



Fall-Nr.: IV 2007/166
Stelle: Versicherungsgericht
Rubrik: IV - Invalidenversicherung
Publikationsdatum: 26.06.2020
Entscheiddatum: 06.03.2008

Entscheid Versicherungsgericht, 06.03.2008

Art. 13 IVG; (Atem-)Physiotherapie wegen pulmonaler Infektanfälligkeit eines Versicherten mit angeborenem Herzfehler, Lippen-Kiefer-Gaumenspalte (beides anerkannte Geburtsgebrechen) und Trisomie 21; qualifizierter ursächlicher Zusammenhang eines sekundären Gesundheitsschadens mit den Geburtsgebrechen? (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 6. März 2008, IV 2007/166)

Vizepräsidentin Karin Huber-Studerus, Versicherungsrichterin Lisbeth Mattle Frei,
Versicherungsrichter Franz Schlauri; Gerichtsschreiberin Fides Hautle

Entscheid vom 6. März 2008

in Sachen

T.____,

Beschwerdeführer,

vertreten durch Rechtsanwältin lic. iur. Pascale Hartmann, procap,

Schweizerischer Invaliden-Verband, Frobургstrasse 4, Postfach, 4601 Olten,

gegen

IV-Stelle des Kantons St. Gallen, Postfach 368, 9016 St. Gallen,

Beschwerdegegnerin,

betreffend



medizinische Massnahmen (Verlängerung Physiotherapie)

Sachverhalt:

A.

A.a Der im Jahr 2000 geborene T.____ wurde am 5./8. August 2000 wegen eines Geburtsgebrechens bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug angemeldet. Das Kinderspital Zürich diagnostizierte gemäss dem Arztbericht vom 22. August 2000 beim Versicherten (erstens) eine freie Trisomie 21, (zweitens) ein komplexes Herzvitium mit Double-outlet right Ventricle (DORV), Foramen ovale, VSD, persistierender Cava superior sinister und Agenesie V. anonyma, und (drittens) einer LKG-Spalte rechts. Es handle sich um die Geburtsgebrechen GgV Nr. 313 und 201.

A.b Die Sozialversicherungsanstalt/IV-Stelle des Kantons St. Gallen sprach dem Versicherten am 23. Oktober 2000 medizinische Massnahmen zur Behandlung dieser Gebrechen für die Zeit vom 22. Juli 2000 bis 31. Oktober 2010 zu. Als Durchführungsstelle war unter anderem A.____ für "Physiotherapie/GG 313" bezeichnet worden (act. 6).

A.c Am 14. November 2000 gab das Kinderspital Zürich bekannt, einmal pro Woche seien eine Stunde Physiotherapie und einmal eine Stunde Ergotherapie erforderlich.

A.d Dr. med. B.____, Facharzt für Pädiatrie FMH, erklärte mit Schreiben vom 4. Dezember 2000, der Versicherte sei erstmals am 28. Oktober 2000 in seiner Behandlung gewesen. Er sei gleichentags zur Physiotherapie angemeldet worden. Diese Therapie sei als spezielle Pflegemassnahme wegen des Herzleidens nötig. Sie diene nach langer Hospitalisationsdauer auch der Verbesserung der Organfunktionen (act. 9).

A.e Auf Ersuchen von Dr. B.____ vom 20. Juli 2001 leistete die IV-Stelle am 31. Juli 2001 im Rahmen der Verfügung vom 23. Oktober 2000 Kostengutsprache für eine Mundbobath-Therapie zur Verbesserung der Nahrungsaufnahme bei einer Logopädin bis 31. Oktober 2003 (act. 18). Später wurde die Therapie zur Sprachanbahnung beantragt (act. 41, 45) und gewährt (act. 47). Am 29. Juni 2004 erfolgte eine ärztliche



Zuweisung zur Ergotherapie (act. 74-8 f./9); der Versicherte erhalte (weiterhin) Physiotherapie bei der Physiotherapeutin C.____. Die Ergotherapeutin beantragte am 10. Mai 2005 eine erneute Kostengutsprache für weitere Therapieeinheiten (act. 74-6 f./9). Der Regionale Ärztliche Dienst (RAD) der Invalidenversicherung (Dr. med. D.____) erklärte am 23. November 2005, die Ergotherapie stehe im Zusammenhang mit der Trisomie 21 und nicht mit den beiden Geburtsgebrechen (act. 75), worauf die Übernahme der Ergotherapie mit Verfügung vom 25. November 2005 mit Wirkung ab 31. Dezember 2005 aufgehoben wurde (act. 78). Eine Einsprache, in welcher unter anderem für den Fall der Ablehnung eine Wiederaufnahme von Physiotherapie als nötig bezeichnet wurde, wies die Verwaltung am 14. Februar 2006 (rechtskräftig) ab (act. 83).

B.

B.a Dr. B.____ verordnete dem Versicherten am 7. März 2006 Physiotherapie zur Verbesserung der (cardio-)pulmonalen Funktion. Der Versicherte sei vom 12. bis 25. Januar 2006 wegen einer bilateralen Oberlappen-Pneumonie ("P Sekret, Mühe mit Mobilisation") im Kinderspital Zürich hospitalisiert gewesen. Es bestehe ein St. n. Totalkorrektur bei DORV/VSD am 19.9.2000 (act. 86-2/2). Die Physiotherapeutin reichte die Verordnung am 22. August 2006 ein mit dem Ersuchen, eine Physiotherapie-Verfügung ab März 2006 zu erlassen. Der Versicherte benötige (nach einer Pause ab 5. Juli 2005) nach einer schweren Lungenfunktionsstörung, die sich aufgrund des Geburtsgebrechens Nr. 313 ereignet habe, erneut Physiotherapie (act. 86-1/2). Mit Arztbericht vom 3. Oktober 2006 erklärte Dr. B.____, die Indikation für die Physiotherapie ergebe sich aus den rezidivierenden Infekten der oberen und unteren Luftwege, dem Status nach schwerer beidseitiger Pneumonie im Januar 2006 und den im Rahmen von Infekten bestehenden grossen Schwierigkeiten, Sekret auszuhusten. Es bestehe deshalb auch in Zukunft eine massive Gefährdung, dass weitere schwere Infektionen der Atemwege aufträten. Der Versicherte sei dann in seiner Aktivität massiv eingeschränkt und vermindert leistungsfähig und es komme zu längeren Ausfällen in der Schule. Mit der regelmässigen Physiotherapie könne eine Verbesserung der Sekretmobilisation bewirkt werden. Es sei das Ziel, damit die Häufigkeit der schweren Infektionen zu reduzieren. Schon früher habe der Versicherte Physiotherapie gehabt und während dieser Zeit seien deutlich weniger Infektionen der Atemwege aufgetreten (act. 87-1 ff./17). Wie einem Bericht vom 26. Januar 2006 des Kinderspitals Zürich zu



entnehmen war, war der Versicherte wegen einer bilateralen Oberlappen-Pneumonie hospitalisiert worden. Eine weitere Hospitalisation war gemäss Bericht vom 21. Juni 2006 am 4. Juni 2006 wegen eines viralen Infekts der oberen Luftwege erfolgt. In einem Bericht vom 4. September 2006 hatte das Kinderspital Zürich ferner dargelegt, wegen pulmonaler Hypertonie sei der DORV beim Versicherten rascher korrigiert worden. Im Jahr 2001 sei die LKG-Spalte erstmals geschlossen worden und seither habe der Versicherte jährlich antibiotisch behandelte Pneumonien. Als Kleinkind habe er etwa jeden zweiten Monat behandelt werden müssen, aktuell habe er weniger Pneumonien, dafür ausgeprägtere. Dazu kämen im Winter rezidivierende Bronchitiden. Es liege aktuell ein chronisch produktiver Husten vor, der wahrscheinlich im Rahmen der Adeno-tonsillo-Hypertrophie und sehr engen Verhältnissen der oben Luftwege bei Status nach Lippen-Kiefer-Gaumenspalte bestehe (act. 87-12 f./17).

B.b Der RAD (Prof. Dr. E.____) beantragte am 24. November 2006 eine Ablehnung der Verlängerung von Physiotherapie. Dr. B.____ habe in seiner Verordnung die Krankenkasse als Kostenträger angegeben. Erst die Physiotherapeutin habe dann eine Übernahme aufgrund des Geburtsgebrechens Nr. 313 beantragt. Dr. B.____ benenne als Indikation die Schleimmobilisation. Ein Zusammenhang mit den Geburtsgebrechen GgV 313 oder 201 gehe auch aus den Berichten des Kinderspitals Zürich nicht hervor. Die Ursachen der Infekte und Pneumonien seien im Gegenteil nicht klar gewesen. Die Herzsituation habe sich postoperativ deutlich verbessert, es bestehe nur noch ein kleiner VSD, der für die Pneumonien kaum verantwortlich sei. Die ganze Problematik hänge eher mit der Grundkrankheit (Trisomie 21) zusammen (act. 93).

B.c Mit einem Vorbescheid vom 13. Dezember 2006 zeigte die IV-Stelle an, dass die Verlängerung der Kostengutsprache für Physiotherapie verweigert werde.

B.d Der Vater des Versicherten wandte am 30. Januar 2007 ein, die Notwendigkeit der physiotherapeutischen Massnahmen besitze einen direkten Zusammenhang mit dessen Herz-/Lungenleiden. Das Herzleiden habe leider nicht ab-, sondern eher zugenommen. Der Versicherte werde immer noch leicht müde und kurzatmig. Im Kinderspital Zürich sei festgestellt worden, dass das Herz Aussetzer mache und der Puls zeitweise unter 40 falle, ausserdem dass im Schlaf Atempausen stattfänden. An Pfingsten 2006 habe deswegen erneut ein Spitalaufenthalt erfolgen müssen. Damit



St.Galler Gerichte

keine Rückschritte im Gesundheitszustand einträten, sei der Versicherte weiterhin auf die Physiotherapie (unter anderem eine für Kinder spezialisierte Atemtherapie) angewiesen. Bis anhin habe er dank der Physiotherapie wesentliche Fortschritte machen können. Durch die Therapie könnten Kosten für ärztliche Behandlung und Spitalaufenthalte vermindert werden. Es gehe nicht an, alle medizinischen Massnahmen, welche bisher aufgrund des Geburtsgebrechens Nr. 313 übernommen worden seien, aus Kostengründen der Grundkrankheit Trisomie 21 zuzuschreiben (act. 98).

B.e Auf Anfrage teilte Dr. B.____ im Verlaufsbericht vom 19. Februar 2007 mit, aufgrund des korrigierten Herzfehlers und der korrigierten totalen Lippen-Kiefer-Gaumenspalte sei der Versicherte mit seinem Down-Syndrom für Infekte der Atemwege prädisponiert. Dank regelmässiger Physiotherapie habe die Sekretmobilisation verbessert und damit die Frequenz dieser Infekte deutlich reduziert werden können. Ob ein direkter Zusammenhang zwischen Herz- und Lungenleiden bestehe, sei schwer zu beurteilen. Tatsache sei, dass Kinder mit Down-Syndrom und angeborenem Herzfehler eine vermehrte Infektanfälligkeit der Atemwege hätten, erst recht, wenn gleichzeitig auch noch eine Lippen-Kiefer-Gaumenspalte bestehe. Die therapeutischen Massnahmen bestünden darin, dass mittels regelmässiger Physiotherapie eine Sekretmobilisierung durchgeführt und somit die Infektanfälligkeit reduziert werden könne (act. 99).

B.f Am 22. März 2007 verfügte die IV-Stelle des Kantons St. Gallen die Abweisung des Verlängerungsgesuchs für Physiotherapie (act. 103). Die Atemwegsinfekte stünden nicht in einem direkten Zusammenhang mit dem Geburtsgebrecen Nr. 313, die Physiotherapie stehe also nicht in direktem Zusammenhang mit dem Herzleiden. Die Physiotherapie diene der Verbesserung der Grundkrankheit (Trisomie 21), die kein anerkanntes Geburtsgebrecen sei.

C.

Gegen diese Verfügung richtet sich die vom Vater des Betroffenen am 20. April 2007 erhobene Beschwerde. Der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers beantragt die Verlängerung der Kostengutsprache für die Physiotherapie. Weder der Kinderarzt noch die Beschwerdegegnerin hätten bestritten, dass die Physiotherapie zwingend nötig sei



und dass sie eine wesentliche Besserung bewirke. Die bisherige Therapiestelle erachte eine Fortführung ebenfalls für enorm wichtig. Dass die Atemwegsinfekte in keinem direkten Zusammenhang mit dem Geburtsgebrechen stehen sollten, wie die Beschwerdegegnerin schreibe, erstaune sehr und sei nicht bewiesen. Dr. B.____ habe am 19. Februar 2007 angegeben, gerade auch wegen des Herzfehlers und der LKG-Spalte bestehe eine vermehrte Infektanfälligkeit. Die Frequenz der Infekte habe mit der Therapie deutlich reduziert werden können. Auch sein Verlaufsbericht spreche für die Weiterführung, ebenso wie die Diagnose, welche das Kinderspital Zürich in dem beigelegten Bericht vom 5. Oktober 2006 bezeichnet habe. Aufgrund des Herz-/Lungenleidens habe der Beschwerdeführer immer noch regelmässig massive Atemprobleme, unter anderem in der Nacht mit schwerem Pseudokrapp. Die Berichte von Dr. B.____ und des Kinderspitals Zürich zeigten, dass die gesundheitlichen Probleme - das Lungendefizit - hauptsächlich auf die beiden Geburtsgebrechen zurückzuführen seien. Das Down-Syndrom habe dabei höchstens eine nebensächliche Bedeutung. Darauf lasse auch die bis anhin gewährte Kostenübernahme durch die Beschwerdegegnerin schliessen. Es könne nicht im Sinn der Versicherung sein, bisher übernommene, immer noch deutlich wirksame Therapien aus Kostengründen einzustellen. Da im Februar 2006 bereits die Ergotherapie gestrichen worden sei, müsste der Beschwerdeführer gänzlich ohne Therapie auskommen. Sein Anspruch auf Massnahmen zur Behandlung der Geburtsgebrechen Nr. 313 und 201, die sein grosses Leiden linderten, müsse ihm erhalten bleiben, auch wenn er zusätzlich noch an Trisomie 21 leide. In dem eingelegten Bericht des Kinderspitals Zürich vom 5. Oktober 2006 war als Diagnose bezeichnet worden: "Aktuell: Chronisch produktiver Husten bei oberer Luftwegssymptomatik mit Adenotonsillohypertrophie und engen Verhältnissen der oberen Luftwege mit konsekutivem rhinosino-bronchialem Syndrom". Die Zwischenanamnese zeige einen pulmonal sehr guten Verlauf. Aktuell sei der Beschwerdeführer völlig beschwerdefrei.

D.

Die Beschwerdegegnerin beantragt in ihrer Beschwerdeantwort vom 13. Juni 2007 Abweisung der Beschwerde. Der Anspruch auf medizinische Massnahmen erstreckte sich ausnahmsweise auch auf die Behandlung sekundärer Gesundheitsschäden, die nicht mehr zum Symptomenkreis zählten, aber häufig die Folge eines



Geburtsgebrechens seien. Zwischen dem Gebrechen und dem sekundären Leiden müsse dann ein qualifizierter adäquater Kausalzusammenhang bestehen. Die Trisomie 21 sei nicht als Geburtsgebrechen anerkannt. Die Behandlung von sekundären Leiden, die darauf zurückzuführen seien, könne deshalb nicht übernommen werden. Nach Auffassung des RAD hänge die Problematik der Infekte eher mit dieser Grundkrankheit zusammen als mit dem Herzleiden. Ob ein direkter Zusammenhang zwischen dem Lungen- und dem Herzleiden bestehe, habe Dr. B. ___ für schwer zu beurteilen gehalten. Da somit ein qualifizierter adäquater Kausalzusammenhang fehle, komme eine Übernahme der Physiotherapie nach Art. 13 IVG nicht in Frage. Die Physiotherapie als Massnahme, die zu einer Sekretmobilisation führen und die Häufigkeit der Infekte reduzieren sollte, beuge ausserdem nicht einem drohenden stabilen Defekt vor, sondern sei Leidensbehandlung und Prävention. Deshalb komme auch keine Kostenübernahme gestützt auf Art. 12 IVG in Frage. Die (bisherige) Übernahme der Kosten der Physiotherapie erweise sich deshalb als zweifellos unrichtig. Ihre Berichtigung sei von erheblicher Bedeutung. Es sei deshalb zu Recht eine Wiedererwägung vorgenommen bzw. die Kostengutsprache nicht verlängert worden. Medizinische Massnahmen im Rahmen der Verfügung vom 23. Oktober 2000 würden hingegen weiterhin von der Invalidenversicherung übernommen.

E.

Am 9. Juli 2007 reicht die Beschwerdegegnerin ein bei ihr eingegangenes ärztliches Zeugnis des Kinderspitals Zürich (Dr. med. F. ____, Kardiologie) vom 3. Juli 2007 ein. Darin war - im Sinne einer Stellungnahme zur Beschwerdeantwort - dargelegt worden, Kinder mit angeborenen Herzfehlern, insbesondere DORV, hätten aufgrund der klinischen Erfahrung und belegt durch die medizinische Literatur eine pathologische Gefässentwicklung der Lunge und des Bronchialsystems. Diese Veränderungen führten zu einer Prädisposition für Luftwegsinfektionen, welche den Gesundheitszustand (bei bestehendem Herzfehler) stark beeinträchtigten, die häufig spitalbedürftig machten und teilweise sogar lebensbedrohlich seien. An der Klinik werde deshalb in enger Zusammenarbeit mit den Spezialisten der Pneumologie eine spezifische Behandlung der Atemwege durchgeführt, in welcher Atemphysiotherapie einen fixen Bestandteil bilde. Die Atemwegs-/Lungenproblematik des Versicherten stehe direkt im Zusammenhang



St.Galler Gerichte

mit dem angeborenen Herzfehler. Die Atemphysiotherapie stelle auch keine rein prophylaktische Massnahme dar, sondern eine direkt therapeutische Massnahme bei angeborener Lungenproblematik, die durch den Herzfehler mitbedingt sei.

F.

Mit Replik vom 31. August 2007 beantragt Rechtsanwältin lic. iur. Pascale Hartmann für den Beschwerdeführer, die angefochtene Verfügung sei aufzuheben und dem Beschwerdeführer sei weiterhin Physiotherapie zuzusprechen. Nach Angaben von Dr. F.____ bestehe beim Beschwerdeführer ein direkter Zusammenhang zwischen den Atemwegs- bzw. Lungenproblemen und dem angeborenen Herzfehler. Im gleichen Sinn habe sich auch Dr. G.____, Klinik für Kieferorthopädie und Kinderzahnmedizin der Universität Zürich, im beigelegten Bericht vom 26. Juni 2007 geäussert. Die Lippen-Kiefer-Gaumenspalte erschwere danach die ordnungsgemässe Belüftung durch die Nase und sei als erschwerender Faktor für eine hohe Anfälligkeit bei Erkältungskrankheiten mitverantwortlich. Aus diesen Berichten gehe hervor, dass die spezialisierten Kinderärzte einen klaren Zusammenhang der Physiotherapie mit dem angeborenen Herzfehler bzw. der LKG-Spalte bestätigten. Aus der Physiotherapie-Verordnung sei nichts zu Ungunsten des Beschwerdeführers abzuleiten. Nach Angaben von Dr. B.____ gehöre Physiotherapie bei Kindern, die allein am Down-Syndrom litten, nicht zur klassischen Therapieauswahl. Die Arztberichte des Universitätsspitals Zürich würden beweismässig schwerer wiegen als die Stellungnahme des RAD-Arztes, der kein spezialisierter Facharzt sei, der sich mit dem vorliegenden Krankheitsbild auskenne.

G.

Die Beschwerdegegnerin hält am 4. September 2007 an ihrem Antrag fest.

H.

Am 26. November 2007 sind Prof. E.____ die Berichte von Dr. B.____ vom 19. Februar 2007, von Dr. F.____ vom 3. Juli 2007 und von Dr. G.____ vom 26. Juni 2007 zur Kenntnis gebracht worden. Auf die Frage, ob sich dadurch eine Änderung der Beurteilung ergebe, hat Prof. E.____ am 21. Dezember 2007 mitgeteilt, die Tatsache, dass bei



Kindern mit LKG-Spalten und damit verbundener Nasenseptumdeviation erschwerte Verhältnisse beständen, die mit erhöhter Anfälligkeit von Infektionen einhergingen, sei auch ihm bekannt. Der Bericht von Dr. G.____ nehme aber keine Stellung zur Frage der Physiotherapie. Erfahrungsgemäss seien bei Kindern mit LKG-Spalte bisher keine Physiotherapie-Anträge gestellt worden. Dr. B.____ betrachte die Physiotherapie eindeutig als präventive Massnahme. Ein Zusammenhang zwischen dem Herzfehler und dem Respirationstrakt sei entwicklungsgeschichtlich schwer zu erklären. Dr. F.____ berichte von einem problemlosen kardialen Verlauf und davon, dass mit Ausnahme einer Endokarditisprophylaxe bei erhöhter Gefährdung keine Massnahmen nötig seien. Ein Zusammenhang der pulmonalen Probleme mit dem Geburtsgebrechen Nr. 313 scheine daher unwahrscheinlich. Wäre es anders, so hätten wegen der Infektanfälligkeit keine Untersuchungen immunologischer und pneumologischer Art erfolgen müssen. Dr. F.____ habe ihm leider die wissenschaftlichen Arbeiten, die seine Gedanken belegten, nicht zugestellt, so dass er annehmen müsse, solche lägen kaum vor. Nach Auskunft der IV-Stelle H.____ sei man sich dort nicht bewusst, in einer Situation, wie sie beim Beschwerdeführer vorliege, eine langfristige Physiotherapie zugesprochen zu haben. Eine Zusprache erfolge beim Geburtsgebrechen Nr. 313 nur perioperativ für sechs bis maximal zwölf Monate. Die pulmonalen Infekte hingen nach seiner Auffassung primär weder mit dem Geburtsgebrechen Nr. 313 noch mit demjenigen Nr. 201 zusammen. Die Physiotherapie sei prophylaktisch. - Die Parteien haben keine Stellungnahmen hierzu eingereicht.

Erwägungen:

1.

Mit der angefochtenen Verfügung lehnte die Beschwerdegegnerin eine Verlängerung von Physiotherapie ab. Diese war im Rahmen der "Grundverfügung" vom 23. Oktober 2000 für medizinische Massnahmen zur Behandlung von Geburtsgebrechen für die Zeit vom 22. Juli 2000 bis 31. Oktober 2010 übernommen worden, und zwar faktisch bis zum 5. Juli 2005 (vgl. IV-act. 86). Die Leistungszusprache war damals eingestellt worden. Nach der Aktenlage ist davon auszugehen, dass mit der Einreichung der neuen ärztlichen Verordnung vom 7. März 2006 ein neues Gesuch um Physiotherapie gestellt und von der Beschwerdegegnerin materiell behandelt wurde.



2.

2.1 Nach Art. 13 IVG haben Versicherte bis zum vollendeten 20. Altersjahr Anspruch auf die zur Behandlung von Geburtsgebrechen (Art. 3 Abs. 2 ATSG) notwendigen medizinischen Massnahmen (Abs. 1). Der Bundesrat bezeichnet die Gebrechen, für welche diese Massnahmen gewährt werden. Er kann die Leistung ausschliessen, wenn das Gebrechen von geringfügiger Bedeutung ist (Abs. 2). Gemäss Art. 1 Abs. 2 der Verordnung über Geburtsgebrechen (GgV) sind die Geburtsgebrechen in der Liste im Anhang der GgV aufgeführt. Der Beschwerdeführer leidet an den Geburtsgebrechen Nr. 201 (Lippen-, Kiefer-, Gaumenspalte) und Nr. 313 (angeborene Herz- und Gefässmissbildungen). Bei der Trisomie 21 handelt es sich unbestrittenermassen nicht um ein in der GgV aufgeführtes Leiden, denn die zugrunde liegende chromosomale Irregularität ist als solche nicht behandelbar (vgl. I 253/03).

2.2 Als medizinische Massnahmen, die für die Behandlung eines Geburtsgebrechens notwendig sind, gelten sämtliche Vorkehren, die nach bewährter Erkenntnis der medizinischen Wissenschaft angezeigt sind und den therapeutischen Erfolg in einfacher und zweckmässiger Weise anstreben (Art. 2 Abs. 3 GgV). Nach der Rechtsprechung des Bundesgerichts erstreckt sich der Anspruch auf medizinische Massnahmen ausnahmsweise auch auf die Behandlung sekundärer Gesundheitsschäden, die zwar nicht mehr zum Symptomenkreis des Geburtsgebrechens gehören, aber nach medizinischer Erfahrung häufig die Folge dieses Gebrechens sind. Zwischen dem Geburtsgebrechen und dem sekundären Leiden muss danach ein qualifizierter adäquater Kausalzusammenhang bestehen. Nur wenn im Einzelfall dieser qualifizierte ursächliche Zusammenhang zwischen sekundärem Gesundheitsschaden und Geburtsgebrechen gegeben ist und sich die Behandlung überdies als notwendig erweist, hat die Invalidenversicherung im Rahmen des Art. 13 IVG für die medizinischen Massnahmen aufzukommen (BGE 100 V 41; AHI 2001 S. 79 E. 3a; Pra 1991 Nr. 214 S. 906 E. 3b). An die Erfüllung der Voraussetzungen des rechtserheblichen Kausalzusammenhangs sind strenge Anforderungen zu stellen, zumal der Wortlaut des Art. 13 IVG den Anspruch der versicherten Minderjährigen auf die Behandlung des Geburtsgebrechens an sich beschränkt (AHI 1998 S. 249 E. 2a; zum Ganzen auch Rz 11 KSME). Die Häufigkeit des sekundären Leidens stellt nicht das allein entscheidende Kriterium für die Bejahung eines qualifizierten adäquaten



Kausalzusammenhangs dar (Entscheid des Eidgenössischen Versicherungsgerichts i/ S A. vom 14. Oktober 2004, I 438/02). Der qualifizierte Zusammenhang zwischen dem Geburtsgebrechen und dem sekundären Leiden ist darin zu erblicken, dass aus medizinischer Sicht in bestimmten Fällen die Behandlung des Geburtsgebrechens und des sekundären Leidens als Behandlungsgesamtheit aufgefasst werden muss (nicht veröffentlichter Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen i/S M.L. vom 25. April 2002, der allerdings durch den Entscheid des Eidgenössischen Versicherungsgerichts in gleicher Sache [bzw. A.] vom 14. Oktober 2004, I 438/02, aus anderem Grund aufgehoben wurde).

3.

3.1 Vorliegend hatte der behandelnde Pädiater Dr. B. ___ bereits am 4. Dezember 2000 erklärt, die Physiotherapie sei als spezielle Pflegemassnahme wegen des Geburtsgebrechens am Herzen notwendig. Im Zusammenhang mit der reduzierten Herz- und Lungenfunktion seien die Massnahmen nach der langen Hospitalisation auch für die Verbesserung der Organfunktion notwendig. Bei der Verordnung am 7. März 2006 gab er an, die Physiotherapie diene der Verbesserung der (cardio-)pulmonalen Funktion. Die Physiotherapeutin hatte diese Verordnung am 22. August 2006 mit dem Hinweis darauf eingereicht, dass die Therapie nach einer schweren Lungenfunktionsstörung nötig sei, die sich aufgrund des Geburtsgebrechens Nr. 313 ereignet habe. Das Kinderspital Zürich stellte sich mit Bericht vom 3. Juli 2007 auf den Standpunkt, es sei belegt und entspreche klinischer Erfahrung, dass Kinder mit angeborenen Herzfehlern, insbesondere dem DORV, eine pathologische Gefässentwicklung der Lunge und des Bronchialsystems aufwiesen. Diese prädisponierten für Luftwegsinfektionen. Die Atemwegs-/Lungenproblematik des Beschwerdeführers steht nach dieser Beurteilung in einem direktem Zusammenhang mit dem angeborenen Herzfehler.

3.2 Ein besonderer Kausalzusammenhang zwischen dem Herzleiden und der Behandlungsbedürftigkeit der pulmonalen Infekte, wie ihn die Rechtsprechung für eine Ausweitung auf IV-Ansprüche für sekundäre Leiden voraussetzt, kann darin allerdings nicht gesehen werden. Denn diese Anfälligkeit ist nach der gesamten Aktenlage als Folge eines multifaktoriellen Geschehens zu betrachten. Das zeigt sich etwa darin,



dass Dr. F. ___ erklärt, die angeborene Lungenproblematik sei durch den Herzfehler mitbedingt. Dr. B. ___ hielt am 19. Februar 2007 fest, dass Kinder mit Down-Syndrom und angeborenem Herzfehler eine vermehrte Infektanfälligkeit besässen, erst recht, wenn sie auch noch eine LKG-Spalte hätten. Der Arzt erwähnte weiter, es sei schwer zu beurteilen, ob zwischen dem Lungenleiden und dem Herzleiden ein direkter Zusammenhang bestehe. Dr. G. ___ beschreibt als Teilursache ebenfalls die durch die LKG-Spalten bedingte Nasenseptum-Deviation. Zunächst waren als mögliche Ursachen ein gastrooesophagealer Reflux, eine anatomische Abflussbehinderung und ein frühkindliches Asthma bronchiale auszuschliessen gewesen und ein immunologischer Defekt sowie eine allergische Komponente waren bereits ausgeschlossen worden. Prof. E. ___ hatte denn auch am 24. November 2006 dafürgehalten, die Ursachen der Infekte seien nicht klar geworden. Die Herzsituation sei postoperativ kaum mehr dafür verantwortlich, eher die Trisomie 21. Was den Einfluss der Operation betrifft, ist zwar darauf hinzuweisen, dass bereits die erste Einschätzung von Dr. B. ___ zu einem Zeitpunkt erfolgt war, als der VSD-Patchverschluss seit etwa zweieinhalb Monaten hergestellt gewesen war (Operationstag war der 19. September 2000, als der Beschwerdeführer erst knapp zwei Monate alt gewesen war). Bei der Verordnung vom 7. März 2006 lag die Operation schon mehr als fünf Jahre zurück. Gemäss einem Arztbericht des Kinderspitals Zürich vom 16. April 2004 war allerdings lediglich ein kleiner residueller VSD am oberen Patchrand bestehen geblieben.

3.3 Prof. E. ___ hat in Kenntnis der Akten und nach Auseinandersetzung mit ihren Ergebnissen am 21. Dezember 2007 einen Zusammenhang zwischen den pulmonalen Infekten und den beiden anerkannten Geburtsgebrechen für unwahrscheinlich und die Behandlung als Prophylaxe bezeichnet. Seiner begründeten Stellungnahme kommt ein bedeutender Beweiswert zu. Lässt sich ein Zusammenhang der Schwierigkeit, Sekret zu mobilisieren, bzw. der pulmonalen Infektanfälligkeit mit den beiden Geburtsgebrechen Nr. 313 und Nr. 201 demnach nicht - jedenfalls nicht in der rechtsprechungsgemäss erforderlichen Art - ausweisen, so besteht hierfür keine Leistungspflicht der Invalidenversicherung.

4.

4.1 Im Sinne der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde abzuweisen.



4.2 Nach Art. 69 Abs. 1^{bis} IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von 200 bis 1000 Franken festgelegt. Als unterliegende Partei hat der Beschwerdeführer die Gerichtskosten zu bezahlen (vgl. Art. 95 Abs. 1 VRP). Diese sind ermessensweise auf Fr. 600.-- zu veranschlagen. Mit dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe sind die Kosten getilgt.

Demgemäss hat das Versicherungsgericht

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 53 GerG

entschieden:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Der Beschwerdeführer bezahlt die Gerichtskosten von Fr. 600.-- unter Verrechnung mit dem bezahlten Kostenvorschuss in gleicher Höhe