

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.00387 vom 7. September 2015

ZH Sozialversicherungsgericht, 2015-09-07, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2014.00387

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.00387 du 7 septembre 2015

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.00387 del 7 settembre 2015

Erwägungen

E. 1.1

Gemäss Art. 42 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) haben Versicherte mit Wohnsitz und gewöhnlichem Aufenthalt (Art. 13 des Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG) in der Schweiz, die hilflos (Art.

E. 1.2

Art. 37 IVV sieht drei Hilflosigkeitsgrade vor. Gemäss Abs. 2 dieser Bestimmung gilt die Hilflosigkeit als mittelschwer, wenn die versicherte Person trotz der Abgabe von Hilfsmitteln: a. in den meisten alltäglichen Lebensverrichtungen regelmässig in erheblicher Weise auf die Hilfe Dritter angewiesen ist; b. in mindestens zwei alltäglichen Lebensverrichtungen regelmässig in erheblicher Weise auf die Hilfe Dritter angewiesen ist und überdies einer dauernden persönlichen Überwachung bedarf; oder c. in mindestens zwei alltäglichen Lebensverrichtungen regelmässig in erheblicher Weise auf die Hilfe Dritter und überdies dauernd auf lebenspraktische Begleitung im Sinne von Artikel 38 angewiesen ist.

Nach der Rechtsprechung setzt Hilflosigkeit mittelschweren Grades nach Art. 37 Abs. 2 lit . a IVV eine Hilfsbedürftigkeit in mindestens vier alltäglichen Lebens verrichtungen voraus (BGE 121 V 88 E. 3b, 107 V 145 E. 2).

E. 1.3

Gemäss Randziffer 8035 des vom Bundesamt für Sozialversicherungen (BSV) herausgegebenen Kreisschreibens über die Invalidität und Hilflosigkeit in der Invalidenversicherung (KSIH, in der ab 1. Januar 2015 gültigen Fassung) bezieht sich der Begriff der dauernden persönlichen Überwachung nicht auf die alltäglichen Lebensverrichtungen. Hilfeleistungen, die bereits als direkte oder indirekte Hilfe in einem Bereich der alltäglichen Lebensverrichtung Berücksichtigung gefunden haben, können bei der Beurteilung der Überwachungsbedürftigkeit nicht nochmals ins Gewicht fallen. Vielmehr ist darunter eine medizinische und pflegerische Hilfeleistung zu verstehen, welche infolge des physischen und/oder psychischen Gesundheitszustandes der versicherten Person notwendig ist. Eine solche persönliche Überwachung ist beispielsweise dann erforderlich, wenn eine versicherte Person wegen geistiger Absenzen nicht während des ganzen Tages allein gelassen werden kann oder wenn eine Drittperson mit kleinen Unterbrüchen bei der versicherten Person anwesend sein muss, da sie nicht allein gelassen werden kann. Um als anspruchrelevant zu gelten, muss die persönliche Überwachung ein gewisses Mass an Intensität aufweisen. Eine Überwachungsbedürftigkeit darf angenommen werden, wenn die versicherte Person ohne Überwachung mit überwiegender

Wahrscheinlichkeit sich selbst oder Drittpersonen gefährden würde.

E. 1.4

Gemäss Art. 42 bis Abs. 5 IVG haben Minderjährige keinen Anspruch auf eine Hilflosenentschädigung, wenn sie lediglich auf lebenspraktische Begleitung angewiesen sind. Bei ihnen ist ausserdem nur der Mehrbedarf an Hilfeleistung und persönlicher Überwachung im Vergleich zu nicht behinderten Minderjährigen gleichen Alters zu berücksichtigen (Art. 37 Abs. 4 IVV). Diese Sonderregelung trägt dem Umstand Rechnung, dass bei Kleinkindern eine gewisse Hilfs- und Überwachungsbedürftigkeit auch bei voller Gesundheit besteht. Massgebend für die Bemessung der Hilflosigkeit bei diesen Versicherten ist daher der Mehraufwand an Hilfeleistung und persönlicher Überwachung im Vergleich zu einem nicht invaliden Minderjährigen gleichen Alters. Die Richtlinien zur Bemessung der massgebenden Hilflosigkeit bei Minderjährigen in Anhang III KSIH dienen als Orientierungshilfe, sind aber nicht in jedem Fall absolut anzuwenden.

E. 1.5

Die Hilflosenentschädigung für Minderjährige, die zusätzlich eine intensive Betreuung brauchen, wird seit dem 1. Januar 2004 um einen Intensivpflegezuschlag erhöht; dieser Zuschlag wird bei einem Heimaufenthalt nicht gewährt. Der monatliche Intensivpflegezuschlag beträgt bei einem invaliditätsbedingten Betreuungsaufwand von mindestens 8 Stunden pro Tag 60

Prozent, bei einem solchen von mindestens 6 Stunden pro Tag 40 Prozent und bei einem solchen von mindestens 4 Stunden pro Tag 20 Prozent des Höchstbetrages der Altersrente nach Art. 34 Abs. 3 und 5 des Bundesgesetzes über die Alters- und Hinterlassenenversicherung (AHVG). Der Zuschlag berechnet sich pro Tag (Art. 42 ter Abs. 3 IVG).

E. 1.6

Eine intensive Betreuung liegt bei Minderjährigen vor, wenn diese im Tagesdurchschnitt infolge Beeinträchtigung der Gesundheit zusätzliche Betreuung von mindestens vier Stunden benötigen (Art. 39 Abs. 1 IVV). Anrechenbar als Betreuung ist gemäss Art. 39 Abs. 2 IVV der Mehrbedarf an Behandlungs- und Grundpflege im Vergleich zu nicht behinderten Minderjährigen gleichen Alters. Nicht anrechenbar ist der Zeitaufwand für ärztlich verordnete medizinische Massnahmen, welche durch medizinische Hilfspersonen vorgenommen werden, sowie für pädagogisch-therapeutische Massnahmen. Bedarf eine minderjährige Person infolge Beeinträchtigung der Gesundheit zusätzlich einer dauernden Überwachung, so kann diese nach Art. 39 Abs. 3 IVV als Betreuung von zwei Stunden angerechnet werden. Eine besonders intensive behinderungsbedingte Überwachung ist als Betreuung von vier Stunden anrechenbar. 1. 7

Bei der Erarbeitung der Grundlagen für die Bemessung der Hilflosigkeit ist eine enge, sich ergänzende Zusammenarbeit zwischen ärztlicher Fachperson und Verwaltung erforderlich. Erstere hat anzugeben, inwiefern die versicherte Person in ihren körperlichen beziehungsweise geistigen Funktionen durch das Leiden eingeschränkt ist. Der Versicherungsträger kann an Ort und Stelle weitere Abklärungen vornehmen. Bei Unklarheiten über physische oder psychische Störungen und/oder deren Auswirkungen auf alltägliche Lebensverrichtungen sind Rückfragen an die medizinischen Fachpersonen nicht nur zulässig, sondern notwendig (BGE 130 V 61 E. 6.1.1).

Ein Abklärungsbericht unter dem Aspekt der Hilflosigkeit (Art.

E. 1.7

hievon umschriebenen Erfordernissen bezüglich Plausibilität, Begründetheit und Detailliertheit in allen Punkten. Es wird schlüssig und unter Hinweis auf die Bezugsperson des F.____, die bei den Abklärungen vor Ort anwesend war, dargelegt, weshalb die

Versicherung nach Einschätzung der Abklärungsperson
den massgebenden

Schwellenwert von vier Stunden für einen Anspruch auf einen Intensivpflegezuschlag nicht erreicht. Klare Fehleinschätzungen der Abklärungsperson sind nicht ersichtlich, womit kein Anlass besteht, in das Ermessen der die Abklärung tätigen Person einzugreifen.

Der Bericht vom 13. Dezember 2013 stellt somit eine zuverlässige Entscheidungsgrundlage im Sinne der Rechtsprechung dar.

Soweit die Eltern der Versicherten bemängeln, dass in den Bereichen Ankleiden/Auskleiden sowie Aufstehen/Absitzen/Abliegen lediglich ein Invaliditätsbedingter Mehraufwand von fünf Minuten pro Tag anerkannt worden sei, ist anzumerken, dass ein Teil des vorgebrachten Mehraufwandes bereits im Rahmen der intensiven Überwachung berücksichtigt wurde und somit nicht noch zusätzlich in den einzelnen Lebensverrichtungen berücksichtigt werden konnte. So ist auch der

Mehraufwand im Bereich der Fortbewegung als Bedarf an zusätzlicher dauernder Überwachung im Sinne von Art. 39 Abs. 3 IVV zu qualifizieren (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_666/2013 vom 25. Februar 2014 E. 8.2.1).

Gleiches gilt für den Mehraufwand im Bereich Essen, welcher ebenfalls nicht als Mehrbedarf an Grundpflege nach Art. 39 Abs. 2 IVV anzurechnen ist. Die Abklärungsperson ging diesbezüglich von funktionseller Selbständigkeit aus und hielt dazu fest, dass die Versicherte problemlos selbständig essen und selbst schwierige Esswaren zerkleinern könne. Sie fügte zudem an, dass der eingewendete Aufwand bereits in der intensiven Überwachung berücksichtigt worden sei, daher nicht doppelt angerechnet werden könne und überdies

pädagogisch-therapeutischer Natur sei.

E. 2

Gegen diese Verfügung vom 5. März 2014 (Urk. 2) erhoben Z.____ und Y.____, die Eltern von X.____, als ihre gesetzlichen Vertreter am

E. 2.1

Die Beschwerdeführerin ging in der angefochtenen Verfügung vom 5. März 2014 (Urk. 2) gestützt auf ihre Abklärungen, insbesondere den Abklärungsbericht vom 13. Dezember 2013 (Urk. 7/90) davon aus, die Versicherte benötige seit Juni 2002 in zwei von sechs alltäglichen Bereichen regelmässige und andauernde Dritthilfe, nämlich in den Bereichen Ankleiden/Auskleiden und Aufstehen/Absitzen/Abliegen. Seit Juni 2004 seien ebenfalls die Bereiche Körperpflege, Fortbewegung/Pflege gesellschaftlicher Kontakte und Überwachung anrechenbar. Da es sich jedoch um eine verspätete Anmeldung handle, könne die Leistung lediglich für die zwölf, der Anmeldung vorausgegangenen Monate und somit ab Juli 2012 ausbezahlt werden.

E. 2.2

Demgegenüber stellten sich die Eltern der Versicherten beschwerdeweise auf den Standpunkt (Urk. 1), der invaliditätsbedingte Mehraufwand sei höher als 4

Stunden pro Tag. Trotz der wesentlichen Abweichung zwischen der behandelnden Ärztin und dem Abklärungsbericht habe es die Beschwerdeführerin unterlassen, den Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) beizuziehen (S. 11). Die Anmeldung im Jahr 1998 habe die Anmeldung für sämtliche Leistungen der Invalidenversicherung beinhaltet. Seit der Geburt sei offenkundig, dass die Versicherte schwer behindert sei (S. 12). Die Beschwerdeführerin habe zudem gegen die Aufklärungs- und Beratungspflicht verstossen, indem sie über die Rechtsänderung

im Bereich der Hilflosenentschädigung im Januar 2004

nicht informiert habe (S. 13). Da die Versicherte seit Geburt stark behindert sei, habe sie spätestens ab der Gesetzesänderung im Januar 2004 Anspruch auf eine Hilflosenentschädigung mittleren Grades (S. 14). Zudem betrage der invaliditätsbedingte Betreuungsaufwand im Vergleich zu Nichtbehinderten täglich durchschnittlich mehr als 4 Stunden, womit die Versicherte Anspruch auf einen Intensivpflegezuschlag habe (S. 15).

E. 2.3

Strittig und zu prüfen ist der Beginn des Anspruchs der Versicherten auf Hilflosenentschädigung und ob die Versicherte Anspruch auf einen Intensivpflegezuschlag hat.
3.

E. 3

. April 201

E. 3.1

Am 27. August 1998 berichteten die Ärzte des A.____ von einer angeborenen Herzmissbildung und bestätigten in diesem Zusammenhang das Vorliegen des Geburtsgebrechens Ziffer 313 (Urk. 7/3/2).

E. 3.2

Dr. med. B.____, Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin, berichtete im Juni 2003 unter Hinweis auf einen logopädischen Abklärungsbericht (Urk. 7/18/3-5) von einem massiven Entwicklungsrückstand und verneinte in diesem Zusammenhang die Zumutbarkeit des Besuchs der Volksschule (Urk. 7/18/2).

E. 3.3

Im Bericht vom 28. April 2006 (Urk. 7/25/3-4) nannten die Ärzte des A.____

als Diagnose eine Fallot-Tetralogie, erstmals gestellt am 6. Juli 1998, und führten aus, der Versicherten gehe es aus kardialer Sicht gut. Sie sei körperlich normal leistungsfähig und ein aktives Kind. Es bestehe ein allgemeiner Entwicklungsrückstand. Die Ärzte wiesen zudem darauf hin, dass kein behinderungsbedingter Mehraufwand an Hilfeleistung oder persönlicher Überwachung im Vergleich zu einem nichtbehinderten Kind gleichen Alters bestehe.

E. 3.4

Dr. med. C.____, Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin, führte im Bericht vom 21. März 2008 (Urk. 7/37/3) aus, die Versicherte leide an einem unklaren syndromalen Leiden, zeige einen allgemeinen Entwicklungsrückstand (psychomotorisch und sprachlich) und habe ein kongenitales Herzleiden (Fallot - Tetralogie).

E. 3.5

Die Ärzte des A.____ nannten im Bericht vom 21. August 2008 (Urk. 7/40/5-7) als Diagnose einen Zehenspitzengang beidseits unklarer Ursache, ein Kniestreckdefizit beidseits, einen Status nach Fallot -Tetralogie (Total korrektur im Oktober 1999), einen allgemeinen Entwicklungsrückstand (nicht quantifiziert) sowie Dysmorphien
Differentialdiagnose syndromal (Ziff.

1.1). Aufgrund des Entwicklungsrückstandes seien der Versicherten nicht alle Ausbildungen zugänglich. Eine körperlich anspruchsvolle Tätigkeit sei wegen des Zehenspitzenganges ebenfalls nicht sinnvoll (Ziff. 1.2). Zum behinderungsbedingten Mehraufwand im Vergleich zu einem nichtbehinderten Kind gleichen Alters hielten sie fest, dass die Patientin Physiotherapie benötige und durch die Eltern täglich Dehnungsübungen durchzuführen seien (Ziff. 1.8).

E. 3.6

Die Ärzte des A.____ nannten im Bericht vom 23. Dezember 2009 (Urk. 7/48/5-7) als Diagnose einen idiopathischen Zehenspitzengang beidseits, ein Streckdefizit der Knie und Hüfte beidseits, einen leichten Rippenbuckel rechts, einen schweren kognitiven Entwicklungsrückstand, ein Smith- Magenis -Syndrom sowie einen Status nach Fallot - Tetralogie und Operation derselben am 14. Oktober 1999 (Ziff. 1.1). Die Ärzte führten dazu aus, bei der Versicherten liege ein Geburtsgebrehen Ziffer 177 vor. Sie benötige Physiotherapie, um die diversen Muskelgruppen aufzudehnen und eine weitere Verkürzung zu verhindern (Ziff. 1.6). Dazu benötige sie eine Nachtlagerungsschiene mit Fussfassung, um eine Verschlimmerung der Kontrakturen zu verhindern (Ziff.

1.7). Zu einem behinderungsbedingten Mehraufwand äusserten sich die Ärzte dahingehend, dass der Entscheid, eine Schiene anzufertigen im November 2009 gefasst wurde (Ziff. 1.8).

E. 3.7

) nichts zu ihren Gunsten ableiten. Insbesondere ist nicht nachvollziehbar, inwiefern und in welchen Punkten sich der Abklärungsbericht von der Einschätzung von Dr. D.____ unterscheiden soll und somit zu Rückfragen an den RAD hätten führen müssen. Denn aus ärztlich bescheinigten körperlichen und geistigen Beschwerden allein lassen sich noch keine unmittelbaren Schlüsse bezüglich des Anspruchs auf eine Hilflosenentschädigung ziehen, da sich dieser nicht nach den gesundheitlichen Schwierigkeiten richtet, sondern an deren konkreten Auswirkungen auf die anerkannten alltäglichen Lebensverrichtungen misst. Wiederholt hat das Bundesgericht festgestellt, dass die gesetzliche Ordnung und die Natur der Sache der Verwaltung bei der Würdigung der Umstände des Einzelfalles für die Ermittlung des Grades der Hilflosigkeit einen weiten Ermessensspielraum lassen, sofern der massgebende Sachverhalt mit hinreichender Zuverlässigkeit geklärt ist (BGE 113 V 19

E. 1 a, BGE 98 V 25 E. 2 mit Hinweisen; Urteil des Bundesgericht I 108/01 vom 12. November 2002 E. 2.2), was vorliegend der Fall ist.

E. 3.8

Dr. med. E.____, Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin, RAD, führte in ihrer Stellungnahme vom 4. April 2013 (Urk. 7/78/3) aus, das Geburts gebrechen

Ziffer 390 könne nicht anerkannt und in diesem Zusammenhang die Physiotherapie nicht übernommen werden, da bei der Versicherten keine Spastik im eigentlichen Sinne sondern eine muskuläre Hypotonie mit Schwäche des Musculus

quadriceps vorliege. Die Kontrakturen und der Zehenspitzen Gang seien durch die behandelnden Ärzte als Folge dieser Problematik angesehen worden. 3.

E. 4

(Urk. 6) beantragte die IV-Stelle die Abweisung der Beschwerde, was den Eltern der Versicherten am 18. Juni 2014 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 8). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 4.1

Unbestritten und gemäss vorliegender Aktenlage ausgewiesen ist, dass die Versicherte seit Juni 2002 in den Lebensverrichtungen An-/Auskleiden, Aufstehen/Absitzen/Abliegen und seit Juni 2004 zusätzlich in den Lebensverrichtungen Körperpflege, Fortbewegung/Pflege gesellschaftlicher Kontakte und Überwachung in regelmässiger und erheblicher Weise auf Dritthilfe angewiesen ist.

Die Beschwerdegegnerin stützte sich in ihrer Verfügung auf den Abklärungsbericht vom 13. Dezember 2013 (vorstehend E. 3.9) ab und ging dabei von einem invaliditätsbedingten Mehraufwand im Umfang von 2 Stunden und 40 Minuten pro Tag aus. Für die intensive Überwachung gemäss Art. 39 Abs. 3 IVV rechnete die Abklärungsperson einen Mehraufwand von 2 Stunden an (vgl. vorstehend E. 1.6). Zur Begründung führte sie an, die Versicherte zeige ein äusserst zerstörerisches Verhalten und sei im Umgang mit Menschen unbeherrschbar. Sie habe insbesondere kein Gefahrenbewusstsein und könne Grenzen nicht erkennen.

E. 4.2

Die Eltern der Versicherten wenden

ein, es bestehe ein invaliditätsbedingter Mehraufwand von mehr als vier Stunden, insbesondere sei

jener für die intensive Überwachung viel zu tief eingeschätzt worden und die Begleitung zu Arzt- und Therapiebesuchen gar nicht berücksichtigt worden.

Das BSV hält in den Erläuterungen zu den Änderungen der IVV vom 21. Mai 2003 zu Art. 39 Abs. 3 IVV fest, wenn ein Kind nicht bloss während bestimmter Stunden am Tag pflegerische Unterstützung benötige, sondern darüber hinaus rund um die Uhr invaliditätsbedingt überwacht werden müsse - sei es aus medizinischen Gründen (z.B. Gefahr epileptischer Anfälle), sei es infolge spezifischer geistiger Behinderung oder bei Autismus -, solle diese für die Eltern extrem belastende Tatsache für den Anspruch auf einen Intensivpflegezuschlag annehmbar sein. Dabei sei der „gewöhnliche“ Überwachungsbedarf, wie er für den Anspruch auf eine leichte Hilfenentschädigung definiert sei, wie zwei Stunden Pflege zu gewichten, bei besonders grosser Überwachungsintensität wie vier Stunden Pflege. Die Abgrenzung zwischen gewöhnlichem und besonders intensivem Überwachungsbedarf sei auf der Ebene Kreisschreiben noch

weiter zu präzisieren (Urteil des Bundesgerichts 8C_562/2008 vom 1. Dezember 2008 E. 2.3 mit Hinweisen).

Nach Randziffer 8079 KSIH liegt eine besonders intensive dauernde Überwachung vor, wenn von der Betreuungsperson überdurchschnittlich hohe Aufmerksamkeit und ständige Interventionsbereitschaft gefordert wird. Als Beispiel wird ein autistisches Kind erwähnt, welches erhebliche Probleme hat, seine Umwelt wahrzunehmen und mit ihr zu kommunizieren und welches auch keine Gefahren erkennen kann, daher zum Beispiel unvermittelt aus dem Fenster steigen könnte, sodass die Betreuungsperson deshalb dauernd mit erhöhter Aufmerksamkeit in unmittelbarer Nähe des Kindes bleiben und jederzeit bereit sein muss, einzugreifen. Gemäss den in Anhang III zum KSIH enthaltenen Richtlinien zur Bemessung der massgebenden Hilflosigkeit bei Minderjährigen ist das Kriterium der dauernden persönlichen Überwachung bei Kindern unter sechs Jahren – abgesehen von eretischen und autistischen Kindern sowie Kindern mit häufigen Epilepsie-Anfällen oder Absenzen, welche je nach Schweregrad zu beurteilen sind - in der Regel zu verneinen (Urteil des Bundesgerichts 8C_562/2008 vom 1. Dezember 2008 E. 2.3 mit Hinweisen).

Aufgrund der Tatsache, dass es der Versicherten vorliegend an einem Gefahrenbewusstsein fehlt und sie im Umgang mit Menschen unberechenbar ist, ist von Seiten der Betreuungspersonen zweifelsohne eine ständige Interventions- und Handlungsbereitschaft nötig (vorstehend E. 3.9 und E. 4.2).

Diesem erhöhten Überwachungsbedarf wurde im

Abklärungsbericht denn auch

im Umfang von zwei Stunden Rechnung getragen. Von einer besonders intensiven Überwachung, welche im Umfang von vier Stunden anzurechnen wäre (vgl. vorstehend E. 4.3), kann jedoch vorliegend

nicht ausgegangen werden. So geht weder aus dem Abklärungsbericht vom 13. Dezember 2013 (vorstehend E. 3.9), den Schulberichten vom 10. Juli 2005 (Urk. 6/22) und vom 10. Juli 2006 (Urk. 6/28) noch dem

umfangreichen Übertrittsbericht des F.____ vom 19. Juni 2013 (Urk. 7/104) hervor, dass die Betreuungspersonen dauernd mit erhöhter Aufmerksamkeit in unmittelbarer Nähe der Versicherten bleiben müssen, um jederzeit eingreifen zu können. In den genannten Berichten finden sich keine Anhaltspunkte, aufgrund derer von einer besonders intensiven Überwachung auszugehen wäre. Es bestehen keine Hinweise auf selbstverletzendes Verhalten oder unmittelbarer Gefährdung von Drittpersonen oder dass die Versicherte nicht mehr in der Lage wäre, auf verbale Rufe oder Warnungen entsprechend zu reagieren. 4.4

Im Übrigen vermögen auch die weiteren Vorbringen der Eltern der Versicherten zum invaliditätsbedingten Mehraufwand zu den anderen Bereichen nicht zu überzeugen und sind daher nicht geeignet, den Beweiswert des

Abklärungsberichts vom 13. Dezember

2013 (vorstehend E. 3).

E. 4.5

Zusammengefasst ist auch in den übrigen Lebensverrichtungen hinsichtlich des invaliditätsbedingten Mehraufwandes nicht von der Einschätzung der Abklärungsperson

abzuweichen. Ein invaliditätsbedingter Mehraufwand bei der Begleitung zu Arzt- und Therapiebesuchen könnte

nur angerechnet werden, sofern die Invalidenversicherung für diese eine Kostengutsprache geleistet hat, was vorliegend nicht der Fall ist. Ebenfalls nicht anrechenbar ist der Zeitaufwand für ärztlich verordnete medizinische Massnahmen, welche beispielsweise durch einen Physiotherapeuten vorgenommen werden (vgl. Rz. 8076 f. KSIH).

Schliesslich können die Eltern der Versicherten auch aus den Aussagen von Dr.

D. ___ (vorstehend E).

E. 4.6

Des Weiteren ist nicht ersichtlich, inwiefern die geforderte erneute Abklärung vor Ort neue, für die Beurteilung des vorliegenden Falls entscheidende Erkenntnisse liefern könnte, sodass darauf im Sinne der antizipierten Beweiswürdigung zu verzichten ist (BGE 122 V 157 E. 1d). 5. 5.1

Weiter ist zu prüfen, ab welchem Datum die Entschädigung für die oben festgestellte Hilflosigkeit auszurichten ist beziehungsweise ab wann die Anmeldung als erfolgt betrachtet werden kann.

Die Beschwerdegegnerin stellte sich auf den Standpunkt, der Anspruch auf Hilflosenentschädigung sei mit der Anmeldung vom 2. Juli 2013 geltend gemacht worden und folgere, aufgrund der verspäteten Anmeldung könnten die Leistungen erst ab Juli 2012 (1 Jahr rückwirkend ab Eingang der Anmeldung) ausgerichtet werden (Urk. 2 S. 3 oben).

Die Eltern der Versicherten machten dagegen geltend, die erstmalige Anmeldung bei der Invalidenversicherung am 20. Juli 1998 sei massgebend, da diese für alle Leistungen gelte, somit auch für die Hilflosenentschädigung (Urk.

1 S.

E. 9

) in Frage zu stellen. Es besteht vorliegend kein Grund an der Kompetenz der Abklärungspersonen zu zweifeln. Der Bericht genügt insbesondere den in Erwägung

E. 12

ff.). Seit der Geburt sei offenkundig, dass die Versicherte schwer behindert sei. Die Beschwerdegegnerin habe zudem gegen die Aufklärungs- und Beratungspflicht verstossen, indem sie über die Rechtsänderung im Bereich der Hilflosenentschädigung im Januar 2004 nicht informiert habe. Da die Versicherte seit Geburt stark behindert sei, habe sie spätestens ab der Gesetzesänderung im Januar 2004 Anspruch auf eine Hilflosenentschädigung mittleren Grades. 5.2

Nach der Rechtsprechung wahrt die versicherte Person mit ihrer Anmeldung nicht nur jene Ansprüche, die sie ausdrücklich auf dem Anmeldeformular aufzählt. Vielmehr umfasst eine Anmeldung alle Ansprüche, die nach Treu und Glauben mit dem angemeldeten Risikoeintritt in Zusammenhang stehen. Die im Anschluss an ein Leistungsgesuch durchzuführenden Abklärungen der Verwaltung erstrecken sich jedoch nur auf die vernünftigerweise mit dem vorgetragenen Sachverhalt und allfälligen bisherigen oder

neuen Akten in Zusammenhang stehenden Leistungen. Wird später geltend gemacht, es bestehe noch Anspruch auf eine andere Versicherungsleistung, so ist nach den gesamten Umständen des Einzelfalls im Licht von Treu und Glauben zu prüfen, ob jene frühere ungenaue Anmeldung auch den zweiten, allenfalls später substantiierten Anspruch umfasst. Dabei ist ein solcher Zusammenhang relativ grosszügig anzunehmen (BGE 132 V 286 E. 4.3). 5.3

Aus den Akten geht hervor, dass die erstmalige Anmeldung zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung am 20. Juli 1998 erging. Darin ersuchten die Eltern der Versicherten um keine spezifische Leistung, sondern führten auf, dass ihre Tochter an einem Herzfehler leide (Urk. 6/1 Ziff. 5.2).

In der Anmeldung vom 11. März 2003 ersuchten die Eltern der Versicherten um Kostenübernahme der logopädischen Abklärung vom 6. März 2003 (Urk. 6/9 Ziff. 5.7 = Urk. 6/13/4-8 Ziff. 5.7, Urk. 6/14). Gemäss Art. 42 Abs. 1 zweiter Satz aIVG (in der bis am 31. Dezember 2003 gültig gewesenen Fassung) war eine Hilflosenentschädigung für Minderjährige damals vom Gesetzgeber nicht vorgesehen, weshalb eine Prüfung eines allfälligen Anspruchs ausser Betracht fiel.

In der Folge kam es in den Jahren 2003 (Urk. 6/16), 2005 (Urk. 6/21), 2006 (Urk. 6/27) und 2007 (Urk. 6/30) zu

Anträgen für heilpädagogische Schulung.

Dem Bericht des A.____ vom 29. Juli 2002 (Urk. 6/18/6-7) lässt sich entnehmen, dass bei der Versicherten ein grobmotorisch betonter allgemeiner Entwicklungsrückstand bestehe. Nach Angaben der Eltern habe sich die sprachliche Kommunikation gebessert und der Wortschatz sei grösser geworden. Weiter geht aus dem logopädischen Abklärungsbericht vom 24. März 2003 (Urk.

6/18/3-5)

unter anderem hervor, dass bei der Versicherten insbesondere im sprachlichen Bereich ein Entwicklungsrückstand bestehe und logopädische Therapiemassnahmen angezeigt seien. Trotz der sprachlichen Entwicklungsverzögerung bestanden im Lichte von Treu und Glauben keine hinreichenden Anhaltspunkte, welche die Beschwerdegegnerin hätten veranlassen müssen, auch die Hilfsbedürftigkeit der Versicherten zu prüfen. Der Zusammenhang zwischen den Anträgen auf Sonderschulbeiträge und dem Anspruch auf eine Hilflosenentschädigung ist nicht hinreichend eng, dass bereits diese Anträge, welche die Eltern der Versicherten weder selbständig eingereicht noch mitunterschrieben haben, auch eine allfällige spätere Hilflosenentschädigung umfassten. Dem Arztbericht des A.____ vom 28. April 2006 lässt sich zudem entnehmen, dass kein behinderungsbedingter Mehraufwand an Hilfeleistung oder persönlicher Überwachung bestehe (Urk. 6/25 S. 4). Auch aus den Schulberichten vom 10.

Juli 2005 (Urk. 6/22) sowie 10. Juli 2006 (Urk. 6/28) gehen keine Hinweise hervor, dass die Versicherte Probleme habe, die für den Anspruch auf Hilflosenentschädigung

massgeblichen alltäglichen Lebensverrichtungen auszuführen. Diesbezüglich ist überdies zu beachten, dass bei Minderjährigen nur der Mehrbedarf an Hilfeleistung und persönlicher Überwachung im Vergleich zu nicht behinderten Minderjährigen gleichen Alters zu berücksichtigen ist (vgl. vorstehend E. 1.4).

Die Anmeldung betreffend Kostenübernahme für Physiotherapie im Februar 2008 (Urk. 6/34) stand im Zusammenhang mit dem chronifizierten

Zehenspitzengang sowie dem Streckdefizit in beiden Knien. Dies führt jedoch normalerweise nicht zu einer Hilflosigkeit im Sinne des Gesetzes, weshalb auch im Rahmen dieser Anmeldung kein Anlass bestand, die Voraussetzungen einer Hilflosenentschädigung zu prüfen. Gleiches gilt für die Anmeldung zur Kostenübernahme einer Oberschenkel-Nachlagerungsschiene vom 10.

November 2009 (Urk. 6/47). 5.4

Erst mit dem Bericht von Dr. D.____ vom 8. November 2012 (vorstehend E. 3.7), mit welchem um Anerkennung der Geburtsgebrechen Ziffer 390 (angeborene cerebrale Lähmungen) und Ziffer 403 (angeborene Schwachsinnigkeit) ersucht wurde, bestanden genügend substantiierte Anhaltspunkte, welche die Beschwerdegegnerin in Nachachtung des Untersuchungsgrundsatzes hätten veranlassen müssen, auch die Hilfsbedürftigkeit der Versicherten zu prüfen.

So betrachtete auch der RAD das Geburtsgebrechen Ziffer 403 ab diesem Zeitpunkt als ausgewiesen (Urk. 6/78 S. 2). 5.5

Da der Anspruch auf Hilflosenentschädigung unbestrittenermassen vor dem 1.

Januar 2008 entstand, sind in intertemporalrechtlicher Hinsicht die bis 31.

Dezember 2007 gültig gewesenen Bestimmungen anwendbar, dies entsprechend dem Grundsatz, wonach diejenigen Rechtssätze massgebend sind, die bei Erfüllung des zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung hatten, zumal die Schlussbestimmungen zur Änderung des IVG vom 6. Oktober 2006 (5. IV Revision) für den vorliegenden Fall keine abweichende Regelung kennen (Urteil 9C_1033/2010 vom 31. März 2011 E. 2.1).

Art. 48 IVG in der vorliegend anwendbaren, bis Ende 2007 gültig gewesenen Fassung bestimmte, dass der Anspruch auf Nachzahlung mit dem Ablauf von fünf Jahren seit Ende des Monats erlischt, für welchen die Leistung geschuldet war (Abs. 1). Meldet sich jedoch ein Versicherter mehr als 12 Monate nach Entstehen des Anspruchs an, so werden die Leistungen lediglich für die 12 der Anmeldung vorangehenden Monate ausgerichtet. Weitergehende Nachzahlungen werden erbracht, wenn der Versicherte den anspruchsbegründenden Sachverhalt nicht kennen konnte und die Anmeldung innert 12 Monaten seit Kenntnisnahme vornimmt (Abs. 2).

Die Eltern der Versicherten beantragten

erstmalig am 20. Juni 2013 bei der Invalidenversicherung auf dem entsprechenden Formular die Ausrichtung von Hilflosenentschädigung (Urk. 6/82).

Wie in vorstehender Erwägung 5.4 ausgeführt, umfasste jedoch bereits der Antrag um Anerkennung der Geburtsgebrechen Ziffer 390 und Ziffer 403 vom 8. November 2012 (vorstehend E. 3.7) eine spätere Hilflosenentschädigung. Die Anmeldung erfolgte im Sinne der genannten Bestimmung dennoch verspätet, das heisst mehr als 12 Monate seit Beginn des Anspruchs. Somit besteht rückwirkend lediglich für die der Anmeldung vom 8. November 2012 vorausgehenden 12 Monate Anspruch auf die Hilflosenentschädigung. Entsprechend ist der Beginn des Leistungsanspruchs auf den 1. November 2011

festzu legen , dies in teilweiser Gutheissung der Beschwerde .

6.

Zu prüfen bleibt die seitens des Versicherten aufgeworfene Frage der Verletzung der Aufklärungs- und Beratungspflicht gemäss

Art. 27 ATSG. Die Eltern der Versicherten bringen vor, dass die Beschwerdegegnerin sie hätte auf die Rechtsänderung , wonach

gemäss

Art. 42 Abs. 4 IVG die Hilflosenentschädigung ab Januar 2004 auch für Minderjährige gewährt wird, aufmerksam machen müssen (Urk. 1 S. 13).

Entgegen der Ansicht der Eltern der Versicherten kann das Nichtinformieren über eine Rechtsänderung nicht einer Verletzung der Aufklärungs- und Beratungspflicht gleichgestellt werden . Die verspätete Anmeldung beruht demnach nicht auf einer unterlassenen behördlichen Aufklärungspflicht, sondern einzig darauf, dass die Eltern der Versicherten die betreffende gesetzliche Regelung nicht zur Kenntnis genommen hatten . Aus der eigenen Rechtsunkenntnis kann jedoch nach einem allgemeinen Rechtsgrundsatz niemand Vorteile ableiten (BGE 124 V 220

Erw . 2b/ aa mit Hinweisen).

Die in Art. 27 ATSG statuierte Aufklärungs- und Beratungspflicht verhält den Sozialversicherungsträger nicht dazu, schlechterdings alle unter gewissen Voraussetzungen in Frage kommenden Ansprüche ohne ein entsprechendes Gesuch der versicherten Person zu prüfen. Eine Missachtung von Art. 27 ATSG seitens der Beschwerdegegnerin liegt somit nicht vor. 7.

7.1

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 festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und ermessensweise auf Fr. 800.-- anzusetzen. Ausgangsgemäss sind sie der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen. 7.2

Den Eltern der Versicherten steht ausgangsgemäss eine Prozessentschädigung zu . Die Prozessentschädigung ist nach Art. 61 lit . g ATSG in Verbindung mit § 34 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht

(GSVGer) ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache, nach der Schwierigkeit des Prozesses, dem Zeitaufwand und den Barauslagen festzusetzen. Unter Berücksichtigung der Grundsätze ist

den Eltern der Versicherten eine Prozessentschädigung von Fr. 2'400.-- (inkl. Mehrwertsteuer und Barauslagen) zuzusprechen. Das Gericht erkennt: 1.

In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird die Verfügung der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, vom 5. März 2014 insofern abgeändert , als festgestellt wird, dass die Versicherte ab dem 1. November 2011 Anspruch auf eine Hilflosenentschädigung mittleren Grades hat . Im Übrigen wird die Beschwerde abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdegegnerin auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostspflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3.

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, den Eltern der Versicherten eine Prozessentschädigung von Fr. 2'400.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Tobias Figi -
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). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich
Der Vorsitzende Der Gerichtsschreiber Mosimann Sager

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