

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2011.00900 vom 25. Oktober 2011

ZH Sozialversicherungsgericht, 2011-10-25, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2011.00900

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2011.00900 du 25 octobre 2011

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2011.00900 del 25 ottobre 2011

Erwägungen

E. 2

2.1 Mit Eingabe datiert vom 9. März 2008 (richtig: 12. Januar 2010; Urk. 3/10 = Urk. 7/84) ersuchte der Versicherte die IV-Stelle unter Bezugnahme auf die Verfügung vom 12. Januar 2009 (vgl. Urk. 7/84/2) um Erneuerung dieser Kostengutsprache (Urk. 6/84).

Die IV-Stelle zog Arztberichte bei, zunächst erfolglos bei Prof. Dr. med. Y. (Urk. 7/85-88) und am 21. Juni 2010 beim neuen behandelnden Arzt Dr. med. Z., Facharzt FMH für Augenkrankheiten (Urk. 7/89).

2.2 Am 17. Oktober 2010 verlangte der Versicherte von der IV-Stelle den Erlass einer anfechtbaren Verfügung und drohte gleichzeitig mit der Erhebung einer Rechtsverzögerungsbeschwerde, falls keine Verfügung erlassen werde; weiter ersuchte er um Einsicht in die Verwaltungsakten beziehungsweise um Bekanntgabe des Namens des beauftragten Gutachters (Urk. 7/90).

Am 22. Oktober 2010 überliess die IV-Stelle dem Versicherten die Akten zur Einsicht und stellte eine vordringliche Bearbeitung der Angelegenheit in Aussicht (Urk. 7/91). Am 7. Januar 2011 unterbreitete sie Dr. Z. Ergänzungsfragen (Urk. 7/92), welche dieser am 7. Februar 2011 (Urk. 7/94) beantwortete.

2.3 X. erhob mit Eingabe vom 12. Januar 2011 beim hiesigen Gericht eine Beschwerde wegen Rechtsverzögerung beziehungsweise Rechtsverweigerung, weil die IV-Stelle immer noch keine Verfügung erlassen habe (Urk. 3/11 = Urk. 7/93/3-6). Mit Urteil vom 25. Februar 2011 (Urk. 3/12 = Urk. 7/98) wurde die Beschwerde gutgeheissen und die IV-Stelle verpflichtet, über das Gesuch des Versicherten betreffend Kostengutsprache für medizinische Massnahmen für die Zeit ab 1. April 2010 umgehend zu entscheiden.

2.4 Mit Vorbescheid vom 21. Februar 2011 (Urk. 3/13 = Urk. 7/96) verneinte die IV-Stelle eine Kostenübernahme, da ein stabiler Zustand vorliege und damit keine Eingliederungswirksamkeit gegeben sei. Dagegen erhob der Versicherte am 14. März 2011 Einwände (Urk. 3/14 = Urk. 7/99). Die IV-Stelle verneinte mit Verfügung vom 4. Juli 2011 das Leistungsbegehren (Urk. 7/104 = Urk. 2).

3. Gegen die Verfügung vom 4. Juli 2011 (Urk. 2) erhob der Versicherte am 31. August 2011 Beschwerde und beantragte deren Aufhebung und Übernahme der Kosten von Kontaktlinsen für sein rechtes Auge, deren Anpassung und deren Pflege mit den dazu nötigen Pflegemitteln sowie die Übernahme der Kosten von medizinischen Massnahmen. Ferner ersuchte er um Aushändigung von bis anhin von der IV-Stelle

zurückbehaltenen Dokumenten sowie um Zusprache einer adäquaten Entschädigung (Urk. 1 S. 3). Mit Beschwerdeantwort vom 5. Oktober 2011 (Urk. 6) verzichtete die IV-Stelle auf eine Vernehmlassung, was dem Versicherten am 10. Oktober 2011 (Urk. 8) mitgeteilt wurde.

Der Einzelrichter zieht in Erwägung:

1. Der Beschwerdeführer ersuchte um Kostenübernahme der Kontaktlinsen, deren Anpassung und Kontrollen sowie der Pflegemittel. Der im Recht liegenden Rechnung ist zu entnehmen, dass sich die bereits bekannten, auf das rechte Auge entfallenden Kosten auf etwa Fr. 1'500.-- belaufen (vgl. Rechnung vom 10. Juni 2008, Urk. 8/74/2).

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).

2.

2.1 Invalide oder von Invalidität unmittelbar bedrohte Versicherte haben Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen, soweit diese notwendig und geeignet sind, die Erwerbsfähigkeit wieder herzustellen, zu verbessern, zu erhalten oder ihre Verwertung zu fördern und die Voraussetzungen für den Anspruch auf die einzelnen Massnahmen erfüllt sind (Art. 8 Abs. 1 lit. a-b des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung, IVG).

2.2 Nach der bis am 31. Dezember 2007 in Kraft gestandenen Fassung von Art. 12 Abs. 1 IVG hat ein Versicherter Anspruch auf medizinische Massnahmen, die nicht auf die Behandlung des Leidens an sich, sondern unmittelbar auf die berufliche Eingliederung gerichtet und geeignet sind, die Erwerbsfähigkeit dauernd und wesentlich zu verbessern oder vor wesentlicher Beeinträchtigung zu bewahren.

2.3 Behandlung des Leidens an sich ist rechtlich jede medizinische Vorkehr, sei sie auf das Grundleiden oder auf dessen Folgeerscheinungen gerichtet, solange labiles pathologisches Geschehen vorhanden ist. Eine solche Vorkehr bezweckt nicht unmittelbar die Eingliederung. Durch den Ausdruck labiles pathologisches Geschehen wird der juristische Gegensatz zu wenigstens relativ stabilisierten Verhältnissen hervorgehoben. Erst wenn die Phase des labilen pathologischen Geschehens insgesamt abgeschlossen ist, kann sich - bei Versicherten mit vollendetem 20. Altersjahr - die Frage stellen, ob eine medizinische Vorkehr Eingliederungsmassnahme sei. Die Invalidenversicherung übernimmt in der Regel nur unmittelbar auf die Beseitigung oder Korrektur stabiler Defektzustände oder Funktionsausfälle gerichtete Vorkehren, sofern sie die Wesentlichkeit und Beständigkeit des angestrebten Erfolges im Sinne von Art. 12 Abs. 1 IVG voraussehen lassen. Dagegen hat die Invalidenversicherung eine Vorkehr, die der Behandlung des Leidens an sich zuzuzählen ist, auch dann nicht zu übernehmen, wenn ein wesentlicher Eingliederungserfolg vorausgesehen werden kann. Der Eingliederungserfolg, für sich allein betrachtet, ist im Rahmen von Art. 12 IVG kein taugliches Abgrenzungskriterium, zumal praktisch jede ärztliche Vorkehr, die medizinisch erfolgreich ist, auch im erwerblichen Leben eine entsprechende Verbesserung bewirkt (BGE 120 V 277 E. 3a mit Hinweisen; AHI 2003 S. 104 E. 2, 2000 S. 64 E. 1, S. 295 E. 2a und S. 298 E. 1a je mit Hinweisen).

2.4 Der Versicherte hat im Rahmen einer vom Bundesrat aufzustellenden Liste Anspruch auf jene Hilfsmittel, deren Erwerbstätigkeit oder der Tätigkeit im Aufgabenbereich, zur Erhaltung oder Verbesserung der Erwerbstätigkeit, ferner die Schulung, die Aus- und Weiterbildung oder zum Zwecke der funktionellen Angewöhnung bedarf. Kosten für Zahnprothesen, Brillen und Schuheinlagen werden nur übernommen, wenn diese Hilfsmittel eine wesentliche Ergänzung medizinischer Eingliederungsmassnahmen bilden (Art. 21 Abs. 1 IVG).

Gemäss Ziffer 7.02 des Anhangs zur Verordnung über die Abgabe von Hilfsmitteln durch die Invalidenversicherung (HVI) besteht ein Anspruch auf Kontaktlinsen, sofern sie notwendigerweise anstelle von Brillen treten und eine wesentliche Ergänzung medizinischer Massnahmen darstellen. Da Ziff. 7.02 mit einem * bezeichnet ist, besteht ein Anspruch nur, soweit das Hilfsmittel unter anderem ferner die Ausübung einer Erwerbstätigkeit notwendig ist (Art. 2 Abs. 2 HVI).

2.5 Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Berichtes ist entscheidend, ob der Bericht ferner die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen in der Expertise begründet sind (BGE 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c).

2.6 Strittig und zu prägen ist, ob die Beschwerdegegnerin ferner die Kosten der Nachbehandlung des rechten Auges, welches am 28. September 1993 mit einer von der Invalidenversicherung übernommenen Keratoplastik versorgt worden war, auch ab April 2010 aufzukommen hat.

Die Beschwerdegegnerin hat den Anspruch auf medizinische Massnahmen gestützt auf Art. 12 IVG in der seit 1. Januar 2008 geltenden Fassung vormalig verneint. Mit Urteil des hiesigen Gerichts vom 10. Oktober 2008 (Urk. 7/80) wurde jedoch rechtskräftig festgehalten, dass sich der Versicherungsfall mit der Keratoplastik, welche der nunmehr notwendigen Hilfsmittelversorgung zu Grunde liegt, vor dem 1. Januar 2008 und damit vor der Einführung der Altersbeschränkung im Zuge der 5. IV-Revision verwirklicht hat, weshalb der Beschwerdeführer trotz seines Alters Anspruch auf Hilfsmittelversorgung hat, sofern die übrigen Anspruchsvoraussetzungen erfüllt sind (vgl. Urteil des hiesigen Gerichts vom 10. Oktober 2008, Prozess IV.2008.00824, E. 5.4).

E. 3

3.1 Dr. med. Z. ____, Facharzt FMH für Augenkrankheiten, nannte in seinem bei der Beschwerdegegnerin am 21. Juni 2010 eingegangenen Bericht (Urk. 7/89) folgende Diagnosen (Ziff. 1.1):

- perforierende Keratoplastik 1993 rechts
- Keratokonus beidseits
- Myopie

Der Arzt führte aus, mit der operativen Korrektur des Keratokonus durch die Keratoplastik sei die Behandlung nicht abgeschlossen. Es brauche einerseits Kontrollen des Transplantates ferner das längerfristige Überleben. Zudem müsse regelmässig die

Sehstärke kontrolliert werden, um allenfalls optimale Sehhilfen anzupassen. Eine Abstossungsreaktion sei auch nach 20-30 Jahren möglich (S. 2 oben). Der Beschwerdeführer könne mit der Brille nicht mehr gut korrigieren, weshalb er weiche Kontaktlinsen trage und teilweise auch harte ausprobieren. Aktuell betrage der Fernvisus bestkorrigiert beidseits 0.5 mit hohem Astigmatismus, das Transplantat rechts sei in situ, zirkuläre Hornhautvaskularisationen bis ans Transplantat, unten auch auf Transplantat mit Aktivität. In der Topographie rechts bestehe ein progredienter Keratokonus, links ein fortgeschrittener Keratokonus (Ziff. 1.4).

3.2.1 Am 7. Februar 2011 (Urk. 7/94) berichtete Dr. Z. ___ der Beschwerdegegnerin über den Verlauf seit Juni 2010, wobei er sich auf seinen Bericht vom Juni 2010 bezog (vgl. E. 3.1). Subjektiv und objektiv seien die Befunde stabil geblieben und vergleichbar mit Ziff. 1.4 seines damaligen Berichts. Es sei also von einem stabilen Verlauf auszugehen. Die Hornhautvaskularisationen seien ebenfalls stabil, es bestehe keine labile Situation.

E. 4

4.1.1 Nach der Rechtsprechung stellt der Keratokonus grundsätzlich labiles pathologisches Geschehen dar, weshalb eine wegen dieses Leidens erforderliche Hornhautübertragung nicht als medizinische Massnahme nach Art. 12 IVG zur Lasten der Invalidenversicherung geht. Die Leistungspflicht der Invalidenversicherung fällt namentlich dann ausser Betracht, wenn die Keratoplastik durchgeführt wird, um einer in absehbarer Zeit drohenden Perforation der Hornhaut zuvorzukommen, oder wenn damit eine frische Verletzung der Hornhaut angegangen wird. Die Keratoplastik gilt nur dann als ein medizinischer Massnahmen nach Art. 12 IVG zugehöriger Eingriff, wenn damit eine narbig veränderte Hornhaut oder eine getriebene Keratokonusspitze ersetzt wird. In diesen Fällen rechtfertigt sich die Annahme eines stabilen oder relativ stabilisierten Defektzustandes, weshalb sie grundsätzlich eine medizinische Massnahme nach Art. 12 IVG bilden kann (BGE 100 V 97 sowie Urteile des EVG in Sachen G. vom 21. November 2003, I 348/03, E. 2, und in Sachen D. vom 7. September 2004, I 161/04, E. 2.1, je mit Hinweisen).

Weiter steht fest, dass Kontaktlinsen zu Lasten der Invalidenversicherung gehen, soweit diese aufgrund einer Keratoplastik (oder auch einer Staroperation; vgl. BGE 119 V 230) notwendig sind (Kreisschreiben über die medizinischen Massnahme, KSME, Rz 661/861.3). Insoweit stellen die Kontaktlinsen fraglos eine wesentliche Ergänzung der medizinischen Eingliederungsmassnahme dar (vgl. Ziff. 7.02 Anhang zur HVI; Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts in Sachen H., I 646/04 E. 5.1).

4.2.1 Unstreitig und ausgewiesenermassen hat die Beschwerdegegnerin die Keratoplastik, welcher der Beschwerdeführer im Jahr 1993 am rechten Auge unterzogen wurde, als medizinische Massnahme anerkannt, in diesem Rahmen vergütet und in der Folge auch die notwendigen Nachbehandlungen übernommen, weil sie davon ausgegangen ist, es liege beim Keratokonus des Beschwerdeführers ein stabiler bzw. relativ stabilisierter Defektzustand vor. Zuletzt erfolgte eine in diesem Sinne ergangene Verfügung am 12. Januar 2009 (Urk. 7/83) mit Kostengutsprache für die medizinische Massnahmen bis 31. März 2010.

Dr. Z. ___ führte im Juni 2010 aus, dass der Fernvisus bestkorrigiert beidseits bei 0.5 mit hohem Astigmatismus betrage (vorstehend E. 3.1). Im Februar 2011 beantwortete er die Anfrage der Beschwerdegegnerin auf allfällige Veränderungen des Zustandes des

Beschwerdeführers dahingehend, dass die Befunde stabil und vergleichbar seien mit denjenigen im Juni 2010. Dabei hielt er ausdrücklich fest, dass von einem stabilen Verlauf auszugehen sei und keine labile Situation bestehe (vorstehend E. 3.2). Diese medizinisch nicht zu beanstandende und inhaltlich eindeutige Aussage belegt, dass es sich um einen stabilisierten Zustand handelt, welcher einen Anspruch auf medizinische Massnahmen im Sinne von Art. 12 Abs. 1 IVG auszulösen vermag. Mithin darf davon ausgegangen werden, dass beim Beschwerdeführer ein solcher stabilisierter Zustand bestand und von den Nachbehandlungen und Behandlungsgeräten eine Verbesserung oder Erhaltung der Erwerbsfähigkeit zu erwarten war, sodass hier der Schluss gezogen werden darf, dass mit den beantragten medizinischen Massnahmen nicht nur pathologisches Geschehen behandelt werden sollte, sondern diese unmittelbar auf die Korrektur eines stabilisierten Defektzustandes hinzielte (vorstehend E. 4.1; BGE 115 V 191 E. 3).

4.3. Dr. med. A. ____, Allgemeine Medizin FMH, führte gemäss Feststellungsblatt (Urk. 6/103) am 7. Januar 2011 aus, allenfalls könnte (im Verlauf des Jahres 2010) ein labiles Geschehen eingetreten sein; andererseits sei eventuell dennoch weiterhin von einem relativ stabilisierten Zustand auszugehen, dies Frage wäre durch ein augenärztliches Gutachten zu klären. Sie empfahl, zunächst bei Dr. Z. ____, nachzufragen (S. 5 Mitte).

Auf entsprechend Anfrage führte Dr. Z. ____, ausdrücklich aus, es beständen subjektiv und objektiv stabile Befunde, es bestehe keine labile Situation (S. 5 unten).

Daraufhin nahm Dr. A. ____, am 14. Februar 2011 noch einmal Stellung. Nunmehr führte sie aus, eine relativ instabile Situation könnte vor Juni 2004 (!) bestanden haben und aus versicherungsmedizinischer Sicht könne angenommen werden, dass schon bei der letzten Zusprache ein nicht mehr umfassend stabiler Zustand vorgelegen habe. Bei der Kontaktlinsenabgabe auch rechts am operierten Auge handle es sich seit Juni 2004 um eine Leidensbehandlung, weshalb eine Kostenübernahme nicht mehr zu empfehlen sei (S. 6 Mitte).

Würden die im Februar 2011 von Dr. A. ____, angestellten Überlegungen zutreffen, so ist schlechterdings unerfindlich, warum diese nicht bereits im Januar 2011 getätigt werden konnten beziehungsweise, warum stattdessen ausdrücklich eine Rückfrage beim behandelnden Augenarzt empfohlen wurde. Ferner ist nicht ersichtlich, was die Mutmassungen über den medizinischen Sachverhalt im Jahr 2004 dazu beitragen, die noch im Januar 2011 auch von Dr. A. ____, als wesentlich erachtete Frage zu beantworten, ob aktuell ein stabiler Zustand anzunehmen sei.

Diese Frage wurde (auf ihre Empfehlung hin) durch Dr. Z. ____, beantwortet, und zwar klar und eindeutig, weshalb es mit dessen Antwort sein Bewenden hat.

Die Beschwerde erweist sich nach dem Gesagten als begründet und ist somit gutzuheissen, womit auf die formellen Einwände des Beschwerdeführers (vgl. Urk. 1 S. 3 Ziff. 3) nicht weiter einzugehen ist.

E. 6

6.1. Nach Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Kosten sind unabhängig vom Streitwert nach dem Verfahrensaufwand festzulegen und

ermessensweise auf Fr. 600.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie der unterliegenden Beschwerdegegnerin aufzuerlegen.

6.2 Gemäss § 34 Abs. 1 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) hat die obsiegende Beschwerde führende Person Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Diese werden ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache, der Schwierigkeit des Prozesses und dem Mass des Obsiegens bemessen (§ 34 Abs. 3 GSVGer). Grundsätzlich nicht entschädigt wird, wer seine Interessen im Beschwerdeverfahren selber wahrnimmt. Davon wird eine Ausnahme gemacht, wenn es sich um eine komplizierte Sache mit hohem Streitwert handelt und die Interessenwahrung einen hohen Arbeitsaufwand notwendig macht, der den Rahmen dessen überschreitet, was der einzelne üblicher- oder zumutbarerweise nebenbei zur Besorgung der persönlichen Angelegenheit auf sich zu nehmen hat (BGE 129 V 116 f. E. 4).

Nach dem Gesagten ist in Hinblick auf den tiefen Streitwert sowie die geringe Schwierigkeit der Streitsache und des Prozesses an sich keine Parteientschädigung zuzusprechen. Andererseits ist der dem Beschwerdeführer entstandene Aufwand - gerade gemessen an der nur massigen Kostenbelastung der Beschwerdegegnerin - auffallend hoch, was (zwar wohl teilweise auch seinem eigenen Antrieb, jedoch) überwiegend der Behandlung der Angelegenheit durch die Beschwerdegegnerin zuzuschreiben ist.

Es rechtfertigt sich deshalb, ihm eine Prozessentschädigung im Umfang von Fr. 400.-- zuzusprechen.

Der Einzelrichter erkennt:

1. In Gutheissung der Beschwerde wird die angefochtene Verfügung vom 4. Juli 2011 aufgehoben, und es wird festgestellt, dass der Beschwerdeführer Anspruch auf Kostenübernahme für die beantragten medizinischen Massnahmen (Nachbehandlung der Keratoplastik inklusive Behandlungsgerätschaften) hat.

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

3. Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, dem Beschwerdeführer eine Prozessentschädigung von Fr. 400.-- zu entrichten.

4. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- X. _____

- Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle

- Bundesamt für 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 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.