

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2011.00722 vom 27. März 2013

ZH Sozialversicherungsgericht, 2013-03-27, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2011.00722

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2011.00722 du 27 mars 2013

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2011.00722 del 27 marzo 2013

Erwägungen

E. 1

1.1 X., geboren am 21. April 2010, leidet am Geburtsgebrechen Ziff. 387 (angeborene Epilepsie) gemäss Anhang zur Verordnung über Geburtsgebrechen, GgV (Urk. 11/5/5 Ziff. 1.1, Ziff. 1.3). Im Zusammenhang mit diesem Geburtsgebrechen sprach ihm die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, wiederholt Leistungen zu, unter anderem in Form von medizinischen Massnahmen (Mitteilung vom 13. Juli 2010, Urk. 11/7) sowie einer Kostengutsprache für die Miete eines Puls-/Sättigungsmonitors (Mitteilung vom 13. Dezember 2010, Urk. 11/24) und von Sauerstoffflaschen (Mitteilungen vom 3. Januar und vom 6. April 2011, Urk. 11/30 und Urk. 11/71).

Im Juli 2010 wurde zudem die Diagnose einer Zerebralparase (leichte zerebrale Bewegungsstörungen, Ziff. 395 GgV) gestellt (Urk. 11/32/5 Ziff. 1.1, Ziff. 1.3). Im Zusammenhang mit diesem Geburtsgebrechen erteilte die IV-Stelle am 11. Januar 2011 Kostengutsprache für medizinische Massnahmen (Urk. 11/35) sowie am 12. Januar 2011 für ambulante Physiotherapie (Urk. 11/36).

1.2 Am 15. November 2010 beantragten die Eltern des Versicherten und die Sozialarbeiterin des Kinderspitals F. die Ausrichtung einer Hilflosenentschädigung sowie eines Intensivpflegezuschlags für den Versicherten (Urk. 11/13). Die IV-Stelle holte einen Bericht bei den Ärzten des Kinderspitals F. (Urk. 11/34) ein und veranlasste eine Abklärung betreffend Hilflosenentschädigung für Minderjährige und Intensivpflegezuschlag, welche am 4. März 2011 erfolgte (Bericht vom 16. März 2011, Urk. 11/61). Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (Urk. 11/64-65, Urk. 11/77) sprach die IV-Stelle dem Versicherten mit Verfügung vom 25. Mai 2011 (Urk. 11/80 = Urk. 2) ab 1. November 2010 eine Entschädigung wegen leichter Hilflosigkeit zu und verneinte einen Anspruch auf einen Intensivpflegezuschlag.

Mit einer weiteren Verfügung vom 25. Mai 2011 (Urk. 11/81) lehnte die IV-Stelle sodann die am 29. Dezember 2010 beantragte (vgl. Urk. 11/25-26) Übernahme der Kosten für die Einsätze der Kinderspitex ab, mit der Begründung, dass die Aufwendungen der Eltern über die Hilflosenentschädigung bereits abgedeckt seien. Die Kinderspitex diene im Falle des Beschwerdeführers der Entlastung der Eltern und sei aus medizinischer Sicht nicht indiziert (S. 2 Mitte).

E. 2

2.1 Mit Verfügung vom 25. Mai 2011 (Urk. 2) wurde dem Versicherten eine Entschädigung wegen leichter Hilflosigkeit ab 1. November 2010 zugesprochen, was unbestritten ist (Urk. 1 S. 3 oben). In diesem Punkt ist die Verfügung vom 25. Mai 2011

somit in Rechtskraft erwachsen. Strittig und zu präzisieren ist hingegen, ob die zugesprochene Entschädigung bis zum 25. Mai 2011 (Zeitpunkt der leistungsverweigernden Verfügung) um einen Intensivpflegezuschlag zu erhöhen ist.

2.2. Die Beschwerdegegnerin verneinte dies im angefochtenen Entscheid (Urk. 2) mit der Begründung, gemäss ihren Abklärungen liege der tatsächliche Mehraufwand unter vier Stunden (S. 4 Ziff. 2). Der angegebene Zeitaufwand gemäss Aufstellung der Eltern des Versicherten (vgl. Urk. 11/76) könne - aus näher genannten Gründen - nicht übernommen werden. Gesamthaft seien die angegebenen Mehraufwendungen deutlich zu hoch gegriffen und könnten in diesem Ausmass auf keinen Fall berücksichtigt werden (S. 3 unten).

2.3. Die Eltern des Versicherten stellten sich in ihrer Beschwerde (Urk. 1) demgegenüber auf den Standpunkt, aufgrund der von ihnen erstellten Zeitprotokolle und Auflistungen sei ein tatsächlicher Pflegeaufwand von über vier Stunden - je nach Gesundheitszustand auch mehr - klar ausgewiesen (S. 8 unten). Auf die Angaben im Abklärungsbericht vom 16. März 2011 könne - aus näher dargelegten Gründen (S. 4 ff. Ziff. 5 f.) - nicht abgestellt werden.

Die Eltern des Versicherten machten in ihrer ergänzenden Eingabe vom 30. August 2011 (Urk. 12) geltend, der zweite Hausbesuch vom 19. Juli 2011, gestützt auf welchen der Vorbescheid vom 22. August 2011 ergangen sei, sei sorgfältiger durchgeführt worden. Bereits früher erwähnte aber nicht beachtete Punkte seien nun ins Protokoll aufgenommen worden (Urk. 12 S. 2).

E. 3

3.1. Auf dem Beiblatt zum Anmeldeformular für eine Hilflosenentschädigung (Urk. 11/34/1-2 und Urk. 11/34/6-7) führten Dr. med. A., Oberärztin, und Dr. med. B., Assistenzärztin, Kinderspital F., am 20. Dezember 2010 aus, der Gesundheitszustand des Versicherten könne durch eine antiepileptische Therapie, durch notfallmässige Gabe von Sauerstoff im Falle eines epileptischen Anfalls, durch Physiotherapie sowie durch visuelle und heilpädagogische Förderung verbessert werden (Ziff. 4).

Auf dem Fragebogen für eine Hilflosenentschädigung (Urk. 11/34/3-5) hielt Dr. med. B. gleichentags fest, der Versicherte benötige seit seiner Geburt am 21. April 2010 bei sämtlichen Lebensverrichtungen regelmässige und erhebliche Hilfe (Ziff. 1-7). Er bedürfe auch einer dauernden medizinischen Hilfe im Rahmen der Grundpflege. So müssten im Kindesalter Medikamente eingegeben werden, benötige er Hilfe bei der Körperhygiene, der Nahrungsaufnahme und beim Bereitstellen der Nahrung (Ziff. 8). Zu bemerken sei, dass sich der Versicherte im Säuglingsalter befinde, und er somit schon alleine aufgrund seines Alters auf Hilfe angewiesen sei (Ziff. 9).

3.2. In ihrem Bericht vom 18. Januar 2011 (Urk. 11/38/5) führte Dr. med. C., Leitende Ärztin, Neuropädiatrie FMH, Kantonsspital D. (D.), aus, der Versicherte leide an einer therapieresistenten Epilepsie mit epileptischer Enzephalopathie, das heisse psychomotorischem Entwicklungsrückstand. Leider seien die Anfälle mit eindrücklichen Apnoen verbunden, weshalb es jeweils zu nicht messbarer Sättigung komme und Sauerstoff verabreicht werden sowie einige Stösse mit dem Ambubeutel gegeben werden müssten. Der Versicherte sei deshalb mehrere Wochen im Kinderspital

F. ___ hospitalisiert gewesen. In der Zwischenzeit sei die Anfallssituation unter Dreifachtherapie verbessert, allerdings sei der Versicherte nicht anfallsfrei. Damit die Medikamente regelmässig und sicher verabreicht werden könnten, habe er eine nasogastrische Sonde. Diese müsse regelmässig kontrolliert und bei Bedarf gewechselt werden. Wenn er schlafe, sei er zudem monitoriert bezüglich Sättigung und Puls. Auch diese Vorrichtung müsse regelmässig überprüft werden. Er erhalte seine Medikamente (Keppra, Sabril und Urbanyl) um 9.00 Uhr und um 21.00 Uhr. Aktuell würden diese durch die Magensonde verabreicht. Der Versicherte brauche somit viel medizinische Pflege, weshalb sie Kinderspitexleistungen im Umfang von zweimal täglich eineinhalb Stunden beantrage, zur Medikamentenabgabe mit entsprechender Überwachung der nasogastrischen Sonde sowie zur Überwachung und Anpassung der Überwachungsinstallationen.

3.3.3.3 Im Rahmen der Abklärung der Hilflosigkeit und des Intensivpflegebedarfs am 4. März 2011 (Abklärungsbericht vom 16. März 2011, Urk. 11/61) gaben die Eltern des Versicherten an, bei diesem seien bereits bald nach der Geburt immer wieder Krampfanfälle aufgetreten, welche medikamentös behandelt worden seien und zum Teil auch Hospitalisationen im D. ___ zur Folge gehabt hätten. Nach einem schweren Anfall anfangs Oktober 2010 habe der Versicherte zunächst ins D. ___ gebracht und danach mit der Rega ins Kinderspital verlegt werden müssen (S. 2 oben). Man habe festgestellt, dass die Anfälle abwechselungsweise von der linken und von der rechten hinteren Hirnhälfte ausgelöst würden. Bei den von der rechten hinteren Hirnhälfte ausgelösten Anfällen träten immer wieder Sauerstoffabfälle auf (S. 2 Mitte). Am 17. November 2010 sei der Versicherte nach Hause entlassen worden. Seither erfolge eine Dreifachtherapie. Etwa eine Woche nach Einführung der Dreifachtherapie habe der Versicherte sämtliche Medikamente verweigert, weshalb am 24. November 2010 im rechten Nasenloch eine Sonde angebracht werden müssen. Diese diene ausschliesslich der Medikamenteneinnahme. Nach Entlassung aus dem Kinderspital sei der Versicherte etwa einen Monat anfallsfrei geblieben. Am 17. Dezember 2010 habe er erneut einen Anfall erlitten und von den Eltern mit einem Notfallspray versorgt werden müssen. Am 16. Januar 2011 sei ein heftiger Krampf aufgetreten, und der Versicherte habe ins D. ___ eingeliefert werden müssen. Er habe zusätzlich an Fieber und Bronchitis gelitten, was unter anderem dazu geführt habe, dass es immer wieder zu Sauerstoffabfällen gekommen sei. Seit dem 4. Februar 2011 sei er wieder zu Hause und werde seither praktisch 24 Stunden an den transportablen Monitor gehängt, um den Puls und die Sauerstoffsättigung zu messen. Sie beobachteten den Verlauf und nahmen bei Fragen, Abweichungen etc. Kontakt mit dem D. ___ auf. Seit der Entlassung am 4. Februar 2011 sei der Versicherte anfallsfrei geblieben. Im Falle eines Anfalles seien sie in der Lage, den Versicherten mit Nasenspray, Sauerstoff und bei einem Anfall von mehr als 10 Minuten mit Diazepam zu versorgen. Seit 27. November 2010 komme die Kinderspitex in der Regel von Montag bis Donnerstag zweimal pro Tag für etwa eine Stunde vorbei. Manchmal erfolge aus zeitlichen Gründen auch nur ein Besuch pro Tag (S. 2 unten). Die Kinderspitex übernehme die Körperpflege inklusive Eincremen, das An- und Auskleiden, das Verabreichen des Schoppens inklusive Macrogol infolge Verdauungsprobleme, die Verabreichung der Medikamente via Sonde, das neu Stecken der Sonde (in der Regel einmal pro Monat, wobei der Versicherte die Sonde bereits mehrmals herausgezupft habe), die Wartung der Geräte, das Inhalieren (welches aktuell infolge der Bronchitis noch einmal pro Tag notwendig sei) sowie die Kontrolle der

Sauerstoffsättigung und des Pulses (S. 3 Mitte).

Die Abklärungsperson der Beschwerdegegnerin, E.____, hielt fest, der Versicherte leide an Epilepsieanfällen, wobei die Situation als relativ stabil zu werten sei. Seit dem 4. Februar 2011 sei kein Anfall mehr aufgetreten. Die Eltern hätten gelernt, den Versicherten bei einem Anfall fachgerecht zu behandeln und ihm die Medikamente zu verabreichen. Die Auswertungen am Monitor könnten sie grob tätigen, nach Bedarf werde Kontakt mit den Ärzten aufgenommen. Die Eltern seien auch in der Lage, für die Medikamenteneinnahme via Sonde zu sorgen. Zudem könnten sie auch die Sonde sehr schnell selber neu stecken, wenn es sein müsse (S. 3 unten).

Zum behinderungsbedingten Mehraufwand bei der Betreuung des im Zeitpunkt der Abklärung etwas mehr als 10 Monate alten Versicherten führte die Abklärungsperson aus, das An- und Auskleiden erfolge altersentsprechend durch die Eltern. In diesem Bereich falle kein invaliditätsbedingter Mehraufwand an. Aufgrund der altersentsprechenden Entwicklung sei auch im Bereich Aufstehen, Absitzen und Abliegen kein zeitlicher Mehraufwand zu berücksichtigen (S. 4 oben).

Was die Ernährung anbelange, so nehme der Versicherte zwei Schoppen 240ml pro Tag ein. Zudem werde ihm Brei verabreicht. Die Nahrungsaufnahme erfolge demnach altersentsprechend. Die Sonde diene nur der Medikamentenabgabe und nicht zur Nahrungsaufnahme. Daher falle im Bereich Essen kein invaliditätsbedingter anrechenbarer Mehraufwand an (S. 4 Mitte).

Die Körperpflege erfolge ebenfalls altersentsprechend durch die Eltern. Der Versicherte könne von einer Person gebadet werden. Auch trage er altersentsprechend Windeln. Somit ergebe sich auch in den Bereichen Körperpflege und Reinigung nach der Verrichtung der Notdurft kein invaliditätsbedingter Mehraufwand (S. 4 unten).

Was den Bereich Fortbewegung/Pflege gesellschaftlicher Kontakte anbelange, so bestehe zum jetzigen Zeitpunkt eine altersentsprechende Entwicklung, da sich ein Kind gemäss Richtlinien erst im Alter von 14 Monaten fortbewegen könne (S. 5 oben).

Die Medikamentenabgabe erfolge altersentsprechend durch die Eltern. Die Mutter habe erklärt, die Vorbereitung der Medikamente nehme etwa 15 Minuten pro Verabreichung in Anspruch. Dazu komme die Beschaffung der Medikamente in der Apotheke. Zudem müsse zur Zeit infolge einer Bronchitis einmal am Tag inhaliert werden. Die Abklärungsperson hielt fest, dass diese Aufwendungen nicht angerechnet werden könnten, da sie vorübergehend seien. Auch andere Kinder müssten im Krankheitsfall Inhalationen durchführen und bräuchten altersentsprechend die Unterstützung der Eltern. Die Aufwendungen zur Verabreichung der Medikamente beziehungsweise sämtliche medizinisch-pflegerischen Aufwendungen lägen unter zwei Stunden pro Tag, weshalb die Voraussetzungen einer intensiven Pflege nicht erfüllt seien und dieser Bereich nicht angerechnet werden könne (S. 5 Mitte).

Seit Mai 2010 könnten indes für die persönliche Überwachung zwei Stunden angerechnet werden, da der Versicherte seit diesem Zeitpunkt an Epilepsieanfällen leide, und er bei einem Anfall fachgerecht mit entsprechenden Medikamenten und bei einem intensiven Anfall mit Sauerstoff versorgt werden müsse.

Kein invaliditätsbedingter Mehraufwand falle schliesslich für die Begleitung zu Arzt- und Therapiebesuchen an (S. 5 unten).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Insgesamt belaufe sich der behinderungsbedingte Mehraufwand pro Tag somit auf zwei Stunden (S. 5 unten).

3.4 Ä Ä Ä Ä In einem weiteren Bericht vom 7. April 2011 (Urk. 11/72/1) führte Dr. C. aus, die Anfänge des Versicherten hätten sich in letzter Zeit wieder gehoben. Deshalb sei dieser insbesondere während des Schlafes, zum Teil aber auch während den Wachphasen, in denen er unbeaufsichtigt sei, durch einen Monitor überwacht. Im Zusammenhang mit der Enzephalopathie, die sich in Form eines Entwicklungsrückstands und motorischer Probleme, insbesondere auch im Mundbereich, zeige, sowie der komplexen antiepileptischen Therapie würden die Medikamente und zum Teil auch die Flüssigkeit mittels Magensonde verabreicht.

3.5 Ä Ä Ä Ä In ihrer Stellungnahme vom 20. Mai 2011 (Urk. 11/82/1-2) führte die Abklärungsperson aus, auch ein gesundes Kind im Alter des Versicherten brauche noch viel Pflege, Betreuung und Überwachung und könne noch nicht alleine gelassen werden. Jedes Kind in diesem Alter brauche Unterstützung bei der Grundpflege sowie der Verabreichung der Mahlzeiten. In diesem Alter hätten Kinder in der Regel gelernt, frei zu sitzen. Gemäss ihren Richtlinien lerne ein gesundes Kind im Alter von 14 Monaten aufzustehen sowie einige Schritte zu gehen. Erst mit knapp zwei Jahren beginne es, selbstständig mit dem Löffel zu essen. In den einzelnen für die Hilflosigkeit massgebenden Lebensverrichtungen weise der Versicherte im Vergleich zu gleichaltrigen Kindern noch keine erheblichen Retardierungen auf. Das heisse, dass zum jetzigen Zeitpunkt unter Berücksichtigung der Richtlinien in den einzelnen relevanten Lebensverrichtungen keine regelmässigen und erheblichen Hilfeleistungen im Vergleich zu gleichaltrigen Kindern notwendig sei. Da die relevanten Lebensverrichtungen noch nicht angerechnet werden könnten, könne dementsprechend auch kein behinderungsbedingter Mehraufwand in den einzelnen Verrichtungen anerkannt werden. Bezüglich der Aufwendungen im Zusammenhang mit der Pflegebedürftigkeit sei festzuhalten, dass die von den Eltern des Versicherten in ihrer Aufstellung (vgl. Urk. 11/76) angegebenen Aufwendungen nicht übernommen werden könnten. So seien beispielsweise die angegebenen Aufwendungen von 15 bis 50 Minuten pro Tag für die Kontrolle des Monitors und die Überprüfung der Alarme des Monitors nicht glaubwürdig, da es sich hierbei in der Regel um Kontrollblicke oder eine Funktionstaste handle, die man drücken müsse. Auch die Verabreichung der Medikamente bei mehrheitlich flüssiger Konsistenz dauere in der Regel nur einige Minuten. Gesamthaft seien die angegebenen Mehraufwendungen deutlich zu hoch gegriffen und könnten in diesem Ausmass auf keinen Fall berücksichtigt werden (S. 1 unten, S. 2 oben).

E. 4

4.1 Ä Ä Ä Ä Der minderjährige Versicherte lebt ausgewiesenermassen nicht in einem Heim und hat ab 1. November 2010 Anspruch auf eine Hilfenentscheidung für leichte Hilflosigkeit. Fraglich ist, ob er zusätzlich eine intensive Betreuung braucht, welche einen Anspruch auf einen Intensivpflegezuschlag begründet. Zu prüfen ist mithin, ob bei ihm aufgrund seiner gesundheitlichen Beeinträchtigung im Vergleich zu gleichaltrigen nicht behinderten Minderjährigen ein zeitlicher Mehraufwand von durchschnittlich mindestens vier Stunden pro Tag ausgewiesen ist, verursacht durch

Massnahmen der Behandlungs- und/oder der Grundpflege und/oder zufolge zusätzlicher Überwachungsbedürftigkeit (vgl. vorstehend E. 1.1-2).

4.2.2 Im Abklärungsbericht vom 16. März 2011 (vorstehend E. 3.3) wurde dem Beschwerdeführer eine Betreuung von zwei Stunden zufolge Bedarfs einer dauernden Überwachung angerechnet.

Gemäss Rz 8079 des Kreisschreibens über Invalidität und Hilflosigkeit in der Invalidenversicherung (KSIH) in der hier anwendbaren, ab 1. Januar 2011 gültigen Fassung liegt eine besonders intensive dauernde Überwachung, welche gemäss Art. 39 Abs. 3 IVV die Anrechnung von vier Stunden Betreuung rechtfertigen würde, vor, wenn von der Betreuungsperson überdurchschnittlich hohe Aufmerksamkeit und ständige Interventionsbereitschaft gefordert wird, was namentlich bei Autismus, aber etwa auch bei erethischem Verhalten oder häufigen Epilepsie-Anfällen oder Absenzen der Fall sein kann (vgl. Urteil des Bundesgerichtes 8C_562/2008 vom 1. Dezember 2008 E. 2.3, mit Hinweisen).

Es ist unbestritten, dass die wiederkehrenden Epilepsieanfälle des Versicherten von den Eltern eine hohe Aufmerksamkeit und ständige Interventionsbereitschaft erfordern. In diesem Zusammenhang ist aber zu beachten, dass auch ein gesundes Kind im Alter des Versicherten ständig überwacht werden muss und nicht alleine gelassen werden kann, worauf die Abklärungsperson im zweiten Abklärungsbericht vom 22. August 2011 zutreffend hingewiesen hat (Urk. 10/2 S. 6 Mitte). Daher kann die im Falle des Versicherten erforderliche Aufmerksamkeit zwar als hoch, im Vergleich zu gesunden Kindern in seinem Alter aber nicht als überdurchschnittlich hoch bezeichnet werden, weshalb der von der Beschwerdegegnerin angerechnete Mehraufwand von zwei Stunden pro Tag für eine dauernde Überwachung nicht zu beanstanden ist.

Soweit die Eltern des Versicherten beschwerdeweise geltend machten, die Beschwerdegegnerin habe im Rahmen der Überwachungsbedürftigkeit dem Zeitaufwand im Zusammenhang mit der Kontrolle des Puls-/Sättigungsmonitors nicht Rechnung getragen (Urk. 1 S. 6 unten), ist festzuhalten, dass dieser Aufwand gegebenenfalls im Rahmen der Mehraufwendungen bei der Behandlungspflege zu berücksichtigen ist (vgl. nachstehend E. 4.6.3).

E. 4.3

4.3.1 Im Abklärungsbericht vom 16. März 2011 wurde der behinderungsbedingte Mehraufwand insgesamt auf zwei Stunden festgelegt.

Beschwerdeweise wurde geltend gemacht, dass im Abklärungsbericht kein Mehraufwand für den Bereich Essen angerechnet wurde. Die Medikamentenabgabe erfolge heute via Schoppen und nicht mehr via Sonde, weshalb die gesamte Essenszubereitung viel mehr Zeit brauche als dies üblicherweise für einen gleichaltrigen 14-monatigen Jungen der Fall sei. So müsse das Essen als feiner Brei zubereitet werden, was mit 14 Monaten aber nicht mehr nötig wäre (Urk. 1 S. 4 Mitte).

Im Zeitpunkt der Abklärung vom 4. März 2011 war der Versicherte erst etwas mehr als zehn Monate alt. Damals wurden ihm die Medikamente noch per Sonde verabreicht, was sich sowohl den Angaben der Eltern anlässlich der Abklärung vor Ort als auch den Berichten von Dr. C. vom Januar 2011 (vorstehend E. 3.2) und vom April

2011 (vorstehend E. 3.4) ergibt. Was die Ernährung anbelangt, so wurden ihm gemäss Abklärungsbericht vom 16. März 2011 zum damaligen Zeitpunkt zwei Schoppen täglich sowie Brei verabreicht. Es ist nicht zu beanstanden, dass die Abklärungsperson dies als altersentsprechend beurteilte und im Bereich «Essen» keinen Mehraufwand anrechnete.

4.3.2 Gemäss Angaben der Eltern des Versicherten anlässlich der zweiten Abklärung vom 19. Juli 2011 wurde die Sonde etwa im April/Mai 2011 entfernt und erfolgt die Medikamentenabgabe erst seit diesem Zeitpunkt per Schoppen (Urk. 10/2 S. 2 oben). Der dadurch anfallende Mehraufwand beim Essen wurde im zweiten Abklärungsbericht entsprechend ab April 2011 angerechnet, wobei aufgrund des nunmehr etwas fortgeschrittenen Alters des Versicherten insbesondere auch ein Mehraufwand für die Verabreichung von pürierter Nahrung berücksichtigt wurde (Urk. 10/2 S. 3). Damit trug die Beschwerdegegenerin der Situation angemessene Rechnung.

4.4 Des Weiteren wurde gerügt, im Bereich «dauernde medizinisch-pflegerische Hilfe» sei nicht berücksichtigt worden, dass der Versicherte täglich Medikamente benötigt (Urk. 1 S. 4 unten).

Das der Versicherte täglich Medikamente benötigt, wurde im Abklärungsbericht vom 16. März 2011 nicht verkannt. Allerdings ging die Abklärungsperson davon aus, dass auch unter Berücksichtigung der Mehraufwendungen im Zusammenhang mit der Medikation des Versicherten sämtliche medizinisch-pflegerischen Massnahmen keinen anspruchrelevanten Mehraufwand verursachen.

Gemäss Angaben von Dr. C.____ im Bericht vom Januar 2011 (vorstehend E. 3.2) wurden dem Versicherten zum damaligen Zeitpunkt zweimal täglich Medikamente verabreicht, was sich auch aus dem Intensivpflegeprotokoll der Eltern (Urk. 11/76/1-12) sowie den ärztlichen Kinderspitexverordnungen (Urk. 11/76/13-16) ergibt. Anlässlich der ersten Abklärung vom 4. März 2011 gaben die Eltern des Versicherten an, die Vorbereitung der Medikamente nehme ca. 15 Minuten pro Verabreichung in Anspruch. Angaben zum Zeitaufwand im Zusammenhang mit der eigentlichen Verabreichung sind dem Abklärungsbericht allerdings nicht zu entnehmen. Gemäss Angaben der Kinderspitex, welche den Versicherten seit 26. November 2010 betreut, verursacht das Richten und Verabreichen der Medikamente über die Magensonde einen Aufwand von etwa 15 bis 20 Minuten pro Einsatz (Urk. 3/5 S. 2). Gestützt auf diese Angabe erscheint es als angemessen, im Zusammenhang mit der Medikation des Versicherten einen Mehraufwand von durchschnittlich 34 Minuten pro Tag (2 x 17 Minuten) zu berücksichtigen.

E. 4.5

4.5.1 Bemängelt wurde sodann, dass kein Mehraufwand für die Begleitung zu Arzt und Therapiebesuchen berücksichtigt wurde. Einmal wöchentlich fanden externe Physiotherapien statt. In Ergänzung dazu müssten mit dem Versicherten zu Hause täglich mindestens 30 Minuten Physiotherapieübungen durchgeführt werden. Zudem komme einmal pro Woche eine Low Vision Trainerin vorbei, welche die Sehschwäche des Versicherten behandle, und müsse der Versicherte unter Anleitung seiner Eltern ergänzend ebenfalls Übungen machen (Urk. 1 S. 5 unten).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Gemäss Rz 8075 KSIH sind physiotherapeutische Massnahmen, welche ärztlich verordnet wurden und nicht durch medizinische Hilfspersonen erbracht werden, als Massnahmen der Behandlungspflege anrechenbar. Die Begleitung zu Arzt- und Therapiebesuchen, für welche die IV Kostengutsprache geleistet hat, gilt sodann als anrechenbare Massnahme der Grundpflege (Rz 8076 KSIH). Nicht anrechenbar ist dagegen der Zeitaufwand für pädagogisch-therapeutische Massnahmen (Art. 39 Abs. 2 IVV, Rz 8077 KSIH).

4.5.2 Ä Ä Im Zusammenhang mit dem Geburtsgebrechen Ziff. 395 erteilte die Beschwerdegegnerin dem Versicherten am 12. Januar 2011 Kostengutsprache für ambulante Physiotherapie ab 1. September 2010 (Urk. 11/36). Im zweiten Abklärungsbericht vom 22. August 2011 berücksichtigte die Abklärungsperson für die Fahrten vom Wohnort des Versicherten nach Winterthur, wo die Physiotherapie durchgeführt wird (vgl. Urk. 3/6), und zurück einen Mehraufwand von 13 Minuten pro Tag (Urk. 10/2 S. 6 unten), was mit Blick darauf, dass die (Auto)fahrzeit von Ossingen nach Winterthur gemäss TwixRoute 20 Minuten beträgt, als grosszügig erscheint. Da sich aus den Akten ergibt, dass der Versicherte bereits seit 1. September 2010 in Winterthur in die Physiotherapie geht (Urk. 11/32/6 unten), wäre dieser Mehraufwand bereits im Rahmen der ersten Abklärung vom 4. März 2011 zu berücksichtigen und ab September 2010 entsprechend anzurechnen gewesen.

4.5.3 Ä Ä Aus der Aufstellung der Eltern vom 24. Juni 2011 (Urk. 3/4) sowie den Aufgeboten des D.____ (vgl. Urk. 3/8) ergibt sich sodann, dass seit Juli 2010 immer wieder EEG Kontrollen im D.____ stattfinden. Diese stehen unbestrittenermassen im Zusammenhang mit der Epilepsie des Versicherten, für deren Behandlung die Beschwerdegegnerin Kostengutsprache geleistet hat (vgl. Urk. 11/7). Daher wäre auch der von der Abklärungsperson im zweiten Abklärungsbericht vom 22. August 2011 ermittelte Mehraufwand von 3.5 Minuten pro Tag für die EEG-Kontrollen im D.____ (Urk. 10/2 S. 7 oben), welcher angemessen erscheint, bereits im Bericht vom 4. März 2011 zu berücksichtigen und entsprechend anzurechnen gewesen.

4.5.4 Ä Ä Für die von den Eltern zu Hause durchgeführten physiotherapeutischen Massnahmen wurden im zweiten Abklärungsbericht vom 22. August 2011 45 Minuten pro Tag angerechnet, wobei dies aufgrund des Alters des Versicherten sowie seiner unterschiedlichen Tagesverfassung beziehungsweise Kooperationsbereitschaft als klar im obersten Rahmen liegend beurteilt wurde (Urk. 10/2 S. 5 Mitte, S. 6 oben). Gleichzeitig wies die Abklärungsperson darauf hin, dass auch im Zeitpunkt der ersten Abklärung vom 4. März 2011 ein Mehraufwand für physiotherapeutische Massnahmen hätte berücksichtigt werden müssen, dies aber in geringerem Umfang, da der Versicherte erst im April 2011 ein Jahr alt geworden sei und anfänglich therapeutische Massnahmen von 45 bis 60 Minuten täglich nicht realistisch seien. Diese Einschätzung ist plausibel und einleuchtend, zumal sich auch den Angaben der Eltern anlässlich der Abklärung vom 4. März 2011 nicht entnehmen lässt, dass bereits zum damaligen Zeitpunkt intensive physiotherapeutische Massnahmen durchgeführt worden wären. Damit steht fest, dass bereits im Bericht vom 4. März 2011 ein Mehraufwand für die von den Eltern durchgeführten physiotherapeutischen Massnahmen zu berücksichtigen gewesen wäre, dies aber in deutlich geringerem Umfang als 45 Minuten pro Tag.

4.5.5 Ä Ä Was die Low Vision-Therapie anbelangt, so wies die Abklärungsperson im zweiten Abklärungsbericht vom 22. August 2011 zutreffend darauf hin, dass es sich

hierbei um pädagogisch-therapeutische Massnahmen handelt (vgl. dazu Urk. 3/7), welche nicht als Mehraufwand angerechnet werden können (Urk. 10/2 S. 6). Zudem ergibt sich aus den Akten, dass die Beschwerdegegnerin im Zusammenhang mit der Sehschwäche des Versicherten am 14. April 2011 eine Kostengutsprache für medizinische Massnahmen abgelehnt hat, da diese im fraglichen Zeitpunkt nicht als Geburtsgebrechen anerkannt werden konnte (Urk. 11/73).

E. 4.6

4.6.1.1 Gemäss Rz 8075 KSIH gelten als anrechenbare Massnahmen der Behandlungspflege unter anderem auch das Einführen und die Pflege von Sonden, Massnahmen der Atemtherapie wie Sauerstoffverabreichung sowie Massnahmen zur medizinisch-technischen Überwachung wie beispielsweise die Überwachung von Geräten, die der Kontrolle und Erhaltung von vitalen Funktionen dienen.

4.6.2.1 Aus dem von den Eltern des Versicherten für die Zeit vom 1. April und 10. bis 20. April 2011 erstellten Intensivpflegeprotokoll (Urk. 11/76) geht hervor, dass beim Versicherten in diesen Bereichen Aufwendungen angefallen sind. Gestützt auf die Stellungnahme ihrer Abklärungsperson vom 20. Mai 2011 (vorstehend E. 3.5) stellte sich die Beschwerdegegnerin indes auf den Standpunkt, die angegebenen Aufwendungen seien deutlich zu hoch gegriffen und könnten in diesem Umfang auf keinen Fall berücksichtigt werden. Die Eltern des Versicherten machten demgegenüber geltend, die Beschwerdegegnerin verkenne unter anderem, dass der Monitor immer wieder Alarme anzeige, die kontrolliert und protokolliert werden müssten, was sehr zeitintensiv sei. Ein Kontrollblick und das Drücken einer Taste reichten klarerweise nicht aus. Seit Januar 2011 sei über 500 Mal ein Alarm losgegangen. Jeder Alarm müsse kontrolliert und bearbeitet werden (Urk. 1 S. 6 f.).

4.6.3.1 Im zweiten Abklärungsbericht wurde der Mehraufwand für das Wechseln der Sensoren des Puls-/Sättigungsmonitor und den Geräteunterhalt gestützt auf die Angaben der Eltern vor Ort sowie die Angaben der Spitex im Bericht vom 23. Juni 2011 (Urk. 3/5 S. 2) auf 10 Minuten pro Tag festgelegt, was sachgerecht erscheint. Ein Mehraufwand in diesem Umfang ist auch für den vorliegend in Frage stehenden Zeitraum anzurechnen, da der Versicherte bereits seit November 2010 mit dem Puls- und Sauerstoffsättigungsmonitoring ausgerüstet ist (vgl. Urk. 2 S. 3 oben).

Was die Alarme anbelangt, so ergibt sich aus dem von den Eltern über 12 Tage erstellten Intensivpflegeprotokoll (Urk. 11/76), dass die Alarmmenge variiert. So gab es in der dokumentierten Zeit Tage, an denen keine Alarme zu überprufen waren und andere, an welchen bis zu neun Alarme überpruft werden mussten. Für den dokumentierten Zeitraum resultieren im Durchschnitt 2.8 Alarme pro Tag (34 Alarme : 12 Tage). Es erscheint glaubhaft, dass im Falle eines Alarms ein Kontrollblick und das Drücken einer Taste nicht ausreichen. Soweit im Intensivpflegeprotokoll pro Alarm jedoch ein (pauschaler) Aufwand von jeweils 10 Minuten vermerkt wurde, kann dies nicht nachvollzogen werden und erscheint dies als überhöht, zumal die Alarme auch elektronisch erfasst werden (vgl. Urk. 3/11) und sich der Aufwand für die Protokollierung mit Blick auf die von den Eltern für die Zeit vom 28. Januar bis 1. März 2011 geführte Überwachungstabelle in Grenzen hält. Daher erscheint es sachgerecht, den von den Eltern geltend gemachten Aufwand von 10 Minuten pro Alarm zu halbieren, womit bei durchschnittlich 2.8 Alarmen pro Tag ein Mehraufwand

5. Gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von Leistungen der Invalidenversicherung vor dem kantonalen Versicherungsgericht in Abweichung von Art. 61 lit. a ATSG kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt. Vorliegend erweist sich eine Kostenpauschale von Fr. 600.-- als angemessen, welche ausgangsgemäss den Eltern des Versicherten aufzuerlegen ist.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Die Gerichtskosten von Fr. 600.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden dem Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt.

3. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwältin Mirjam Stanek Brändle
- Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle
- Bundesamt für Sozialversicherungen

sowie an:

- Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft)

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, zuzustellen.

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).

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