

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2010.00905 vom 18. November 2010

ZH Sozialversicherungsgericht, 2010-11-18, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2010.00905

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2010.00905 du 18 novembre 2010

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2010.00905 del 18 novembre 2010

Erwägungen

E. 1

X.____, geboren am 28. September 2007, wurde von ihren Eltern am 5. Mai 2010 wegen Untergewichts bei der Geburt und Hypoglykämie, entsprechend Ziff. 494 und Ziff. 498 des Anhangs zur Verordnung über Geburtsgebrechen (GgV), bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug angemeldet (Urk. 8/2/5 Ziff. 5.1; Urk. 8/6/5). Nach Einholung eines Arztberichts (Urk. 8/6/5) und Durchführung des Vorbescheidverfahrens (Urk. 8/9-16) verneinte die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, mit Verfügung vom 23. August 2010 einen Anspruch der Versicherten auf Kostengutsprache für medizinische Massnahmen zur Behandlung dieser beiden Geburtsgebrechen (Urk. 8/20 = Urk. 2).

E. 1.1

Da der Streitwert Fr. 20'000.-- nicht übersteigt, fällt die Beurteilung der Beschwerde in die einzelrichterliche Zuständigkeit (§ 11 Abs. 1 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht).

E. 1.2

Versicherte haben bis zum vollendeten 20. Altersjahr Anspruch auf die zur Behandlung von Geburtsgebrechen (Art. 3 Abs. 2 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG) notwendigen medizinischen Massnahmen (Art. 13 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung, IVG).

E. 1.3

Am 1. Januar 2008 sind die im Zuge der 5. IV-Revision revidierten Bestimmungen des IVG vom 6. Oktober 2006, der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) vom 28. September 2007, des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) sowie das Bundesgesetz über die Schaffung und die Änderung von Erlassen zur Neugestaltung des Finanzausgleichs und der Aufgabenteilung zwischen Bund und Kantonen (NFA) vom 6. Oktober 2006 in Kraft getreten. In materiellrechtlicher Hinsicht gilt jedoch der allgemeine übergangsrechtliche Grundsatz, dass der Beurteilung jene Rechtsnormen zu Grunde zu legen sind, die im Zeitpunkt gegolten haben, als sich der zu den materiellen Rechtsfolgen führende Sachverhalt verwirklicht hat (vgl. BGE 127 V 467 Erw. 1, 126 V 136 Erw. 4b, je mit Hinweisen).

E. 2

1.%2 Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin die im Anschluss an die Geburt entstandenen Behandlungskosten der Versicherten in Höhe von Fr. 17'245.-- zu übernehmen hat (vgl. Urk. 8/15/1). Dass ein Geburtsgebrechen entsprechend Ziff. 494 und

Ziff. 498 GgV vorliegt, ist unbestritten. 2.%2 Die Beschwerdegegnerin begründete ihren Entscheid damit, dass der Versicherungsfall am 28. September 2007 eintrat und deshalb altes Recht zur Anwendung komme. Demnach könnten Leistungen nur für zwölf Monate rückwirkend übernommen werden. Da die Versicherte erst am 7. (richtig: 5.) Mai 2010 angemeldet worden sei, sei eine rückwirkende Übernahme nicht möglich (Urk. 2 S. 1 f.). Es sei nicht erstellt, dass die Eltern der Versicherten den anspruchsbegründenden Sachverhalt nicht hätten kennen können, weshalb keine Verlängerung dieser zwölfmonatigen Frist gerechtfertigt sei (Urk. 7 S. 1 f.). 3.%2 Dem hielt die Beschwerdeführerin entgegen, die Sache sei nach ATSG zu beurteilen. Es gehe um Sachleistungen im Sinne von Art. 14 ATSG und es sei keine Voraussetzung für eine Kürzung oder Leistungsverweigerung nach Art. 21 ATSG gegeben. Gemäss Art. 24 ATSG erlösche ein Anspruch erst fünf Jahre nach Ende des Monats, für welchen die Leistungen geschuldet seien. Diese Frist sei vorliegend noch nicht abgelaufen. Im Zeitpunkt der Aufhebung von Art. 48 IVG per 1. Januar 2008 habe die Rechnung des Spitals noch nicht vorgelegen, weshalb die Beschwerdeführerin davon ausgegangen sei, dass das Spital direkt mit der Beschwerdegegnerin abrechnen würde. Sie sei am 7. Oktober 2008 erstmals mit dieser Behandlungsrechnung konfrontiert worden. Erst auf Nachfrage ihres Rechtsvertreters am 1. Februar 2010 habe sie erfahren, dass Geburtsgebrechen vorlägen (Urk. 1/2 S. 3 f.).

E. 3

1.%2 Gemäss Art. 48 des bis zum 31. Dezember 2007 massgeblichen IVG erlischt ein Anspruch auf Nachzahlung mit dem Ablauf von fünf Jahren seit Ende des Monats, für welchen die Leistung geschuldet war (Abs. 1). Meldet sich ein Versicherter jedoch mehr als zwölf Monate nach Entstehen des Anspruchs an, so werden die Leistungen lediglich für die zwölf der Anmeldung vorangehenden Monate ausgerichtet. Weitergehende Nachzahlungen werden erbracht, wenn der Versicherte den anspruchsbegründenden Sachverhalt nicht kennen konnte und die Anmeldung innert zwölf Monaten seit Kenntnisnahme vor nimmt (Abs. 2). Diese Bestimmung wurde im Rahmen der 5. IVG-Revision mit Wirkung ab 1. Januar 2008 aufgehoben. Massgeblich ist nunmehr Art. 24. Abs. 1 ATSG, wonach der Anspruch auf ausstehende Leistungen fünf Jahre nach dem Ende des Monats erlischt, für welchen die Leistung geschuldet war (Meyer, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, 2. Auflage, Zürich 2010, S. 452 mit Hinweis). 2.%2 Der Beurteilung sind jene Rechtsnormen zu Grunde zu legen, die im Zeitpunkt gegolten haben, als sich der zu den materiellen Rechtsfolgen führende Sachverhalt verwirklicht hat (vgl. vorstehend Erw. 1.3). Dieser Sachverhalt hat sich vorliegend mit der Geburt der Versicherten (Untergewicht) und der aufgrund der Hypoglykämie notwendig gewordenen anschliessenden neonatologischen Behandlung (vgl. Urk. 8/6/5) verwirklicht: Die Invalidität und damit der Beginn des Anspruchs auf Behandlung tritt in dem Zeitpunkt ein, da das Leiden objektiv behandlungs- oder kontrollbedürftig ist (BGE 111 V 117 Erw. 1d; Meyer-Blaser, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, 1. Auflage, Zürich 1997, S. 101), was im Falle der Versicherten zeitnah zur Geburt geschah. Damit steht fest, dass sich der anspruchsbegründende Sachverhalt im Zeitraum vom 28. September 2007 bis 3. Oktober 2007 verwirklicht hat (vgl. Urk. 8/6/5), wo mit Art. 48 aIVG zur Anwendung kommt. 3.%2 Die Anmeldung bei der Invalidenversicherung erfolgte am 5. Mai 2010, weshalb gestützt auf Art. 48 Abs. 2 aIVG Leistungen bis höchstens zwölf Monate vor der Anmeldung, somit bis und mit Mai 2009, auszurichten sind. Für die Behandlungskosten im hier massgeblichen Zeitraum vom 28. September 2007 bis 3. Oktober 2007 hat die Beschwerdegegnerin deshalb nicht aufzukommen. 4.%2 Weitergehende Nachzahlungen innerhalb der fünfjährigen

Verjährungsfrist von Art. 48 Abs. 1 aIVG werden erbracht, wenn der Versicherte den anspruchsbegründenden Sachverhalt nicht kennen konnte und die Anmeldung innert zwölf Monaten seit Kenntnismahme vornimmt. Dies, wenn der Versicherte aus Gründen höherer Gewalt objektiverweise den anspruchsbegründenden Sachverhalt nicht kennen konnte (Meyer-Blaser, a.a.O., S. 284). Diesbezüglich macht die Beschwerdeführerin geltend, es sei ihr weder vom Spital noch von der Krankenkasse mitgeteilt worden, dass ein Geburtsgebrechen vorliege. Erst auf Nachfrage ihres Vertreters kurz vor der Anmeldung bei der Invalidenversicherung habe sie dies erfahren; es sei ihr weder vom Spital noch von der Krankenkasse mitgeteilt worden (Urk. 1/1 S. 2; Urk. 1/2 S. 5). Dies reicht jedoch nicht aus, um eine Ausnahme im vorgenannten Sinne zu begründen: Mit „Kenntnis des anspruchsbegründenden Sachverhalts“ ist nicht das subjektive Einsichtsvermögen der versicherten Person gemeint; nach dem Wortlaut von Art. 48 Abs. 2 Satz 2 IVG („nicht kennen konnte“) geht es vielmehr darum, ob der anspruchsbegründende Sachverhalt objektiv feststellbar ist oder nicht (BGE 100 V 114 Erw. 2c). Dies war vorliegend der Fall, wies die Versicherte doch ein Geburtsgewicht von unter 2000 g auf und litt an einer schweren neo natalen und metabolischen Störung, die in den ersten 72 Lebensstunden auftrat und eine Intensivbehandlung erforderlich machte (Ziff. 494 und Ziff. 498 GgV). Beides war im Behandlungszeitpunkt objektiv feststellbar, ansonsten die vom Spital vorgenommene entsprechende nachträgliche Qualifizierung als Geburtsgebrechen (vgl. Urk. 8/6/5) ohnehin in Frage gestellt werden müsste. Im Übrigen ist nicht nachvollziehbar, weshalb sich die Beschwerdeführerin nach Erhalt der Behandlungsrechnung vom 7. Oktober 2008 (vgl. Urk. 1/2 S. 4; Urk. 3/1) und der Mitteilung der Krankenkasse vom 11. November 2008, wonach weitere Abklärungen erforderlich seien (Urk. 3/2), nach Lage der Akten nicht erkundigte, sondern weitere eineinhalb Jahre verstreichen liess, bis sie tätig wurde. Für eine ausnahmsweise Verlängerung der zwölfmonatigen Frist von Art. 48 Abs. 2 Satz 2 aIVG besteht somit kein Raum.

E. 4

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 über 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, zu zustellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers 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). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich
Der Einzelrichter
Die Gerichtsssekretärin MosimannLienhard

E. 4.1

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass sich die angefochtene Verfügung als rechtens erweist. Dies führt zur Abweisung der Beschwerde.

E. 4.2

Da der Streitgegenstand die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen betrifft, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr. 400.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie der Beschwerdeführerin aufzuerlegen. Der Einzelrichter erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 400.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Bruno Meier -
Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für
Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der
Rechtskraft)

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