

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.00984 vom 30. November 2015**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2015-11-30, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2015.00984](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2015.00984)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.00984 du 30 novembre 2015

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.00984 del 30 novembre 2015

## **Erwägungen**

### **E. 1.1**

Vom 26. März 2012 bis zum 3. Mai 2013 befand sich der 2003 geborene X.\_\_\_\_ beim A.\_\_\_\_ in C.\_\_\_\_ in tagesklinischer Behandlung. Anschliessend wurde er in die Kleingruppenschule D.\_\_\_\_ eingeschult unter Weiterführung der ambulanten Psychotherapie in der Zweigstelle E.\_\_\_\_ des A.\_\_\_\_ (Urk. 7/23 S. 3).

### **E. 1.4**

Dagegen erhob der A.\_\_\_\_ namens der Eltern von X.\_\_\_\_ am 14. November 2014 Beschwerde (Urk. 7/32/3-8), worauf das Verfahren IV.2014.01213 angelegt wurde. Im Rahmen jenes Beschwerdeverfahrens erliess die IV-Stelle am 16. März 2015 einen Vorbescheid, worin sie die wiedererwägungsweise Aufhebung der Mitteilung vom 16. Juli 2014 (betreffend Kostengutsprache für die teilstationäre Behandlung in C.\_\_\_\_ während der gesamten Dauer der Therapie; Urk.

### **E. 2**

Am 7. März 2013 meldeten ihn seine Mutter bei der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zum Bezug von medizinischen Massnahmen an (Urk.

### **E. 2.1**

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 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).

### **E. 2.2**

Wer eine Versicherungsleistung beansprucht, hat sich beim zuständigen Versicherungsträger in der für die jeweilige Sozialversicherung gültigen Form anzumelden (Art. 29 Abs. 1 ATSG). Mit der rechtsgenügenden

Anmeldung

(Art. 65 der Verordnung über die Invalidenversicherung; IVV) bei der IV-Stelle wahr die versicherte Person grundsätzlich alle ihre zu diesem Zeitpunkt nach Treu und Glauben mit dem angemeldeten Risikoeintritt in Zusammenhang stehenden Leistungsansprüche gegenüber der Invalidenversicherung, selbst wenn sie diese im Anmeldeformular nicht im Einzelnen angibt. Macht sie

später

gel tend, sie habe abgesehen von den verfügbarmässig zugesprochenen oder verweigerten Ansprüchen noch Anrecht auf eine andere Versicherungsleistung und sie habe sich hierfür rechtsgültig angemeldet, so ist nach den gesamten Umständen des Einzelfalls im Lichte des Grundsatzes von Treu und Glauben zu prüfen, ob jene frühere ungenaue Anmeldung auch den zweiten, allenfalls später substantiierten Anspruch mit umfasst; dabei ist ein solcher Zusammenhang relativ grosszügig anzunehmen (Meyer/ Reichmuth, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung [ IVG ], 3. Aufl., Zürich 2014, Art. 46 N 3 4 mit Hinweisen unter anderem auf BGE 121 V 195 E. 2, 111 V 261 E. 3b sowie SVR 2013 UV Nr. 16).

### **E. 2.3**

Macht eine versicherte Person ihren Anspruch auf medizinische Massnahmen mehr als zwölf Monate nach dessen Entstehung geltend, so wird die Leistung nur für die zwölf Monate nachgezahlt, die der Geltendmachung vorangehen (Art. 48 Abs. 1 IVG). Dies gilt auch, wenn ein Versicherungsträger eine hinreichend substantiierte Anmeldung übersieht. Diesfalls sind mehr als zwölf Monate vor der Neuanschuldung zurückliegende Leistungen untergegangen ( absolute Verwirkung s frist ; Urteil des Bundesgerichts 8C\_274/2011 vom 22. Juni 2011 E. 2.2 mit zahlreichen Hinweisen). 3.

Die Beschwerdegegnerin anerkennt zwar ihre grundsätzliche Leistungspflicht mit Bezug auf die teilstationäre psychotherapeutische Behandlung von X.\_\_\_\_ beim A.\_\_\_\_

für die Zeit vom 26. März 2012 bis 3. Mai 2013, stellt sich aber auf den Standpunkt, dass das entsprechende Gesuch auf Kostenübernahme erst im Februar 2014 eingereicht worden sei, weshalb in Anwendung von Art. 48 IVG die Therapiekosten lediglich ein Jahr rückwirkend, mithin ab Februar 2013 übernommen werden könnten (Urk. 2 S. 2).

Demgegenüber stellen sich die Beschwerdeführenden auf den Standpunkt, massgebend für die Wahrung des Anspruchs von X.\_\_\_\_

auf medizinische Massnahmen sei nicht das Kostenübernahmegesuch der Beschwerdeführerin 1 vom 4. Februar 2014 (Urk. 7/14), sondern vielmehr die ursprüngliche, durch die Mutter des Versicherten eingereichte Anmeldung zum Leistungsbezug vom 7. März 2013 (Urk. 7/2). Die Beschwerdegegnerin habe somit die Therapiekosten ab 1. April 2012 zu übernehmen (Urk. 1 S. 6, Urk. 10/1 S. 4 f.). 4. 4.1

Im Anmeldeformular vom 7. März 2013 (Urk. 7/2) ersuchte die Mutter des Versicherten um medizinische Massnahmen („ Psychotherapie Art. 12 IVG“; S. 1 oben) zur Behandlung des seit 8. November 2011 bestehenden psychischen Leidens ihres Sohnes durch den

A.\_\_\_\_ . 4.2

Im dem von der Beschwerdegegnerin daraufhin beigezogenen Bericht des A.\_\_\_\_ , Ambulanz Tagesklinik für Kinder, vom 2. Mai 2013 (Urk. 7/5) wurden folgende Diagnosen gestellt (S. 5-6) : - Einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung (ICD-10 F90.0) - Umschriebene Entwicklungsstörung der motorischen Funktionen (ICD-10 F82) - Rezeptive Sprachstörung (ICD-10 F80.2) - Astigmatismus (ICD-10 H 52.2) - Elterliche Überprotektion (ICD-10 Z62.1)

Weiter führten die berichtende Oberärztin Dr. med. B.\_\_\_\_ und die Psychologin lic. phil. F.\_\_\_\_ aus, es liege ein

Geburtsgebrechen gemäss Ziff. 404 GgV Anhang vor . Vom 26. März 2012 bis 3. Mai 2013 habe eine multimodale kinder psychiatrische Therapie mit medizinisch-therapeutischer Abklärung und Behandlung im teilstationären Setting statt gefunden (S. 13) . 4.3

Gestützt auf obigen Arztbericht erteilte die Beschwerdegegnerin Kostengutsprache für medizinische Massnahmen zur Behandlung des Geburtsgebrechens Ziff. 404 vom 1. April 2012 bis 30. April 2017 sowie insbesondere für ambulante Psychotherapie vom 1. April 2012 bis 30. April 2014 (Urk. 7/10-11). Als Durchführungsstelle war stets der

A.\_\_\_\_ in C.\_\_\_\_ aufgeführt. 5. 5.1

Den wiedergegebenen Akten lässt sich entnehmen, dass X.\_\_\_\_ im März 2013 zum Bezug von medizinischen Massnahmen angemeldet wurde. In der Folge zog die Beschwerdegegnerin Auskünfte der behandelnden Ärzte im A.\_\_\_\_ bei. Auf dem zugestellten Formular wies sie darauf hin, dass sie den Anspruch des Versicherten auf medizinische Massnahmen beurteile (Urk. 7/5 S. 1). Daraus erhellt, dass die Beschwerdegegnerin selbst davon ausging, dass sich die Anmeldung zum Leistungsbezug vom 7. März 2013 auf im A.\_\_\_\_ durchgeführte medizinische

Massnahmen bezog. 5.2

Nach Eingang des Arztberichtes vom 2. Mai 2013 (E. 4.2 hiervor)

war die Beschwerdegegnerin über den Gesundheitszustand des Beschwerdeführers und die in der Tagesklinik des

A.\_\_\_\_

seit 26. März 2012 laufende teilstationäre Behandlung orientiert. Mit der Mitteilung vom 7. Januar 2014 anerkannte sie denn auch im Grundsatz ihre Leistungspflicht für die Behandlung des Geburts gebrechens

bis ins Jahr 2017 ( Urk. 7/11) . Die daraufhin erteilte Kostengut sprache beschränkte sich jedoch auf eine ambulante Psyc hotherapie beim A.\_\_\_\_

( Urk. 7/10) .

Spätestens mit der Eingabe der Beschwerdeführerin 1 vom 4. Februar 2014 (Urk. 7/14/1-2) sowie der beigefügten Rechnungen ( Urk. 7/14/3-13) musste der Beschwerdegegnerin klar gewesen sein, dass der Versicherte vom 26. März 2012 bis 3. Mai 2013 im A.\_\_\_\_

eine teilstationäre und keine ambulante Behandlung erhalten hatte. Aufgrund dieser Intervention sowie einer weiteren am 12. Juni 2014 (Urk. 7/24;

vgl. dazu Urk. 7/21) erteilte sie am 28. Mai ( Urk. 7/21) beziehungsweise am 16. Juli 2014 Kostengutsprache für die teilstationäre Behand lung vom 1. April 2012 bis zum 3. Mai 2013 (Urk. 7/26). Dabei ging sie von einer rechtzeitigen Anmeldung zum Leistungsbezug durch die Mutter des Versi cherten am 7. März 2013 (Urk. 7/2)

somit innerhalb eines Jahres ab Aufnahme der Behandlung im A.\_\_\_\_ am 26. März 2012 aus. 5.3

Ohne eine nachvollziehbare Begründung bet rachtet die Beschwerdegegnerin seit der Vernehmlassung vom 16. März 2015 im Verfahren IV.2014.01213 (Urk. 7/36) nicht mehr die se erste Anmeldung zum Leistungsbezug , sondern die Eingabe

der Beschwerdeführerin 1 vom 4. Februar 2014 (Urk. 7/14) auf die Mitteilung vom 8. Januar 2014 (Urk. 7/10) als massgebendes Leistungsgesuch. Dieser Standpunkt kann nicht geschützt werden.

Auch wenn das anfängliche Leistungsgesuch mit dem Hinweis „Psychotherapie Art.

## **E. 7**

/26) und infolge der späteren Anmeldung eine Kostenübernahme

erst ab 28. Februar 2013 in Aussicht stellte

(Urk. 7/37). Nach Eingang der Stellungnahme der SWICA Krankenversicherung AG vom 8. April 2015 verfügte die IV-Stelle am 28. August 2015 im angekündigten Sinne (Urk. 7/41, Urk. 2). 2. 2. 1

Gegen die Verfügung vom 28. August 2015 erhob die SWICA Krankenversicherung AG am 17. September 2015 Beschwerde mit dem Rechtsbegehren um ersatzlose Aufhebung der angefochtenen Verfügung (Urk. 1 S. 2). Daraufhin wurde das Verfahren IV.2015.00984 angelegt.

## **E. 12**

IVG“ etwas ungenau formuliert war, hatte die Beschwerdegegnerin dennoch jene Abklärungen durchzuführen, die sich auf Leistungen erstrecken, welche vernünftigerweise mit dem vorgetragenen Sachverhalt und dem beim A. \_\_\_ eingeholten Arztbericht in Zusammenhang standen. Da im Anmeldezeitpunkt am 7. März 2013 die tagesklinische Behandlung des Geburtsgebrechens bereits seit 26. März 2012 im Gang war, erscheint es offensichtlich, dass im Lichte von Treu und Glauben das Leistungsgesuch der Mutter auch diese Behandlungsmassnahme mitumfasste. Zudem anerkannte die Beschwerdegegnerin mittels Mitteilung vom 7. Januar 2014 (Urk. 7/11) das Leiden des Versicherten als Geburtsgebrecchen, woraufhin der A. \_\_\_ - wie die Beschwerdegegnerin annahm im Namen der Mutter des Versicherten (vgl. dazu Urk. 7/15) - bereits am 31. Januar 2014 nicht nur die Übernahme der Reisekosten, sondern auch der Kosten für die teilstationäre Behandlung verlangte (Urk. 7/13). In der Folge erliess die Beschwerdegegnerin die Mitteilung vom 28. Mai 2014 (Urk. 7/21) sowie die den beschwerdeführerischen Begehren auf Übernahme der Kosten für die gesamte stationäre Behandlung voll entsprechende Mitteilung vom 16. Juli 2014 (Urk. 7/26). Erst mit der den Vorbescheid vom 16. März 2015 bestätigenden Verfügung vom 28. August 2015 vertrat die Beschwerdegegnerin die Auffassung, ein Teil der Behandlungskosten sei verwirkt. Abweichend vom Sachverhalt, der BGE 121 V 195 E. 5 zu Grunde lag (vgl. E. 2.2-3 hievore) und die strittige Leistungsverwirkung stützen könnte, kann hier aufgrund des geschilderten Verfahrensablaufs jedoch keine Rede davon sein, dass die Beschwerdegegnerin über einen Anspruch Verfügungsmässig entschieden und dabei einen von der Anmeldung erfassten Leistungsanspruch übersehen hätte, welcher Fehler erst in einem späteren (Neuanmelde- respektive) Gesuchsverfahren entdeckt worden wäre. Vielmehr hat der Versicherte, beziehungsweise der A. \_\_\_ für ihn, umgehend gegen die am 7./8. Januar 2014 formlos eröffneten Entscheide der Beschwerdegegnerin opponiert und um Übernahme der fraglichen Leistungen ersucht, welchem Begehren die Beschwerdegegnerin am 16. Juli 2014 formlos entsprochen hat (Urk. 7/26). Nachdem sie unter Berufung auf die (teilweise) Leistungswirkung mit Vorbescheid vom 16. März 2015 auf diesen Entscheid zurückgekommen war, entstand die vorliegende Streitigkeit. Diese basiert jedoch weder auf einer Neuanmeldung noch - anders als die Beschwerdegegnerin annahm -

auf dem seitens des Krankenversicherers (der gar nicht zur Anmeldung befugt ist; vgl. Art. 66 Abs. 1 der Verordnung über die Invalidenversicherung) am 4. Februar 2014 erhobenen Rückforderungsanspruch, sondern allein auf der rechtzeitigen Anmeldung vom 7. März 2013, welche einer Leistungsverwirkung entgegen steht. Die Beschwerdegegnerin hat daher für die Behandlungskosten im Zusammenhang mit dem Geburtsgebrechen ein zustehen, welche in den zwölf der Anmeldung vorangegangenen Monaten entstanden sind. 5. 4

Die angefochtene Verfügung vom 28. August 2015 ist folglich in teilweiser Gutheissung der Beschwerden dahingehend abzuändern, dass X.\_\_\_\_ Anspruch hat auf die teilstationäre Behandlung im A.\_\_\_\_ im Zusammenhang mit dem Geburtsgebrechen Ziff. 404 für die Zeit vom 26. März 2012 bis 3. Mai 2013. 6.

In Bezug auf die Beschwerde des Krankenversicherers bleibt anzumerken, dass dieser erst mit den Mitteilungen der Beschwerdegegnerin vom 7./ 8. Januar 2014 in Kenntnis gesetzt wurde, dass diese die Kosten für die Behandlung des Geburtsgebrechens Ziff. 404 übernimmt ( Urk. 7/10-11). Daraufhin ersuchte er am 4. Februar 2014 um Rückerstattung der von ihm nach Art. 70 ATSG ( vorgeleisteten ) Kosten ( Urk. 7/14).

Wie es sich damit verhält, braucht vorliegend nicht geprüft zu werden. Da sich die Beschwerdegegnerin nach Lage der Akten vor ihrem Entscheid betreffend Übernahme der Behandlungskosten entgegen Art. 88 ter IVV nicht mit dem Krankenversicherer ausgetauscht hat, hat dieser seine Rechte im vorliegenden Verfahren zu wahren und ist (auch) deshalb von der Streitigkeit berührt (Art. 88 quater IVV) und beschwerdelegitimiert. Hingegen bildet eine allfällige Rückforderung des Krankenversicherers nicht Gegenstand der angefochtenen Verfügung vom 28. August 2015 (Urteil des Bundesgerichts 8C\_236/2008 vom 14. Oktober 2008 E. 8.1).

Dessen Beschwerde befasst sich denn auch nicht mit einer allfälligen Rückforderung. Sein Antrag zielt lediglich darauf ab, die Beschwerdegegnerin zur Übernahme der fraglichen Behandlungskosten für die Zeit vom 26. März 2012 bis 3. Mai 2013 zu verpflichten ( Urk. 1), welchem Begehren nach dem Gesagten (E. 5.4) stattzugeben ist.

7 .

Die Kosten des Verfahrens sind auf Fr. 1'000.-- festzulegen und ausgangsmässig von der Beschwerdegegnerin zu tragen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG). Das Gericht beschliesst: Der Prozess Nr. IV.2015.01017 wird mit dem vorliegenden Prozess Nr. IV.2015.00984 vereinigt und als dadurch erledigt abgeschrieben, und erkennt sodann: 1.

In Gutheissung der Beschwerden wird die angefochtene Verfügung der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, vom 28. August 2015 dahingehend abgeändert, dass X.\_\_\_\_ Anspruch hat auf die teilstationäre Behandlung im A.\_\_\_\_

im Zusammenhang mit dem Geburtsgebrechen Ziff.

404 für die Zeit vom 26. März 2012 bis 3. Mai 2013. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 1'000.-- werden der Beschwerdegegnerin auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - SWICA Krankenversicherung AG - A.\_\_\_\_ - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - 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 1. Juli bis und mit 1. August sowie vom 1. 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 Die Gerichtsschreiberin Gräub Meier-Wiesner

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