



Fall-Nr.: IV 2011/245
Stelle: Versicherungsgericht
Rubrik: IV - Invalidenversicherung
Publikationsdatum: 15.01.2013
Entscheiddatum: 15.01.2013

Entscheid Versicherungsgericht, 15.01.2013

Art. 13 IVG, GG Nr. 390. Periodische stationäre Rehabilitation unter Einsatz eines für Kinder eingerichteten Locomaten bei einem schwer behinderten Versicherten: Einfach und zweckmässig? Frage wegen der drohenden Verschlechterung des Gesundheitszustands aufgrund des Wachstums und der weitgehenden Immobilisierung im Alltag bejaht, zumal auf jeden Fall eine intensive ambulante Therapie nötig wäre, die auch erhebliche Kosten verursacht (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 15. Januar 2013, IV 2011/245). Bestätigt durch Urteil des Bundesgerichts 8C_158/2013.

Präsident Martin Rutishauser, Versicherungsrichterin Christiane Gallati Schneider,
Versicherungsrichter Joachim Huber; Gerichtsschreiber Ralph Jöhl

Entscheid vom 15. Januar 2013

in Sachen

A.____,

Beschwerdeführer,

vertreten durch Advokat lic. iur. Martin Boltshauser, c/o procap, Frobürgstrasse 4,
Postfach, 4601 Olten,

gegen

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



St.Galler Gerichte

Beschwerdegegnerin,

betreffend

medizinische Massnahmen (stationäre Therapie)

Sachverhalt:

A.

A.a Am 26. Oktober 2004 bewilligte die IV-Stelle A.____ die Kostenübernahme für die Behandlung des Geburtsgebrechens Nr. 390 (mit Behandlungsgeräten) für die Zeit bis 30. September 2009 (IV-act. 97). Dr. med. B.____, Leitender Arzt Neuropädiatrie, berichtete am 30. Oktober 2009 (IV-act. 296), der Versicherte leide an einer bilateralen, rechtsbetonten, spastisch-dyskinetischen Cerebralparese. Unter physiotherapeutischer Behandlung (mit Orthesen, Unterschenkelschienen, NF-Walker) sei er zwischenzeitlich gehfähig geworden. Trotz verbesserter Kopfkontrolle und Anpassung sei es wegen einer bilateralen Hüftluxation aber wieder zu einer Verschlechterung gekommen. Diese Hüftluxation werde demnächst eine orthopädische Korrekturoperation nötig machen. C.____ von der Physiotherapie D.____ hatte am 28. Oktober 2009 festgehalten (IV-act. 297), der Versicherte laufe sehr gern mit dem NF-Walker. Nach der Operation der Hüfte werde er eine intensive Physiotherapie benötigen. Dr. med. E.____, Rehabilitationsklinik des Kinderspitals Zürich, teilte am 9. November 2009 mit (IV-act. 300), die beiden Hüftoperationen würden im Dezember 2009 erfolgen. Ziel des anschliessenden dreimonatigen Rehabilitationsaufenthalts werde es sein, dass der Versicherte wieder mit dem NF-Walker werde gehen können, wobei die Schritte selbst ausgelöst werden sollten. Dr. med. F.____ vom RAD empfahl am 21. Dezember 2009 die Verlängerung der Kostengutsprache für die Behandlung des Geburtsgebrechens Nr. 390, die Kostengutsprache für die Physiotherapie im Rahmen der Behandlung dieses Geburtsgebrechens und die Kostengutsprache für einen dreimonatigen Rehabilitationsaufenthalt nach der beidseitigen Hüftoperation. Mit einer Verfügung vom 30. Dezember 2009 verlängerte die IV-Stelle die grundsätzliche Kostengutsprache bis 30. September 2015. Sie erteilte u.a. die Kostengutsprachen für den dreimonatigen



Rehabilitationsaufenthalt nach der Operation (IV-act. 312). Dr. med. E.____, Chefarzt Rehabilitation, und pract. med. G.____, Stationsärztin des Rehabilitationszentrums H.____, berichteten am 15. Februar 2010 (IV-act. 329), Ziel des Aufenthalts sei es, dass der Versicherte wieder zehn Schritte im NF-Walker gehen könne und dass er diesen für eine Stunde pro Tag toleriere. Die medizinische Indikation bestehe in der Erhaltung der durch die Hüftoperationen erlangten Abduktion in den Hüftgelenken und das Vermeiden von erneuten Anspreizkontrakturen bei Spastizität. Am 8. April 2010 ersuchten med. pract. G.____ und Dr. E.____ um die Kostenübernahme für einen Rehabilitationsaufenthalt von fünf Wochen für ein stationäres Lokomotionstraining mit therapeutischen und hochspezialisierten Massnahmen (IV-act. 346). Die Diagnosen lauteten: Bilaterale spastisch-dyskinetische Cerebralparese (GMFCS Level V) bei St. n. Hüftrekonstruktion bds. bei rez. Hüftsubluxationen bds. und instabilem Rumpf bei Kyphosetendenz, schwere Mehrfachbehinderung, V. a. Sandifer-Syndrom. Der Rehabilitationsaufenthalt solle ein intensives roboterunterstütztes Gangtraining und ein multimodales, ärztlich geleitetes Therapieprogramm umfassen. Während der ersten Rehabilitation habe ein Probetraining auf dem Locomaten stattgefunden, das äusserst positiv verlaufen sei. Deshalb werde ein roboterunterstütztes Gangtraining sehr empfohlen. Dr. F.____ vom RAD notierte am 10. Mai 2010 (IV-act. 355), nach der Akutphase sei die Indikation für einen fünfwöchigen stationären Rehabilitationsaufenthalt nachvollziehbar und einfach und zweckmässig. Er empfahl eine Kostengutsprache für diesen Aufenthalt. Die IV-Stelle verfügte am 12. Mai 2010 entsprechend (IV-act. 356).

A.b Dr. med. E.____ und Dr. med. I.____, Assistenzärztin vom Rehabilitationszentrum H.____, berichteten am 9. November 2010 (IV-act. 374), Ziel des Rehabilitationsaufenthalts sei eine qualitative Verbesserung des Gehens im NF-Walker gewesen. Das Trainingsprogramm habe aus Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie bestanden. Der Schwerpunkt sei aber das robotergesteuerte Gangtraining auf dem Locomaten gewesen. Das Ziel, eine Schrittauslösung zu erzielen, sei nicht erreicht worden. Aber die Muskulatur habe gestärkt werden können, so dass der Versicherte nun ausdauernder im NF-Walker gehen könne. Die berichtenden Ärzte empfahlen wegen des guten Rehabilitationspotentials des Versicherten einen neuen Rehabilitationsaufenthalt in etwa einem halbe Jahr. Dr. med. J.____, Rehabilitation im Kinderspital Zürich, ersuchte am 18. März 2011 um eine Kostengutsprache für einen



neuen Therapiezyklus mit einem stationären Gangtraining auf der roboterunterstützten Orthese Locomat in Kombination mit konventionellen physio- und ergotherapeutischen Massnahmen zur Verbesserung der Gehfähigkeit und der Selbständigkeit. Dr. F.____ vom RAD hielt am 4. April 2011 fest (IV-act. 385), der Versicherte leide an einer bilateralen spastisch-dyskinetischen CP ungeklärter Ätiologie (GMFCS Level V). Level V bedeute: Selbständige Fortbewegung selbst mit elektrischen Hilfsmitteln stark eingeschränkt. Es sei deshalb zweifelhaft, ob innerhalb von weniger als einem halben Jahr ein erneuter stationärer Rehabilitationsaufenthalt als einfach und zweckmässig betrachtet werden könne. Es sei nämlich nicht zu erwarten, dass der Versicherte eine freie Gehfähigkeit werde erzielen können. Die IV-Stelle teilte diese Einschätzung am 5. April 2011 dem Kinderspital Zürich mit (IV-act. 386). Sie wies darauf hin, dass das Locomattraining ambulant dreimal wöchentlich in der Ostschweiz durchgeführt werden könne, was einfach und zweckmässig sei. Deshalb werde sie keine Kostengutsprache für den Rehabilitationsaufenthalt leisten. Die Ärzte des Kinderspitals Zürich wandten am 6. April 2011 ein (IV-act. 388), der Erhalt einer Gewichtsübernahme und die Durchführung einer Schrittauslösung seien bei der Pflege des Versicherten sehr wichtig (Schritte zum Lavabo, Übernahme vom Gewicht beim Transfer). Es wirke den Kontrakturen entgegen, vermindere die Osteoporose mit der Gefahr von pathologischen Frakturen und fördere den Kreislauf, insbesondere auch die Clearance der Lungen mit verminderter Infektanfälligkeit. Mittels des intensivierten Locomattrainings kombiniert mit Physiotherapie und medizinischer Trainingstherapie hätten bei der letzten Rehabilitation äusserst grosse Fortschritte erzielt werden können (z.B. Schrittauslösung, Gehfunktion bei stabilisiertem Oberkörper, deutliche Verbesserung der Kopfkontrolle). Die aussenrotierte Haltung des linken Beins gefährde das Operationsresultat, wenn nicht konservative Massnahmen ergriffen würden. In der bevorstehenden Rehabilitation werde bei der medizinischen Trainingstherapie ein Muskelaufbau angestrebt, der eine muskuläre Dysbalance korrigiere. Weiter würden eine neuropädiatrische Standortbestimmung mit Reevaluation des Sandifer-Syndroms (DD: Epilepsie) und eine Anpassung der Bauchliegenschale und des NF-Walkers durchgeführt. Die Ergotherapie werde intensiv an der Rumpfstabilität und dem Einsatz der Hände und der Arme (Stützfunktion) arbeiten. Die Logopädie werde eine Verbesserung der Nahrungsaufnahme anstreben, da der Versicherte nach wie vor mehr sauge als schlucke. Eine so umfassende Therapieintensivierung sei ambulant gar nicht



möglich. Zudem habe der Versicherte ein grosses Rehabilitationspotential. Bezüglich der erreichbaren Verbesserung der Gehfunktion im NF-Walker und des Allgemeinzustands werde der Rehabilitationsaufenthalt als einfach und zweckmässig erachtet. Dr. F.____ hielt an seiner negativen Einschätzung fest (IV-act. 389). Die IV-Stelle erliess am 11. April 2011 einen abweisenden Vorbescheid (IV-act. 390).

A.c Die SWICA Krankenversicherung AG wandte am 11. Mai 2011 ein (IV-act. 399), Dr. J.____ habe ihr angegeben, durch eine Nichtbehandlung würde es zu weiteren motorischen Einschränkungen kommen. Bedingt durch das Wachstum werde die Beeinträchtigung zunehmen, was nur durch eine konsequent und langfristig durchgeführte Therapie in Kombination mit intensiven Therapieperioden aufgehalten werden könne. Im Anschluss an Operationen, wie sie beim Versicherten durchgeführt worden seien, müssten intensive Rehabilitationsmassnahmen erfolgen. Die stationäre Therapie erlaube eine enge Zusammenarbeit zwischen den Therapiedisziplinen. Eine ambulante Lokomotionstherapie mit dem Locomaten sei nicht sinnvoll, weil die konventionelle Physiotherapie im stationären Setting Therapieinhalte aus der Locomattherapie in die konventionelle Therapie übernehmen könne (Tonusregulation, gezielte Stärkung der Muskeln, Dehnen). Der Versicherte benötige bis zum Abschluss der Wachstumsperiode Therapien mit Intensivierung, damit er eine maximale Förderung seiner Möglichkeiten erhalte und erlernte Funktionen durch das Wachstum und allfällige Kontrakturen nicht wieder verliere. Die Behinderung werde bestehen bleiben, aber im Kindesalter könne die Ausprägung noch durch Massnahmen positiv beeinflusst werden. Bereits kleine Fortschritte seien eminent wichtig. Längerfristig betrachtet sei ein stationärer Rehabilitationsaufenthalt billiger als zusätzliche Pflegekosten, erneute Operationen und ambulante Massnahmen. Die Procap wandte am 27. Mai 2011 im Namen der Eltern des Versicherten ein (IV-act. 401), durch die Operation sei die ganze Biomechanik des Beckengürtels und der Beinmuskulatur geändert worden und die Stabilisation des Hüftgelenks habe von Grund auf neu erlernt werden müssen. Dieses Training würde sogar bei einer gesunden Person einen grossen Effort und zeitlichen Aufwand erfordern. Es sei widersprüchlich, den ersten Rehabilitationsaufenthalt zu bewilligen und dann den nötigen zweiten Aufenthalt abzulehnen. Dr. F.____ vom RAD hielt am 17. Juni 2011 fest (IV-act. 405), Dr. J.____ habe nach dem Rehabilitationsaufenthalt vom September/Oktober 2010 ein deutlich verbessertes Gangbild attestiert. Damit habe er aber den Ausführungen im



Austrittsbericht widersprochen. Qualitativ seien nämlich keine wesentlichen Verbesserungen erzielt worden. Da der Versicherte nicht mehr postoperativ immobilisiert sei, bestehe keine Gefahr von Gelenkskontrakturen mehr. Der Bericht über den Rehabilitationsaufenthalt habe bestätigt, dass der Versicherte nicht über ein gutes Rehabilitationspotential in Bezug auf die Gehfähigkeit verfüge. Das sei angesichts der schweren Mehrfachbehinderung auch nicht zu erwarten. Die von Dr. J.____ angeführten Therapieziele (Gewichtsübernahme vor dem Waschtisch, Mithilfe beim Transfer) seien Schwerpunkte jeder qualifizierten ambulanten Physio- und Ergotherapie. Das Locomattraining ziele aber auf eine Verbesserung der Gehfähigkeit ab. Es bestehe ein umfassendes ambulantes Therapiesetting, so dass von einer Nichtbehandlung keine Rede sein könne. Bei stark eingeschränktem Rehabilitationspotential bestehe keine Rechtfertigung für einen dritten Rehabilitationsaufenthalt. Mit einer Verfügung vom 21. Juni 2011 wies die IV-Stelle das Gesuch um die Übernahme der Kosten der dritten stationären Rehabilitation ab (IV-act. 406). Dr. J.____ nahm am 7. Juli 2011 nochmals Stellung (IV-act. 414). Er gab an, im Austrittsbericht vom 9. November 2010 sei fälschlicherweise eine Schrittauslösung verneint worden. Eine Lokomotionstherapie mit roboterunterstützter Gangorthese für Kinder könne nur im Rehabilitationszentrum H.____ des Kinderspitals Zürich oder ambulant in der Klinik K.____ durchgeführt werden. In den Kantonen St. Gallen und Thurgau werde diese Therapie nicht angeboten. Gerade die Kombination von roboterunterstützter Gangtherapie und konventioneller Physiotherapie, Ergotherapie, Hippotherapie, MTT und Rehabilitationspflege ermögliche den Transfer der erlernten Funktionen in den Alltag. Der Versicherte benötige regelmässig intensivierete Therapieperioden, um die erreichten Funktionen (nicht nur die Gehfähigkeit) weiter auszubauen bzw. nicht zu verlieren. Aufgrund der Spastizität und der Immobilisierung im Rollstuhl bestehe eine grosse Gefahr von Kontrakturen der Gelenke und damit eines Funktionsverlusts.

B.

B.a Die Eltern von A.____ liessen am 25. August 2011 Beschwerde erheben und die Erteilung der Kostengutsprache für den stationären Rehabilitationsaufenthalt beantragen (act. G 1). Der Rechtsvertreter machte unter Verweis auf die Ausführungen von Dr. J.____ vom 7. Juli 2011 geltend, eine stationäre Therapie sei angesichts der



St.Galler Gerichte

schweren Behinderung und der intensiven Rehabilitationsnotwendigkeit des Beschwerdeführers genügend ausgewiesen. Bereits zweimal sei eine solche Therapie als einfach und zweckmässig betrachtet worden. Das müsse auch für die dritte Therapie gelten.

B.b Die Beschwerdegegnerin beantragte am 27. September 2011 die Abweisung der Beschwerde (act. G 4). Sie machte geltend, eine Therapie mit einer roboterunterstützten Gangorthese könne gemäss der Rz 390.9 KSME grundsätzlich im Rahmen einer intensiven physiotherapeutischen Behandlung übernommen werden. Von einer Intensivbehandlung werde gemäss der Rz 390.7 ein wesentlicher und nachhaltiger Erfolg erwartet. Dr. F.____ habe ausführlich dargelegt, dass ein stationärer Rehabilitationsaufenthalt nicht einfach und zweckmässig sein könne. Dr. J.____ habe widersprüchliche Angaben gemacht. Es sei auf die kritische Stellung eines behandelnden Arztes hinzuweisen.

B.c Der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers verzichtete am 30. November 2011 auf eine Replik (act. G 8).

Erwägungen:

1.

Versicherte haben bis zu ihrem vollendeten 20. Altersjahr einen Anspruch auf die zur Behandlung von Geburtsgebrechen notwendigen medizinischen Massnahmen (Art. 13 Abs.1 IVG). Als Geburtsgebrechen gelten jene Krankheiten, die bei vollendeter Geburt bestehen (Art. 3 Abs. 2 ATSG). Die medizinischen Massnahmen umfassen die Behandlung durch den Arzt oder auf seine Anordnung hin durch medizinische Hilfspersonen (Art. 14 Abs. 1 lit. a IVG) und die Abgabe der ärztlich verordneten Arzneien (Art. 14 Abs. 1 lit. b IVG). Erfolgt die ärztliche Behandlung in einer Krankenanstalt, hat die versicherte Person zusätzlich einen Anspruch auf Unterkunft und Verpflegung in der allgemeinen Abteilung (Art. 14 Abs. 2 Satz 1 IVG). 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). Grundlage der vorliegend strittigen stationären Behandlung bildet das Geburtsgebrechen Nr. 390 im Anhang zur GgV: Angeborene cerebrale Lähmungen (spastisch, dyskinetisch [dyston, choreoathetoid], ataktisch). Der Anspruch auf medizinische Massnahmen nach Art. 13 IVG besteht unabhängig von der Möglichkeit einer Eingliederung ins Erwerbsleben oder in den Aufgabenbereich (Art. 8 Abs. 2 IVG). Es handelt sich also nicht um eine medizinische Eingliederung, sondern um Leistungen, wie sie üblicherweise von der obligatorischen Krankenversicherung erbracht werden. Sie dienen nicht der Vermeidung einer drohenden oder der Überwindung einer bereits eingetretenen Invalidität, sondern der möglichst vollständigen Beseitigung der körperlichen oder psychischen Beeinträchtigung (vgl. Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Krankenversicherung, bearbeitet von Gebhard Eugster, S. 120). Der mit einer medizinischen Massnahme nach Art. 13 IVG anzustrebende therapeutische Erfolg ist also vorgegeben, nur die zu seiner Erreichung einzusetzenden therapeutischen Mittel sind am Massstab des Einfachen und Zweckmässigen zu messen. Es geht deshalb nicht an, bei einer an einem Geburtsgebrechen leidenden Person im Interesse eines haushälterischen Umgangs mit den finanziellen Mitteln nicht den objektiv möglichen Therapieerfolg anzustreben, sondern sich mit einem relativen (d.h. von Anfang an unter dem Erreichbaren liegenden) Therapieerfolg zu begnügen. Die Massnahmen haben sich am objektiv bestmöglichen Therapieziel zu orientieren. Ist dieses Ziel nur mit einer sehr teuren Therapie zu erreichen, muss diese Therapie unabhängig von ihrem Kostenaufwand als einfach und zweckmässig qualifiziert werden, weil es keine andere gibt und weil das Therapieziel nicht "heruntergeschraubt" werden darf. Vorliegend steht (auch wenn Dr. F.____ vom RAD die Rehabilitationsressourcen beim schwer behinderten Beschwerdeführer als bescheiden beurteilt) aufgrund der detailliert begründeten Behandlungsvorschläge der betreuenden Fachärzte fest, dass Potential für eine Verbesserung der Mobilitätsfähigkeiten durch medizinische Massnahmen vorhanden ist. Es lässt sich deshalb nicht rechtfertigen, dem Beschwerdeführer diese Massnahmen mit Blick auf die dadurch verursachten Kosten zu versagen.

2.



Das Therapieziel ist im ersten Ersuchen des Kinderspitals Zürich um eine dritte stationäre Rehabilitation vom 18. März 2011 (vgl. IV-act. 384) nur sehr vage umschrieben worden. Die Ärzte haben nur von einer Verbesserung der Gehfähigkeit und der Selbständigkeit gesprochen. Die später als zentral bezeichnete Gefahr einer erneuten Verschlechterung des Gesundheitszustands ist nicht erwähnt worden. Dementsprechend dürfte Dr. F.____ vom RAD am 4. April 2011 noch davon ausgegangen sein (vgl. IV-act. 385), dass die Ärzte des Kinderspitals mit dem dritten stationären Rehabilitationsaufenthalt tatsächlich eine freie Gehfähigkeit des Beschwerdeführers anstrebten, was aber angesichts des bestehenden Behinderungsgrads (GMFCS Level V) tatsächlich nicht realistisch gewesen wäre, zumal bei der vorangegangenen zweiten stationären Rehabilitation noch nicht einmal das Ziel der Schrittauslösung klar erreicht worden war. Dr. F.____ dürfte weiter davon ausgegangen sein, dass die auch seiner Auffassung nach anzustrebende Stärkung der Muskulatur (ausdauerndes Gehen im NF-Walker, Körperaufrichtung, Kopfkontrolle) ohne Einschränkung auch durch die ambulanten Therapien erreicht werden könne. Die Ärzte des Kinderspitals Zürich haben als Reaktion auf die Stellungnahme von Dr. F.____ am 6. April 2011 betont (vgl. IV-act. 388), dass das Therapieziel nicht im Erreichen der freien Gehfähigkeit, sondern einerseits in der Fähigkeit, unterstützt einige Schritte zu machen und das Gewicht beim Transfer zu übernehmen, und andererseits in der allgemeinen Kräftigung und der Förderung der Beweglichkeit bestehe, um Kontrakturen entgegen zu wirken, die Osteoporosegefahr zu vermindern und den Kreislauf zu stärken. Sie haben ausserdem darauf hingewiesen, dass eine kombinierte stationäre Rehabilitation nachweislich wirkungsvoller sei als die ambulante Durchführung einer Reihe verschiedener Therapien. Erst als Dr. J.____ am 11. Mai 2011 nochmals dargelegt hat (vgl. IV-act. 403), dass mit einer erneuten Verschlechterung des Gesundheitszustands zu rechnen sei, weil sowohl das Wachstum als auch die Immobilität nachteilig seien, hat sich Dr. F.____ nochmals ausführlich geäussert (vgl. IV-act. 405). Seine Argumentation ist nun nicht mehr auf die Unmöglichkeit, eine freie Gehfähigkeit zu erreichen, ausgerichtet gewesen. Er hat vielmehr geltend gemacht, es bestehe entgegen den Angaben der Ärzte des Kinderspitals Zürich kein gutes Rehabilitationspotential in Bezug auf die Gehfähigkeit, wie sich aus dem Ausmass der Behinderung ohne weiteres ableiten lasse. Er hat sich aber nicht im Detail mit der abweichenden Auffassung der Ärzte des Kinderspitals auseinandergesetzt. Er hat auch



keine Verschlechterungsgefahr gesehen, da der Beschwerdeführer ja nicht mehr postoperativ immobilisiert sei. Abschliessend hat er sinngemäss geltend gemacht, das Locomattraining könne nur auf eine Verbesserung der Gehfähigkeit abzielen. Er hat die Qualität und die Intensität der ambulant durchgeführten Therapien betont, die seiner Auffassung nach dem Bedarf des Beschwerdeführers vollauf genügten. Er hat nicht erwähnt, dass die Lebensweise des Beschwerdeführers aufgrund der starken Behinderung notwendigerweise eine weitgehend immobile ist, dass die Gefahr einer Verschlechterung des Gesundheitszustands offenkundig ist und dass das Locomattraining durchaus auch der generellen Verbesserung der Kondition dienen kann. Insgesamt erweckt diese Argumentation, die sich nicht im Detail mit der abweichenden Einschätzung der Ärzte des Kinderspitals auseinandersetzt, den Eindruck, dass es Dr. F.____ darum gegangen sein dürfte, seine früher geäusserte Meinung, es bedürfe keiner dritten stationären Rehabilitation, zu verteidigen. Noch deutlicher wird dieser Eindruck in der Stellungnahme vom 20. September 2011 (vgl. IV-act. 425), in der nur noch ganz allgemein die Überzeugungskraft der Angaben der Ärzte des Kinderspitals angezweifelt wird. Auf das Argument von Dr. J.____ vom 7. Juli 2011 (vgl. IV-act. 414), in der Ostschweiz stehe kein für Kinder tauglicher Locomat zur Verfügung, ist Dr. F.____ dann gar nicht mehr eingegangen, obwohl offensichtlich ist, dass gerade dieses Training für den Beschwerdeführer ein sehr wertvolles Therapieinstrument ist, das durch die ambulanten Therapien nicht ersetzt werden kann. Zusammenfassend hat Dr. F.____ nicht zu belegen vermocht, dass ein Verzicht auf eine dritte stationäre Rehabilitation keine Gefährdung des objektiven Therapieziels bei medizinischen Massnahmen im Zusammenhang mit dem Geburtsgebrechen Nr. 390 sein würde. Er hat aber auch nicht nachgewiesen, dass damit eine erhebliche Mitteleinsparung verbunden wäre, denn die ambulanten Therapien, die weitergelaufen wären, wenn der Beschwerdeführer sich nicht zum drittenmal einer stationären Rehabilitation unterzogen hätte, wären auf jeden Fall nicht kostenlos gewesen. Eingespart worden wäre also nur eine allfällige Differenz zwischen den Kosten der stationären Rehabilitation und den Kosten der andernfalls weiterlaufenden ambulanten Therapien. Angesichts der bedeutenden therapeutischen Wirkung des stationären Rehabilitationsaufenthalts und angesichts des nicht ausgewiesenen Spareffekts bei einer Verweigerung eines solchen Aufenthalts kann nicht davon ausgegangen werden, dass dieser Rehabilitationsaufenthalt die Grenzen des Einfachen und Zweckmässigen



sprengung und deshalb verweigert werden müsse. Im Gegenteil hat der Beschwerdeführer im Rahmen seines Anspruchs auf eine Behandlung des Geburtsgebrechens Nr. 390 einen Anspruch auf die Übernahme der Kosten eines dritten stationären Aufenthalts in der Rehabilitationsklinik des Kinderspitals Zürich gehabt.

3.

Demnach ist die abweisende Verfügung vom 21. Juni 2011 aufzuheben und die Kosten des betreffenden stationären Rehabilitationsaufenthalts sind von der Beschwerdegegnerin zu übernehmen. Die Sache ist zur Prüfung und Bezahlung der Rechnung des Kinderspitals Zürich an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Dieser Verfahrensausgang ist als vollumfängliches Obsiegen des Beschwerdeführers zu qualifizieren. Dieser hat somit einen Anspruch auf eine Parteientschädigung, die - ausgehend von einem durchschnittlichen Vertretungsaufwand - praxisgemäss auf Fr. 3'500.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) festzusetzen ist. Die unterliegende Beschwerdegegnerin hat für die Gerichtskosten aufzukommen. Die Gerichtsgebühr ist praxisgemäss auf Fr. 600.-- festzusetzen. Der vom Beschwerdeführer geleistete Kostenvorschuss wird zurückerstattet.

Demgemäss hat das Versicherungsgericht

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

entschieden:

1. Die Beschwerde wird dahingehend gutgeheissen, dass die Verfügung vom 21. Juni 2011 aufgehoben und die Beschwerdegegnerin verpflichtet wird, die Kosten des dritten stationären Rehabilitationsaufenthalts des Beschwerdeführers zu vergüten; die Sache wird zur Ermittlung und Auszahlung des Vergütungsbetrags an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen.

2. Die Beschwerdegegnerin hat dem Beschwerdeführer eine Parteientschädigung von Fr. 3'500.-- zu bezahlen.



3. Die Beschwerdegegnerin hat eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- zu bezahlen; der in gleicher Höhe geleistete Kostenvorschuss wird dem Beschwerdeführer zurückerstattet.