

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KV.2005.00085 vom 28. Februar 2007

ZH Sozialversicherungsgericht, 2007-02-28, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_KV.2005.00085

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KV.2005.00085 du 28 février 2007

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KV.2005.00085 del 28 febbraio 2007

Erwägungen

E. 4

4.1 Die medizinische Situation präsentiert sich wie folgt:

4.2 Die Schulärztin Dr. B. überwies die Versicherte wegen starker fein- und grobmotorischer Probleme und einer deutlich beeinträchtigten Körperwahrnehmung zur Ergotherapie. In ihrem Überweisungsbericht vom 20. Dezember 2004 notierte sie unter anderem deutliche Verlangsamungen im Bereich der Neuro-Motorik und sehr starke Mitbewegungen vor allem im Gesicht bei allen Items des Zürcher Neuromotorik-Tests. Neuro-orthopädisch stellte sie einen allgemein niedrigen Tonus mit einer starken Vergrößerung aller Gelenkwinkel fest. Ausserdem notierte sie gestützt auf den Naville-Weber-Test einen stark verkrampften Schreibfluss, feinkoordinative Schwächen und Schwierigkeiten beim Halten. Im beigelegten Scoreblatt vom 20. Dezember 2004 sprach sie sich unter A (Anamnestische Störungen) für leichtgradige motorische Ungeschicklichkeiten und zwei mittelschwere Störungen in den Bereichen "Motorik im Vergleich zu Gleichaltrigen auffällig" und "Abneigung z.B. gegen Bewegung, Berührung, Zeichnen, Basteln, Puzzles" aus. Unter B (Neurologische Störungen) gewichtete Dr. B. sämtliche Disziplinen als mittelschwer, in den Bereichen "Mitbewegungen" und "Gleichgewichtsprobleme" bezeichnete sie die Entwicklungsstörungen der Versicherten gar als schwer. Den Bereich C (Störungen der Selbstständigkeit) wie auch den Bereich E (Verhaltensstörungen) liess Dr. B. offen. Unter D (Störungen der Feinmotorik und der Handlungsfähigkeit) notierte sie mittelschwere Störungen in der Visuomotorik und der Präzision und eine leichtgradige Störung bei den Finger- und Handgelenksbewegungen (Urk. 3/3).

Die Gemäss ihrer Beurteilung im Bericht vom 11. April 2005 an den Vertrauensarzt der Beschwerdegegnerin liegen bei der Versicherten fein- und grobmotorische Koordinationsstörungen vor, taktilkinästhetische Wahrnehmungsstörungen, eine verminderte visuelle Erfassungsspanne und eine nur knapp entwickelte visuell-räumliche Wahrnehmungsfunktion; die Kanalkapazität sei somit eingeschränkt. Ausserdem stellte Dr. B. eine verzögerte psychosoziale Reifung mit mangelhafter Selbststeuerung fest. Aus den anamnestischen Angaben ergibt sich, dass die Versicherte zu Hause ungewollt Gegenstände umwirft und häufig stolpert. Im Turnen habe sie Schwierigkeiten, feinmotorisch beständigen Schreibschwierigkeiten und Schwierigkeiten beim Xylophonspielen. Seit dem Kindergarten zeichne und bastle sie, sei aber ungeduldig. Mit andern Kindern komme sie gut aus (Urk. 3/6).

4.3 Der Vertrauensarzt Dr. C. ging gestützt auf den Bericht von Dr. B. vom 11. April 2005 und das Scoreblatt vom 20. Dezember 2004 davon aus, dass offenbar

keine relevanten subjektiven Beeinträchtigungen des Kindes vorlägen. Die Versicherte sei trotz der festgestellten Mängel in der Lage, mit andern Kindern gut auszukommen. Ausserdem würden keine Verhaltensstörungen oder dergleichen geschildert. Auch fanden sich keine Hinweise dafür, dass das Kind anderweitig gefährdet worden sei (Urk. 9/1).

4.4 Mit Bericht vom 29. Juni 2005 an die zuständige Ergotherapiepraxis erstellte Dr. B. gestützt auf ihre Abklärung vom Vortag mit einer ausführlichen Anamnese ein weiteres Scoreblatt. Unter Score U2 hielt sie an den bisherigen Einreihungen in den Bereichen A, B und D fest, taxierte aber unter A die bisher nicht beurteilten grob- und feinmotorischen Störungen und unter D die Störungen der Feinmotorik und der Handlungsfähigkeit im Bereich Körperperschema als mittelschwer. Im bisher offen gebliebenen Bereich C teilte Dr. B. der Disziplin Hantieren den Scorepunkt 3 (schwer) zu, die Störungen in den Teilbereichen Selbstversorgung und An- und Ausziehen beurteilte sie als mittelschwer und die Einschränkungen in der Körperpflege als leichtgradig. Bemerkend fügte sie hinzu, dass die Versicherte nicht mit Messer und Gabel essen könne und weder mit einem Messer noch mit einer Schere schneiden könne. Keine Störung liegt gemäss der Schulärztin im Sozialbereich (z. B. Orientierung in und ausser Haus, kleine Aufträge erledigen, Kontakt zu andern Kindern) vor. Unter E (Verhaltensstörungen) notierte sie den Scorepunkt 2 (mittelschwer, abnorm) in den Bereichen Leidensdruck, Aufmerksamkeitsstörung und Aggressivität, oppositionelles Verhalten. Das Vorliegen einer Hyper- oder Hypoaktivität sowie von psychosomatischen Störungen verneinte sie (Urk. 3/11).

Dem Bericht vom 29. Juni 2005 ist neu zu entnehmen, dass das Erlernen koordinierter Bewegungen stark erschwert war; die Versicherte benutze ihre linke Hand noch heute fast gar nicht. Im Turnen und Schreiben habe sie weiterhin deutliche motorische Probleme. Sie kleide sich nachlässig an und habe kein Schema dabei. Viele Eindrücke gleichzeitig würden sie rasch verwirren und sie könne sich auf grosse Wechsel nur schwer einstellen. Auch scheine sie oft nicht zuzuhören und sei so mit sich selber beschäftigt, dass sie nicht merke, wenn sie angesprochen werde. Sie könne extrem stur sein und entwickle periodenweise verschiedene Stereotypen. Zur psychischen Reifung hielt Dr. B. fest, dass die lange sehr starken Affektdurchbrüche heute weniger stark seien, jedoch immer noch auffällig häufig vorkämen. Daneben notierte sie Schlafprobleme und häufig unergänzliche Missstimmungen. Zu Hause sei sie oft aggressiv gegenüber der Mutter. In der Schule würden ihre unkontrollierten Bewegungen von den Mitschülern öfter als aggressiv empfunden. In der Schule sei sie mittlerweile trotzdem gut integriert, habe jedoch Mühe mit dem Schreiben. Sie komme offenbar beim Schulstoff trotz kurzer Konzentrationsphasen gut mit. Gemäss Dr. B. hat sich motorisch seit Dezember 2004 wenig verändert. Die Versicherte brauche weiterhin dringend Ergotherapie (Urk. 3/12).

4.5 Die behandelnde Ergotherapeutin D. erstellte am 30. August 2005 einen Bericht zur ergotherapeutischen Erfassung der Versicherten, der Zielsetzung der Behandlung und dem bisherigen Verlauf. Ihre Beurteilung lautet dahingehend, dass die Versicherte an einer schwerwiegenden motorischen Entwicklungsstörung leide in Verbindung mit reaktiven Verhaltensauffälligkeiten. Die Versicherte sei intelligent und sozial-emotional altersgemäss entwickelt. Umso mehr leide sie an der Diskrepanz gegenüber ihren senso-motorischen Leistungen. Die vorliegenden Schwierigkeiten im

Alltag und in der Schule würden dringend weitere medizinisch-therapeutische Massnahmen bedingen. Sinnvollerweise fänden diese im Rahmen einer Ergotherapie statt, da primär an der Körperwahrnehmung, der Sinnesverarbeitung sowie an der Bewegungssteuerung zu arbeiten sei. Es sollten die Voraussetzungen geschaffen werden, dass der Erwerb altersgemässer Fähigkeiten und Fertigkeiten für die Versicherte möglich würden (Urk. 3/15).

4.6 In einer erneuten Stellungnahme vom 20. Juli 2005 stellte sich Dr. C. auf den Standpunkt, dass die Ergotherapie der Förderung der motorischen Entwicklung dienen solle und nicht der Behandlung gestörter Körperwahrnehmungen oder gar zwangsneurotischer Symptome. Falls eine Psychopathologie erheblichen Ausmasses vorliegen würde, wären sowieso psychiatrische Massnahmen angezeigt. Bei den im Zentrum der Therapie gestandenen motorischen Störungen seien innerhalb eines halben Jahres kaum Veränderungen feststellbar gewesen, so dass die bisherige Therapie insgesamt als unwirksam eingestuft werden müsse.

Die häuslichen Probleme, wie sie die Eltern schildern (Aggressivität, Zwängeln bei der Kleiderwahl, zwangsneurotische Symptome, Störung der Körperwahrnehmung, undefinierte Ängste, etc.), stellten keine Störungen der motorischen Entwicklung nach ICD-10 F82 dar. Hier wären allenfalls erziehungsberaterische, eventuell gar kinderpsychiatrische Massnahmen angezeigt. Die rein motorische Entwicklungsstörung nach ICD-10 F82, für deren Behandlung die Ergotherapie beantragt worden sei, müsse als höchstens mittelgradig eingestuft werden. Die effektiven Auswirkungen auf das Kind seien in subjektiver Hinsicht mittel-, in objektiver Hinsicht gemäss Bericht höchstens leichtgradig. Zudem seien offensichtlich auch keine andern Behandlungsmöglichkeiten ausgeschöpft worden (Urk. 3/16).

4.7 Mit Bericht vom 5. September 2005 äusserte sich Dr. B. zur Stellungnahme von Dr. C. Sie wies darauf hin, dass die von ihr festgestellten Störungen auf dem Scoreblatt ebenfalls als stark störend zu bewerten seien, auch wenn nicht überall der maximale Scorewert 3 angekreuzt sei. Für das Kind würden diese motorischen Schwierigkeiten starke Störungen bedeuten, unter denen es leide. Die meisten neurologischen Störungen seien als 2 zu werten, was deutlich für Therapiebedarf spreche. Die Versicherte bedürfe in erster Linie der Hilfe, um mit ihren motorischen Schwierigkeiten fertig zu werden. Auch sei ein Training für ihre Wahrnehmungsprobleme notwendig. Dieser Kombination werde die Ergotherapie am besten gerecht. Dr. B. sprach sich daher klar für die dringende Notwendigkeit von Ergotherapie aus, nicht für psychiatrische Massnahmen (Urk. 5).

E. 5

5.1 Strittig ist zunächst, ob die Versicherte an einer Entwicklungsstörung der motorischen Funktionen im Sinne von F82, ICD-10 leidet, welche derart schwer wiegt und somatische Auswirkungen zeitigt, dass sie im Sinne der höchststrichterlichen Rechtsprechung trotz ihrer Einordnung bei den psychischen Störungen als somatische Krankheit im Sinne von Art. 6 lit. a KLV gilt.

Von keiner der Parteien aufgeworfen wurde zwar die Frage nach einer allfälligen sonstigen somatischen Erkrankung, welche ursächlich mit den beklagten motorischen Schwierigkeiten der Versicherten zusammenhängen könnte. Aufgrund der Berichte der Schulärztin Dr. B. kann das Vorliegen einer somatischen Erkrankung

jedoch nicht mit hinreichender Sicherheit ausgeschlossen werden. In ihren Beurteilungen vom 11. April 2005 und 5. September 2005 kam sie gestützt auf ihre Untersuchungsbefunde der visuellen Wahrnehmung und der Raumwahrnehmung zum Schluss, dass die visuelle Erfassungsspanne vermindert und die visuell-räumlichen Wahrnehmungsfunktionen knapp entwickelt seien. Hieraus schloss sie auf eine eingeschränkte Kanalkapazität (Urk. 3/6, Urk. 5).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Eine verminderte Kanalkapazität kann ein Zeichen für das Vorliegen einer visuellen Wahrnehmungsstörung sein (vgl. www.integrationskinder.org/artikel/-wahrnehmungs-stoerung-symptome-therapieansatz.pdf):

Käsmann-Kellner Barbara, Vom Sinn des Sehens: visuelle Wahrnehmung, Neurophysiologische Grundlagen und regelrechte Entwicklung visueller Funktionen, Visuelle Wahrnehmungsstörungen: Klinik, Testmethoden, S. 9 oben). Typische, bei visuellen Wahrnehmungsstörungen im Kindesalter geschilderte Probleme sind unter anderem das "Übersehen" auch größerer Objekte, eine fehlende Raumvorstellung trotz nachweisbarem Binokularsehen, Unsicherheiten bei körperlicher Betätigung wie Radfahren etc., ein fehlendes Vorstellungsvermögen bei Bastel- und Malarbeiten, gleichzeitig bestehende Auffälligkeiten in anderen sensorischen Bereichen, in der Motorik, im Verhalten und gegebenenfalls in der Sprache, in der Schule sogenannte Teilleistungsschwächen, primäre oder sekundäre neurologische und psychische Störungen. Neurologisch finden sich zum Teil mässige Störungen der Feinmotorik, der Balancefähigkeit, der allgemeinen Geschicklichkeit, also insgesamt Zeichen einer leichten "Hirnfunktionsstörung". Besonders das Schriftbild eines Kindes lasse diese hyperkinetisch bedingten Symptome erkennen. Therapeutisch wird ein interdisziplinäres Konzept empfohlen, in welchem eine vernetzte Zusammenarbeit der verschiedenen Fachrichtungen und Personen, die am Entwicklungsprozess des Kindes beteiligt sind, wie Eltern, Kinderärzte, Augenärzte, Orthoptistinnen, Pädagogen, Psychologen und Ergotherapeuten stattfindet (vgl. Käsmann-Kellner, a.a.O., S. 8 f.).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Diese Symptome einer visuellen Wahrnehmungsstörung decken sich zu einem erheblichen Teil mit den im Scoreblatt betreffend eine Entwicklungsstörung der Motorik F82 ICD-10 angeführten Störungen und bezeichnenderweise auch mit den von Dr. B. in den Scoreblättern und ihren Berichten wiedergegebenen Problemen der Versicherten. Weder Dr. B. noch Dr. C. äusserten sich zu einem allfälligen Zusammenhang der visuellen Schwächen mit den Problemen der Versicherten in der Motorik und der Körperwahrnehmung. Auch äusserte sich Dr. B. nicht klar zum Krankheitswert der von ihr festgestellten visuellen Schwächen. Angesichts der konvergierenden Symptomaten einer visuellen Wahrnehmungsstörung und dem Krankheitsbild nach F82 ICD-10 und den bei der Versicherten festgestellten visuellen Einschränkungen erscheint eine Klarstellung aber unabdingbar.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Dies gilt einerseits im Hinblick darauf, dass eine visuelle Wahrnehmungsstörung wohl eine somatische Erkrankung im Sinne von Art. 6 Abs. 1 lit. a KLV darstellt und folglich, sofern ärztlicherseits eine Ergotherapie auch bei dieser Diagnose weiterhin als indiziert betrachtet würde, zur Leistungspflicht der Krankenkasse führen würde. Andererseits rechtfertigt sich die Diagnose einer Entwicklungsstörung der motorischen Funktionen nach F82 ICD-10 gemäss den diagnostischen Leitlinien der Weltgesundheitsorganisation nur dann, wenn die Koordinationsschwierigkeiten keine direkte Auswirkung von Seh- oder Hörfehlern oder diagnostizierbaren neurologischen

Störungen sind (Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V (F), a.a.O, S. 280). Dieser Ausschluss aber ist bei der gegebenen Aktenlage nicht möglich. In diesem Zusammenhang fällt auf, dass sich in keinem der vier Berichte von Dr. B.____ die Diagnose einer Entwicklungsstörung nach F82 ICD-10 findet (Urk. 3/2, 3/6, 3/12, 5), auch wenn das Scoreblatt im Regelfall nur bei der Diagnose F82 Anwendung findet.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Infolgedessen sind weitere medizinische Abklärungen kinderärztlicher sowie augenärztlicher Natur notwendig. Es gilt dabei, Abklärungen zu einer allfälligen visuellen Wahrnehmungsstörung zu tätigen sowie die Diagnose einer Entwicklungsstörung nach F82 ICD-10 zu erörtern oder zu verwerfen.

5.2 Ä Ä Ä Ä Damit aber kann zum jetzigen Zeitpunkt nicht abschliessend geklärt werden, ob eine schwerwiegende Entwicklungsstörung der Motorik nach F 82 ICD-10 vorliegt. Lediglich hinzuweisen ist die Beschwerdegegnerin in diesem Zusammenhang auf Erw. 4.2 in BGE 130 V 292 f., wonach eine Punktzahl von 19 bei maximal 35 Punkten im Scoreblatt als Indiz für eine mittlere bis schwere Störung zu werten ist. Die Scoretaxierung von Dr. B.____ im Scoreblatt vom 30. Juni 2005 fällt prozentual gar noch höher aus. Zudem basiert das von ihr ausgefüllte Scoreblatt auf der von der Konsenskonferenz im März 2003 verabschiedeten "Scoreblatt Version II", welches im Hinblick auf verlässlichere Entscheidungsgrundlagen zwischen medizinischen und pädagogischen Massnahmen ausgearbeitet wurde und klarere Voraussetzungen für den Krankheitswert der Störung aufstellt als die Version I (vgl. Mitteilung aus dem Bundesamt für Sozialversicherung, Ergotherapie bei Kindern mit Entwicklungsstörungen der Motorik, Schlussbericht der Konsensuskonferenzen), zu welcher das Eidgenössische Versicherungsgericht in den publizierten Entscheiden BGE 130 V 284 und 288 Stellung bezogen hat.

5.3 Ä Ä Ä Ä Nichts an der Rückweisung der Sache zu den ergänzenden medizinischen Abklärungen ändern die Vorbringen der Beschwerdegegnerin in Bezug auf die fehlende Eignung der ergotherapeutischen Behandlung und die angeblich notwendige psychiatrische Abklärung.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Die Frage nach der Eignung der Ergotherapie und damit deren Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit lässt sich einerseits beim jetzigen Verfahrensstand nicht abschliessend beurteilen, da die zu behandelnde Störung erst festzustellen ist. Ausserdem lässt die kurze Behandlungsdauer mit lediglich 14 Sitzungen keine sachgerechte Beurteilung der Eignungsfrage zu. Des Weiteren spricht sich die behandelnde Ergotherapeutin sehr wohl für einen positiven Verlauf der Behandlung aus (Urk. 3/15). Dr. C.____ geht in diesem Zusammenhang von einem unzutreffenden Sachverhalt aus, liegt doch seiner Beurteilung vom 20. Juli 2005 die Annahme zu Grunde, dass die Versicherte während eines halben Jahres, nicht nur während der tatsächlich gut drei Monate in Behandlung war (Urk. 3/16).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä In Bezug auf die von der Beschwerdegegnerin gestützt auf Dr. C.____ unter dem Titel "Schadenminderungspflicht" verlangte vorgängige kinderpsychiatrische Abklärung ist festzuhalten, dass die Beschwerdegegnerin die von ihr in diesem Zusammenhang gezogenen Schlüsse auf keine genügende medizinische Grundlage zu stützen vermag. Dr. C.____ sprach sich zwar dafür aus, dass im Zusammenhang mit den von den Eltern geschilderten Problemen wie Aggressivität, Zwängen bei der Kleiderwahl, zwangsneurotische Symptome, Störung der Körperwahrnehmung, undefinierbare Ängste etc. erziehungsberaterische, eventuell gar kinderpsychiatrische

Massnahmen angezeigt wÃ¤ren (Urk. 3/16). Seine AusfÃ¼hrungen lassen jedoch nicht den Schluss zu, dass fÃ¼r die Behandlung der vorliegend im Vordergrund stehenden motorischen Probleme ein psychiatrischer Ansatz allenfalls effizienter wÃ¤re. Dr. B.____ sprach sich gar ausdrÃ¼cklich gegen die Notwendigkeit einer psychiatrischen Massnahme aus (Urk. 5).

Â Â Â Â Â Â Â Â Abschliessend ist daher festzuhalten, dass die Beschwerde in dem Sinne gutzuheissen ist, dass die Sache zur ergÃ¤nzenden medizinischen AbklÃ¤rung an die Beschwerdegegnerin zurÃ¼ckzuweisen ist.

Das Gericht erkennt:

1.Â Â Â Â Â Â Â Â Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass der angefochtene Einspracheentscheid vom 11. August 2005 aufgehoben und die Sache zur ergÃ¤nzenden medizinischen AbklÃ¤rung im Sinne der ErwÃ¤gungen an die Beschwerdegegnerin zurÃ¼ckgewiesen wird.

2.Â Â Â Â Â Â Â Â Das Verfahren ist kostenlos.

3.Â Â Â Â Â Â Â Â Zustellung gegen Empfangsschein an:

- A.____

- Krankenkasse WÃ¤denswil

- Bundesamt fÃ¼r Gesundheit

4.Â Â Â Â Â Â Â Â Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 90 ff. des Bundesgesetzes Ã¼ber das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht wÃ¤hrend 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 BegrÃ¼ndung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in HÃ¤nden hat (Art. 42 BGG).

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