

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2005.00956 vom 4. Mai 2006

ZH Sozialversicherungsgericht, 2006-05-04, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2005.00956

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2005.00956 du 4 mai 2006

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2005.00956 del 4 maggio 2006

Erwägungen

E. 3

Strittig ist, ab welchem Zeitpunkt Anspruch auf Übernahme der Kosten für die Behandlung des Geburtsgebrechens besteht. Die Beschwerdegegnerin geht gestützt auf Randziffer (Rz) 404.6 des Kreisschreibens über die medizinischen Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung (KSME) des Bundesamtes für Sozialversicherung (BSV) davon aus, es bestehe erst ab Zeitpunkt der Diagnosestellung, das heisst ab dem 13. Januar 2005, Anspruch auf Übernahme der Kosten für die medizinische Behandlung des Geburtsgebrechens (Urk. 2 S. 2 f.). Die Beschwerdeführerin stellt sich demgegenüber zusammenfassend auf den Standpunkt, der Zeitpunkt der Einleitung der Behandlung sei für den Anspruch als solchen massgebend (Urk. 1 S. 1 f.).

E. 4.1

Zutreffend ist, dass Satz 2 von Rz 404.6 KSME vorsieht, dass bei Geburtsgebrechen gemäss Ziff. 404 des Anhangs zur GgV die Behandlungskosten erst ab gestellter Diagnose übernommen werden.

Zur Gesetzmässigkeit dieser Weisung führte das Eidgenössische Versicherungsgericht (EVG) im Entscheid vom 19. August 2004 in Sachen BSV gegen SWICA betreffend A., I 508/03, aus, nach dem Wortlaut von Ziff. 4 des Anhangs zur GgV bestehe eine Leistungspflicht der Invalidenversicherung, wenn das Geburtsgebrechen mit bereits gestellter Diagnose als solche rechtzeitig behandelt werde. Daraus lasse sich ableiten, dass vorgängig eine Diagnose gestellt sein müsse, ehe (leistungspflichtige) Behandlungen einsetzen könnten. Zudem müssten diese Behandlungen auf Leiden gerichtet sein, welche als solche (im Sinne von Ziff. 404 des Anhangs der GgV) diagnostiziert worden seien. Damit werde angedeutet, dass früher aufgetretene Symptome, die für sich allein die Diagnose des POS (noch) nicht erfüllten, von der Leistungspflicht der Invalidenversicherung, jedenfalls unter Ziff. 404 des Anhangs der GgV, nicht erfasst würden. Die romanischen Formulierungen der Ziffer legten diese Interpretation ebenfalls nahe, Übernahme die Invalidenversicherung doch medizinische Massnahmen, wenn die genannten Symptome *contemporaneamente diagnosticate e curate come tali* (als solche rechtzeitig diagnostiziert und behandelt werden). Demnach enthalte die genannte Ziffer nicht nur ein zeitliches Element, indem Diagnose und Behandlung vor vollendetem 9. Altersjahr erfolgt sein müssten, sondern zusätzlich ein qualitatives: Die zu behandelnden Leiden müssten bereits diagnostiziert worden sein und als solche behandelt werden. Solange demnach eine Diagnose fehle, würden die entsprechenden Störungen wohl allenfalls

behandelt, seien aber noch nicht als solche eines kongenitalen POS diagnostiziert und fielen daher noch nicht unter die Leistungspflicht der Invalidenversicherung gemäss Ziff. 404 des Anhangs der GgV (Erw. 3.4).

Das Datum der erstmaligen gestellten Diagnose gemäss Ziff. 404 des Anhangs zur GgV stelle somit nicht nur in dem Sinne eine Anspruchsvoraussetzung dar, als sie vor dem 9. Altersjahr erfolgt sein müsse, sondern lege auch einen allfälligen Leistungsbeginn der IV fest. Die Eigenheiten der Krankheit POS liessen eine derartige Auslegung von Ziff. 404 des Anhangs der GgV als sachgerecht erscheinen. Denn so lange eine Diagnose fehle, sei anzunehmen, dass die Symptomatik (noch) nicht die für den Beginn der IV-Leistungspflicht notwendige Mindestschwelle überschritten habe. Zudem sei diese Regelung für die Rechtsanwendung einfach zu handhaben, da das Datum der Diagnose einen an Hand der Akten leicht bestimmbaren Zeitpunkt darstelle, nachträgliche Beweisführungen über eine diagnoselose Zeitspanne entbehrlich seien und sich so Unsicherheiten über den Leistungsbeginn der Invalidenversicherung vermeiden liessen. Solange keine POS-Diagnose vorliege, habe die Invalidenversicherung keine medizinischen Massnahmen unter Ziff. 404 des Anhangs der GgV zu übernehmen. Ebenso könne sie nach einmal gestellter Diagnose nicht verpflichtet werden, für vor dem Diagnosedatum liegende Zeitspannen Leistungen nach dieser Ziffer zu erbringen. Insgesamt erweise sich der 2. Satz von Rz 404.6 KSME als gesetzesmissig (Erw. 3.6).

4.3 Nach dem Gesagten ergibt sich, dass in Nachachtung der Rechtsprechung des EVG auch vorliegend erst ab dem Zeitpunkt der Diagnosestellung, das heisst ab 13. Januar 2005 Anspruch auf Kostenübernahme für die medizinische Behandlung des POS des Versicherten besteht, wie dies die Beschwerdegegnerin am 20. und 21. April 2005 verfügte und mit dem angefochtenen Einspracheentscheid bestätigte. Die Beschwerde erweist sich somit als unbegründet und ist abzuweisen.

5. Das Verfahren vor dem zürcherischen Sozialversicherungsgericht ist in der Regel kostenlos. Einer Partei, die sich mutwillig verhält, können jedoch eine Spruchgebühr und die Verfahrenskosten auferlegt werden (§ 33 GSVGer). Diese Regelung entspricht einem allgemeinen prozessualen Grundsatz des Bundessozialversicherungsrechts, wonach sich die Einschränkung der Kostenfreiheit im Falle mutwilliger oder leichtsinniger Prozessführung rechtfertigt (BGE 118 V 319 Erw. 3c).

Wie dargelegt (vgl. vorstehende Erwägung Ziff. 4.2), hat das EVG im die Beschwerdeführerin betreffenden Urteil A. vom 19. August 2004, I 508/03, die strittige Problematik bereits behandelt und entschieden. Die Beschwerdeführung ohne Berücksichtigung dieses EVG-Entscheids erweist sich als leichtsinnig und mutwillig. Die rechtskundig vertretene Beschwerdeführerin hätte die Aussichtslosigkeit ihrer Beschwerde ohne weiteres erkennen können, weshalb ihr eine Spruchgebühr und die Verfahrenskosten aufzuerlegen sind.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Kosten des Verfahrens, bestehend aus:

Spruchgebühr: Fr. 1'500.--

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Schreibgeb¹/₄hren: Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä
Fr. Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä 235.--

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Zustellungsgeb¹/₄hren: Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä
Fr. Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä 171.--

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Total: Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä
Fr. Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä 1'906.--

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä werden der Beschwerdegegnerin auferlegt. Rechnung und
Einzahlungsschein werden ihr nach Eintritt der Rechtskraft dieses Urteils zugestellt.

3. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- K. ____

- Sozialversicherungsanstalt des Kantons Z¹/₄rich, IV-Stelle

- A. ____

- Bundesamt f¹/₄r Sozialversicherung

Ä Ä Ä Ä sowie an:

- Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Gerichtskasse (nach Eintritt der Rechtskraft)

4. Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung
beim Eidgen¹/₄ssischen Versicherungsgericht Verwaltungsgerichtsbeschwerde eingereicht
werden.

Die Beschwerdeschrift ist dem Eidgen¹/₄ssischen Versicherungsgericht, Schweizerhofquai
6, 6004 Luzern, in dreifacher Ausfertigung zuzustellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begr¹/₄ndung mit Angabe der
Beweismittel und die Unterschrift der beschwerdef¹/₄hrenden Person oder ihres Vertreters
zu enthalten; die Ausfertigung des angefochtenen Entscheides und der dazugeh¹/₄rige
Briefumschlag sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit
die beschwerdef¹/₄hrende Person sie in H¹/₄nden hat (Art. 132 in Verbindung mit Art. 106
und 108 OG).

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