

Inhaltsverzeichnis

B

Stichwortverzeichnis

11

4.3 Art. 13 IVG i.V.m. Art. 2 f. GgV

Regeste:

Art. 13 IVG i.V.m. Art. 2 f. GgV – Zu den zu behandelnden Geburtsgebrechen zählen alle Begleiterscheinungen, die medizinisch gesehen zum Symptomenkreis des infrage stehenden Gebrechens gehören. Der Anspruch auf Behandlung erstreckt sich auch auf die sekundären Gesundheitsschäden, die nach medizinischer Erfahrung häufig die Folge des Gebrechens sind. Vorausgesetzt wird diesfalls ein qualifizierter Zusammenhang zum Gebrechen und die Notwendigkeit der Behandlung. Auch mittelbare Folgen des Grundleidens können in einem qualifiziert adäquaten Kausalzusammenhang gesehen werden (Erw. 3.2). Verneinung eines ausreichenden Kausalzusammenhangs zwischen einer aktuellen Schmelzbildungsstörung an den Zähnen und der Behandlung eines Geburtsgebrechens zehn Jahren davor (Erw. 6.3.2).

Aus dem Sachverhalt:

Die Versicherte, geboren 2007, italienische Staatsangehörige mit Niederlassungsbewilligung C für die Schweiz, wurde Ende Dezember 2007 bei der IV-Stelle Zug zum Leistungsbezug für Versicherte vor dem 20. Lebensjahr (medizinische Massnahmen) angemeldet. Als Leiden wurde eine verschlossene Klappe des Tränenkanals festgehalten. Dem gleichzeitig eingereichten Bericht des Kantonsspitals Luzern, für dieses Dr. A, Kinderspital Luzern, kann der Hinweis auf das Geburtsgebrechen 413 (Aplasie der Tränenwege/angeborenes Fehlen der Tränenwege), sowie der handschriftliche Vermerk «Dakryozele bei kongenitaler Dakryostenose» entnommen werden. Am 25. April 2008 äusserte RAD-Arzt Dr. B, FMH für Allgemeinmedizin, das Geburtsgebrechen GG 413 bzw. ein als Folge der Aplasie operationsbedürftiger Befund könnten bejaht werden und die entsprechende Operation sei von der Invalidenversicherung zu übernehmen.

Am 28. Mai 2017 wurde die Versicherte erneut zum Bezug von Leistungen für Minderjährige angemeldet. Wiederum ging es um medizinische Massnahmen. Es wurde auf eine erforderliche zahnärztliche Behandlung infolge Hypomineralisation der Zähne, auf ein Geburtsgebrechen resp. auf eine Nebenwirkung und/oder einen Folgeschaden hingewiesen. Beigelegt wurde ein Arztbericht des Luzerner Kantonsspitals, für dieses Dr. C. Der Bericht enthält die Diagnose eines Status nach Dakryozystitis/Dacryozele 12/2007 und den Hinweis, dass im Arzneimittel-Kompendium eine Hypomineralisation der Zähne nicht als Nebenwirkung der Behandlung mit Cephalosporinen aufgeführt werde, dass die Literatur aber Hinweise auf eine mögliche Assoziation enthalte, dass ein Zusammenhang mithin nicht ausgeschlossen werden könne. Am 11. Juli 2017 schlug RAD-Arzt Dr. D, FMH für Allgemeine Innere Medizin und zertifizierter medizinischer Gutachter SIM, eine Anfrage bei Dr. med. dent. E vor. In Beantwortung dieser Anfrage entgegnete Dr. E am 30. September 2017, ein kausaler Zusammenhang zwischen der Antibiose mit Cephalosporinen im ersten Lebensmonat und der Hypomineralisation der Zähne sei höchst unwahrscheinlich und eine Behandlung in Narkose rechtfertige sich bei

einem zehnjährigen Kind ohnehin nicht. Infolge dessen lehnte die IV-Stelle Zug das Ersuchen um Kostengutsprache für medizinische Massnahmen mit Vorbescheid vom 17. Oktober 2017 bzw. Verfügung vom 18. Dezember 2017 ab.

Aus den Erwägungen:

(...)

3.

3.1 Nach Art. 13 IVG haben Versicherte bis zum vollendeten 20. Altersjahr Anspruch auf die zur Behandlung von Geburtsgebrechen notwendigen medizinischen Massnahmen. Beginn und Ende des Anspruchs werden in Art. 2 und 3 GgV geregelt. Als Geburtsgebrechen gelten jene Krankheiten, die bei vollendeter Geburt bestehen (Art. 3 Abs. 2 ATSG). Die blossе Veranlagung zu einem Leiden gilt nicht als Geburtsgebrechen. Wann das Geburtsgebrechen als solches erkannt wird, ist grundsätzlich unerheblich (Art. 1 Abs. 1 GgV).

3.2 Zur Behandlung des Geburtsgebrechens zählen ohne weiteres alle Begleiterscheinungen, die medizinisch gesehen zum Symptomenkreis des infrage stehenden Gebrechens gehören. Der Anspruch auf Behandlung erstreckt sich nach der herrschenden Lehre aber auch auf die sekundären Gesundheitsschäden, die zwar nicht mehr zum Symptomenkreis des Geburtsgebrechens gehören, die aber nach medizinischer Erfahrung häufig die Folge des Gebrechens sind. Allerdings muss zum Leiden ein qualifizierter Zusammenhang bestehen und die Behandlung muss sich als notwendig erweisen. Nicht nur unmittelbare, auch mittelbare Folgen des Grundleidens können in einem qualifiziert adäquanten Kausalzusammenhang gesehen werden. Der IV erwächst eine Leistungspflicht nur im Rahmen der für das einzelne Geburtsgebrechen vorgesehenen zeitlichen Limitierung. Schliesslich kann sich eine Leistungspflicht ergeben, wenn ein Leiden zwar die Voraussetzungen für die Anerkennung als Geburtsgebrechen nicht erfüllt, dessen Behandlung aber eine notwendige und wesentliche Voraussetzung zur Behandlung eines mit dem Geburtsgebrechen adäquat kausal zusammenhängenden Sprachgebrechens bildet (Ulrich Meyer/Marco Reichmuth, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, dritte überarbeitete Auflage, Zürich/Basel/Genf 2014, Art. 13 N. 20 ff.).

(...)

4. Fakt ist, dass bei der Beschwerdeführerin das Geburtsgebrechen GG 413 diagnostiziert resp. dass diese in den ersten Wochen während ungefähr eines Monats mit Antibiotika behandelt wurde. Fakt ist weiter, dass die Beschwerdeführerin heute einen Zahnschaden (Molaren-Inzisives-Hypomineralisation [MIH]) aufweist, der der dringenden Behandlung bedarf. Streitig ist, ob dieser Zahnschaden in einem qualifizierten kausalen Zusammenhang zum Geburtsgebrechen bzw. zur unmittelbar postnatalen Behandlung des Geburtsgebrechens mit Antibiotika steht, mithin jedenfalls als mittelbare Folge des Grundleidens zu werten ist.

(...)

6. In der Folge ist zu prüfen, ob der 2017 diagnostizierte Zahnschaden nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit in einem qualifizierten adäquaten Kausalzusammenhang zum Geburtsgebrechen 413 bzw. zur in diesem Zusammenhang in den ersten vier Lebenswochen der Beschwerdeführerin erfolgten Antibiose steht.

6.1 Zum Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit ist nur aber immerhin festzuhalten, dass die überwiegende Wahrscheinlichkeit nicht quantifiziert werden kann. Sie übersteigt die Annahme einer blossen Möglichkeit bzw. einer Hypothese und liegt andererseits unter dem – im Zivilprozess massgebenden – Beweisgrad der strikten Annahme der zu beweisenden Tatsache. Die Wahrscheinlichkeit ist dann überwiegend, wenn der begründeten Überzeugung keine konkreten Einwände entgegenstehen. Von zwei oder mehreren Möglichkeiten ist diejenige überwiegend wahrscheinlich, die sich am ehesten zugetragen haben könnte (vgl. Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, dritte überarbeitete Auflage, Zürich/Basel/Genf 2015, Rz. 50 zu Art. 43 ATSG).

6.2 Zur Frage, was unter einem qualifizierten adäquaten Kausalzusammenhang zu verstehen ist, ist auf die einschlägige Rechtsprechung zu verweisen. Im Entscheid I 801/04 vom 6. Juli 2005 hielt das Bundesgericht (das damalige eidgenössische Versicherungsgericht) in Erwägung 1.3 hierzu im Wesentlichen fest, nach der Rechtsprechung erstreckte sich der Anspruch auf medizinische Massnahmen ausnahmsweise auch auf die Behandlung sekundärer Gesundheitsschäden, die zwar nicht mehr zum Symptomenkreis des Geburtsgebrechens gehörten, aber nach medizinischer Erfahrung häufig die Folge dieses Gebrechens seien. Zwischen dem Geburtsgebrechen und dem sekundären Leiden müsse demnach ein qualifizierter adäquater Kausalzusammenhang bestehen. Nur wenn im Einzelfall dieser qualifizierte ursächliche Zusammenhang zwischen dem sekundären Gesundheitsschaden und dem Geburtsgebrechen gegeben sei und sich die Behandlung überdies als notwendig erweise, habe die Invalidenversicherung im Rahmen des Art. 13 IVG für die medizinischen Massnahmen aufzukommen. An die Erfüllung der Voraussetzungen des rechtserheblichen Kausalzusammenhangs seien strenge Anforderungen zu stellen, zumal der Wortlaut des Art. 13 IVG den Anspruch der versicherten Minderjährigen auf die Behandlung des Geburtsgebrechens an sich beschränke (AHI 1998 S. 249 Erw. 2a). Bejaht worden sei der qualifizierte adäquate Kausalzusammenhang beispielsweise zwischen einem Prader-Willi-Syndrom (Ziff. 462 GgV Anhang) und einer morbidem Adipositas, weil diese eine fast zwangsläufige Konsequenz des Prader-Willi-Syndroms sei. Gleich entschieden worden sei im Falle einer Versicherten, welche an einer angeborenen Leukopenie (Ziff. 322 GgV Anhang) und einer Gingivitis gelitten habe, dies mit der Begründung, Infektionen der Schleimhäute stellten unmittelbare Folgen der Leukopenie dar und könnten mittelbar zu Zahnfleischentzündungen führen, welche wiederum Parodontose verursachen könnten, sodass aufgrund dieser Verkettung das Risiko von weiteren Folgen des Grundleidens derart immanent zu diesem selbst sei, dass der natürliche Kausalzusammenhang besonders eng sei und die Adäquanz augenfällig erscheine. Im Lichte dieser Recht-

sprechung habe das Eidgenössische Versicherungsgericht festgestellt, dass die Häufigkeit des sekundären Leidens nicht das allein entscheidende Kriterium für die Bejahung eines qualifizierten adäquaten Kausalzusammenhanges darstelle (vgl. auch I 438/02; I 32/06; I 29/06 Erw. 4.2 sowie Urteil 9C_917/2011 vom 28. März 2012 Erw. 3.1 und viele weitere).

6.3 Beurteilend ist vorab zu bedenken, dass die im Alter von ca. zehn Jahren bei der Beschwerdeführerin festgestellte Hypomineralisation der Zähne, die Schmelzbildungsstörung, nicht in einem direkten Zusammenhang zum Geburtsgebrechen 413, d.h. zur Aplasie der Tränenwege resp. zur konkret diagnostizierten Dakryozele bei kongenitaler Dakryostenose steht. Einen direkten Zusammenhang zwischen dem kongenitalen Verschluss der Tränenwege und der Störung bei der Zahnschmelzbildung wird denn auch von niemandem behauptet. Fraglich ist indes, ob insofern ein indirekter Zusammenhang bejaht werden könnte, als die Zahnschmelzstörung überwiegend wahrscheinlich auf die zur Behandlung des Grundleidens im Kleinkindalter durchgeführte Antibiotika-Abgabe zurück geführt werden könnte.

6.3.1 In Sichtung der vorliegenden Akten ist zunächst festzuhalten, dass allen Berichten und Artikeln entnommen werden kann, dass es zur Ätiologie der MIH bis dato nur Vermutungen hinsichtlich möglicher Ursachen gibt, dass die Ursache dieser Erkrankung aber noch weitgehend unerforscht resp. ungeklärt ist. Eine vorbehaltlose Bejahung eines qualifiziert adäquaten Zusammenhangs zwischen der Antibiotika-Abgabe im Säuglingsalter während eines Monats und der im Alter von zehn Jahren entdeckten Schmelzbildungsstörung findet sich in den vorliegenden Akten denn auch nirgends. Selbst dem Bericht wie dem Merkblatt von Frau Dr. med. dent. F können nur Hinweise auf mögliche Ursachen entnommen werden, wobei das fragliche Merkblatt die Antibiotika-Abgabe per se nicht einmal speziell erwähnt. Von den zehn unter Erwägung 4.2 kurz angesprochenen Artikeln zum Thema MIH und dessen Ätiologie beschränken sich neun auf den Hinweis auf diskutierte Möglichkeiten und auf die noch immer herrschende Unklarheit. Demgegenüber enthält der unter www.dentalmagazin.de/praxiszahnmedizin am 8. Juni 2015 mit dem Titel „MIH: Ursachen der Mineralisationsstörung bei Kindern unbekannt“ erschienene Artikel immerhin noch den Hinweis, dass jede zur Ätiologie bestehende Hypothese auch widerlegt werden könne. Gegen die These, dass die häufige Antibiotika-Abgabe im frühen Kindesalter zu MIH führen könnte, spreche nämlich der Umstand, dass in Greifswald die höchste regionale Antibiotika-Nutzung bei Kindern bis zu sechs Jahren, gleichzeitig aber auch die niedrigste MIH-Rate verzeichnet sei. Klar gegen einen rechtsprechungsgemäss rechtsgenügenden Kausalzusammenhang zwischen der Antibiotika-Abgabe im frühen Kindesalter und der MIH spricht sich die von der IV-Stelle konsultierte Fachärztin Dr. med. dent. E aus. Begründend hält sie im Wesentlichen fest, im ersten Lebensmonat eines Kindes erfolge erst an den Höckerspitzen der ersten bleibenden Molaren eine Verkalkung des Zahnschmelzes. Vor diesem Hintergrund sei es höchst unwahrscheinlich, dass die einmonatige Abgabe von Cedax und Zinat die Amenoblasten (Zahnschmelz bildende Zellen) aller bleibenden Zähne schädigen könne, andernfalls viel mehr Kinder betroffen sein müssten. Auch gehe es vorliegend ja nur um einen Zahn. In der Diskussion um die Ätiologie der MIH sei die An-

tibiotika-Abgabe nur eine der verschiedenen diskutierten – aber in keiner Weise bewiesenen – Ursachen.

6.3.2 Würdigend ist im Lichte der in Erwägung 6.2 angesprochenen Judikatur des Bundesgerichts festzustellen, dass ein qualifizierter adäquater Kausalzusammenhang zwischen der Antibiotika-Abgabe im ersten Lebensmonat und der im Alter von zehn Jahren festgestellten Schmelzbildungsstörung nicht als überwiegend wahrscheinlich erstellt gilt. Ein solcher Kausalzusammenhang gilt vielmehr als allerhöchstens möglich. Zum einen sprechen die Dauer der Medikamentenabgabe und die Erfahrungstatsache, dass in diesem Zeitraum erst die Höckerspitzen der ersten bleibenden Molaren, der 6er-Molaren, verkalken, gegen einen Zusammenhang, bedenkt man insbesondere, dass in casu auch ein Inzisivus betroffen ist. Sodann sprechen jedenfalls die in Greifswald, aber auch die in Düsseldorf erhobenen statistischen Werte gegen eine gesicherte und primäre Ursächlichkeit der Antibiotika-Abgabe für die MIH. Zu bedenken ist alsdann, dass die Wissenschaft wie mehrfach erwähnt mindestens ein halbes Dutzend mögliche Ursachen diskutiert und dass jedenfalls Umweltgifte, Dioxine oder polychloriertes Biphenyl in der Muttermilch, aber auch ein allfällig länger-zeitiges Stillen oder im Gegensatz dazu die Auswirkungen von chemisch behandelten – weichgemachten – Schnullern oder Trinkflaschensaugern in casu als mögliche Ursachen nicht ausgeschlossen werden können. Zu guter Letzt ist auch nicht auszuschliessen, dass vorliegend auch eine der weiteren, im ersten Aufsatz unter Erwägung 4.2, in fine aufgelisteten Ursachen, eine der mit Fieberzuständen verbundenen Infektionskrankheiten oder eine leichtere Form einer Mangelerscheinung für den 2017 entdeckten Zahnschaden verantwortlich sein könnte. Mit anderen Worten: Selbst wenn die von der Wissenschaft diskutierten möglichen Ätiologien der MIH als erhärtet gelten würden, könnte in casu nicht einfach auf die Antibiotika-Abgabe im Kleinkindalter als Ursache geschlossen werden, da vorliegend auch andere Möglichkeiten nicht ausgeschlossen werden können. Beim derzeitigen Wissensstand der zahnmedizinischen Forschung aber verbietet es sich ganz klar, einen qualifizierten adäquaten Kausalzusammenhang zwischen der Antibiotika-Behandlung des Geburtsgebrechens im Kleinkindalter und der MIH anzunehmen. Daran ändert auch der Umstand, dass zum Zeitpunkt, als Frau Dr. Anzidei ihren Bericht verfasst hatte, schon fünf Zähne betroffen waren, Frau Dr. E aber nur von einem Zahn ausging, nichts. Im Gegenteil unterstreicht die Betroffenheit eines Inzisivus die Beurteilung von Dr. E sogar noch.

6.4 Zusammenfassend ergibt sich folglich, dass die IV-Stelle kein Recht verletzte, wenn sie einen rechtsprechungsgemäss ausreichenden Kausalzusammenhang zwischen der Schmelzbildungsstörung einerseits und der Behandlung des Geburtsgebrechens 413 andererseits verneinte und die Übernahme der entsprechenden Behandlungskosten ablehnte. Wie obig dargelegt, gilt ein qualifizierter adäquater Kausalzusammenhang folglich nicht als überwiegend wahrscheinlich erstellt. Damit erweist sich die Beschwerde als unbegründet und sie ist vollumfänglich abzuweisen.

Inhaltsverzeichnis

Urteil des Verwaltungsgerichts vom 13. September 2018, S 2018 19

Das Urteil ist rechtskräftig.

B

Stichwortverzeichnis

B Stichwortverzeichnis

Behandlung des Geburtsgebrechens , 6

Geburtsgebrechen , 5, 6

Invalidenversicherung, 5

Leistungspflicht der Invalidenversicherung, 5