

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.01262 vom 6. März 2019**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2019-03-06, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselow.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2017.01262](https://mcp.opencaselow.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2017.01262)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.01262 du 6 mars 2019

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.01262 del 6 marzo 2019

## **Erwägungen**

### **E. 1**

X.\_\_\_\_, geboren am 1. April 2013, wurde wegen verschiedene n Geburtsgebrechen bei der Invalidenversicherung angemeldet (Urk. 6/2; Urk. 6/5), wobei das Anmeldeformular am 6. Juni 2013 unterzeichnet wurde (Urk. 6/2/7), jedoch erst am 22. Mai 2014 einging (vgl. Urk. 6/4). Die Sozialver sicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, tätigte die notwendigen Abklä rungen und erteilte am 20. Juni 2014 Kostengutsprache für medizinische Mass nahmen, welche sie jedoch wegen verspäteter Anmeldung erst ab dem 22. Mai 2013 gewährte (Urk. 6/6-10).

Am 7. April 2017 ersuchte der zuständige Krankenversicherer Easy Sana Kran kenversicherung AG (nachfolgend: Easy Sana) um Wiedererwägung der gewähr ten Kostengutsprache und Übernahme der Leistungen bereits ab 1. April 2013 (Urk. 6/16). Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (Urk. 6/20; Urk. 6/23) verneinte die IV-Stelle mit Verfügung vom 18. Oktober 2017 eine Kostengutspra che für die stationäre Behandlung der Versicherten ab Geburt sowie eine Wieder erwägung der Kostengutsprache in diesem Sinne (Urk. 6/26 = Urk. 2).

#### **E. 1.1**

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

#### **E. 1.2**

Über Leistungen, Forderungen und Anordnungen, die erheblich sind oder mit de nen die betroffene Person nicht einverstanden ist, hat der Versicherungsträger gemäss Art. 49 Abs. 1 ATSG schriftlich Verfügungen zu erlassen. Die Verfügun gen werden mit einer Rechtsmittelbelehrung versehen und sind zu begründen, wenn sie den Begehren der Parteien nicht voll entsprechen (Art. 49 Abs. 3 ATSG). Leistungen, Forderungen und Anordnungen, die nicht unter Art. 49 Abs. 1 ATSG fallen, können in Anwendung von Art. 51 Abs. 1 ATSG in einem formlosen Ver fahren behandelt werden. Die betroffene Person kann nach Art. 51 Abs. 2 ATSG den Erlass einer Verfügung verlangen.

Wird ein – gemäss Art. 51 Abs. 1 ATSG oder einer betreffenden spezialgesetzli chen Bestimmung – zulässigerweise formlos ergangener Verwaltungsakt von der betroffenen Person innert angemessener Frist (vgl. dazu BGE 134 V 145 E. 5.3.1 mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts 8C\_673/2008 vom 19. Juli 2009 E. 3.1) nicht gerügt, wird er rechtsbeständig (BGE 132 V 412 E. 5, 129 V 110 E. 1.2.2; vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C\_14/2011 vom 13. April 2011 E. 5 und 8C\_554/2015 vom 19. Oktober 2015 E. 3.4, je mit Hinweisen).

Die Frist für eine Intervention der betroffenen Person gegen einen unzulässiger weise formlos mitgeteilten Entscheid beträgt nach der Rechtsprechung des Bundesgerichts im Regelfall ein Jahr seit der Mitteilung. Eine längere Frist kommt allenfalls dann in Frage, wenn die betroffene Person – insbesondere, wenn sie rechtsunkundig und nicht anwaltlich vertreten ist – in guten Treuen annehmen durfte, der Versicherer habe noch keinen abschliessenden Entscheid fällen wollen und sei mit weiteren Abklärungen befasst. Ohne fristgerechte Intervention erlangt der Entscheid rechtliche Wirksamkeit, wie wenn er zulässigerweise im Rahmen von Art. 51 Abs. 1 ATSG ergangen wäre (BGE 134 V 145 Regeste, E. 5.3.2 und E. 5.4; vgl. statt vieler: Urteil des Bundesgerichts 8C\_536/2017 vom 5. März 2018 E. 3.4 mit Hinweisen).

### **E. 1.3**

Die Rechtsbeständigkeit gilt bei zulässigerweise formlos ergangenen Entscheiden (vgl. Art. 51 Abs. 1 ATSG und betreffende spezialgesetzliche Bestimmungen) als eingetreten, wenn anzunehmen ist, die betroffene Person habe sich mit einer getroffenen Regelung abgefunden. Dies ist dann der Fall, wenn die nach den Umständen zu bemessende Überlegungs- und Prüfungsfrist abgelaufen ist, welche der betroffenen Person zusteht, um sich gegen den formlosen oder faktischen Verwaltungsentscheid zu verwahren (vgl. Art. 51 Abs. 2 ATSG; BGE 134 V 145 E. 5.3.1, 132 V 412 E. 5, 129 V 110 E. 1.2.2, je mit Hinweisen).

Nach Ablauf einer Zeitspanne, die der Rechtsmittelfrist bei formellen Verfügungen entspricht, darf hingegen der Versicherungsträger in einer unbeanstandet gebliebenen « formlosen Verfügung » oder « faktischen Verfügung » zugesprochene Leistungen nur unter den Voraussetzungen der Wiedererwägung oder prozessualen Revision (Art. 53 ATSG) zurückfordern (BGE 129 V 110 Regeste; vgl. zu den Rückerstattungsvoraussetzungen auch BGE 142 V 259 E. 3.2 mit Hinweisen).

### **E. 1.4**

Der Versicherungsträger kann auf formell rechtskräftige Verfügungen, welche nicht Gegenstand materieller richterlicher Überprüfung gebildet haben, zurück kommen, wenn diese zweifellos unrichtig sind und wenn ihre Berichtigung von erheblicher Bedeutung ist (sogenannte Wiedererwägung; Art. 53 Abs. 2 und 3 ATSG; BGE 144 I 103 E. 2.2, 141 V 405 E. 5.2, 138 V 147 E. 2.1 mit Hinweis).

Gemäss Art. 53 Abs. 2 ATSG «kann» der Versicherungsträger wiedererwägen, muss aber nicht. Ob er eine Verfügung in Wiedererwägung zieht, liegt in seinem Ermessen. Er kann hierzu weder von der betroffenen Person noch vom Gericht verhalten werden. Es besteht mithin kein gerichtlich durchsetzbarer Anspruch auf Wiedererwägung. Auf eine Beschwerde gegen ein Nichteintreten auf ein Wiedererwägungsgesuch oder allenfalls gegen einen das Nichteintreten bestätigenden Einspracheentscheid (vgl. aber BGE 133 V 50 E. 4.2.2) kann das Gericht nicht eintreten (BGE 133 V 50 E. 4.2.1, 119 V 475 E. 1b/cc mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts 8C\_210/2017 vom 22. August 2017 E. 8.2 mit weiteren Hinweisen).

Wenn der Versicherungsträger hingegen auf ein Wiedererwägungsgesuch eintritt, die Wiedererwägungsvoraussetzungen prüft und hernach einen Sachentscheid fällt, der gegebenenfalls auch bloss in der Bestätigung der früheren Verfügung bzw. in der Abweisung des Wiedererwägungsgesuchs bestehen kann (BGE 117 V 8 E. 2b/cc), ist dieser Sachentscheid allenfalls mit Einsprache und hernach beschwerdeweise anfechtbar. Die

entsprechende Überprüfung hat sich in einem solchen Fall auf die Frage zu beschränken, ob die Voraussetzungen für eine Wiedererwägung der bestätigten Verfügung gegeben sind. Thema des Einsprache- und des Beschwerdeverfahrens bildet also einzig die Prüfung, ob der Versicherungsträger zu Recht die ursprüngliche, formell rechtskräftige Verfügung nicht als zweifellos unrichtig und/oder ihre Korrektur als von unerheblicher Bedeutung qualifiziert hat (BGE 119 V 475 1b/cc mit Hinweisen BGE 117 V 8 E. 2a, 116 V 63 E. 3a; Urteile des Bundesgerichts 8C\_89/2014 vom 24. Juli 2014 E 2.3 und 9C\_908/2011 vom 2. März 2012 E. 2.2). 2.

## **E. 2**

Am 20. November 2017 erhob die Easy Sana Beschwerde gegen die Verfügung vom 18. Oktober 2017 und beantragte, es sei die IV-Stelle zu verpflichten, die Kosten für die stationäre Behandlung der Versicherten im Zeitraum vom 1. April bis 21. Mai 2013 in Höhe von Fr. 72'154.35 zu übernehmen (Urk. 1 S. 7). Mit Beschwerdeantwort vom 17. Januar 2018 (Urk. 5) beantragte die Beschwerdeführerin die Abweisung der Beschwerde, was der Beschwerdeführerin am 29. Januar 2018 mitgeteilt wurde (Urk. 7). Am 4. Juni 2018 wurde die Versicherte zum Verfahren beigelegt (Urk. 8), liess sich jedoch innert Frist nicht vernehmen, wovon die Parteien am 17. Juli 2018 in Kenntnis gesetzt wurden (Urk. 10). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

### **E. 2.1**

Die Beschwerdeführerin begründete den angefochtenen Entscheid (Urk. 2) wie folgt: Die Beschwerdeführerin habe mit Schreiben vom 7. April 2017 um Wiedererwägung der Mitteilungen vom 20. Juni 2014 und um Kostenübernahme ab Geburt gebeten. Die genannten Mitteilungen seien in formelle Rechtskraft erwachsen. Selbst wenn die Voraussetzungen einer zweifellosen Unrichtigkeit und erheblicher Bedeutung der Berichtigung gegeben seien, bestehe keine Pflicht der verfügenden Behörde, ihren Entscheid in Wiedererwägung zu ziehen. Zudem sei keine zweifellose Unrichtigkeit gegeben, da das behandelnde Spital nicht zur Anmeldung der Versicherten befugt gewesen sei und es sich deshalb bei seiner Rechnung nicht um eine Anmeldung handeln könne, die an eine unzuständige Behörde gerichtet worden wäre. Die Beschwerdeführerin wäre zur Anmeldung befugt gewesen, habe diese aber nicht vorgenommen. Es sei geradezu treuwidrig, dass sie Jahre, nachdem sie ihrer Vorleistungspflicht nachgekommen sei, um Kostenübernahme durch die Invalidenversicherung ersuche. Dass die Leistungen in Folge verspäteter Anmeldung erst ab dem 22. Mai 2013 übernommen worden seien, sei rechtens (S. 1-2).

### **E. 2.2**

Dem hielt die Beschwerdeführerin entgegen (Urk. 1), die Rechnung des behandelnden Spitals sei erst am 18. März 2014 bei ihr eingegangen. Da es sich um die Behandlung von Geburtsgebrechen handle, sei die Beschwerdeführerin ab Geburt leistungspflichtig. Es sei nicht nachvollziehbar, weshalb das Spital die Rechnung nicht direkt der Invalidenversicherung zugestellt habe. Weiter sei unerklärlich, weshalb die am 6. Juni 2013 unterzeichnete Anmeldung erst am 22. Mai 2014 bei der Beschwerdeführerin eingegangen sei. Sodann seien die Verfügungen der Beschwerdeführerin vom 20. Juni 2014, welche fälschlicherweise nicht als solche bezeichnet worden seien, irrtümlicherweise nicht angefochten worden, da sie irreführenderweise als Kostengutsprache und nicht als Leistungsablehnung bezeichnet worden seien. Weiter seien sie nicht als Einschreiben,

sondern mit nor maler Post und in Kopie an sie verschickt worden. Auch die Beigeladene habe die Mitteilungen nicht angefochten. Selbst wenn die Anmeldung als zu spät erfolgt gelten müsste, könne dies nicht dem Krankenversicherer zur Last gelegt werden (S. 2 ff.).

### **E. 2.3**

Streitig und zu prüfen ist die Leistungspflicht für die Kosten der stationären Behandlung der Versicherten im Zeitraum vom 1. April bis 29. (beziehungsweise 21.) Mai 2013.

### **E. 3**

GgV).

#### **E. 3.1**

Die Mitteilungen vom 20. Juni 2014 (Urk. 6/7-10) wurden als solche bezeichnet und stellen keine Verfügungen im Rechtssinne dar. Sie enthielten dementsprechend den Hinweis, dass schriftlich eine beschwerdefähige Verfügung verlangt werden könne (S. 2). Alle Mitteilungen ergingen in Kopie an die Beschwerdeführerin, welche denn auch nicht substantiiert bestreitet, diese erhalten zu haben. Bei ihrer Argumentation verkennt sie deshalb, dass selbst wenn die Beschwerde gegnerin nicht befugt gewesen wäre, die Leistungsentscheide in Form einer Mitteilung zu erlassen (vgl. dazu vorstehend E. 1.2), es ihr möglich gewesen wäre, eine anfechtbare Verfügung zu verlangen und diese sodann anzufechten. Dies hat sie zu keinem Zeitpunkt getan. Da sie innerhalb der angemessenen Frist von einem Jahr nicht intervenierte, erlangen die Mitteilungen rechtliche Wirksamkeit, wie wenn sie

- sofern dies überhaupt zur Debatte steht - zulässigerweise im Rahmen von Art. 51 Abs. 1 ATSG ergangen wäre n. Eine längere Frist wäre angesichts des Umstands, dass es sich um einen Krankenversicherer mit eigener Rechtsabteilung handelt, nicht angemessen und wird auch nicht geltend gemacht (vgl. vorstehend E. 1.2). Somit sind die Mitteilungen vom 20. Juni 2014 im Juni 2015 in Rechtskraft erwachsen. Daran vermögen die Vorbringen der Beschwerdeführerin nichts zu ändern.

#### **E. 3.2**

Die Beschwerdegegnerin trat in der Folge auf das Wiedererwägungsgesuch der Beschwerdeführerin vom 7. April 2017 ein und wies dieses mittels der vorliegend angefochtenen Verfügung ab, indem sie an ihrem ursprünglichen Entscheid fest hielt. Thema des Beschwerdeverfahrens bildet also einzig die Prüfung, ob sie die ursprünglichen, formell rechtskräftigen Verfügungen zu Recht nicht in Wiedererwägung zog (vgl. vorstehend E. 1.4).

#### **E. 3.3**

Wer eine Versicherungsleistung beansprucht, hat sich beim zuständigen Versicherungsträger in der für die jeweilige Sozialversicherung gültigen Form anzumelden ( Art. 29 Abs. 1 ATSG). Begründet ein Versicherungsfall einen Anspruch auf Sozialversicherungsleistungen und ist zunächst unklar, welche Sozialversicherung leistungspflichtig ist, so hat sich die berechtigte Person bei den in Frage kommenden Versicherungen anzumelden (Art. 70 Abs. 3 ATSG).

Macht eine versicherte Person ihren Anspruch auf eine Hilfloosenentschädigung, auf medizinische Massnahmen oder auf Hilfsmittel mehr als zwölf Monate nach

dessen Entstehung geltend, so wird die Leistung in Abweichung von Artikel 24 Absatz 1 ATSG nur für die zwölf Monate nachgezahlt, die der Geltendmachung vorangehen (Art. 48 Abs. 1 IVG).

#### **E. 3.4**

Die Anmeldung der am 1. April 2013 geborenen Versicherten bei der Invalidenversicherung erfolgte erst am 22. Mai 2014 (vgl. Urk. 6/4) und somit nach mehr als zwölf Monaten seit Entstehung des Anspruchs. Zu einem früheren Zeitpunkt ist keine Anmeldung erfolgt: Die blosser Rechnungsstellung durch das Spital stellte keine rechtsgenügende Anmeldung dar, denn es handelt sich beim Spital nicht um eine zur Anmeldung befugte Institution im Sinne von Art. 66 Abs. 1 der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV). Eine Anmeldung durch die Beschwerdeführerin selbst, die bei dieser Sachlage zur Anmeldung befugt gewesen wäre (vgl. BGE 135 V 106), erfolgte nicht. Damit war die Anmeldung der Versicherten verspätet, weshalb die Beschwerdegegnerin die Kosten für die medizinischen Massnahmen rückwirkend erst ab 22. Mai 2013 zu übernehmen hatte. Eine zweifelloser Unrichtigkeit dieser Entscheidung ist nicht ersichtlich.

#### **E. 3.5**

Gemäss Art. 48 Abs. 2 IVG wird die Leistung jedoch trotz verspäteter Anmeldung für einen längeren Zeitraum nachgezahlt, wenn die versicherte

Person:

- a. den anspruchsbegründenden Sachverhalt nicht kennen konnte; und
- b. den Anspruch spätestens zwölf Monate, nachdem sie davon Kenntnis erhalten hat, geltend macht.

Mit BGE 143 V 312 hat das Bundesgericht entschieden, dass Art. 48 Abs. 2 IVG nicht nur für die Versicherten, sondern analog auch für den Krankenversicherer gilt. Mithin kann auch dieser die Nachzahlung seiner Leistung verlangen, wenn der anspruchsbegründende Sachverhalt mehr als zwölf Monate seit der Geltendmachung des Anspruchs zurückliegt und die Kasse an der verspäteten Kenntnisnahme kein Verschulden trifft. Massgeblich für den Beginn der zwölfmonatigen Frist nach Art. 48 Abs. 2 lit. b IVG ist allein der Zeitpunkt der Kenntnisnahme durch die betroffene Krankenkasse selbst.

#### **E. 3.6**

Vorliegend kann sich die Beschwerdeführerin allerdings nicht auf Art. 48 Abs. 2 IVG stützen: Ginge man von ihrer Darstellung aus, wonach sie erstmals am 18. März 2014 Kenntnis von der Rechnung des behandelnden Spitals und damit vom relevanten Sachverhalt erhielt, so wäre zwar das Kriterium von Art. 48 Abs. 2 lit. a IVG erfüllt. Die Beschwerdeführerin versäumte es jedoch, den Anspruch innert zwölf Monaten nach Kenntnisnahme bei der Beschwerdegegnerin geltend zu machen, blieb sie doch sowohl nach Erhalt der Spitalrechnung als auch nach Erhalt der Mitteilungen vom 20. Juni 2014 gegenüber der Beschwerdegegnerin untätig. Die kumulativ zu Art. 28 Abs. 2 lit. a vorausgesetzte zwölfmonatige Frist gemäss Art. 48 Abs. 2 lit. b IVG wurde somit nicht eingehalten. Die Beschwerdeführerin gelangte vielmehr erstmals mit ihrem Wiedererwägungsgesuch vom April 2017 an die Beschwerdegegnerin. Eine zweifelloser Unrichtigkeit der Mitteilungen vom 20. Juni 2014 ist somit auch unter Berücksichtigung von Art. 48 Abs. 2 IVG zu verneinen. Damit ist nicht zu beanstanden, dass die

Beschwerdegegnerin diese nicht in Wiedererwägung zog.

Dies führt zur Abweisung der Beschwerde.

#### **E. 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 Vorsitzende  
Die Gerichtsschreiberin  
Mosimann  
Lienhard

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