

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.00217 vom 6. Mai 2015**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2015-05-06, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2014.00217](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2014.00217)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.00217 du 6 mai 2015

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.00217 del 6 maggio 2015

## **Erwägungen**

### **E. 1**

X.\_\_\_\_ kam am 11. Juli 2012 zur Welt und ist bei der Swica Krankenversicherungen AG (nachfolgend: Swica) krankenversichert. Am 15. Juli 201

#### **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 notwendigen medizinischen Massnahmen ( Art. 13

Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung, IVG). Der Bundesrat bezeichnet die Gebrechen, für welche diese Massnahmen gewährt werden. Er kann die Leistung ausschliessen, wenn das Gebrechen von geringfügiger Bedeutung ist ( Art. 13 Abs. 2 IVG).

Als Geburtsgebrechen gelten diejenigen Krankheiten, die bei vollendeter Geburt bestehen ( Art.

#### **E. 1.3**

Bei den medizinischen Eingliederungsmassnahmen ( Art. 12 und 13 IVG) gilt nach der Rechtsprechung die Invalidität in dem Zeitpunkt als eingetreten, in dem das festgestellte Gebrechen eine medizinische Behandlung oder ständige Kontrolle objektiv erstmals notwendig macht, was dann zutrifft, wenn die Behandlungs- oder Kontrollbedürftigkeit beginnt und keine Gegenindikation besteht. Diese Grundsätze gelten auch zur Bestimmung des Invaliditätseintritts bei Versicherten bis zur Vollendung des 20. Altersjahres, die an einem Geburtsgebrechen leiden (BGE 111 V 117 E. 1d mit Hinweisen).

#### **E. 1.4**

Das Erlöschen der Leistungsansprüche ist in Art. 24 ATSG geregelt. Der Anspruch auf ausstehende Leistungen erlischt fünf Jahre nach dem Ende des Monats, für welchen die Leistung geschuldet war ( Abs. 1). Eine davon abweichende Regelung ist in Art. 48 IVG enthalten, welcher lautet: 1 Macht eine versicherte Person ihren Anspruch auf (...) medizinische Massnahmen (...) mehr als zwölf Monate nach dessen Entstehung geltend, so wird die Leistung in Abweichung von Artikel 24 Absatz 1 ATSG nur für die zwölf Monate nachgezahlt, die der Geltendmachung vorangehen. 2 Die Leistung wird für einen längeren Zeitraum nachgezahlt, wenn die versicherte Person: a.

den anspruchsbegründenden Sachverhalt nicht kennen konnte; und b.

den Anspruch spätestens zwölf Monate, nachdem sie davon Kenntnis erhalten hat, geltend macht. 2. 2.1

Die Beschwerdegegnerin ging in der angefochtenen Verfügung (Urk. 2) davon aus, die IV-Anmeldung sei am 24. Juli 2013 eingereicht worden, weshalb Leistungen gestützt auf Art. 48 Abs. 1 IVG ab dem 24. Juli 2012 erbracht werden könnten (S. 1). Ausschlaggebend für einen Anwendungsfall nach Art. 48 Abs. 2 IVG sei nicht die Kenntnis des Anspruchs auf Kostenübernahme an sich, sondern die Kenntnis des medizinischen Sachverhalts. Es sei sehr wahrscheinlich, dass bereits im Zeitpunkt unmittelbar nach der Geburt erkennbar gewesen sei, dass der Neugeborene nicht gesund gewesen sei und an einem Atemnotsyndrom gelitten habe. Es habe sofort eine Sauerstoffversorgung ausgeführt werden müssen und der Neugeborene sei ins A.\_\_\_\_ verlegt worden. Es hätte also unmittelbar nach der Geburt medizinische Massnahmen getroffen werden müssen. Folglich sei der relevante Sachverhalt bereits im Zeitpunkt unmittelbar nach der Geburt objektiv erkennbar gewesen (S. 2). 2.2

Demgegenüber stellte sich die Beschwerdeführerin im Wesentlichen auf den Standpunkt (Urk. 1), es sei ihr als vorleistungs- und anmeldeberechtigte Sozialversicherung nicht bekannt gewesen, dass ein Geburtsgebrechen vorliege und die Invalidenversicherung leistungspflichtig sei. Sie habe erst am 15. Juli 2013 nach Rückfrage beim rechnungsstellenden Spital Kenntnis vom anspruchsbegründenden Sachverhalt erhalten. Die Anmeldung bei der Invalidenversicherung durch die gesetzlichen Vertreter des Beigeladenen sei nach erstmaliger Information des Spitals vom 18. Juli 2013 über das Vorliegen eines Geburtsgebrechens am 24. Juli 2013 erfolgt. Die Anmeldung sei rechtzeitig erfolgt und es sei der Beschwerdeführerin selbst verunmöglicht worden, ihrerseits innert zwölf Monaten seit Entstehung des Leistungsanspruches eine Anmeldung bei der Invalidenversicherung vorzunehmen (S. 4 f. Ziff. 3).

Das Bundesgericht habe festgestellt, dass eine unterlassene oder zu späte Anmeldung durch die versicherte Person nicht zu einem Rechtsverlust für den vorleistungspflichtigen Versicherungsträger führen dürfe (BGE 135 V 106). Gerade im vorliegenden Fall würde jedoch das Vorgehen der Beschwerdegegnerin dazu führen. So käme der Krankenversicherer immer zu spät, wenn unter anderem - und wie vorliegend geschehen - der Leistungserbringer mit der Rechnungsstellung und der Weitergabe der notwendigen Informationen so lange zuwarte, dass eine Anmeldung bei der Invalidenversicherung innert 12 Monaten verunmöglicht werde (S. 5 Ziff. 4). 2.3

Strittig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin die Kostenübernahme für die Behandlung des Beigeladenen im A.\_\_\_\_

vom 11. bis 12. Juli 2012 zu Recht ablehnte. Dabei ist unbestritten, dass beim Beigeladenen ein Geburtsgebrechen nach Ziffer 497 GgV vorlag.

### **E. 3**

2

Nach dem Dargelegten (vorstehend E. 3.1) wurden sowohl die Beschwerdeführerin als auch die Eltern des Beigeladenen erst im Juli 2013 durch die behandelnden Ärzte des A.\_\_\_\_ über das Vorliegen eines Geburtsgebrechens informiert: So erhielt die Beschwerdeführerin mit Arztbericht vom 15. Juli 2013 erstmals Kenntnis dieses

Sachverhalts. Die Eltern des Beigeladenen wurden nicht einmal direkt mit der Diagnose konfrontiert, sondern

ihnen wurde durch das Spital mit Schreiben vom 18. Juli 2013 lediglich mitgeteilt, dass die Kostenübernahme noch zu klären sei und sie sich daher mit dem beiliegenden Formular bei der Invalidenversicherung anzumelden hätten.

### **E. 3.1**

Nach Angaben der Beschwerdeführerin hat diese am 17. Mai 2013 eine Rechnung vom A.\_\_\_\_ für die Behandlung des Beigeladenen vom 11. bis 12. Juli 2012 erhalten (Rechnungsdatum um 7. Februar 2013, Urk. 6/10/3; vgl. auch Urk. 6/11/1 Ziff. 2). Am 12. Juni 2013 (vgl. auch Datum der eingesehenen Rechnung im System der Beschwerdeführerin auf Urk. 6/10/3 unten) verlangte sie aufgrund dieser Rechnung

einen ärztlichen Bericht. Dieser wurde am 15. Juli 2013 erstattet (Urk. 6/10/1). Als Diagnose wurde unter anderem ein transientes Atemnotsyndrom aufgeführt sowie darauf hingewiesen, dass die Diagnose unter

Ziffer 497 GgV falle und über die Invalidenversicherung abgerechnet werden könne.

Über ein Jahr nach der Geburt des Beigeladenen sandte das A.\_\_\_\_

dessen Eltern mit Schreiben vom 18. Juli 2013 das Anmeldeformular der Invalidenversicherung

zu, damit geklärt werden könne, ob die Krankenversicherung oder die Invalidenversicherung für die Kosten des Spitalaufenthalts zuständig sei (Urk. 6/10/2). Das Anmeldeformular füllten die Eltern des Beigeladenen am 22. Juli 2013 aus und dieses ging am 24. Juli 2013 bei der Beschwerdegegnerin ein (Urk. 6/2).

### **E. 3.3**

Lediglich aufgrund der Vorkommnisse nach der Geburt mit einer Verletzung ins A.\_\_\_\_ kann von einem Laien nicht erwartet werden, dass er aufgrund des Vorliegens eines invalidenversicherungsrechtlich relevanten Sachverhalts zu schliessen vermag. Einen durchschnittlichen Leser lässt erstmals das Schreiben des A.\_\_\_\_ vom 18. Juli 2013 an die Invalidenversicherung denken. Sodann erfolgte seitens A.\_\_\_\_ die Rechnungsstellung an die Beschwerdeführerin sehr spät. Die Beschwerdeführerin hat zeitnah beim A.\_\_\_\_ einen Arztbericht eingeholt und mit Zustellung des Berichts vom 15. Juli 2013 erstmals vom Vorliegen eines Geburtsgebrechens erfahren.

Da der anspruchsbegründende Sachverhalt weder für die Beschwerdeführerin noch für die Eltern des Beigeladenen vor Juli 2013 objektiv feststellbar war, hatten sie bis zu diesem Zeitpunkt keine Kenntnis vom anspruchsbegründenden Sachverhalt (Voraussetzung lit. a von Art. 48 Abs. 2 IVG).

Die Anmeldung bei der Invalidenversicherung erfolgte noch im Juli 2013 (Voraussetzung lit. b von Art. 48 Abs. 2 IVG), womit die Voraussetzungen von Art. 48 Abs. 2 IVG erfüllt sind.

### **E. 3.4**

Folglich lehnte die Beschwerdegegnerin die Kostenübernahme für die Behandlung im A.\_\_\_\_ vom 11. bis 12. Juli 2012 zu Unrecht ab und die Verfügung vom 20. Januar 2014 ist aufzuheben. Dies führt zur Gutheissung der Beschwerde.

#### **E. 4**

Da es im vorliegenden Verfahren um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert fest zulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr.

#### **E. 5**

00.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen. Der Einzelrichter erkennt: 1.

In Gut heissung der Beschwerde wird die Verfügung der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, vom 20. Januar 2014 aufgehoben, und es wird festgestellt, dass die Beschwerdegegnerin die aufgrund des Geburtsgebrechens Ziffer 497 angefallenen Kosten von Fr. 1'387.90 zu übernehmen hat . 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 500.-- werden der Beschwerdegegnerin auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - SWICA Krankenversicherung AG - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Y. \_\_\_ - 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). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich Der Einzelrichter Die Gerichtsschreiberin Mosimann Fonti

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