichten Unterlagen nicht ausgeschlossen worden, obwohl

Konsens bestehe, dass dies vor der Annahme eines Wachstumshormon mangels erforderlich sei. Indirekte Merkmale wie verminderte Herzmuskelmasse fehlten und wiesen bei der Versicherten ebenfalls nicht auf das Vorliegen von Wachstumshormonmangel hin. Mit überwiegender Wahrscheinlichkeit bestünden Hinweise für einen syndromalen Minderwuchs, der möglicherweise durch das gleichzeitige Vorliegen von Ernährungsproblemen, gastroösophagealem Reflux, bedeutsamer Pulmonalstenose mit Rechtsherzbelastung und allenfalls auch durch renale Probleme verstärkt werde.

### **E. 3.2.5**

In der Stellungnahme vom 26./27. Juli 2018 (Feststellungsblatt vom 31. Juli 2018, Urk. 2 1 ) stellte Prof. B. \_\_\_ zusammenfassend fest, der Verdacht oder die Diagnose eines hypophysären Wachstumshormonmangels werde durch folgende Befunde nicht gestützt: normale Grösse der Hypophyse im MRI, normale Wachstumsgeschwindigkeit im Bereich der 60. Perzentile in den entscheidungsrelevanten 12 Monaten vor Antragstellung, kein sicherer Nachweis einer Verzögerung der Knochenreife, eine normale IGF-1-Konzentration ,

nur ein pathologischer Stimulationstest (Arginin ; der zweite Test mit Glukagon sei nicht verwertbar ) . Da differenzialdiagnostisch eine ganze Reihe von Befunden vorgelegen hätten, die das Längenwachstum beeinflussen könnten (Hydronephrose, Herzfehler mit Rechtsherzbelastung, Ernährungsschwierigkeiten, morphologische Syndromhinweise ), seien auch andere Ursachen des hier vorliegenden Kleinwuchses zu berücksichtigen (S. 6 f.) . 4. 4 .1

Laut Rz 462 des Kreisschreibens des Bundesamtes für Sozialversicherungen (BSV) über die medizinischen Eingliederungsmassnahmen (KSME , in der seit 1. Juni 2017 gültigen Fassung ) kann bei angeborenen Störungen der hypothalamohypophysären Funktion ( hypophysärer Kleinwuchs, Diabetes insipidus , Prader -Willi-Syndrom und Kallmann -Syndrom) eine Behandlung mit Wachstumshormon nur bei nachgewiesenem Wachstumshormonmangel übernommen werden. Der Wachstumshormonmangel muss lege artis im längeren Verlauf nachvollziehbar erfolgen . In Zweifelsfällen (z.B. Diagnose nicht durch Facharzt für pädiatrische Endokrinologie und Diabetologie gestellt, oder Wachstumshormonmangel wird bei Diagnose SGA [ small

for

gestational

age ] geltend gemacht etc.) ist an das BSV zu gelangen.

Um den Nachweis eines Wachstumshormonmangels zu erbringen , werden bei Kindern verschiedene Tests durchgeführt (Grössenvergleich mit dem Altersdurchschnitt sowie Relation der Grösse des Kindes zur Grösse der Eltern; Bestimmung des IGF-1-Wertes im Blut und seines Bindungsproteins IGFBP-3; Stimulations tests mit Clonidin , Arginin oder mit Insulin ; Urteil des Bundesgerichts 9C\_403/2009 vom 10. November 2009 E. 6.2 ). 4. 2

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 natürlich 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).

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) abgeben 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).

In Bezug auf Berichte von Hausärztinnen und Hausärzten wie überhaupt von behandelnden Arztpersonen beziehungsweise Therapeuten ist auf die Erfahrungstatsache hinzuweisen, dass diese mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (BGE 135 V 465 E. 4.5, 125 V 351 E. 3b/cc).

#### **E. 4**

bis 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).

#### **E. 4.3**

Es kann aufgrund der Berichterstattung der behandelnden Fachärztin davon ausgegangen werden, dass die erforderlichen Tests bei der Versicherten lege artis durchgeführt wurden. Dies wird von der Beschwerdegegnerin nicht bestritten. Zwischen der behandelnden Fachärztin und dem RAD-Arzt besteht indessen Uneinigkeit darüber, wie die Resultate der durchgeführten Tests zu werten sind und insbesondere welche Richtlinien bei der Interpretation des IGF-1-Levels die massgebenden sind. Gemäss Aktenlage ist die Beschwerdegegnerin nicht an das BSV gelangt (vgl. obige E. 4.1).

#### **E. 4.4**

Im Unterschied zu Prof. B. \_\_\_ verfügt Dr. Z. \_\_\_ über eine Zusatzqualifikation für pädiatrische Endokrinologie-Diabetologie, weshalb sich die Beschwerdegegnerin nicht allein auf die Beurteilung des RAD-Arztes stützen dürfen. Zumindest die Frage, welche Richtlinien für die Beurteilung, ob der bei der Versicherten gemessene IGF-1-Level im Normbereich liegt oder nicht, in der Schweiz anwendbar sind, hätte sich die Beschwerdegegnerin nicht allein von Dr. B. \_\_\_ beantworten lassen dürfen, insbesondere deshalb, weil er lediglich darauf hinwies, dass es keine Empfehlung zur Anwendung der von der behandelnden Ärztin herangezogenen Grenzwerte gebe, ohne anzugeben, wer die Anwendung der von ihm herangezogenen Grenzwerte empfiehlt. Da der Normwert je nach Leitlinie unterschiedlich angegeben wird,

wäre diese Frage im Interesse der rechtsgleichen Behandlung aller Versicherten dem BSV zu unterbreiten gewesen.

Die von der behandelnden Ärztin vertretene Meinung, dass sowohl der IGF-1-Level als auch die Hypophysenmorphologie für die Diagnose eines Wachstums hormonmangels nicht ausschlaggebend seien, sondern nur einen Hinweis geben könne, wurde von Prof. B.\_\_\_\_ nicht kommentiert.

Er wiederholt lediglich wiederholt darauf hin, dass die Grenzwerte der Wachstumshormon-Stimulationstests nicht erreicht worden seien. Insofern sich die Beschwerdegegnerin darauf berief, dass die Ärzteschaft des RAD im Kanton C.\_\_\_\_, mit welcher Prof. B.\_\_\_\_ in Kontakt stand, ihre versicherungsmedizinische Einschätzung teile, ist ihr entgegenzuhalten, dass sich diese bei ihrer Beurteilung ohne Kenntnisse der Aktenlage allein auf die mündlichen Aussagen von Prof. B.\_\_\_\_ stützte.

Wie Prof. B.\_\_\_\_ zutreffend anführte, wurde in den Berichten von Dr. Z.\_\_\_\_

nie erwähnt, welche Differenzialdiagnosen aus welchen Gründen auszuschliessen sind, was sich aufgrund des Vorliegens anderer Geburtsgebrechen aufgedrängt hätte. Daran ändert nichts, dass Dr. Z.\_\_\_\_ in der jüngsten Stellungnahme (E. 3.1.5) beteuert, dass übrige Differenzialdiagnosen ausgeschlossen worden seien, ohne darauf einzugehen, welche Befunde gegen das Vorliegen der Differenzialdiagnosen sprechen. Schliesslich ist auch dem Umstand Rechnung zu tragen, dass Dr. Z.\_\_\_\_ als die Hormonbehandlung initiiierende Fachärztin eine gewisse Nähe zur Sache nicht abzusprechen ist, intervenierte sie doch persönlich gegen die ablehnende Verfügung (vgl. Urk. 8/53) und möchte sie sich wohl kaum dem Vorwurf aussetzen, eine nicht adäquate Behandlung einleiten zu wollen.

#### **E. 4.5**

Angesichts der sich widersprechenden Einschätzungen der beiden Ärzte über das Vorliegen eines Wachstums hormonmangels

und damit des Erfordernisses einer medizinischen Massnahme erweist sich die Sache als nicht spruchreif. Demzufolge ist die angefochtene Verfügung vom 16. Oktober 2017 aufzuheben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit sie ergänzende Abklärungen, ob bei der Versicherten ein Wachstumshormonmangel ausgewiesen ist, veranlasse und hernach neu über den Anspruch auf medizinische Massnahmen verfüge. 5. 5.1

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). 5.2

Die Kosten des Verfahrens sind gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG auf Fr. 800.-- fest zulegen und ausgangsgemäss von der Beschwerdegegnerin zu tragen.

#### **5.3**

Nach § 34 Abs. 1 des Gesetzes über das Sozialversicherungsrecht (GSVGer) hat die obsiegende Beschwerde führende Person Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Diese werden ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache, der Schwierigkeit des Prozesses und dem Mass des Obsiegens bemessen (§ 34 Abs. 3 GSVGer) und unter Anwendung des gerichtlichen Stundenansatzes von Fr. 220.-- zuzüglich Mehrwertsteuer ermessensweise auf Fr. 1'700.-- inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer

festzusetzen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass die Verfügung vom 16. Oktober 2017 aufgehoben und die Sache zur ergänzenden Abklärung und neuen Verfügung an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen wird. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdegegnerin auferlegt.

Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zu gestellt. 3.

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, der Beschwerdeführerin eine Prozessentschädigung von Fr. 1'700.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Dr. Walter Keller - 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 Der Vorsitzende Die Gerichtsschreiberin Mosimann Tiefenbacher

## **E. 8**

( Urk. 18) nahm Dr. Z.\_\_\_\_ zum Bericht von Prof. Dr. B.\_\_\_\_ vom 22. Januar 2018 (vgl. untenstehende E. 3.2.4) Stellung: Der Wachstumshormonmangel sei mittels der näher dargelegten Befunde gestellt. Angefügt werden könne, dass die Wachstumsgeschwindigkeit unter probatorischer Wachstumshormontherapie enorm angestiegen sei und die Versichertete gemäss Aussagen der Eltern deutlich kräftiger und lebhafter geworden sei, was einen weiteren Hinweis für die Diagnose darstelle (S. 1). Die Diagnose sei nicht nur klinisch, sondern mit zweimaligem Wachstumshormonstimulationstest gestellt worden. Übrige Differenzialdiagnosen seien ausgeschlossen (Hyperthyreose, Zöliakie, Turner-Syndrom). Ernährungsprobleme könnten Auswirkung auf das Wachstum des Kindes haben, seit dem 2. Lebensjahr sei das Gewicht der Versicherten normal für die Länge und somit nicht Ursache des schlechten Wachstums. Prof. Dr. B.\_\_\_\_ verdrehe näher ausgeführte Tatsachen aus den Guidelines (S. 2).

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