

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2021.00065 vom 25. März 2022

ZH Sozialversicherungsgericht, 2022-03-25, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2021.00065

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2021.00065 du 25 mars 2022

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2021.00065 del 25 marzo 2022

Erwägungen

E. 1.1

Am 1. Januar 2022 sind die geänderten Bestimmungen des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG), der Verordnung über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSV), des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) sowie der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) in Kraft getreten.

In zeitlicher Hinsicht sind vorbehältlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgebend, die bei Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 146 V 364 E. 7.1, 144 V 210 E. 4.3.1, je mit Hinweisen). Da ferner das Sozialversicherungsgericht bei der Beurteilung eines Falles in der Regel auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verfügung beziehungsweise des streitigen Einspracheentscheids eingetretenen Sachverhalt abstellt (BGE 144 V 210 E. 4.3.1, 132 V 215 E. 3.1.1, je mit Hinweisen), sind vorliegend die bis 31. Dezember 2021 gültig gewesenen Rechtsvorschriften anwendbar, die nach folgend auch in dieser Fassung zitiert werden.

E. 1.2

Gemäss Art. 12 Abs. 1 IVG haben Versicherte 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. Als medizinische Massnahmen im Sinne von Art. 12 IVG gelten nach Art. 2 Abs. 1 der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) namentlich chirurgische, physiotherapeutische und psychotherapeutische Vorkehren, die eine als Folgezustand eines Geburtsgebrechens, einer Krankheit oder eines Unfalls eingetretene Beeinträchtigung der Körperbewegung, der Sinneswahrnehmung oder der Kontaktfähigkeit zu beheben oder zu mildern trachten, um die Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, dauernd und wesentlich zu verbessern oder vor wesentlicher Beeinträchtigung zu bewahren. Die Massnahmen müssen nach bewährter Erkenntnis der medizinischen Wissenschaft angezeigt sein und den Eingliederungserfolg in einfacher und zweckmässiger Weise anstreben.

Der Eingliederungserfolg ist bei jüngeren Versicherten als dauernd zu betrachten, wenn er wahrscheinlich während eines bedeutenden Teils der konkreten Aktivitätserwartung, welche ihrerseits nicht wesentlich herabgesetzt sein darf, erhalten bleiben wird. Bestehen Nebenbefunde, welche geeignet sind, die Aktivitätserwartung trotz der medizinischen

Massnahme wesentlich herabzusetzen, ist die Dauerhaftigkeit des Eingliederungserfolges zu verneinen (Urteil des Bundesgerichts 9C_695/2009 vom 1. Dezember 2009 E. 2.1). Ob der Eingliederungserfolg dauerhaft sein wird, ist prognostisch zu beurteilen. Massgebend ist der medizinische Sachverhalt vor Durchführung der Massnahme in seiner Gesamtheit. Die erforderliche Prognose bei einem Kind muss zwei Aussagen enthalten: Zunächst muss erstellt sein, dass ohne die vorbeugende Behandlung in naher Zukunft mit Wahrscheinlichkeit eine bleibende Beeinträchtigung eintreten würde; zugleich muss erstellt sein, dass durch die Behandlung ein stabiler Zustand herbeigeführt werden kann, in welchem vergleichsweise erheblich verbesserte Voraussetzungen für die spätere Ausbildung und Erwerbsfähigkeit bestehen (Urteile des Bundesgerichts 9C_677/2017 vom 8. Juni 2018 E. 2.2 und 8C_632/2017 vom 6. März 2018 E. 5.3.1; Silvia Bucher, Eingliederungsrecht der Invalidenversicherung, Bern 2011, S. 155 Rz. 245).

E. 1.3

Nach der Rechtsprechung hat die Invalidenversicherung nicht nur medizinische Massnahmen zu übernehmen, die unmittelbar auf die Beseitigung oder Korrektur stabiler Defektzustände oder Funktionsausfälle gerichtet sind, sondern auch solche, die bei einstweilen noch labilem Leidenscharakter einen die berufliche Ausbildung oder die künftige Erwerbsfähigkeit beeinträchtigenden Defektzustand vorbeugen. Dies ist der Fall, wenn ohne die betreffende Vorkehr in absehbarer Zeit eine Heilung mit Defekt oder ein sonst wie stabilisierter Zustand einträte, wodurch die Berufsbildung oder die Erwerbsfähigkeit oder beide beeinträchtigt würden (Urteil des Bundesgerichts 9C_393/2012 vom 20. August 2012 E. 3 mit Hinweisen). Die entsprechenden Kosten werden bei Minderjährigen also von der Invalidenversicherung getragen, wenn das Leiden mit hinreichender Wahrscheinlichkeit zu einem schwer korrigierbaren, die spätere Ausbildung und Erwerbsfähigkeit erheblich behindernden stabilen pathologischen Zustand führen würde (BGE 131 V 9 E. 4.2 mit Hinweisen). 1.

E. 1.5

In einem Entscheid aus dem Jahre 2013 betreffend ein unter einem unfallbedingten Hemisyndrom nach Schädel-Hirntrauma leidendes versichertes Kind (Urteil 9C_748/2012 vom 12. April 2013) erwog das Bundesgericht, dass eine Zeitspanne zwischen dem Unfallereignis und dem Beginn eines stationären Rehabilitationsaufenthaltes von rund zehn Wochen Dauer den engen zeitlichen Zusammenhang zwischen der elf Tage nach dem Unfall begonnenen Frührehabilitation und dem anschliessenden stationären Rehabilitationsaufenthalt nicht in Frage zu stellen vermöge und dass von einer längeren Zeit ohne Behandlung stabiler Defekt, welcher den zeitlichen Zusammenhang mit der Unfallbehandlung allenfalls zu unterbrechen vermöchte, bei einer Zeitspanne von zehn Wochen keine Rede sein könne (E. 4.2). Der stationäre Rehabilitationsaufenthalt habe vielmehr in einem hinreichend engen zeitlichen und sachlichen Zusammenhang mit den Unfallfolgen gestanden. Auch aus dem Umstand, dass die behandelnden Ärzte nebst der Ergotherapie auch die Weiterführung von Logopädie und der heilpädagogischen Frühförderung empfohlen hätten, liesse nicht darauf schliessen, dass die anlässlich des fraglichen stationären Rehabilitationsaufenthaltes durchgeführten Therapien nicht mehr hauptsächlich die Unfallfolgen betroffen hätten. Sodann gelte es zu berücksichtigen, dass die Unfallbehandlung im Rechtssinn unvollständig sei, wenn sich an die unfallmedizinische Akutversorgung nicht eine ebenso intensive Rehabilitation anschliesse

würde, zumal aus medizinischer Sicht ausser Zweifel stehe, dass Schädel- Hirntraumatiker nicht nur auf der Intensiv station versorgt, sondern auch rehabilitativ betreut werden müssten, was grund sätzlich Sache des Unfallversicherers sei (E. 4.4 mit Hinweis auf BGE 114 V 18 E. 2b).

E. 1.6

Gemäss Art. 2 Abs. 2 IVV sind medizinische Massnahmen bei Lähmungen und andern motorischen Funktionsausfällen von dem Zeitpunkt an zu gewähren, in dem nach bewährter Erkenntnis der medizinischen Wissenschaft im Allgemeinen die Behandlung des ursächlichen Gesundheitsschadens als abgeschlossen gilt oder untergeordnete Bedeutung erlangt hat. Laut der Verwaltungspraxis zur Kostenübernahme bei Behandlung von Lähmungen nach Hirnverletzungen und Erkrankungen des Gehirns oder des Rückenmarks (Kreisschreiben des BSV über die medizinischen Eingliederungsmassnahmen, KSME, Fassung ab 1. Januar 2016, Rz 655-657/855-857.1) sind bei Lähmungen nach Hirnverletzungen Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung gerechtfertigt, sobald die Behandlung des Grundleidens abgeschlossen oder nur noch nebensächlich geworden ist und der Allgemeinzustand eine Eingliederung erlaubt, was frühestens sechs Wochen nach Wiedererlangen des vollen Bewusstseins beurteilt werden kann; vorher sind Massnahmen der Invalidenversicherung ausgeschlossen. Eingliederungsmassnahmen können frühestens vier Wochen nach Erlangen des vollen Bewusstseins zugesprochen werden.

E. 1.7

Verwaltungsweisungen, wie etwa Wegleitungen oder Kreisschreiben, richten sich an die Durchführungsstellen und sind für das Sozialversicherungsgericht nicht verbindlich. Dieses soll sie bei seiner Entscheidung aber berücksichtigen, sofern sie eine dem Einzelfall angepasste und gerecht werdende Auslegung der anwendbaren gesetzlichen Bestimmungen zulassen. Das Gericht weicht also nicht ohne triftigen Grund von Verwaltungsweisungen ab, wenn diese eine überzeugende Konkretisierung der rechtlichen Vorgaben darstellen. Insofern wird dem Bestreben der Verwaltung, durch interne Weisungen eine rechtsgleiche Gesetzesanwendung zu gewährleisten, Rechnung getragen (BGE 146 V 224 E. 4.4.2, 141 V 365 E. 2.4 mit Hinweisen). 2.

E. 2

021 die Replik erfolgte (Urk. 10) . Die Beschwerdegegnerin verzichtete auf Duplik (Urk. 12). Mit Verfügung vom 1. Oktober 2021 wurde der gesetzlich durch seine Eltern vertretene Versicherte zum Prozess beigegeben (Urk. 13). Am 8. November 2021 erstattete der Beigeladene seine Stellungnahme und beantragte, die Kosten des stationären Aufenthaltes seien ab dem 1. November 2019 eventuell ab dem 6. Januar 2020 von der Beschwerdegegnerin zu übernehmen (Urk. 20) .

Diese Stellungnahme wurde der Beschwerdeführerin und der Beschwerdegegnerin am 5. Januar 2022 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 23) .

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin verneinte den Anspruch auf Übernahme der Kosten für den Rehabilitationsaufenthalt im Wesentlichen damit, dass die Behandlung von Unfallfolgen grundsätzlich ohne Rücksicht auf die Dauer des Leidens in das Gebiet der Unfallversicherung gehöre, sofern die Rehabilitationsmassnahmen nach einem

Schädelhirntrauma in einem engen zeitlichen und sachlichen Zusammenhang mit den Unfallfolgen ständen. Solange Lähmungen regredient seien, liege eine Leidensbehandlung vor. Ein stabiler Zustand sei nur knapp zwei Wochen nach der erlittenen Schädel-Hirn-Verletzung nicht überwiegend wahrscheinlich. Da sich auch im weiteren Verlauf die ursprünglich starke Lähmung schön zurückgebildet habe und somit keine irreversible Lähmung bei Eintritt vorgelegen habe, sei die streitige stationäre Rehabilitation vom 10. Oktober 2019 bis 17. März 2020 als Fortführung der Leidensbehandlung anzusehen, weshalb eine Kostenübernahme als medizinische Massnahme im Sinne von Art. 12 IVG nicht möglich sei (Urk. 2 und Urk. 6).

E. 2.2

Demgegenüber argumentierte die Beschwerdeführerin, nach Art. 12 Abs. 1 IVG bestehe Anspruch auf Übernahme medizinischer Massnahmen durch die Invalidenversicherung, wenn durch die entsprechende Vorkehr stabile oder relativ stabile Folgezustände von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall behoben oder gemildert würden, um die Erwerbsfähigkeit dauernd und wesentlich verbessern oder vor wesentlicher Beeinträchtigung bewahren zu können.

Nach bundesgerichtlicher Rechtsprechung sei bei Minderjährigen gegebenenfalls vom strikten Erfordernis der Korrektur stabiler Funktionsausfälle oder Defekte abzugehen, weshalb medizinische Vorkehrungen trotz des noch labilen Charakters des Leidens von der Invalidenversicherung übernommen würden, wenn das Leiden mit hinreichender Wahrscheinlichkeit zu einem schwer korrigierbaren, die spätere Ausbildung und Erwerbsfähigkeit erheblich behindernden stabilen pathologischen Zustand führe würde. Der Beigeladene sei seit dem 27. September 2019 behandelt worden, wobei das Leiden an sich, das heisse die Unfallfolgen, behandelt worden seien, bevor sich der relativ stabile Zustand eingestellt habe. Mit dem Eintritt in das Rehabilitationszentrum müsse von einem relativ stabilen Zustand der Folgeschäden ausgegangen werden, da eine Wiedereingliederung in die Schule und das gewohnte Umfeld angestrebt worden sei. Entgegen der Auffassung der Beschwerdegegnerin könne nicht auf ein labiles pathologisches Geschehen geschlossen werden, auch wenn die angenommene irreversible Lähmung sich während der medizinischen Behandlung zurückgebildet habe. Ohne die medizinischen Massnahmen wäre eine Heilung mit Defekt eingetreten, sodass eine Wiedereingliederung der Beigeladenen in eine Schule nicht möglich gewesen wäre. Somit liege keine blosser Leidensbehandlung vor. Folglich seien die Kosten für den Rehabilitationsaufenthalt im Rahmen von Art. 12 IVG von der Beschwerdegegnerin zu übernehmen (Urk. 1 und Urk. 10).

E. 2.3

Der Beigeladene stellte sich in seiner Stellungnahme auf den Standpunkt, dass er gestützt auf den Austrittsbericht des Spitals A.____ vom 10. Oktober 2019 ab dem 1. Oktober 2019 wieder bei vollem Bewusstsein gewesen sei und bei seinem Austritt ein stabiler Allgemeinzustand vorgelegen habe. Als Rehabilitationsziele seien seine Entlassung als freier Fussgänger ins heimische Umfeld und der Besuch einer geeigneten Schule mit adäquater Unterstützung vermerkt worden. Im Vordergrund habe damit seine Eingliederung gestanden. Ab dem 6. Januar 2020 habe er dann auch die Spitalschule der Kinder-Reha im Rahmen seiner stationären Rehabilitation besucht. In Anwendung von Rz. 655-657/857.1 KSME sei es gerechtfertigt, die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, die medizinischen

Massnahmen ab vier Wochen nach Erreichen des vollen Bewusstseins (also ab dem 1. November 2019) zu erbringen. Allenfalls könnte als Beginn der Leistungspflicht auch das Datum seines Wiedereintritts in die (Spital-)Schule am 6. Januar 2020 festgelegt werden. Die anhaltenden Regredienz der Lähmungen stehe der Leistungspflicht gerade nicht entgegen, sondern es sei vielmehr das zeitliche Element nach Wiedererlangen des vollen Bewusstseins für den Beginn der Leistungspflicht entscheidend . 3.

E. 3

Auf die Vorbringen der Parteien und die eingereichten Unterlagen wird - soweit erforderlich - im Rahmen der nachfolgenden Erwägungen eingegangen. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 3.1

Das Rehabilitationszentrum B.____ führte in ihrem an die SWICA als zuständige Unfallversicherung gerichteten Gesuch um Verlängerung der Kosten gutschra che Zusatz Privat bis zum 31. Dezember 2019 vom 28. Oktober 2019 (Urk. 7/15) folgende Diagnose auf :

- schweres Schädel-Hirntrauma (GCS 3) nach Verkehrsunfall am 27. September 2019 mit/bei:

-

cMRT vom 2. Oktober 2019: schwere axonale Verletzungen hämorrhagisch und nicht-hämorrhagisch, insbesondere bifrontal linksbetont, links temporal, im Corpus callosum und in den Basalganglien sowie mesenzephal und pontin . Kein Hirnödem, keine

Liquorzirkulationsstörung

-

multiplen intraparen chymatösen Blutungen ohne Hirnödem oder ossäre Läsion

-

unilateralen Strecksynergismen am Unfallort

-

Einlage Hirndrucksonde (Codman) im Spital C.____

-

multiplen hämorrhagischen und nicht-hämorrhagischen Shearing injurien , Hauptbefunde: Frontallappen beidseits, linksbetont, Corpus callosum , Thalamus links, Pons

-

Hämorrhagie im Mesencephalon links (1.3 cm)

-

zentraler Okulomotoriusparese links

-

Pleuraerguss beidseits

Der Beigeladene befindet sich seit dem 10. Oktober 2019 in stationärer Rehabilitation und nimmt an einem ärztlich geleiteten, intensiven und multimodalen Therapieprogramm teil, welches Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie und medizinische Trainings- und Sporttherapie sowie Rehabilitationspflege beinhaltet. Zudem wurde er neuropsychologisch detailliert abgeklärt und begleitet. Daneben besucht der Beigeladene die interne Schule. Zum Zeitpunkt des Eintritts habe sich der Beigeladene in gutem Allgemeinzustand befunden. Bei Übertritt in die Rehaklinik habe sich der Beigeladene aus der Rückenlage selbständig drehen können, Unmut habe er über Stöhnen und Wegdrehen kommuniziert. Der Tonus der Extremitäten sei beidseits erhöht gewesen, links und streckseitenbetont, mit erschöpfbarem Klonus. Er könne in Begleitung wieder kurze Strecken gehen und sich mit Gesten ein wenig ausdrücken.

Vom 12. Oktober bis 25. Oktober 2019 habe er bei einer Wundheilungsstörung an der PEG-Sonde erneut hospitalisiert werden müssen. Der Beigeladene sei zuvor ein gesunder Junge gewesen, welcher nun aufgrund eines schweren Schädelhirntraumas intensive Therapien benötige. Es sei bekannt, dass die Rehabilitation bei einem Trauma dieses Ausmasses mehrere Monate in Anspruch nehmen könne. Eine Verlegung in ein ambulantes Setting sei aus ärztlicher Sicht nicht möglich, da die benötigte Intensität und Variabilität der Therapien dort nicht gewährleistet werden könne.

E. 3.2

Dr. med. D.____, Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin, vom Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) der IV-Stelle, hielt in seiner Stellungnahme vom 23. März 2020 (Urk. 7/22 S. 2) unter Wiedergabe der bekannten Diagnosen und Befunde fest, dass eine intensive Rehabilitation indiziert

sei. Aus versicherungsmedizinischer Sicht seien die schweren intracraniellen Verletzungen als Folgen eines Verkehrsunfalls vom 27. September 2019 zu sehen. Hinweise auf einen Krampfanfall als einen möglichen Auslöser des Unfalls fänden sich nicht, daher sei kein direkter Zusammenhang mit dem Geburtsgebrechen GG 387 anzunehmen. Gemäss Rz. 77 KSME seien die medizinischen Eingliederungsmassnahmen bei Unfällen mit Lähmungsfolgen von der obligatorischen Unfallversicherung zu leisten. Solange Lähmungen regredient seien, liege eine Leidensbehandlung vor. Von irreversiblen Lähmungsfolgen könne binnen 6 Wochen nach dem Unfall ereignis noch nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ausgegangen werden. Die Unfallversicherung habe auch für Rückfälle und Spätfolgen aufzukommen, selbst wenn kein enger und zeitlicher Zusammenhang mit der primären Unfall- oder Krankenbehandlung mehr bestehe. Im Anschluss an die Rehabilitation könne die Eingliederung durch die IV erneut geprüft werden (Rz. 79 KSME). Der Rehabilitationsaufenthalt könne nicht zur Übernahme durch die IV empfohlen werden.

E. 3.3

Die Ärzte des Spitals C.____, Rehabilitationszentrum B.____, erwähnten im Austrittsbericht vom 14. April 2020 (Urk. 7/21/46-52), dass sich der Beigeladene am 27. September 2019 ein schweres Schädel-Hirntrauma zugezogen habe, und dass er vom 10. Oktober 2019 bis 17. März 2020 im Rahmen einer Frührehabilitation hospitalisiert gewesen sei. Sie stellten die folgenden Diagnosen:

-

schweres Schädel-Hirntrauma (GCS 3) nach Verkehrsunfall am 27. September 2019 mit/bei:

-

cmRT vom 2. Oktober 2019: schwere axonale Verletzungen hämorrhagisch und nicht-hämorrhagisch, insbesondere bifrontal linksbetont, links temporal, im Corpus callosum und in den Basalganglien sowie mesenzephal und pontin. Kein Hirnödem, keine

Liquorzirkulationsstörung

-

multiplen intraparenchyimatösen Blutungen ohne Hirnödem oder ossäre

Läsion

-

unilateralen Strecksynergismen am Unfallort

-

multiplen hämorrhagischen und nicht-hämorrhagischen Shearing injuries, Hauptbefunde: Frontallappen beidseits, linksbetont, Corpus callosum, Thalamus links, Pons

-

Hämorrhagie im Mesenzephalon links (1.3 cm)

-

bilateraler, deutlich links- und armbetonter, spastisch-dystoner cerebraler Bewegungsstörung

-

zentraler Okulomotoriusparese links

-

Verdacht auf Trochlearisparese links

-

Dysphagie, im Verlauf komplett regredient

-

kognitiver Kommunikationsstörung, vorbestehend Lese-Rechtschreibschwäche und Redeflussstörung beziehungsweise Stottern

Als neuropsychologische Diagnose wurde ein knapp durchschnittliches kognitives Gesamtleistungsniveau (WISC-V) mit mittelgradigen neuropsychologischen Funktionsstörungen im Bereich der Aufmerksamkeit, des Gedächtnisses und in den exekutiven und sprachlichen Funktionen genannt. Im Rehabilitationsverlauf sei es am 12. Oktober 2019 zu einer Wundheilungsstörung bei gelockerter PEG-Sonde gekommen. Vorbestehend seien ein Status nach drei generalisierten Anfallsereignissen im Mai 2012 und Valproattherapie bis 2015 sowie eine Legasthenie (S. 1).

Der Beigeladene habe sich am 27. September 2019 ein schweres Schädelhirntrauma zugezogen, als er auf dem Velo von einem PKW mit unklarer Geschwindigkeit angefahren worden sei. Er sei 10 Meter vom Velo entfernt aufgefunden worden, habe einen Helm getragen, dieser sei frontal gespalten gewesen (S. 2). Der Beigeladene habe anlässlich der Hospitalisation im Rehabilitationszentrum an einem ärztlich geleiteten, intensiven und multimodalen Therapieprogramm teilgenommen, welches Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie und medizinische Trainings- und Sporttherapie sowie Rehabilitationspflege beinhaltet habe. Zudem sei er neuropsychologisch detailliert abgeklärt und begleitet worden. Daneben habe der Beigeladene die interne Schule besucht (S. 4). Das Ziel der stationären Neuro-Rehabilitation habe darin bestanden, dass der Beigeladene als freier Fußgänger in sein heimisches Umfeld zurückkehre und seine vorher erlangten motorischen und kognitiven Eigenschaften wiedererlangt. Insgesamt habe sich ein sehr erfreulicher Verlauf gezeigt. Persistierend hätten sich noch eine nächtliche Inkontinenz sowie die zentrale Okulomotoriusparese links mit Doppelbildern und insbesondere die neuropsychologischen Funktionsstörungen im Bereich der Aufmerksamkeit, des Gedächtnisses und in den exekutiven und sprachlichen Funktionen gezeigt (S. 6).

E. 3.4

RAD-Arzt Dr. D. ___ nahm am 15. Juli 2020 ergänzend Stellung zu den weiteren eingegangenen Berichten (Urk. 7/22 S. 3). Unter Verweis auf den Austrittsbericht des Rehabilitationszentrums

B. ___

vom 14. April 2020 (vgl. E. 3.3 zuvor) hielt er fest, dass beim Beigeladenen unter anderem eine bilaterale, deutlich links- und armbetonte, spastisch-dystone

cerebrale Bewegungsstörung, eine zentrale Okulomotoriusparese links, ein Verdacht auf eine Trochlearisparese links, eine komplett regrediente Dysphagie, kognitive Kommunikationsstörungen und mittelgradige neuropsychologische Funktionsstörungen festgestellt worden seien. Bei Austritt habe sich die ursprünglich stark vorhandene Hemiparese der linken oberen Extremität schön zurückgebildet. Die Grob- und Feinmotorik sei im Vergleich zur rechten Hand nur noch leicht reduziert. Die Kraft sei deutlich vermindert, die Feinmotorik reduziert. Er trage eine Brille mit Aufkleber links bei Okulomotoriusparese, um Doppelbilder zu vermeiden. Physiotherapie und Ergotherapie

seien weiterhin erforderlich. Aus versicherungsmedizinischer Sicht könne weiterhin auf seine Stellungnahme vom 23. März 2020 abgestellt werden. Die Lähmungen seien weiterhin regredient. Ergotherapie und Physiotherapie könnten bei weiterhin bestehenden Residualzuständen bei Status nach schwerem Schädelhirntraume im Hinblick auf die schulische Integration ab dem 18. März 2020 im Rahmen von Art. 12 IVG für zwei Jahre gutgeheissen werden.

E. 3.5

Am 28. Dezember 2020 nahm RAD-Arzt Dr. D.____ Stellung zu den von der Beschwerdeführerin mit dem Einwand gemachten Vorbringen (Urk. 7/38)

und führte aus, dass aus versicherungsmedizinischer Sicht keine neuen medizinischen Berichte vorgelegt worden seien. Es könne nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon ausgegangen werden, dass knapp zwei Wochen nach einem schweren Schädelhirntrauma ein stabiler Zustand erreicht gewesen sei. Bereits zwei Tage nach der Entlassung habe eine erneute stationäre Aufnahme vom 12. bis 25. Oktober 2019 erfolgen müssen, da es an der PEG-Sonde zu einer Wundheilungsstörung gekommen sei. Da auch im weiteren Verlauf von der Reha-Klinik bestätigt worden sei, dass sich die ursprüngliche starke Lähmung schön zurückgebildet habe, also keine irreversible Lähmung bei Eintritt vorgelegen habe, könne somit primär von der Fortführung der Leidensbehandlung ausgegangen werden.

E. 4

Art. 12 IVG strebt insbesondere eine Abgrenzung zwischen dem Geltungsbereich der Invalidenversicherung und dem der Krankenversicherung und der Unfallversicherung an. Grundsätzlich erfolgt die Behandlung der Unfallfolgen unabhängig von der Dauer der unfallbedingten Gesundheitsbeeinträchtigung zunächst im Bereich der Unfallversicherung (BGE 140 V 246 E. 7.5.1; Urteil des Bundesgerichts 8C_648/2010 vom 12. Januar 2011 E. 2.3). Gemäss Art. 2 Abs. 4 IVV gilt die Behandlung von (unfallbedingten) Verletzungen denn auch nicht als medizinische Massnahme im Sinne von Art. 12 IVG. Stabile – oder relativ stabilisierte – unfallbedingte Defekte können hingegen Anlass zu Eingliederungsmassnahmen nach Art. 12 IVG geben, sofern kein enger sachlicher und zeitlicher Zusammenhang mit den primären Unfallfolgen besteht (Urteile des Bundesgerichts 9C_748/2012 vom 12. April 2013 E. 2.1 und U 91/02 vom 21. Oktober 2003 E. 3.2; ferner BGE 102 V 69 E. 1). Gemäss der Rechtsprechung ist ein enger sachlicher Zusammenhang mit den primären Unfallfolgen gegeben, wenn die medizinische Vorkehr mit der Unfallbehandlung einen einheitlichen Komplex bildet, wobei für die Beurteilung ausschliesslich der Zeitpunkt der Entstehung des Defektes und nicht der Zeitpunkt der Diagnosestellung oder der Durchführung der Massnahme ausschlaggebend ist. Eine Massnahme, die schon während der Unfallbehandlung als voraussichtlich notwendig erkennbar war, ist keine Eingliederungsmassnahme der Invalidenversicherung (BGE 140 V 246 E. 7.5.1 und 114 V 18 E. 1b). Wenn ein enger und sachlicher Zusammenhang mit den Unfallfolgen besteht, fällt die Leistungspflicht der Invalidenversicherung daher ausser Betracht (Urteil des Bundesgerichts 9C_748/2012 vom 12. April 2013 E. 2.2). Der zeitliche Zusammenhang mit der Unfallbehandlung wird von der Rechtsprechung als unterbrochen betrachtet, wenn der Defekt ohne Behandlung länger, das heisst in der Regel während 360 Tagen stabil war und die versicherte Person im Rahmen der noch vorhandenen Arbeitsfähigkeit tätig sein konnte, wobei die massgebende Zeitspanne für die

Beurteilung des zeitlichen Zusammenhanges mit dem Eintritt des stabilen Defektzustandes nach Abschluss der primären Unfallbehandlung beginnt und zum Zeitpunkt der erstmaligen Indikation der neuen Behandlungsvorgehens endet (Urteil des Bundesgerichts 9C_748/2012 vom 12. April 2013 E. 2.3.1; ferner BGE 114 V 18).

E. 4.1

Dem Austrittsbericht des Rehabilitationszentrums B.____ vom 14. April 2020 (vorstehend E. 3.3) ist zu entnehmen, dass der Beigeladene in der Zeit vom 10. Oktober 2019 bis 16. März 2020 im Rahmen einer Frührehabilitation nach einem schweren Schädelhirntrauma mit unter anderem bilateraler, deutlich links- und armbetont er, spastisch- dystoner

cerebraler Bewegungsstörung im Rehabilitationszentrum hospitalisiert war, und dass der streitige Rehabilitationsaufenthalt in erster Linie eine Neuro-Rehabilitation zum Ziel hatte, sodass der Beigeladene als freier Fussgänger in sein heimisches Umfeld zurückkehre und seine vorherig errichteten motorischen und kognitiven Eigenschaften wiedererlange. Wegen einer Wundheilungsstörung an der PEG-Sonde erfolgte aber eine erneute stationäre Spitalaufnahme vom 12. bis 25. Oktober 2019. In der Folge ist es während der Hospitalisation zu einer deutlichen Besserung aller Symptome gekommen; insbesondere die ursprünglich starke linksseitige Lähmung hat sich schön zurückgebildet. Gemäss der Beurteilung der Ärzte des Rehabilitationszentrums B.____ persistierten noch eine nächtliche Inkontinenz sowie die zentrale Okulomotoriusparese links mit Doppelbildern und insbesondere die neuropsychologischen Funktionsstörungen im Bereich der Aufmerksamkeit, des Gedächtnisses und in den exekutiven und sprachlichen Funktionen.

E. 4.2

Damit übereinstimmend ging RAD-Arzt Dr. D.____ in seinen Stellungnahmen (vorstehend E. 3.2, E. 3.4-5) davon aus, es könne nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon ausgegangen werden, dass knapp zwei Wochen nach einem schweren Schädelhirntrauma zum Zeitpunkt des Antritts der Rehabilitation ein stabiler Zustand erreicht gewesen sei. So habe bereits zwei Tage nach der Entlassung eine erneute stationäre Aufnahme vom 12. bis 25. Oktober 2019 erfolgen müssen, da es an der PEG-Sonde zu einer Wundheilungsstörung gekommen sei. Insbesondere habe sich die ursprüngliche Lähmung im weiteren Verlauf schön zurückgebildet, weshalb bei Eintritt keine irreversible Lähmung vorgelegen habe. Da die Lähmung weiterhin regredient gewesen sei, könne primär von der Fortführung der Leidensbehandlung ausgegangen werden.

E. 4.3

Aus den medizinischen Akten ergibt sich, dass der Beigeladene im Zusammenhang mit dem unfallbedingt zugefügten schweren Schädelhirntrauma unter anderem zwar auch Lähmungserscheinungen der linken oberen Extremitäten erlitten hat. Der gesamte nachvollziehbar dargelegte Verlauf der Akutbehandlung im Spital und der anschliessenden Rehabilitation im Rehabilitationszentrum B.____ zeigt aber auf, dass diese partielle Lähmung zum Zeitpunkt der Verlegung am 10. Oktober 2019 und somit nur rund zwei Wochen nach dem Verkehrsunfall vom 27. September 2019 keineswegs irreversibel war. So hat sich die ursprüngliche starke Lähmung mit der Zeit schön zurückgebildet. Damit war bei Eintritt des Beigeladenen in Rehabilitationszentrum die Behandlung des ursächlichen Grundleidens - nämlich den Folgeerscheinungen des erlittenen schweren Schädelhirntraumas - keineswegs abgeschlossen.

Aufgrund der unbestrittenen, auch über den Antritt der Rehabilitation andauern den Regredienz der Lähmungserscheinungen kommt die Bestimmung von Art. 2 Abs. 2 IVV, wonach medizinische Massnahmen bei Lähmungen und andern motorischen Funktionsausfällen von dem Zeitpunkt an zu gewähren sind, in dem nach bewährter Erkenntnis der medizinischen Wissenschaft im Allgemeinen die Behandlung des ursächlichen Gesundheitsschadens als abgeschlossen gilt oder untergeordnete Bedeutung erlangt hat

(vorstehend E. 1.6), vorliegend nicht zur Anwendung und der erwähnten Verwaltungspraxis zur Kostenübernahme bei Behandlung von Lähmungen nach Hirnverletzungen (KSME Rz 655-657/855-857.1; vorstehend E. 1.6) kommt in vorliegendem Fall grundsätzlich keine Relevanz zu. Entgegen der Auffassung des Beigeladenen (vgl. E. 2.3) kann somit auch keine Kostenübernahme durch die Beschwerdegegnerin ab 1. November 2019 respektive 6. Januar 2020 erfolgen.

E. 4.4.1

Zu prüfen ist im Folgenden, ob der streitige stationäre Rehabilitationsaufenthalt des Beigeladenen vom 10. Oktober 2019 bis 17. März 2020 in einem engen sachlichen und zeitlichen Zusammenhang mit den primären Unfallfolgen stand, beziehungsweise, ob dieser Rehabilitationsaufenthalt mit der Unfallbehandlung einen einheitlichen Komplex bildete (vorstehend E. 1.4 f.).

E. 4.4.2

Nach dem zuvor Dargelegten steht fest, dass der streitige

Rehabilitationsaufenthalt des Beigeladenen vom 10. Oktober 2019 bis 17. März 2020, welcher der Frührehabilitation diente, einerseits bereits nach einem verhältnismässig kurzen Zeitraum von rund zwei Wochen nach dem Unfall vom 27. September 2019 angetreten wurde. Andererseits war die Unfallbehandlung während der Dauer dieses Rehabilitationsaufenthalts noch nicht abgeschlossen und es stand während des Rehabilitationsaufenthalts die Behandlung der Unfallfolgen im Vordergrund. Diesbezüglich gilt es sodann die bereits erwähnte medizinische Erfahrungstatsache zu beachten, wonach zur medizinischen Behandlung der Folgen eines Schädel-Hirntraumas in der Regel nicht nur eine Behandlung auf der Intensivstation eines Akutspitals sondern auch eine rehabilitationsmedizinische Behandlung

beziehungsweise

ein stationärer Rehabilitationsaufenthalt gehört, weshalb die Unfallbehandlung im Rechtsinn unvollständig ist, wenn sich an die unfallmedizinische Akutversorgung nicht eine ebenso intensive Rehabilitation anschliesst (vorstehend E. 1.5). Der streitige Rehabilitationsaufenthalt war daher Teil der medizinischen Behandlung der Unfallfolgen. Es ist daher davon auszugehen, dass bereits unmittelbar nach dem Unfallereignis vom 27. September 2019, zu Beginn der initialen Behandlung der unfallbedingten Verletzungen vorzusehen war, dass im Anschluss an die akutmedizinische Behandlung der Unfallfolgen eine rehabilitationsmedizinische Behandlung im Rahmen eines stationären Rehabilitationsaufenthaltes angezeigt beziehungsweise erforderlich sein werde. In Würdigung der gesamten Umstände ist daher nicht daran zu zweifeln, dass der streitige Rehabilitationsaufenthalt vom 10. Oktober 2019 bis 17. März 2020, welcher nach einer verhältnismässig kurzen Zeitdauer von lediglich rund zwei Wochen

nach dem Unfall begonnen wurde, in einem engen sachlichen und zeitlichen Zusammenhang mit den primären Unfallfolgen stand und Teil der Behandlung der Unfallfolgen dar stellte beziehungsweise mit der Unfallbehandlung einen einheitlichen Komplex bildete.

So war der Gesundheitszustand des Beigeladenen als Folge der intracraniellen Verletzungen zum Zeitpunkt der Verlegung keineswegs stabil.

E. 4.4.3

Demzufolge ist mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass der streitige stationäre Rehabilitationsaufenthalt vom 10. Oktober 2019 bis 17. März 2020 in einem engen zeitlichen und sachlichen Zusammenhang mit den Unfallfolgen stand und in erster Linie beziehungsweise weit überwiegend der Behandlung der Unfallfolgen diente. Der streitige Rehabilitationsaufenthalt

vom 26. Mai bis 8. September 2016

stellt daher keine von der Invalidenversicherung zu erbringende medizinische

Eingliederungsmassnahme dar, sondern kommt als Heilbehandlung im Bereich der Leistungspflicht des Unfallversicherers zu liegen.

Demnach erweist sich die Verfügung der IV-Stelle vom 28. Dezember 2019 als rechtmässig, weshalb die Beschwerde abzuweisen ist.

E. 5

Die Gerichtskosten, die nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- und Fr. 1'000.-- festzusetzen sind (Art. 69 Abs. 1 bis IVG), sind auf Fr. 800.-- anzusetzen und ausgangsgemäss der unterliegenden Beschwerdeführerin aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

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

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

Zustellung gegen Empfangsschein an: - SWICA Krankenversicherung AG - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Rechtsanwalt Michael B. Graf - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 4.

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzustellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich Der Vorsitzende Die Gerichtsschreiberin Hurst-Geiger

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