

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.00582 vom 11. Dezember 2014**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2014-12-11, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2014.00582](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2014.00582)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.00582 du 11 décembre 2014

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.00582 del 11 dicembre 2014

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Am 22. August 2013 be antragte Prof. Dr. med.

Y.\_\_\_\_, Leitender Arzt Stoffwechsel, Z.\_\_\_\_, bei der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, die Kostenübernahme für eine molekulargenetische Untersuchung für den 1996 geborenen X.\_\_\_\_ bei Verdacht auf Marfansyndrom aufgrund des klinischen Bildes (Urk. 9/1). Am

#### **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 gemäss Art. 12 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) bis zum vollendeten 20. Altersjahr Anspruch auf medizinische Massnahmen, die nicht auf die Behandlung des Leidens an sich, sondern unmittelbar auf die Eingliederung ins Erwerbsleben oder in den Aufgabenbereich gerichtet und geeignet sind, die Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, dauernd und wesentlich zu verbessern oder vor wesentlicher Beeinträchtigung zu bewahren (Abs. 1).

Der Bundesrat ist befugt, die Massnahmen gemäss Abs. 1 von jenen, die auf die Behandlung des Leidens an sich gerichtet sind, abzugrenzen. Er kann zu diesem Zweck insbesondere die von der Versicherung zu gewährenden Massnahmen nach Art und Umfang näher umschreiben und Beginn und Dauer des Anspruchs regeln (Abs. 2)

#### **E. 1.3**

Versicherte haben bis zum vollendeten 20. Altersjahr Anspruch auf die zur Behandlung von Geburtsgebrechen (Art. 3 Abs. 2 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts; ATSG) notwendigen medizinischen Massnahmen (Art. 13 Abs. 1 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. 3 Abs. 2 ATSG in Verbindung mit Art. 1 Abs. 1 Satz 1 der Verordnung über Geburtsgebrechen; GgV). Die blossе Veranlagung zu einem Leiden gilt nicht als Geburtsgebrechen. Der Zeitpunkt, in dem ein Geburtsgebrechen als solches erkannt wird, ist unerheblich (Art. 1 Abs. 1 GgV). Die Geburtsgebrechen sind in der Liste im Anhang

aufgeführt. Das Eidgenössische Departement des Innern kann die Liste jährlich anpassen, sofern die Mehrausgaben einer solchen Anpassung für die Versicherung insgesamt drei Millionen Franken pro Jahr nicht übersteigen (Art. 1 Abs. 2 GgV). Als medizinische Massnahmen, die für die Behandlung eines Geburtsgebrechens notwendig sind, gelten sämtliche Vorkehren, die nach bewährter Erkenntnis der medizinischen Wissenschaft angezeigt sind und den therapeutischen Erfolg in einfacher und zweckmässiger Weise anstreben (Art. 2 Abs. 3 GgV).

Zu den Geburtsgebrechen zählen unter anderem auch kongenitale Dystrophien des Bindegewebes wie das Marfan-Syndrom, Ehlers-Danlos-Syndrom (Geburtsgebrechen Nr. 485; Anhang zur GgV).

#### **E. 1.4**

Art. 45 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) bestimmt, dass der Versicherungsträger die Kosten der Abklärung übernimmt, soweit er die Massnahmen angeordnet hat. Hat er keine Massnahmen angeordnet, so übernimmt er deren Kosten dennoch, wenn die Massnahmen für die Beurteilung des Anspruchs unerlässlich waren oder Bestandteil nachträglich zugesprochener Leistungen bilden. Unerlässlich sind Abklärungen, wenn die entsprechende Massnahme im Rahmen der Untersuchungspflicht ebenfalls anzuordnen gewesen wäre, was jedoch nicht erfolgt ist (vgl. dazu Kieser, ATSG-Kommentar, 2. Aufl. 2009, N. 13 zu Art. 45).

#### **E. 1.5**

Eine entsprechende Bestimmung - zugeschnitten auf die Invalidenversicherung

findet sich in Art. 78 Abs. 3 der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV). Laut dieser Bestimmung werden die Kosten von Abklärungsmassnahmen von der Versicherung getragen, wenn die Massnahmen durch die IV-Stelle angeordnet wurden oder, falls es an einer solchen Anordnung fehlt, soweit sie für die Zusprechung von Leistungen unerlässlich waren oder Bestandteil nachträglich zugesprochener Eingliederungsmassnahmen bilden. Damit setzt Art. 78 Abs. 3 IVV für den Fall, dass die Massnahme von der IV-Stelle nicht angeordnet wurde, in Abweichung von Art. 45 Abs. 1 ATSG eine nachfolgende Leistungszusprache voraus (vgl. Kieser, ATSG-Kommentar, N. 14 zu Art. 45; BGE 97 V 236). 1.6

Das Kreisschreiben über die medizinischen Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung (KSME) regelt in Ziffer 485.1 die Kostenübernahme bei kongenitalen Dystrophien des Bindegewebes wie dem Marfan-Syndrom und hält fest, dass die im Zusammenhang mit einer Linsenverlagerung abgegebenen optischen Hilfsmittel und bei Minderjährigen die Linsenextraktion zu Lasten der Invalidenversicherung gehen. Ziffer 1020 KSME bestimmt weiter, dass genetische und mitochondrische Abklärungen und Beratungen von der Invalidenversicherung nicht zu übernehmen sind, es sei denn, sie hätte diese angeordnet. 1.7

Gemäss Art. 70 Abs. 2 ATSG ist die Krankenversicherung vorleistungspflichtig für Sachleistungen und Taggelder, deren Übernahme durch die Krankenversicherung, die Unfallversicherung, die Militärversicherung oder die Invalidenversicherung umstritten ist. Der vorleistungspflichtige Versicherungsträger erbringt gemäss Art. 71 ATSG die Leistungen nach den für ihn geltenden Bestimmungen. Wird der Fall von einem anderen

Träger übernommen, so hat dieser die Vorleistungen im Rahmen seiner Leistungspflicht zurückzuerstatten. 2.

## 2.1

Strittig und zu prüfen ist die Pflicht der Beschwerdegegnerin zur Übernahme der Kosten für die molekulargenetische Untersuchung der Verdachtsdiagnose Dystrophie des Bindegewebes beim Beigeladenen. 2.2

Die Beschwerdegegnerin vertrat die Auffassung, dass lediglich eine Verdachtsdiagnose vorliege und objektive fachärztliche Befunde fehlten, die ein Geburtsgebrechen bestätigen könnten. Abklärungsdiagnostik werde von der Invalidenversicherung aber nur dann übernommen, wenn sie von ihr angeordnet worden sei. Auch die Anspruchsvoraussetzungen für eine Kostengutsprache nach Art. 12 IVG fehlten. Bei umstrittenen Leistungsfragen sei die Krankenversicherung gemäss Art. 70 ATSG grundsätzlich vorleistungspflichtig. Sofern sich die Diagnose eines Geburtsgebrechens Nr. 485 bestätigen lasse, könnten die Abklärungskosten rückwirkend übernommen werden (Urk. 2, Urk. 8). 2.3

Die Beschwerdeführerin hielt dem entgegen, die Beschwerdegegnerin hätte die genetische Untersuchung im Sinne von Art. 45 Abs. 1 Satz 1 ATSG selbst anordnen müssen. Mit dem grundlosen Abbruch ihrer begonnenen Abklärungen verstosse sie gegen die Abklärungspflicht von Art. 43 Abs. 1 ATSG. Gestützt auf diese Bestimmung sei die Beschwerdegegnerin für die Kosten der genetischen Untersuchung leistungspflichtig (Urk. 1). 3. 3.1

Mit Schreiben vom 22. August 2013 beantragte Prof. Dr. med. Y.\_\_\_\_

eine Kostenübernahme für die genetische Untersuchung zur Abklärung bei Verdacht auf Marfan-Syndrom beim Beigeladenen. Die Verdachtsdiagnose bestehe auf Grund des klinischen Bildes, und zum sicheren Ein- oder Ausschluss sei eine molekulargenetische Untersuchung aus medizinischer Sicht notwendig (Urk.

9/1). 3.2

Mit Arztbericht vom 7. Oktober 2013 (Urk. 9/7/6-7) nannte Prof. Dr. med. Y.\_\_\_\_

als erstmals am 10. Oktober 2012 gestellte Diagnose einen Verdacht auf Marfan-Syndrom (Ziff. 1.1). Der Beigeladene habe sich erstmals am 20. Juli 2010 auf Zuweisung durch den Hausarzt zur Abklärung bei Verdacht auf das Vorliegen eines Ehler-Danlos-Syndroms in der Sprechstunde vorgestellt (Ziff.

2.3). Das klinische Bild sei am ehesten mit einem Marfan-Syndrom vereinbar, jedoch klinisch nicht eindeutig. Daher sei eine genetische Untersuchung zum sicheren Ein- oder Ausschluss eines Marfan-Syndroms medizinisch notwendig (Ziff. 2.4). Die Prognose sei abhängig von der Bestätigung eines Geburtsgebrechens (Ziff. 2.5).

## 3.3

Mit Stellungnahme vom 15. März 2014 führte Dr. med. B.\_\_\_\_, Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin, aus, dass aus versicherungsmedizinischer Sicht fachärztlich der Verdacht auf eine kongenitale Dystrophie des Bindegewebes geäussert werde. Die molekulargenetische Untersuchung könnte helfen, die Diagnose zu bestätigen, und die klinische Symptomatik sei nicht eindeutig.

Gemäss Art. 70 ATSG sei die Krankenversicherung bei umstrittenen Leistungsfragen grundsätzlich vorleistungspflichtig. Sofern sich die Diagnose bestätigen lässt, könnten die Kosten der Abklärung nach allfälliger Zusprache des Geburtsgebrechens 485 rückwirkend zu Lasten der Beschwerdegegnerin übernommen werden (Urk. 9/17 S. 2) . 3.4

Der Rechnung des A.\_\_\_\_ vom 30. April 2014 ist zu entnehmen, dass am 29. April 2014 eine Mutationsanalyse des FBN1-Gens durchgeführt wurde und dass die C.\_\_\_\_ vom Gesamtbetrag von Fr. 14'449.-- den Anteil von Fr.

9'030.-- übernommen hat (Urk. 6) . 4.

4.1

Aus den fachärztlichen Berichten geht übereinstimmend hervor, dass das Marfan-Syndrom im Sinne eines Geburtsgebrechens Nr. 485 als Verdachtsdiagnose gestellt wurde (vorstehend E. 3.1- 3.3) , hingegen fehlen objektive Befunde eines Facharztes, die das Vorliegen dieses Geburtsgebrechens

abschliessend bestätigen. Der eingereichten Honorarrechnung vom 30. April 2014 (Urk. 6) ist einzig zu entnehmen, dass beim Beigeladenen eine molekulare genetische Untersuchung (Mutationsanalyse des FBN1-Gens) durchgeführt wurde. Deren Resultat ist nicht aktenkundig, und trotz entsprechender Aufforderung wurde das Ergebnis der vorgenommenen genetischen Untersuchung von der Beschwerdeführerin nicht beigebracht.

Aufgrund der im Übrigen unbestrittenen Aktenlage ist damit davon auszugehen, dass das Marfan-Syndrom beim Beigeladenen lediglich als Verdachtsdiagnose gestellt wurde . 4.2

Unbestritten ermassen handelt es sich beim Marfan-Syndrom um ein Geburtsgebrechen im Sinne von Art. 13 IVG , für dessen Behandlung die Invalidenversicherung grundsätzlich leistungspflichtig ist (vorstehend E. 1.3) . Mangels einer fachärztlich gesicherten Diagnose ist jedoch die Leistungspflicht umstritten, weshalb die Krankenversicherung gestützt auf Art. 70 ATSG grundsätzlich vorleistungspflichtig ist (vorstehend E. 1.7) . 4.3

Keine abweichende Regelung ergibt sich aus

Art. 78 IVV und KSME Ziffer 1020 betreffend die

Übernahme von Abklärungskosten , denn diese Bestimmungen setzen entweder die Anordnung der Abklärung durch die Invalidenversicherung oder die erfolgte Leistungszusprache voraus (vorstehend E. 1.5-1.6) :

Entgegen der Auffassung der Beschwerdeführerin (Urk. 1 S. 5) stellt die blosser Feststellung der Beschwerdegegnerin in der angefochtenen Verfügung (Urk. 2), wonach zur Bestätigung der Verdachtsdiagnose eine genetische Abklärung notwendig sei, zweifellos keine Anordnung der fraglichen Untersuchung dar.

Auch eine Leistungszusprache ist bisher nicht erfolgt . Damit besteht auch unter diesem Aspekt keine Pflicht zur Übernahme der Abklärungskosten, denn in Abweichung von Art. 45 Abs. 1 ATSG setzt Art. 78 Abs. 3 IVV eine nachfolgende Leistungszusprache voraus . Die Invalidenversicherung hat die nicht von ihr angeordneten Abklärungsvorkehren damit nicht zu übernehmen, wenn diese zu keinen Versicherungsleistungen geführt haben (vorstehend E.

1.5) .

Unter diesen Umständen verfängt auch der Einwand der Beschwerdeführerin, die Beschwerdegegnerin habe begonnene Abklärungen in Verletzung ihrer Untersuchungspflicht

abgebrochen, nicht.

4.4

Zusammenfassend sind die Kosten für eine genetische Untersuchung des Marfan-Syndroms weder aufgrund einer Anordnung der Beschwerdegegnerin noch aufgrund einer nachfolgenden Leistungszusprache, in deren Rahmen sie unerlässlich gewesen wäre, zu bejahen. Damit bleibt es dabei, dass eine umstrittene Leistungsfrage vorliegt, welche die Vorleistungspflicht der Krankenversicherung begründet, wobei die Invalidenversicherung - bei Vorliegen einer fachärztlich gesicherten Diagnose des Geburtsgebrechens Nr.

485 - rück er stattungspflichtig würde.

Anhaltspunkte für das Vorliegen eines Anspruchs auf Kostenübernahme gestützt auf Art. 12 IVG bestehen unbestrittenermassen nicht (vorstehend E. 1.2) und sind daher nicht zu prüfen. 5.

Zusammenfassend erweist sich der angefochtene Entscheid als rechtsens, wes halb die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen ist. Der Einzelrichter erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 500.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zuge stellt. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Sanitas - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - X.\_\_\_\_ - 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, zuzu stellen.

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 Bachofner-Grieder-Martens

**E. 5**

September 2013 meldeten die Eltern X.\_\_\_\_

bei der Invalidenversicherung für medizinische Massnahmen zur Behandlung eines Geburtsgebrechens an (Urk.

9/4) . Mit Vorbescheid vom 29. Oktober 2013 stellte die IV-Stelle die Abweisung des Leistungsbegehrens in Aussicht (Urk. 9/9) und wies de n dagegen am 29. November 2013 erhobenen Einwand (Urk. 9/15) mit Verfügung vom 15.

April 2014 (Urk. 9/18 = Urk. 2) ab. 2.

Gegen die Verfügung vom 15. April 2014 erhob die Krankenversicherung von X.\_\_\_\_ , die Sanitas

Grundversicherungen AG (nachfolgend Sanitas ) , am 27.

Mai 2014 Beschwerde und beantragte die Aufhebung der angefochtenen Verfü gung und die Verpflichtung der Beschwerdegegnerin zur Kostenüber nahme für die molekulargenetische Untersuchung der Verdachtsdiagnose Dystrophie des Binde gewebes (Urk. 1 S. 6 ).

Am 16. Juni 2014 reichte die Beschwerdeführerin die Hono rarrechnung vom 30. April 2014 des A.\_\_\_\_

für die genetisch e Untersuchung des Marfan -S yndroms in der Höhe von insgesamt Fr. 14'449.-- ein (Urk. 6) und teilte mit, dass sie ihre Leistung im Sinne der Vorleistung nach Art. 70 ATSG erbringe, sich jedoch das Recht auf Rückforderung nach Art. 71 ATSG vor behalte (Urk. 5). Mit Beschwerdeantwort vom 3. Juli 2014 beantragte die Beschwerdefegnerin die Abweisung der Beschwerde (Urk.

### **E. 8**

). Mit Verfügung vom 15. September 2014 wurde X.\_\_\_\_ zum Prozess beigeladen und die Beschwerdeführer in

zur Stellungnahme dazu aufgefordert, ob beim Beigeladenen das Geburtsgebrecen Nr. 485 gemäss Kreisschreiben über die medizinischen Eingliederungsmassnahmen der Invaliden versicherung (KSME) diagnostiziert worden sei (Urk.

### **E. 10**

). Innert Frist liessen sich der Beigeladene und die Beschwerdeführerin nicht vernehmen, wovon die Parteien am

### **E. 14**

November 2014 in Kenntnis gesetzt wurden (Urk. 12 ). Der Einzelrichter zieht in Erwägung: 1.

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