

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2007.00431 vom 23. Oktober 2008

ZH Sozialversicherungsgericht, 2008-10-23, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2007.00431

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2007.00431 du 23 octobre 2008

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2007.00431 del 23 ottobre 2008

Erwägungen

E. 2

2.1 Die Spitex-Leistungen betreffend die Beschwerdegegnerin im Vorbescheid aus, der Versicherte benötigte postoperativ während sechs Wochen einen Beckenbeingips. Die Spitex komme alle vier Stunden zu Hause vorbei, um ihn umzulagern und die Körperpflege durchzuführen. Es würden weder medizinische, noch diagnostische noch therapeutische Massnahmen durchgeführt. Für die Umlagerung und die Körperpflege brauche es kein diplomiertes Pflegepersonal (Urk. 8/217).

2.2 Dazu wies der Vater des Versicherten, der selber Facharzt für Allgemeinmedizin FMH ist, darauf hin, die Pflege zu Hause statt eines stationären Spitalaufenthalts sei für das psychische Wohl des Versicherten weitaus besser gewesen; ansonsten wäre eine Depression, die den Heilungsprozess wesentlich beeinträchtigt hätte, zu befürchten gewesen. Gemäss Verordnung des behandelnden Arztes habe der Versicherte tags und nachts alle 4 Stunden umgelagert werden müssen, dies als eine der strikten Massnahmen zur Dekubitus-Prophylaxe. Ebenso habe die Wundversorgung und Körperpflege - zumal der Beckenbeingips Katheter und Stuhlgang erschwert habe - durch entsprechend geschultes Personal gewährleistet sein müssen (Urk. 8/199 = Urk. 8/223/3-4).

Die In der Stellungnahme zum Vorbescheid machten die Beschwerdeführenden ferner geltend, ein Spitalaufenthalt wäre wesentlich teurer zu stehen gekommen als die häusliche Betreuung durch die Eltern und den Spitexdienst, weshalb die entsprechenden Kosten im Rahmen der Austauschbefugnis zu übernehmen seien (Urk. 8/223/1).

2.3 Zur Austauschbefugnis hielt die Beschwerdegegnerin in der hier angefochtenen Verfügung unter Hinweis auf BGE 126 V 332 fest, wie in der Krankenversicherung dürfte diese nicht dazu führen, dass Pflichtleistungen durch Nichtpflichtleistungen ersetzt würden. Das sei vorliegend der Fall: Auf die Übernahme der Spitalpflegeleistungskosten hätte Anspruch bestanden, auf die Übernahme der Spitexkosten hingegen bestehe kein Anspruch (Urk. 2/2 S. 2 oben).

2.4 In ihrer Beschwerde führten die Beschwerdeführenden mit Hinweis auf BGE 127 V 121 Erw. 2 und BGE 120 V 277 aus, die Beschränkung auf Pflichtleistungen betreffe die Krankenversicherung; im Bereich der Invalidenversicherung hingegen sei lediglich vorausgesetzt, dass ein substituierbarer gesetzlicher Leistungsanspruch bestehe (Urk. 1 S. 5 f. Ziff. 12a-c).

2.5 In der Beschwerdeantwort stellte sich die Beschwerdegegnerin schliesslich auf den Standpunkt, es habe keine medizinische Notwendigkeit bestanden, den Versicherten postoperativ im Spital zu belassen, seinem Vater sei es als Arzt zumutbar, die Katheterisierung und die Körperpflege ohne zusätzliches Pflegepersonal zu bewältigen, und dem Mehraufwand sei bereits mit der Hilfslosenentschädigung mittleren Grades Rechnung getragen worden (Urk. 7 S. 2).

2.6 Das Elektrobett betreffend führte die Beschwerdegegnerin aus, die Mietkosten würden nur übernommen, wenn das Elektrobett für das zu Bett Gehen und Aufstehen erforderlich sei; dauernd Bettlägerige seien vom Anspruch ausgeschlossen. Ausserdem sei auch aufgrund der kurzen Mietzeit von 20 Tagen keine Kostengutsprache möglich (Urk. 8/196; Urk. 8/203; Urk. 8/210, Urk. 2/1).

2.7 Dazu wandten die Beschwerdeführenden ein, das Elektrobett sei ärztlich verordnet worden. Der Versicherte wiege rund 30 kg und der Beckenbeingips weitere rund 15 kg; ohne höhenverstellbares Bett hätte gar nicht umgelagert werden können. Ferner sei die Positionsänderung der Beine und des Oberkörpers ein erster Schritt der Mobilisation und Rehabilitation gewesen (Urk. 8/201 S. 1).

In Beschwerdeweise wiesen sie ferner darauf hin, dass auch bei einem Spitalaufenthalt ein Elektrobett zum Einsatz gekommen wäre (Urk. 1 S. 6 f. Ziff. 12c-d).

E. 3

3.1 Dr. med. Z. ____, Leitender Arzt Orthopädie, Kinderspital M. ____, teilte der Beschwerdegegnerin am 9. August 2006 mit, für den 22. August 2006 sei eine Becken- und Femurosteotomie beidseits geplant. Postoperativ brauche der Versicherte während 6 Wochen einen Beckenbeingips. Es sei geplant, ihn zirka eine Woche nach der Operation im Beckenbeingips nach Hause zu verlegen. Dort wäre die Mutter während 5 Wochen auf Unterstützung durch eine Spitex angewiesen. Sollte dies nicht möglich sein, müsste der Versicherte während der ganzen Zeit im Kinderspital hospitalisiert bleiben (Urk. 8/186 = Urk. 8/198 = Urk. 3/4).

3.2 Am 31. August 2006 erfolgte die von Dr. Z. ____, veranlasste Spitex-Abklärung (Urk. 8/192). Darin wurde festgehalten, der Versicherte habe nach erfolgter Operation einen Gips um Hüfte und Oberschenkel und dürfe nur liegen. Er brauche überall Hilfe und könne nur zu dritt gedreht werden. Im Spital sei er sehr unglücklich gewesen; er habe seine Familie mit den vier Geschwistern sehr vermisst (Urk. 8/192/3 Ziff. 2). Das Umlagern (auf den Rücken oder den Bauch) erfolge jeweils um 8, 12, 16, 20, 23 und 4 Uhr mit drei Personen (Urk. 8/192/4).

E. 4

4.1 Ausgangspunkt für die Beurteilung der Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin ist der Umstand, dass dem Versicherten wegen verschiedener Geburtsgebrechen die für deren Behandlung erforderlichen Massnahmen und ärztlich verordneten Behandlungsgeräte zugesprochen wurden.

Dass die Hüftoperation vom 22. August 2006 von diesen Kostengutsprachen nicht erfasst wäre, wurde auch von der Beschwerdegegnerin nicht geltend gemacht. Diese hat im Gegenteil in der einen der hier angefochtenen Verfügungen ausdrücklich festgehalten, dass ein Anspruch auf Kostenübernahme für die Spitalpflegeleistungskosten bestehe (Urk. 2/2 S. 2 oben).

4.2. Somit ist davon auszugehen, dass die Beschwerdegegnerin die Kosten übernommen hätte, die entstanden wären, wenn der Versicherte die Zeit bis zum Rehabilitationsaufenthalt statt zu Hause im Spital verbracht hätte.

Dazu kontrastiert das in der Beschwerdeantwort erstmals vorgebrachte Argument, es habe gar keine medizinische Notwendigkeit für einen postoperativen Spitalaufenthalt bestanden (Urk. 7 S. 2). Diese Behauptung der Beschwerdegegnerin steht aber in klarem Widerspruch zu den Ausführungen von Dr. Z., welcher explizit festgehalten hatte, die Alternative zur Pflege zu Hause wäre, dass der Versicherte hospitalisiert bleiben müsste (vgl. Urk. 8/186). Das Argument erweist sich somit nicht nur als inkonsequent, sondern auch aktenwidrig, weshalb es nicht überzeugt.

4.3. Damit ist die Grundvoraussetzung, die erfüllt sein muss, damit die Austauschbefugnis zur Anwendung kommt, nämlich das Bestehen eines substituierbaren Leistungsanspruchs, gegeben.

Nun machte die Beschwerdegegnerin allerdings geltend, die Austauschbefugnis dürfe nicht dazu führen, dass anstelle einer Pflichtleistung eine Nichtpflichtleistung zugesprochen werde.

Die Unterscheidung von Pflichtleistung und Nichtpflichtleistung gehört klarerweise zur Krankenversicherung. Dass rechtsprechungsgemäss dort nicht auf dem Umweg der - aus der Invalidenversicherung übernommenen - Austauschbefugnis die Leistungspalette auf Nichtpflichtleistungen ausgeweitet werden darf, leuchtet ein und ist unbestritten. Dem System der Invalidenversicherung hingegen ist nur schon das Institut der Pflichtleistung unbekannt. Es kann mithin auch nicht bemerkt werden, um wie vorliegend eine allfällige sich aus der Austauschbefugnis ergebende Anspruchsberechtigung in Frage zu stellen.

4.4. Schliesslich machte die Beschwerdegegnerin geltend, der im September 2006 durch die postoperative Pflege zu Hause entstandene Mehraufwand sei durch die mit Urteil vom 16. November 2005 zugesprochene Hilflosenentschädigung abgegolten. Dies kann schon aus rein zeitlichen Gründen so nicht der Fall sein. Mit der 2005 zugesprochenen Hilflosenentschädigung wurde dem im damals zu beurteilenden Zeitraum anfallenden Bedarf an Dritthilfe Rechnung getragen. Dass durch die postoperative Pflege im September 2006 vorübergehend eine das alltägliche, mit der Hilflosenentschädigung berücksichtigte Mass übersteigende Beanspruchung entstanden ist, um die es vorliegend geht, belegen die aktenkundigen Aufwendungen für die Spitexdienste und die Miete eines Elektrobettes. Es kann deshalb keine Rede davon sein, diese seien in der früher festgestellten Hilflosigkeit mittleren Grades und der entsprechenden Entschädigung bereits berücksichtigt gewesen.

4.5. Somit ergibt sich zusammenfassend, dass der Versicherte Anspruch darauf hat, dass die Beschwerdegegnerin die Kosten für die ärztlich verordnete Nachsorge zur Operation im August 2006 übernimmt. Im Rahmen der Austauschbefugnis sind dies nicht die Kosten, die bei einem stationären Aufenthalt in der Kinderklinik bis 19. September 2006 entstanden wären, sondern die infolge des postoperativen Aufenthalts zu Hause angefallenen Spitex-Kosten und die Kosten für die Miete eines Elektrobettes. Obergrenze der von der Beschwerdegegnerin zu übernehmenden Kosten sind die Kosten, die bei einem stationären Aufenthalt in der Kinderklinik bis 19. September 2006 entstanden wären.

∧ ∧ ∧ ∧ ∧ ∧ ∧ ∧ Somit ist die Beschwerde gutzuheissen und die angefochtenen Verfüngungen sind, mit der erwÄhnten Feststellung, aufzuheben.

5.∧ ∧ ∧ ∧ ∧ ∧ Den obsiegenden und rechtskundig vertretenen BeschwerdefÄhrenden steht bei diesem Ausgang zu Lasten der Beschwerdegegnerin eine ProzessentschÄdigung zu, die beim praxisgemÄssen Ansatz von Fr. 170.-- (zuzÄhglich Mehrwertsteuer) auf Fr. 1'700.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu bemessen ist.

∧ ∧ ∧ ∧ ∧ ∧ ∧ ∧ Die Verfahrenskosten (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) von Fr. 700.-- sind von der Beschwerdegegnerin zu tragen.

∧

Das Gericht erkennt:

1.∧ ∧ ∧ ∧ ∧ ∧ ∧ ∧ In Gutheissung der Beschwerde werden die Verfüngungen vom 19. und 20. Februar 2006 aufgehoben und die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, die Kosten fÄr die Spitexdienste und die Miete eines Elektrobettes bis zum Maximalbetrag der Kosten, die entstanden wÄren, wenn der Versicherte bis 19. September 2006 hospitalisiert gewesen wÄre, zu Äbernehmen.

2.∧ ∧ ∧ ∧ ∧ ∧ ∧ ∧ Die Gerichtskosten von Fr. 700.-- werden der Beschwerdegegnerin auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt.

3.∧ ∧ ∧ ∧ ∧ ∧ ∧ ∧ Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, dem BeschwerdefÄhrer eine ProzessentschÄdigung von Fr. 1'700.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen.

4.∧ ∧ ∧ ∧ ∧ ∧ ∧ ∧ Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Winterthur-ARAG Rechtsschutzversicherungs-Gesellschaft
- Sozialversicherungsanstalt des Kantons ZÄrich, IV-Stelle
- Bundesamt fÄr Sozialversicherungen

sowie an:

- Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft)

5.∧ ∧ ∧ ∧ ∧ ∧ ∧ ∧ Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes Äber das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht wÄhrend 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 BegrÄndung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift des BeschwerdefÄhrers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in HÄnden hat (Art. 42 BGG).

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