

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.00915 vom 31. Oktober 2016**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2016-10-31, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2015.00915](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2015.00915)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.00915 du 31 octobre 2016

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.00915 del 31 ottobre 2016

## **Erwägungen**

### **E. 1.1**

Versicherte haben bis zum vollendeten 20. Altersjahr Anspruch auf die zur Behandlung von Geburtsgebrechen ( Art.

### **E. 1.2**

Die medizinischen Massnahmen umfassen gemäss Art. 14 Abs. 1 IVG die Behandlung, die vom Arzt oder von der Ärztin selbst oder auf ihre Anordnung durch medizinische Hilfspersonen in Anstalts- oder Hauspflege vorgenommen wird ( lit . a), mit Ausnahme von logopädischen und psychomotorischen Therapien sowie die Abgabe der vom Arzt oder der Ärztin verordneten Arzneien ( lit . b). Beim Entscheid über die Gewährung von ärztlicher Behandlung in Anstalts- oder Hauspflege ist auf den Vorschlag des behandelnden Arztes oder der behandelnden Ärztin und auf die persönlichen Verhältnisse der versicherten Person in angemessener Weise Rücksicht zu nehmen ( Art. 14 Abs.

### **E. 1.3**

Nach Art. 64 ATSG wird die Heilbehandlung, soweit Leistungen gesetzlich vorgeschrieben sind, ausschliesslich von einer einzigen Sozialversicherung übernommen ( Abs. 1). Die Heilbehandlung geht, wenn die Voraussetzungen des jeweiligen Einzelgesetzes erfüllt sind, im gesetzlichen Umfang und in nach stehender Reihenfolge zu Lasten der Militärversicherung ( lit . a), der Unfallversicherung ( lit . b), der Invalidenversicherung ( lit . c) und der Krankenversicherung ( lit . d). Der leistungspflichtige Sozialversicherungsträger übernimmt auch dann allein und uneingeschränkt die Heilungskosten bei stationärer Behandlung, wenn der Gesundheitsschaden nur zum Teil auf einen von ihm zu deckenden Versicherungsfall zurückzuführen ist (Abs. 3).

Nach dem in Art. 64 Abs. 1 ATSG verankerten Grundsatz der absoluten Priorität hat ausschliesslich eine einzige Sozialversicherung die Heilbehandlung – soweit die Leistungen gesetzlich vorgeschrieben sind – zu übernehmen. Ein in der Prioritätenordnung von Art. 64 Abs. 2 ATSG subsidiärer Sozialversicherungsträger wird nicht leistungspflichtig (BGE 134 V 1 E. 6.1).

### **E. 1.4**

Art. 70 ATSG sieht vor, dass wenn ein Versicherungsfall einen Anspruch auf Sozialversicherungsleistungen begründet, aber Zweifel darüber bestehen, welche Sozialversicherung die Leistungen zu erbringen hat, die berechtigte Person Vorleistung verlangen kann ( Abs. 1). Die Krankenversicherung ist für Sachleistungen und Taggelder vorleistungspflichtig, deren Übernahme durch die Krankenversicherung, die Unfallversicherung, die Militärversicherung oder die Invalidenversicherung umstritten ist (

Abs. 2). Die berechnigte Person hat sich bei den in Frage kommenden Sozialversicherungen anzumelden ( Abs. 3). 2.

## **E. 2**

Die SWICA erhob am 9. September 2015 Beschwerde gegen die Verfügung vom 14. Juli 2015 (Urk. 2) und beantragte, diese sei aufzuheben und die IV-Stelle sei zu verpflichten, die gesetzlichen Leistungen zu erbringen. Zudem sei die IV-Stelle zu verpflichten, ihr die erbrachten Geldleistungen in der Höhe von Fr. 38'808.-- zurückzuerstatten (Urk. 1 S. 2 Ziff. 1-3). Die IV-Stelle beantragte mit Beschwerdeantwort vom 19. Oktober 2015 die Abweisung der Beschwerde (Urk. 5). Dies wurde der Beschwerdeführerin am 26. Oktober 2015 zur Kenntnis gebracht (Urk. 7). Mit Verfügung vom 7. Januar 2016 wurde der Versicherte, der in der Zwischenzeit volljährig ist, zum Prozess beigegeben (Urk. 8). Der Versicherte reichte innert Frist keine Stellungnahme ein, was den Parteien mit Verfügung vom 22. Februar 2016 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 10). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

### **E. 2.1**

Zur Begründung ihres Entscheids bringt die Beschwerdegegnerin vor (Urk. 2), dass die Rechnung der Y.\_\_\_\_ vom 4. Juli 2013 bei der Beschwerdeführerin am 10. Juli 2013 eingegangen sei. Zwei weitere Eingangsstempel würden vom 28. und 29. August 2013 datieren. Die Rechnung sei am 12. September 2013 bezahlt worden. Fast ein Jahr später habe die Beschwerdeführerin am 18. Juli 2014

### **E. 2.2**

Die Beschwerdeführerin stellte sich hingegen auf den Standpunkt (Urk. 1), dass aus den Akten der Beschwerdegegnerin klar hervor gehe, dass die Kostengutsprache für eine ambulante Psychotherapie vom 20. April 2010 zur Kenntnisnahme lediglich an den Vorversicherer, die Helsana Versicherungen AG (nach folgend Helsana), geschickt worden sei. Es sei anzunehmen, dass der Versicherte der Beschwerdegegnerin den Wechsel des Grundversicherers nicht rechtzeitig gemeldet habe und der Vorversicherer es für nicht nötig erachtet habe, die Beschwerdegegnerin über den Krankenkassenwechsel des Versicherten zur Beschwerdeführerin zu informieren. Sie habe entgegen den Ausführungen der Beschwerdegegnerin erst durch ihre Mitteilung vom 11.

Juli 2014, wonach die Kosten für die Behandlung des Geburtsgebrechens Ziff.

404

GgV -Anhang

weiterhin übernommen würden, erfahren, dass die Beschwerdegegnerin diesbezüglich die gesetzlichen Leistungen erbringe. Am 18.

Juli 2014 habe sie schliesslich die Rückforderung der erbrachten Geldleistungen betreffend den Aufenthalt in der Y.\_\_\_\_ vom 16. Januar bis 15. Mai 2013 bei der Beschwerdegegnerin geltend gemacht (S. 4 f. Ziff. IV.2).

Die Beschwerdegegnerin sei zur Erbringung der gesetzlichen IV-Leistungen betreffend das Geburtsgebrecben Ziff. 404

GgV -Anhang des Versicherten verpflichtet. Bis zum stationären Aufenthalt in der Y.\_\_\_\_ habe sie die gesetzlichen Leistungen erbracht. Da auch der stationäre Aufenthalt vom 16.

Januar bis 31. Dezember

2013 in der Y. \_\_\_\_

der Behandlung des genannten Geburts gebrechens gedient habe, habe die Beschwerdegegnerin auch für die dadurch entstandenen Kosten von Gesetzes wegen aufzukommen (S. 5 f. Ziff. IV.4). Retrospektiv sei daher von einer zweifellosen Unrichtigkeit der Kostenübernahme auszugehen. Die Rückforderung der Geldleistungen in der Höhe von Fr. 38'808.-- gegenüber der Beschwerdegegnerin sei demnach zu Recht erfolgt (S. 6 Ziff. IV. Ziff. 5).

Zudem hätten keine Zweifel über eine Leistungspflicht bestanden, weil die Beschwerdegegnerin für die Kosten des stationären Aufenthalts zweifellos einzustehen habe. Dies habe sie mit der ansatzlosen Kostenübernahme des zweiten Teils des stationären Aufenthalts in der Y. \_\_\_\_ auch bestätigt. Wenn die Beschwerdegegnerin gleichzeitig die Kostenübernahme betreffend den ersten Teil des stationären Aufenthalts in der Y. \_\_\_\_ ablehne, handle sie widersprüchlich und verstosse gegen das Gesetz (S. 6 Ziff. IV. 6).

### **E. 2.3**

Streitig und zu prüfen ist die Frage, ob die Beschwerdegegnerin die Übernahme der Kosten für die stationäre Behandlung des Versicherten vom 16. Januar bis 15. Mai 2013 in der Y. \_\_\_\_ im Betrag von Fr. 38'808.-- zu Recht verweigert hat. 3.

### **E. 3**

GgV gehört die tägliche Krankenpflege, weil ihr kein therapeutischer Charakter im eigentlichen Sinn zukommt. Dies bedeutet, dass die Invalidenversicherung nur so weit für die Spitalpflege eines Kindes aufzukommen hat, als die eigentliche Behandlung den Aufenthalt in einem Krankenhaus erfordert. Immerhin genügt zur Gewährung der vollen Spitalleistungen, dass eine einzige Vorkehr, die vom Arzt oder auf seine Anordnung durch medizinische Hilfspersonen vorgenommen wird, die Behandlung in einer Heilanstalt notwendig macht (BGE 102 V 45 E. 1 mit Hinweisen; Pra 1991 Nr. 214 S. 903, I 318/90 E. 5b; ZAK 1982 S.

323, I 306/81 E.

2). Nicht zu den medizinischen Massnahmen im genannten Sinn zählt eine Vorkehr – auch lebenserhaltender Art –, wenn eine medizinisch nicht geschulte Person in der Lage ist (oder dazu angeleitet werden kann), sie vorzunehmen (BGE 136 V 209 E. 7 mit Hinweisen).

### **E. 3.1**

Die Beschwerdegegnerin kommt seit 3. September 2002 für die medizinischen Massnahmen zur Behandlung des Geburtsgebrechens Ziff. 404 GgV -Anhang und seit

### **E. 3.2**

Der Versicherte war vom 1. Januar 2010 bis zum 31. Dezember 2013 bei der Beschwerdeführerin obligatorisch krankenversichert. Zuvor war der Versicherte bei der Helsana krankenversichert gewesen (vgl. Urk. 1 S. 3 Ziff. III.1). Aus den Akten ist ersichtlich, dass die Beschwerdegegnerin weder durch den Versicherten noch durch den Vorversicherer

über den Krankenkassenwechsel informiert worden ist. Die Beschwerdegegnerin hatte erst mit der IV-Anmeldung für Massnahmen bezüglich der beruflichen Eingliederung vom

23. November 2011 (Urk. 6/56) Kenntnis über den Wechsel des Krankenversicherers von der Helsana zur Beschwerdeführerin (Ziff. 4.4).

Die Beschwerdegegnerin stellte jeweils dem vermeintlich aktuellen

Krankenversicherer eine Kopie ihrer erlassenen Verfügungen und ausgestellten Mitteilungen im Zusammenhang mit der Kostengutsprache für medizinische Massnahmen und ambulante Psychotherapien zu. Da die Beschwerdegegnerin erst mit der IV-Anmeldung vom 23. November 2011 für Massnahmen bezüglich der beruflichen Eingliederung über den Krankenversicherungswechsel informiert wurde, stellte sie dem Vorversicherer, der Helsana, diese Kopien bis zu diesem Zeitpunkt zu (vgl. Urk. 6/5, Urk. 6/10, Urk. 6/15, Urk. 6/28, Urk. 6/34-35, Urk. 6/50). Aus den Akten geht klar hervor, dass die Kostengutsprache für ambulante Psychotherapie vom 20. April 2010 entgegen der Behauptung der Beschwerdegegnerin (vorstehend E. 2.1) nicht der Beschwerdeführerin, sondern der Helsana zur Kenntnisnahme zugestellt wurde (Urk. 6/50). Erst die nachfolgenden und auch gleichzeitig letzten Mitteilungen vom 1

#### **E. 4**

einen Antrag um Kostenübernahme gestellt. Die Beschwerdeführerin habe Kenntnis darüber gehabt, dass

die IV-Stelle gemäss Mitteilung vom 20. April 2010 eine ambulante Therapie übernommen habe, gleichzeitig jedoch ausdrücklich darauf hingewiesen habe, dass für eine stationäre Therapie ein neues Gesuch zur Prüfung einzureichen sei (S. 2 oben).

Der Versicherte sei vom 1. Januar bis 31. Dezember 2013 bei der Beschwerdeführerin versichert gewesen. Gestützt auf die Akten sei die IV-Stelle

nicht über den Krankenkassenwechsel informiert worden. Erst mit der Anmeldung vom 23. November

2011 habe die IV-Stelle

Kenntnis über den Wechsel zur Beschwerdeführerin gehabt. Die Beschwerdeführerin habe keine Beweise einreichen können, die belegen würden, dass sie im Zeitpunkt der Leistungserbringung (September 2013) Zweifel an der Leistungspflicht gehabt habe.

Es liege somit kein Anwendungsfall von Art. 70 ATSG vor, denn ein solcher setzt gerade voraus, dass die Zweifel bereits bestanden hätten, als die Leistung erbracht worden sei. Bei der von der Beschwerdeführerin erbrachten Leistung handle es sich nicht um eine Vorleistung. Eine Rückerstattung könne demnach nicht auf Art. 71 ATSG gestützt werden. Folglich könnten die Kosten von Fr.

38'808.-- für die stationäre Therapie vom 16. Januar bis 15. Mai

2013 nicht durch die Invalidenversicherung übernommen werden (S. 2 Mitte).

#### **E. 8**

Juni 2006 für die Kosten ambulanter Psychotherapien im Zusammenhang mit dem Geburtsgebrechen Ziff. 404

GgV-Anhang des Versicherten auf. Die Kostenübernahme begrenzte sie mit der Vollendung des 20. Altersjahres des Versicherten, mithin bis zum 31.

August 2016 (vgl. Urk. 6/5, Urk. 6/28, Urk. 6/34-35 , Urk. 6/50, Urk. 6/ 72-73). Daraus folgt, dass die Beschwerdegegnerin grundsätzlich für die Kosten der medizinischen Massnahmen im Zusammenhang mit dem Geburtsgebrechen

Ziff.

404 GgV -Anhang des Versicherten im massgeblichen Zeitraum vom 16. Januar bis 15. Mai 2013 leistungspflichtig war (vgl. vorstehend E. 1.1) .

Aus dem Antrag der

Y.\_\_\_\_

zur Kostenübernahme für die stationäre Behandlung des Versicherten an die Beschwerdeführerin vom 13. März 2014 (Urk. 6/77/2-6) geht hervor, dass die stationäre Behandlung im Zusammenhang mit dem Geburtsgebrechen Ziff.

404 GgV -Anhang stand (S. 4 unten). Dies anerkannte auch die Beschwerdegegnerin, indem sie die Kosten im Betrag von Fr. 68'237.40 für den stationären Aufenthalt in der Y.\_\_\_\_ vom 16. Mai bis 31. Dezember 2013 übernahm

(Urk. 6/92). Es steht somit fest , dass die stationäre Behandlung des Versicherten in der Y.\_\_\_\_ vom 16. Januar bis 15. Mai 2013 im Zusammenhang mit dem Geburtsgebrechen

Ziff.

404

GgV -Anhang stand

(vgl. Urk. 6/93 S. 3 unten) .

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