

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00339 vom 21. März 2017

ZH Sozialversicherungsgericht, 2017-03-21, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2016.00339

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00339 du 21 mars 2017

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00339 del 21 marzo 2017

Erwägungen

E. 1.1

X.____, geboren am 12. Juni 1996, wurde am 28. Juni 1996 von ihren Eltern zum Bezug von IV-Leistungen für Minderjährige angemeldet (Urk. 6/1). Mit Verfügungen vom 11. und 14. Oktober

1996 (Urk. 6/9-10) sprach die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, der Versicherten medizinische Massnahmen für die Behandlung der Geburtsgebrechen Ziff. 313 und Ziff. 333 gemäss Anhang der Verordnung über Geburtsgebrechen (GgV-Anhang) zu.

Mit Verfügung vom 30. April 2004 (Urk. 6/13) erteilte die IV-Stelle Kostengutsprache für die Behandlung des Geburtsgebrechens Ziff. 313 GgV-Anhang bis zum 30. November 2011. Am 7. Februar 2012 (Urk. 6/16) verlängerte sie die Kostengutsprache für die Behandlung des Geburtsgebrechens bis zum 30. Juni 2016. Am 17. April 2014 erteilte die IV-Stelle Kostengutsprache für eine erstmalige berufliche Ausbildung der Versicherten zur Bekleidungsgealterin für die Zeit vom 5. Mai 2014 bis 11. August 2015 (Urk. 6/29).

E. 1.2

Die Swica Krankenversicherung AG (nachfolgend: Swica) teilte der IV-Stelle am 12. Juni 2014 (Urk. 6/34/1) mit, dass sie seit dem 25. August 2011 Rechnungen für eine Psychotherapie der Versicherten vergütet habe und ersuchte um Prüfung, ob die Therapie im Zusammenhang mit der Behandlung des Geburtsgebrechens Ziff. 313 GgV-Anhang oder Art. 12 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) von der Invalidenversicherung übernommen werden könne.

Am 26. Juni 2014 meldete sich die Versicherte erneut bei der Invalidenversicherung an (Urk. 6/38). Am 27. Oktober 2014 (Urk. 6/48) teilte die IV-Stelle der Versicherten mit, dass sie die Kosten für eine ambulante Psychotherapie im Zusammenhang mit der Behandlung des Geburtsgebrechens Ziff. 313 GgV-Anhang für die Zeit vom 13. Juni 2013 bis 30. Juni 2016 (Vollendung des 20. Altersjahrs der Versicherten) übernehme.

Am 16. Oktober 2015 (Urk. 6/72) erteilte die IV-Stelle Kostengutsprache für ein Arbeitstraining der Versicherten.

Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (Urk. 6/78-84) lehnte die IV-Stelle mit Verfügung vom 4. März 2016 (Urk. 6/85 = Urk. 2) die beantragte Kostenübernahme rückwirkend ab dem 25. August 2011 ab.

E. 2

Die Swica erhob am 14. März 2016 Beschwerde gegen die Verfügung vom 4. März 2016 (Urk. 2) und beantragte, die IV-Stelle sei zu verpflichten, die erbrachten Leistungen für Psychotherapie der Swica ab dem 25. August 2011 zurückzuerstatten (Urk. 1 S. 2 Ziff. 1 oben).

Mit Beschwerdeantwort vom 27. April 2016 (Urk. 5) beantragte die IV-Stelle die Abweisung der Beschwerde.

Mit Gerichtsverfügung vom 20. Juni 2016 wurde die Versicherte zum Prozess beigeladen und der Beschwerdeführerin eine Kopie der Beschwerdeantwort zugestellt (Urk. 7 Ziff. 1 und 3). Die Beigeladene liess sich innert angesetzter Frist nicht vernehmen. Die Einzelrichterin zieht in Erwägung: 1.

Da der Streitwert Fr. 20'000.-- nicht übersteigt (vgl. Urk. 3/1-17), fällt die Beurteilung der Beschwerde in die einzelrichterliche Zuständigkeit (§ 11 Abs. 1 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht).

E. 2.1

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

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 rechtsgenügli chen 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 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 mitumfasst;

da bei 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 Verwirkungsfrist; Urteil des Bundesgerichts 8C_274/2011 vom 22. Juni 2011, E. 2.2 mit Hinweisen).

E. 2.4

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 nachstehender 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. 2.5

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 berechtigte Person hat sich bei den in Frage kommenden Sozialversicherungen anzumelden (Abs. 3).

E. 3

GgV).

E. 3.1

Die Beschwerdegegnerin vertritt den Standpunkt, ihre Mitteilungen an die Versicherte seien der Beschwerdeführerin seit Juli 1996 in Kopie zugestellt worden. Diese habe somit seit Beginn der Behandlung Kenntnis davon gehabt, dass die Beschwerdegegnerin für medizinische Massnahmen im Zusammenhang mit dem Geburtsgebrechen Ziff. 313 GgV-Anhang zuständig sei. Der Krankenversicherer habe im Zeitpunkt, als die Leistungen für Psychotherapie erbracht worden seien, keine Zweifel an seiner Leistungspflicht gehabt. Der Antrag um Kostenübernahme sei erst rund drei Jahre später gestellt worden. Somit liege kein Anwendungsfall von Art. 70 ATSG vor (Urk. 2 S. 1 und 2).

Die Beschwerdeführerin habe die Leistungen als Krankenversicherer ohne Zweifel erbracht. Diese könnten nun nicht im Nachhinein als Vorleistung gesehen werden (Urk. 5 S. 2).

E. 3.2

Die Beschwerdeführerin machte demgegenüber geltend, es sei für sie nicht erkennbar gewesen, dass die Psychotherapie im Zusammenhang mit dem Geburtsgebrechen gestanden habe. Erst mit Erhalt des Berichtes von Dr. med. Y. ___ vom 2. Juni 2014 sei der Zusammenhang ersichtlich gewesen (Urk. 1 S. 4 Ziff. 4).

E. 3.3

Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin nebst der Kostengutsprache vom 27. Oktober 2014 (Urk. 6/48) auch für die Zeit vom 25. August 2011 bis 12. Juni 2013 für die Psychotherapie der Versicherten aufzukommen hat. Unbestritten ist, dass die

Psychotherapie im Zusammenhang mit der Behandlung des Geburtsgebrechens Ziff. 313 GgV-Anhang erfolgte.

E. 4.1

Bei der beigeordneten Versicherten wurde das Geburtsgebrecben Ziff. 313 ge mäss GgV-Anbang diagnosticiert (Urk. 6/12 S. 3 lit. B). Die Beschwerdegeg ne rin sprach ihr erstmals mit Verfügung vom 11. Oktober 1996 medizini sche Massnahmen zur Behandlung dieses Geburtsgebrechens zu (vgl. Urk. 6/9).

E. 4.2

Dr. med. Y.____, Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin und für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Oberarzt, Z.____, berichtete am 29. November 2012 (Urk. 6/20) über eine Psychotherapie der Versicherten seit August 2011 (S. 2 Ziff. 1.1).

Dr. Y.____ führte aus, bei der Versicherten bestehe eine angeborene Herz erkrankung, welche zu einer deutlichen Invalidisierung führe. Aufgrund der einen Herzkammer werde der Körper nur mit Mischblut versorgt. Dies führe zu einer deutlich reduzierten Leistungsfähigkeit, einer raschen Ermüdbarkeit und einer deutlichen Aufmerksamkeitsproblematik. Ein normales Berufsleben sei für sie eine Überforderung, da sie häufiger Pausen benötige (S. 1 Ziff. 1). In erster Linie handle es sich um eine körperliche Einschränkung mit einer reduzierten körperlichen Belastbarkeit. Zeitgleich bestünden eine Konzentrationsschwäche, eine rasche Ermüdbarkeit, eine leichte Ablenkbarkeit sowie teilweise eine reduzierte Motivationsbereitschaft (S. 1 Ziff. 2). Bis Anfang 2012 hätten wiederholt Angstzustände in der Schule, ein vermeidendes Verhalten, ein sozialer Rückzug, eine hohe Abhängigkeit von Bezugspersonen und eine geringe Selbständigkeit bestanden und es sei zu Schulverweigerung gekommen. Dies sei unter Therapie vollständig rückläufig (S. 2 Ziff. 1.2).

Eine ausführliche Diagnostik habe die Diagnose einer generalisierten Angst störung ergeben, unter anderem auch mit einem vermehrten Sorgenmodell. Von August 2011 bis zum aktuellen Zeitpunkt sei eine intensive kognitive Verhaltenstherapie der generalisierten Angststörung erfolgt. Darunter sei eine vollständige Remission der Symptomatik eingetreten (S. 4 unten).

Es handle sich um ein 16.5 jähriges Mädchen mit einem angeborenen komplexen Herzfehler. Vom 3. Lebensjahr bis zur Vorstellung im Z.____ im August 2012 habe sich eine generalisierte Angststörung entwickelt inklusive einer erheblichen Trennungsangst (S. 5 oben).

E. 4.3

Am 3. Juli 2014 (Urk. 6/43) berichteten Dr. Y.____ und Dr. med. A.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Chefarzt Z.____, über den Verlauf der therapeutischen Behandlung der Versicherten. Die Ärzte nannten als Diagnosen einen Zustand nach emotionaler Störung mit Trennungsangst im Kindesalter (Erstdiagnose: 2004), eine generalisierte Angst störung (Erstdiagnose: August 2011), zusätzlich eine komplexe Angstsymptomatik (Erstdiagnose: 2011) aus den Bereichen Panikstörung, Trennungsangst, spezifische Phobie und soziale Phobie sowie ein Doppeleinstrom ven trikel (Ziff. 1.1).

Die Versicherte habe im September 2013 eine Lehrstelle in einer Schneiderei und Wäscherei in Zürich begonnen. Infolge der Stressbelastung seien wie derholt Ängste vor

allem bezüglich ihres Herzens aufgetreten. Sie habe befürchtet, dass sie an Herzrhythmusstörungen leide und dass sie wieder in Ohnmacht fallen oder daran versterben könnte. Sekundär könnten die Beschwerden damit zu tun haben, dass die Versicherte seit der Kindheit inner halb der Familie und auch in der Schule viel geschont worden sei und somit reale Konflikte in der Arbeitswelt zu einer übermässigen Stressreaktion geführt hätten. Da der erlebte Stress auf dem ersten Arbeitsmarkt zu viel geworden sei, habe sie beschlossen, sich erneut bei der Invalidenversicherung zu melden, um eine Lehrstelle in einem geschützten Rahmen zu beginnen (S. 1 f. Ziff. 1.2).

E. 4.4

Dr. med. B. ____, Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin, Regional ärztlicher Dienst der Beschwerdegegnerin (RAD), führte in einer Stellungnahme vom 24. Oktober 2014 (Urk. 6/47 S. 2 oben) aus, die im Bericht von Dr. Y. ____, und Dr. A. ____, geschilderten Ängste der Versicherten drehten sich zu einem grossen Teil um das Herz und die gesamtgesundheitliche Situation. Die Psychotherapie könne daher unter dem Titel des Geburts gebrechens Ziff. 313 GgV-Anhang übernommen werden bis zur Vollendung des 20. Altersjahres der Versicherten. Da es sich wohl um eine verspätete Anmeldung handle, könnten Leistungen rückwirkend für ein Jahr übernommen werden.

E. 4.5

Die Beschwerdeführerin reichte im vorliegenden Verfahren Kopien der Rechnungen für die erfolgte Psychotherapie der Versicherten ein, die den Zeitraum vom 25. August 2011 bis 25. März 2014 betreffen (Urk. 3/1-25).

E. 5.1

Die Beschwerdeführerin informierte die Beschwerdegegnerin in einem Schreiben vom 12. Juni 2014 (Urk. 6/34/1) über die von der Beschwerdeführerin erbrachten Leistungen im Zusammenhang mit einer Psychotherapie der Versicherten und ersuchte um Kostenübernahme durch die Beschwerdegegnerin.

Am 26. Juni 2014 meldete sich die Versicherte erneut bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an (Urk. 6/38).

E. 5.2

In den Akten sind keine Hinweise ersichtlich, wonach die Beschwerdeführerin als Krankenversicherer im Zeitpunkt der Leistungserbringung Zweifel an ihrer Leistungspflicht gehabt hätte. Die Leistungsübernahme erfolgte viel mehr voraussetzungslos. Daraus ergibt sich, dass es sich vorliegend nicht um einen Anwendungsfall von Art. 70 ATSG handelt, wie die Beschwerdegegnerin in der angefochtenen Verfügung zu Recht festgestellt hat (Urk. 2 S. 2). Der Einschätzung ihrer RAD folgend (E. 4.4 hiervor) ging die Beschwerdegegnerin jedoch von einer verspäteten Anmeldung aus und erteilte erst ab dem 13. Juni 2013 Kostengutsprache für die ambulante Psychotherapie (Urk. 6/48).

Eine nachvollziehbare Begründung, weshalb die Beschwerdegegnerin in zeitlicher Hinsicht das Gesuch der Beschwerdeführerin vom 12. Juni 2014 (Urk. 6/34/1) als massgeblich erachtete und sie lediglich ein Jahr rückwirkend ab dem 13. Juni 2013 Kostengutsprache für die Psychotherapie erteilte, lässt sich den Akten nicht entnehmen. Zu beachten ist, dass die vorliegende Streitigkeit weder auf der Neuanmeldung der Versicherten vom 26. Juni 2014 noch auf dem seitens des Krankenversicherers (der ohnehin nicht zur Anmeldung befugt ist; vgl. Art. 66 Abs. 1 IVV) gestellten Gesuch vom 12. Juni 2014 beruht, sondern

auf der Anmeldung der Eltern der Versicherten vom 28. Juni 1996. Die damalige Anmeldung zum Leistungsbezug steht einer Verwirkung entgegen. Für dieses Ergebnis spricht, dass der Beginn der ambulanten Psychotherapie im August 2011 zu einem Zeitpunkt erfolgte, als die Versicherte gestützt auf die Anmeldung vom Juni 1996 medizinische Massnahmen zur Behandlung des Geburtsgebrechens Ziff. 313 GgV-Anhang erhielt. Auch der Grundsatz der absoluten Priorität nach Art. 64 Abs. 1 ATSG führt dazu, dass die Beschwerdegegnerin nach Art. 64 Abs. 2 lit. c ATSG für die Kosten der Psychotherapie inklusive des Zeitraums vom 25. August 2011 bis zum 12. Juni 2013 aufzukommen hat. In diesem Sinne ist nicht einzusehen, weshalb eine eingeschränkte Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin erst ab dem 13. Juni 2013 bestehen sollte.

Der Beschwerdegegnerin ist insofern beizupflichten, als kein Anwendungsfall von Art. 70 ATSG vorliegt. Wie dargelegt, kann jedoch nicht von einer verspäteten Anmeldung der Versicherten oder gar der Beschwerdeführerin ausgegangen werden, nachdem die Versicherte bereits im Juni 1996 zum Leistungsbezug angemeldet worden war und ihr in der Folge medizinische Massnahmen zur Behandlung des Geburtsgebrechens zugesprochen worden waren. Zudem trifft zu, dass für die Beschwerdeführerin nicht von vorneherein zu erkennen war, dass die Psychotherapie als medizinische Behandlung des Geburtsgebrechens Ziff. 313 GgV-Anhang diene.

E. 5.3

Wie es sich mit der von der Beschwerdeführerin beantragten Rückerstattung der bezahlten Rechnungen verhält, braucht vorliegend nicht geprüft zu werden. Denn mit der angefochtenen Verfügung vom 4. März 2016 entschied die Beschwerdegegnerin über ihre Leistungspflicht für den Zeitraum vom 25. August 2011 bis zum 12. Juni 2013 (vgl. Urk. 6/48 S. 1), und nicht über ihre allfällige Rückerstattungspflicht gegenüber der Beschwerdeführerin (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_236/2008 vom 14. Oktober 2008, E. 8.1). Bezüglich einer allfälligen Rückerstattungspflicht der Beschwerdegegnerin fehlt es daher an einem Anfechtungsobjekt, weshalb in diesem Punkt auf die Beschwerde nicht einzutreten ist.

E. 5.4

Nach dem Gesagten ist die Beschwerde teilweise gutzuheissen und die angefochtene Verfügung vom 4. März 2016 dahingehend abzuändern, dass die Beschwerdegegnerin für die ambulante Psychotherapie der Versicherten auch für die Zeit vom 25. August 2011 bis 12. Juni 2013 leistungspflichtig ist.

E. 6

Da es im vorliegenden Verfahren um die Bewilligung oder Verweigerung von IV-Leistungen geht, 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 Dritten und der Beschwerdegegnerin zu zwei Dritteln aufzuerlegen. Die Einzelrichterin erkennt: 1.

In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird die Verfügung der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, vom 4. März 2016 dahingehend abgeändert und festgestellt, dass diese für die ambulante Psychotherapie von X.____ vom 25. August 2011 bis 12. Juni 2013 leistungspflichtig ist. 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 Die Einzelrichterin Der Gerichtsschreiber SagerBrugger

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