

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00164 vom 29. September 2017**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2017-09-29, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselow.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2016.00164](https://mcp.opencaselow.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2016.00164)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00164 du 29 septembre 2017

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00164 del 29 settembre 2017

## **Erwägungen**

### **E. 1.1**

X.\_\_\_\_, geboren 1995, wurde unter Hinweis auf das Geburtsge brechen Ziffer 384 des Anhangs der Verordnung über Geburtsgebrechen (GgV; Medulloblastome, Ependymome, Gliome, Plexuspapillome und Chordome) von ihren Eltern erstmals am 23. Juli 2001 bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug angemeldet (Urk. 6/1). Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, sprach der Versicherten nach Abklärung der medizinischen Situation (Urk. 6/4) mit Verfügung vom 19. September 2001 medizinische Massnahmen für den Zeitraum vom 17. Juli 2001 bis 31. Juli 2011 zu (Urk. 6/5). Nachdem sie in der Folge diverse Kostengutsprachen - unter anderem für Hörgeräte und Signalübertragungsanlagen (Urk. 6/20 f., 6/76 f. und 6/82) sowie für ambulante Psychotherapien (Urk. 6/33, 6/41 und 6/62) - erteilt hatte, verlängerte die IV-Stelle die Kostengutsprache für die Behandlung des Geburts gebrechens Ziffer 384 GgV-Anhang mit Mitteilung vom 8. Juni 2011 bis zum 31. Juli 2015 (Urk. 6/101). Im weiteren Verlauf übernahm sie insbesondere die Kosten für stationäre Behandlungen (Urk. 6/103 und 6/159) sowie für eine erstmalige berufliche Ausbildung (Urk. 6/106). Überdies sprach die IV-Stelle der Versicherten mit Verfügung vom 6. Februar 2015 eine ganze Rente der Invalidenversicherung zu (Urk. 6/203).

### **E. 1.2**

Die SWICA Krankenversicherung AG (nachfolgend SWICA) teilte der IV-Stelle mit Schreiben vom 30. Juni 2014 mit, dass die Versicherte vom 27. März bis 7. August 2012 physiotherapeutisch und zudem vom 3. bis 24. April 2012 ergotherapeutisch behandelt worden sei. Diese Behandlungen seien im Zusammenhang mit dem Geburtsgebrechen Ziffer 384 GgV-Anhang erfolgt und es werde hierfür um Kostengutsprache ersucht (Urk. 6/169/2). Mit Vorbescheid vom 20. Januar 2015 stellte die IV-Stelle die Abweisung des Leistungsbegehrens in Aussicht (Urk. 6/188), wogegen die SWICA am 26. Januar 2015 Einwand erhob (Urk. 6/195). Am 19. Januar 2016 verfügte die IV-Stelle indes im ange kündigten Sinne (Urk. 6/220 = Urk. 2).

### **E. 2**

Hiergegen erhob die SWICA am 1. Februar 2016 Beschwerde (Urk. 1) mit folgen dem Rechtsbegehren:

„Es sei die IV-Stelle zu verpflichten, die von SWICA erbrachten Leistungen für Physiotherapie vom 27. März 2012 bis 7. August 2012 und für Ergotherapie vom 3. April 2012 bis 24. April 2012 im Zusammenhang mit dem Geburtsge brechen Nr. 384 zurückzuerstatten, unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zulasten der Beschwerdegegnerin.“

Mit Beschwerdeantwort vom 8. März 2016 ersuchte die IV-Stelle um Abweisung der Beschwerde (Urk. 5). Mit Verfügung vom 14. März 2016 wurde X.\_\_\_\_ zum Prozess beigeladen (Urk. 7 f.). Sie liess sich jedoch innert angesetzter Frist nicht vernehmen, worüber die Parteien mit Verfügung vom 9. Mai 2016 orientiert wurden. Ausserdem wurde der Beschwerdeführerin eine Kopie der Beschwerdeantwort vom 8. März 2016 zugestellt (Urk. 10). Der Einzelrichter zieht in Erwägung: 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 [GSVGer]).

### **E. 2.1**

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

### **E. 2.2**

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. 2.3**

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 rechtsgültigen Anmeldung (Art. 65 der Verordnung über die Invalidenversicherung [IVV]) bei der IV-Stelle wahrt 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 geltend, sie habe abgesehen von dem 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 mitumfasst; 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. 2.4**

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 Verwirkungsfrist; Urteil des Bundesgerichts 8C\_274/2011 vom

22. Juni 2011 E. 2.2 mit Hinweisen).

### **E. 2.5**

Nach Art. 64 ATSG wird die Heilbehandlung, soweit Leistungen gesetzlich vorge-schrieben 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).

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. 2.6**

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 Vorleistungen 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 berechtigte Person hat sich bei den in Frage kommenden Sozialversicherungen anzumelden (Abs. 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 vertrat in der angefochtenen Verfügung vom 19. Januar 2016 (Urk. 2) im Wesentlichen die Auffassung, das Gesuch der Beschwerdeführerin um Kostengutsprache für Physiotherapie vom 27. März bis 7. August 2012 sowie für Ergotherapie vom 3. bis 24. April 2012 datiere vom 9. Juli 2014 und sei damit mit Blick auf Art. 48 Abs. 1 IVG verspätet eingereicht worden. Die Kosten für die genannten Behandlungen könnten deshalb nicht übernommen werden (S. 1).

Unter Bezugnahme auf den Einwand der Beschwerdeführerin vom 26. Januar 2015 führte die IV-Stelle ergänzend an, dass die Beschwerdeführerin seit September 2001 Kenntnis darüber gehabt habe, dass die IV-Stelle für medizinische Massnahmen im Zusammenhang

mit dem Geburtsgebrechen Ziffer 384 GgV-Anhang zuständig sei. Die Beschwerdeführerin habe demzufolge ihre Leistungen für die Physio- und die Ergotherapie ohne bei ihr bestehende Zweifel über ihre Leistungspflicht erbracht. Ein Anwendungsfall von Art. 70 ATSG liege daher nicht vor. Die Leistungen seien nicht im Rahmen einer Vorleistung ausgerichtet worden. Eine Rückerstattung im Sinne von Art. 71 ATSG sei nicht möglich (S. 2).

### **E. 3.2**

Demgegenüber brachte die Beschwerdeführerin in ihrer Beschwerdeschrift vom 1. Februar 2016 (Urk. 1) vor, dass die IV-Stelle mit Verfügung vom 19. September 2001 Kostengutsprache für medizinische Massnahmen zur Behandlung des Geburtsgebrechens Ziffer 384 GgV-Anhang bis 31. Juli 2011 erteilt habe. Diese Kostengutsprache sei mit Mitteilung vom 8. Juni 2011 bis zum 31. Juli 2015 verlängert worden. Die physio- und ergotherapeutische ambulante Behandlung vom 27. März bis 7. August 2012 respektive 3. bis 24. April 2012 sei im Zusammenhang mit dem Geburtsgebrechen Ziffer 384 GgV-Anhang gestanden, sodass die Voraussetzungen für eine Kostenübernahme gemäss der angefochtenen Verfügung grundsätzlich erfüllt seien. Die Kosten gutschprache für solche Behandlungen sei bereits für den Zeitraum von Juli 2001 bis Juli 2015 erteilt worden, weshalb keine neue Anmeldung mehr nötig gewesen sei. Die genannten ambulanten Therapien seien vielmehr von der Kosten gutschprache vom 8. Juni 2011 umfasst und von der Invalidenversicherung zu übernehmen. Die angefochtene Verfügung halte der bundesgerichtlichen Rechtsprechung (BGE 132 V 296) nicht stand und sei daher rechtswidrig (zum Ganzen Urk. 1 S. 4).

### **E. 4.1**

Strittig und zu prüfen ist die Frage, ob die Beschwerdegegnerin die Übernahme der Kosten für die physio- sowie ergotherapeutische Behandlung vom 27. März bis 7. August 2012 respektive 3. bis 24. April 2012 zu Recht verweigert hat (vgl. E. 3.1 f. hiavor).

### **E. 4.2**

Die Beschwerdegegnerin kommt seit dem 17. Juli 2001 für die medizinischen Massnahmen zur Behandlung des Geburtsgebrechens Ziffer 384 GgV-Anhang auf (Urk. 6/5). Die Kostenübernahme begrenzte sie auf den Zeitpunkt der Vollendung des 20. Altersjahres durch die Versicherte, mithin bis zum 31. Juli 2015 (Urk. 6/101). Daraus folgt, dass die Beschwerdegegnerin grundsätzlich für die Kosten der medizinischen Massnahmen im Zusammenhang mit dem Geburtsgebrechen Ziffer 384 GgV-Anhang im umstrittenen Zeitraum vom 27. März bis 7. August 2012 leistungspflichtig war.

Des Weiteren sind sich die Parteien soweit ersichtlich darüber einig, dass die in E. 4.1 genannten Behandlungen mit dem diagnostizierten Geburtsgebrechen

in Zusammenhang stehen. Dies ergibt sich denn auch aus den medizinischen Unterlagen. So hatte die Versicherte am 24. Februar 2011 eine akute Hemi parese links erlitten (Urk. 6/95/1), worauf seitens der Ärzte des Y.\_\_\_\_ eine Physiotherapie verordnet wurde (Urk. 6/98). Der Regionale Ärztliche Dienst hielt in seinen Stellungnahmen vom 18. Mai und 8. Juni 2011 fest, es sei klar nachgewiesen, dass der Schlaganfall und die notwendige Rehabilitation im Konnex mit dem bekannten Hirntumor respektive dem Geburtsgebrechen stehen würden (Urk. 6/100/2 f.). Die Beschwerdegegnerin übernahm sodann unter anderem die Kosten für eine ambulante Physiotherapie vom 12. April bis 31. August 2011

(Urk. 6/102). Nachdem es bei der Versicherten einige Monate später am 15. März 2012 zu einer Einblutung der Raumforderung frontal rechts gekommen war (Urk. 6/163/2 und 6/169/4), erfolgten sodann auf ärztliche Verordnung hin jene Behandlungen, für deren Kosten die Beschwerdeführerin nun um Rückerstattung ersucht (Urk. 6/169/3 ff.).

#### **E. 4.3**

Der Beschwerdegegnerin ist insofern beizupflichten, als sie sich in der angefochtenen Verfügung auf den Standpunkt stellt, dass kein Anwendungsfall von Art. 70 f. ATSG vorliege (vgl. E. 3.1). Der Leistungserbringung durch die Beschwerdeführerin lagen keine Zweifel über die Leistungspflicht beziehungsweise den zuständigen Sozialversicherungsträger zugrunde. So verfügte sie nachweislich über Kenntnis darüber, dass die IV-Stelle am 8. Juni 2011 Kostengutsprache für medizinische Massnahmen zur Behandlung des Geburtsgebrechens Ziffer 384 GgV-Anhang bis zum 31. Juli 2015 erteilt hatte (Urk. 6/101 und 6/153). Ausserdem erhob die Beschwerdeführerin selbst keine expliziten Einwände gegen die Argumentation der Beschwerdegegnerin in Bezug auf die genannten Gesetzesbestimmungen (vgl. Urk. 1 S. 4 f.).

Als nicht zutreffend erweist sich allerdings die Sichtweise der IV-Stelle, wonach die Beschwerdeführerin ihr Gesuch um Kostenübernahme am 30. Juni 2014 mit Blick auf Art. 48 Abs. 1 IVG verspätet eingereicht habe. Einerseits meldete sich die Versicherte - vertreten durch ihre Eltern - bereits im Juli 2001 unter Hinweis auf ihr Geburtsgebrechen bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an (Urk. 6/1). Hiermit wahrte sie prinzipiell alle ihr zu diesem Zeitpunkt nach Treu und Glauben mit dem angemeldeten Risikoeintritt in Zusammenhang stehenden Leistungsansprüche (vgl. E. 2.3). Andererseits hat die IV-Stelle - wie bereits ausgeführt - der Versicherten mit Schreiben vom 8. Juni 2011 mitgeteilt, dass sie weiterhin die Kosten für die Behandlung des Geburtsgebrechens Ziffer 384 GgV-Anhang bis zum 31. Juli 2015 übernehme (Urk. 6/101). Des Weiteren ist dem Grundsatz der absoluten Priorität und der gesetzlich geregelten Leistungsreihenfolge im Sinne von Art. 64 Abs. 1 und 2 ATSG Rechnung zu tragen (vgl. E. 2.5).

In Anbetracht all dieser Umstände erweist sich die angefochtene Verfügung vom 19. Januar 2016 (Urk. 2) als nicht haltbar, da die Beschwerdeführerin ihr Gesuch um Kostenübernahme nicht verspätet eingereicht hat. Die Beschwerdegegnerin hat für die Kosten der physio- und ergotherapeutischen Behandlung vom 27. März bis 7. August 2012 respektive 3. bis 24. April 2012 der Versicherten aufzukommen.

#### **E. 4.5**

Wie es sich mit der von der Beschwerdeführerin geltend gemachten Rückerstattung der bezahlten Rechnungen (Urk. 6/169/3 ff.) verhält, braucht vorliegend nicht geprüft zu werden, da die IV-Stelle mit der angefochtenen Verfügung vom 19. Januar 2016 einzig über ihre Leistungspflicht und nicht über ihre allfällige Rückerstattungspflicht entschied (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_236/2008 vom 14. Oktober 2008 E. 8.1 mit Hinweisen). Bezüglich einer allfälligen Rückerstattungspflicht der Beschwerdegegnerin fehlt es daher an einem Anfechtungsobjekt, weshalb in diesem Punkt auf die Beschwerde nicht einzutreten ist.

#### **E. 4.6**

Nach dem Gesagten ist die Beschwerde somit teilweise gutzuheissen und die angefochtene Verfügung vom 19. Januar 2016 dahingehend abzuändern, dass die IV-Stelle für die

physiotherapeutische Behandlung vom 27. März bis 7. August 2012 sowie für die ergotherapeutische Behandlung vom 3. bis 24. April 2012 von X.\_\_\_\_ leistungspflichtig ist.

## **E. 5**

Da die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen zu prüfen war, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr. 600.-- anzusetzen. Da die Beschwerdeführerin nur teilweise obsiegt, sind ihr die Kosten zu einem Drittel und der Beschwerdegegnerin zu zwei Dritteln aufzuerlegen. Der Einzelrichter erkennt: 1.

In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird die Verfügung der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, vom 19. Januar 2016 dahin gehend abgeändert und festgestellt, dass diese für die physiotherapeutische Behandlung vom 27. März bis 7. August 2012 sowie für die ergotherapeutische Behandlung vom 3. bis 24. April 2012 von X.\_\_\_\_ leistungspflichtig ist.

Im Übrigen wird auf die Beschwerde nicht eingetreten. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 600.-- werden der Beschwerdeführerin zu einem Drittel sowie der Beschwerdegegnerin zu zwei Dritteln auferlegt.

Rechnung und Einzahlungsschein werden den Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - SWICA Krankenversicherung AG - 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, 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 Der Gerichtsschreiber Spitzwüsch

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