

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00607 vom 5. Juni 2018

ZH Sozialversicherungsgericht, 2018-06-05, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2018.00607

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00607 du 5 juin 2018

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00607 del 5 giugno 2018

Erwägungen

E. 1

Die am 28. September 2017 geborene Y.____

wurde von ihren Eltern am 23. Oktober 2017 für die Kostenübernahme von medizinischen Massnahmen

bei der Invalidenversicherung angemeldet (Urk. 6/3). Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, holte medizinische Berichte (Urk. 6/9/4,

Urk. 6/13, Urk. 6/16, Urk. 6/17/4-5, Urk. 6/18/5-7, Urk. 6/25-26) ein. Mit Vorbescheid vom 26. April 2018 (Urk. 6/29) stellte sie die Ablehnung des Leistungs gesuches in Aussicht. Die

X.____ AG (nachfolgend :

X.____) als Krankenversicherer

brachte dagegen am 3. und

E. 1.1

Versicherte haben bis zum vollendeten 20. Altersjahr Anspruch auf die zur Behandlung von Geburtsgebrechen (Art. 3 Abs. 2 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG) notwendigen medizinischen Massnahmen (Art.

E. 1.2

Nach der Rechtsprechung erstreckt sich der Anspruch auf medizinische Massnahmen nach Art.

E. 1.3

Beim Geburtsgebrechen der Ziff. 497

GgV -Anhang handelt es sich um schwere respiratorische Adaptionsstörungen (wie Asphyxie, Atemnotsyndrom, Apnoen), sofern sie in den ersten 72 Lebensstunden manifest werden und eine Intensivbehandlung begonnen werden muss.

Gemäss dem Kreisschreiben über die medizinischen Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung (KSME) Rz 495 bedeutet «schwer» im Sinne dieser Ziffer die Notwendigkeit besonderer ärztlicher Massnahmen (zum Beispiel stationäre Akutspitalbehandlung mit Intensivpflegestationsbehandlung nach einer Hausgeburt, Behandlung in der Intensivpflegestation einer Frauen- oder Kinderklinik nach einer Spitalgeburt).

Eine Behandlung gilt im Sinne der Ziffer als intensiv, wenn der normale Aufwand einer Wöchnerinnenstation erheblich überschritten wird, also wenn besonders aufwendige Massnahmen einer Intensivpflegestation wie dauernde apparative Überwachung, besonders häufige stationäre ärztliche und pflegerische Interventionen usw. notwendig sind. 2.

E. 2

/1) und beantragte, diese sei aufzuheben. Des Weiteren sei festzustellen, dass das Geburtsgebrechen

Ziff. 497

GgV-Anhang vorliege. Das Begehren um Kostengutsprache für medizinische Massnahmen sei gutzuheissen und es sei die IV-Stelle zu verpflichten, der X.____

die im Rahmen ihrer Vorleistungspflicht erbrachten Leistungen zurückzuerstatten (Urk. 1 S. 2 Ziff. 1-3 oben).

Die IV-Stelle beantragte mit Beschwerdeantwort vom

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin lehnte eine Kostengutsprache für medizinische Massnahmen gestützt auf die Geburtsgebrechen der Ziffern 495, 497 oder 313 GgV-Anhang ab. Zur Begründung führte sie im angefochtenen Entscheid aus, aus versicherungsmedizinischer Sicht lägen keine Hinweise für ein angeborenes Leiden vor. Im Zusammenhang mit dem Pflegeverhalten nach der Geburt sei es zu einem nahezu SIDS-Ereignis gekommen, für das keine angeborenen Ursachen in Betracht kämen. Ein angeborenes Atemnotsyndrom, das definitionsgemäss auf einem angeborenen Surfactantmangel beruhe, liege nicht vor (Urk. 2/1 S. 2).

Nach der Stellungnahme ihres Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) handle es sich bei dem Ereignis klar um ein erworbenes Leiden. Das Fehlen der Spontanatmung in der 5. 1. Lebensminute finde seine Erklärung nicht in einem angeborenen Leiden (Urk. 5 S. 1).

E. 2.2

Die Beschwerdeführerin brachte vor, die Versicherte sei nach der Geburt bei einem postnatal

collaps, am ehesten bei obstruktiver Apnoe in der 5. 2. Lebensminute, und anschliessender kardiopulmonaler Reanimation und Intubation am selben Tag in die Intensivpflegestation

der Klinik für Neonatologie, B.____, verlegt worden (Urk. 1 S. 3 Ziff. 2).

Die Stellungnahme des RAD-Arztbesuches sei nicht nachvollziehbar. Dieser zitiere Literatur, ohne aufzuzeigen, weshalb die bekannten Risiken im konkreten Fall mit überwiegender Wahrscheinlichkeit die Ursache des Kollapses gewesen sein sollten. Die Mutter der Versicherten sei im Umgang mit Neugeborenen geübt. Der RAD-Arzt führe nicht aus, weshalb das festgestellte schaumig-blutige Sekret nicht für die gesundheitlichen Probleme verantwortlich gewesen sei. Dieses sei bei vollen fetalen Geburt sicher bereits vorhanden gewesen, habe aber noch nicht zu Symptomen geführt (Urk. 1 S. 5 Ziff. 6).

E. 2.3

Streitig und zu prüfen ist, ob ein Geburtsgebrechen nach Ziff. 497 GgV -Anhang vorliegt und ob die Beschwerdegegnerin für die durch die Beschwerdeführerin im Rahmen ihrer Vorleistungspflicht übernommenen Behandlungskosten aufzukommen hat. 3.

E. 3

0. August 2018 (Urk. 5) die Abweisung der Beschwerde. Dies wurde der Beschwerdeführerin mit Verfügung vom 6. September 2018 zur Kenntnis gebracht (Urk. 7).

Mit Gerichtsverfügung vom 1. Oktober 2018 wurden die Eltern der Versicherten zum Prozess beigelegt (Urk.

E. 3.1

und 3.4).

Die Beschwerdeführerin mutmasst, dass das Sekret schon bei der Geburt vorhanden gewesen sei (Urk. 1 S. 5 Ziff. 6 unten). Diese Annahme lässt sich anhand der medizinischen Akten aber nicht bestätigen. Wie RAD-Arzt Prof. M.____

überzeugend darlegte, ist überwiegend wahrscheinlich von einem nahezu SIDS-Ereignis bei Vorliegen mehrerer Risikofaktoren auszugehen (vorstehend E. 3.9-3.10). Weiter ist zu beachten, dass das Kind zuvor als unauffällig beschrieben worden war (E. 3.8). Mit dem RAD-Arzt ist mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass ein unmittelbar bei der Geburt bestehendes Gebrechen bei den medizinischen Erstuntersuchungen festgestellt worden wäre. Entsprechende Hinweise werden in den medizinischen Akten nicht erwähnt. Entgegen den Ausführungen der Beschwerdeführerin fehlt es daher an einem Geburtsgebrechen im Sinne Art. 3 Abs. 2 ATSG in Verbindung mit Art. 1 Abs. 1 Satz 1 GgV . Mangels eines Geburtsgebrechens ist auch ein sekundärer Gesundheitsschaden (vgl. E. 1.2) zu verneinen . 4.3

Zusammenfassend fehlt es am rechtsgenügenden Nachweis des Geburtsgebrechens

Ziff. 497 GgV -Anhang. Die Beschwerdegegnerin hat eine Leistungspflicht für medizinische Massnahmen nach Art.

E. 3.2

Dr. med. G.____ , Assistenzärztin, und Prof. Dr. med. H.____ , Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin, Chefarzt, F.____ , stellten im Bericht vom 29. September 2017 (Urk. 6/18/5-7) folgende Hauptdiagnosen (S. 1): post

natal

collaps , am ehesten Obstruktion der oberen Atemwege 45 Minuten post partum mit/bei • kardiopulmonaler Reanimation während fünf Minuten • hypoxisch -ischämischer Enzephalopathie (Burst- Suppression im aEEG)

Dr. G.____ und Prof. H.____ führten weiter aus, es handle sich um ein drei Stunden altes termingerecht geborenes Mädchen nach unauffälliger Schwangerschaft sowie regulärer Adaptation nach einer Spontangeburt. Das Kind sei ihnen vom E.____ Spital zur Behandlung überwiesen worden (S.

2 oben). Es bestehe ein unkomplizierter intensivmedizinischer Verlauf unter therapeutischer Hypothermie (S. 2 unten).

E. 3.3

Nach der Behandlung im F.____ war die Versicherte vom 30. September bis 6. Oktober 2017 in der Klinik für Neonatologie, B.____, hospitalisiert (Urk. 6/33/2). Die Ärzte des B.____ stellten im Austrittsbericht vom 5. Oktober 2017 (Urk. 6/33/2-4) folgende Diagnosen (S. 1): - übertragenes Mädchen der 42 1/7 Schwangerschaftswoche, 3000

g - Asphyxie bei Verdacht auf obere Atemwegsobstruktion, 45 Minuten post partal - kardiopulmonale mechanische und medikamentöse Reanimation während 5 Minuten - initial burst

Suppression im aEEG - arterielle Hypotension - neonataler Infekt ohne Keimnachweis - Calcaneus

Valgus links

Zur Anamnese wurde ausgeführt, das Kind habe sich nach einer unauffälligen und problemlosen Spontangeburt in der 51. Lebensminute auf dem Bauch der Mutter befunden bei fehlender Spontanatmung,

bradykard (Herzfrequenz bei etwa 60 pro Minute). Die Apnoe sei dem Vater aufgefallen, der die Hebamme verständigt habe, worauf es zur Reanimation auf der Reanimationseinheit durch die betreuende Hebamme mit Beutelbeatmung gekommen sei. Die Neo-Equipe sei in der 53. Lebensminute hinzugekommen. Zu diesem Zeitpunkt sei

das Kind bereits wieder normokard gewesen, jedoch weiterhin areaktiv ohne Spontanatmung. Beim Erstellen der Intubation sei viel blutig-schaumiges Sekret in der Trachea abgesaugt worden. Nach der erfolgreichen Intubation sei die Sauerstoffsättigung auf 100% angestiegen mit sukzessiver Reduktion des Sauerstoffbedarfs bis auf 40%. Im weiteren Verlauf sei es zu einer besseren Spontanatmung gekommen (S. 2 unten).

Im Rahmen der Asphyxie seien die Nieren- und Leberwerte sowie die Herzenzyme kontrolliert worden. Die Werte seien stets

unauffällig gewesen. Zum Ausschluss einer Stoffwechselerkrankung seien organische Säuren und Aminosäuren im Urin bestimmt worden, welche ein unauffälliges Profil ergeben hätten. Bei einem Verdacht auf eine Atemwegsobstruktion als Ätiologie der Apnoe und der Reanimationsbedürftigkeit sei auf weitere Abklärungen verzichtet worden bei ansonsten unauffälliger Familienanamnese und einem klinisch unauffälligen Kind (S. 3 unten).

E. 3.4

Med. pract. I.____, Assistenzärztin, und Dr. D.____, Stadtspital E.____, führten im Bericht vom 28. Dezember 2017 (Urk. 6/9/4) aus, es bestehe ein Status nach neonatalem SIDS, am ehesten bei obstruktiver Apnoe. Anschliessend sei eine kardiopulmonale Reanimation erfolgt. Die Patientin sei noch am selben Tag auf die Intensivstation des F.____ verlegt worden. Die weiteren Massnahmen und Therapien seien dort erfolgt.

E. 3.5

Dr. med. J.____, Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin, Oberärztin, F.____, nannte im Bericht vom 11. Januar 2018 (Urk. 6/25) als Diagnosen (S. 1): - altersentsprechender motorischer Entwicklungsstand - neurologisch unauffällig es, termingeborenes Mädchen

Dr. J.____

stellte zur Anamnese fest, seit der Entlassung aus der Klinik für Neonatologie des B.____ sei es der Versicherten gut gegangen. Bis auf eine einmalige Bronchitis sei es zu keinen interkurrenten Infekten gekommen (S. 1 unten). Die drei Monate und elf Tage alte Versicherte zeige im Hinblick auf die Asphyxie einen sehr erfreulichen Entwicklungsverlauf mit ausgeglichenem Verhalten, gutem Gedeihen und altersentsprechendem motorischem Entwicklungsstand ohne neurologische Auffälligkeiten (S. 2 unten).

E. 3.6

Dr. med. K.____, Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin, B.____, stellte im Bericht vom 22. Januar 2018 (Urk. 6/13) die Diagnosen Asphyxie (Geburtsgebrechen Ziff. 497

GgV -Anhang) und neonataler Infekt ohne Keimnachweis (Geburtsgebrechen Ziff. 495

GgV -Anhang). Zur Diagnose einer Asphyxie führte sie ergänzend aus, nach der erfolgreichen Intubation sei die Sauerstoffsättigung auf 100 % angestiegen mit sukzessiver Reduktion des Sauerstoffbedarfs bis auf 40 %. Im Verlauf sei es zu einer besseren Spontanatmung gekommen. Im F.____ sei eine Hypothermie-Behandlung erfolgt bei Erfüllung der Kriterien sowie einem Burstsuppression-Muster im aEEG. Weiter sei eine problemlose Extubation nach der Aufwärmphase am 5. Lebenstag des Kindes vorgenommen worden (S. 1).

Zur Diagnose eines

neonatalen Infektes ohne Keimnachweis führte sie aus, beim Eintritt in die Klinik sei ein Infekt-Labor abgenommen worden aufgrund eines von extern in der Notfallsituation nicht ganz steril eingelegten Nabelvenenkatheters, worauf eine antibiotische Therapie begonnen worden sei nach Abnahme von Blut- und Urinkulturen sowie Trachealsekret (S. 1 f.).

E. 3.7

Dr.

L.____ und Prof. H.____, F.____, diagnostizierten im Beiblatt vom 5. Februar 2018 schwere respiratorische Adaptionsstörungen gemäss Geburtsgebrechen Ziff. 497 GgV -Anhang (Urk. 6/17/4-5).

E. 3.8

Die Ärzte des Stadtsitals E.____ gaben am 10. April 2018 (Urk. 6/26) zuhanden der Beschwerdegegnerin an, das Kind sei nach der Geburt auf der Brust der Mutter gelegen (Bönding). Um 13.10 Uhr sei es rosig gewesen. Um 13.10 Uhr sei mit Stillen begonnen worden. Um 13.25 Uhr sei das Kind noch rosig gewesen und habe umhergeschaut. Zwischen 13.35 und 13.47 Uhr sei kein Personal im Zimmer gewesen. Um 13.47 sei das Kind schlapp und blass gewesen, ohne Atmung. Die Mutter habe das Kind entgegengestreckt. Um 13.48 Uhr sei der Rea-Alarm erfolgt mit Herzdruckmassage und Beatmung. Um 13.49 Uhr sei ein Pädiater anwesend gewesen.

E. 3.9

Prof. Dr. med. M.____, Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin, RAD, führte in der Stellungnahme vom 23. April 2018 (Urk. 6/28 S. 3 f.) aus, gemäss Arztbericht vom 29. September 2017 sei das Kind in der 42. Schwangerschaftswoche nach problemloser

Schwangerschaft komplikationsfrei und spontan geboren worden. Das Geburtsgewicht sei auf 3000

g geschätzt worden. Die Primäradaptation sei problemlos erfolgt. Apgarwerte und der Nabelschnur-pH seien unauffällig gewesen. Das Fruchtwasser sei klar gewesen. Infektionshinweise hätten nicht bestanden. In der 51. Lebensminute seien eine Bradykardie und eine fehlende Spontanatmung bemerkt worden. Die Hebamme und der Gynäkologe hätten mit der Herzmassage und der Beutelbeatmung begonnen. In der 53. Lebensminute seien die Neonatologen präsent gewesen. Zu diesem Zeitpunkt habe die Herzfrequenz bei über 100 pro Minute gelegen. Beim Einstellen der Trachea sei schaumig-blutiges Sekret abgesaugt worden. In der 80. Lebensminute sei ein Nabelvenenkatheter gelegt worden (S. 3 oben).

Aus versicherungsmedizinischer Sicht bestünden keine Leistungsansprüche nach Art.

E. 3.10

In der Stellungnahme vom 30. Mai 2018 (Urk. 6/37 S. 1 f.) führte Prof. M.____ aus, Hinweise für ein angeborenes Leiden lägen nicht vor. Im Zusammenhang mit dem Pflegeverhalten (Kind in Bauchlage auf dem Körper der Mutter) sei es zu einem nahezu SIDS-Ereignis gekommen, für das keine angeborenen Ursachen in Betracht kämen. Ein angeborenes Atemnotsyndrom, das definitionsgemäss auf einem angeborenen Surfactantmangel beruhe, habe nicht vorgelegen. 4. 4.1

Nach der Geburt der Versicherten im Stadtspital E.____

am 28. September 2017 ist es in der 51. Lebensminute des Kindes (teilweise wird auch die 52. bzw. 45. Lebensminute genannt, vgl. E.

E. 8

Dispositiv Ziff. 1), die sich innert angesetzter Frist nicht vernehmen liessen. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 13

Abs. 1 IVG daher zu Recht verneint. Der angefochtene Entscheid erweist sich somit als rechtens. Die Beschwerde ist daher abzuweisen. 5.

Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrens aufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG). Vorliegend sind die Kosten auf Fr. 500.-- festzusetzen und der unterliegenden Beschwerdeführerin aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 500.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt.

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

Zustellung gegen Empfangsschein an: - X.____ AG - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - A.____ - 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 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, zuzu stellen.

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
Der Gerichtsschreiber
Mosimann
Brugger

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