

GR_GERICHTE S 2017 146 vom 12. März 2019

GR Gerichte, 2019-03-12, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/gr_gerichte_S_2017_146

FR: GR_GERICHTE S 2017 146 du 12 mars 2019

IT: GR_GERICHTE S 2017 146 del 12 marzo 2019

Regeste

Versicherungsleistungen nach KVG | Krankenversicherung

Erwägungen

E. 3

Kammer als Versicherungsgericht Vorsitz von Salis Richter Audétat, Racioppi Aktuar Ott URTEIL vom 12. März 2019 in der versicherungsrechtlichen Streitsache A._____, gesetzlich vertreten durch die Eltern, diese wiedervertreten durch B._____, Verein C._____, Beschwerdeführerin gegen D._____ AG, Beschwerdegegnerin betreffend Versicherungsleistungen nach KVG

- 2 - 1. A._____ leidet an mehreren Geburtsgebrechen. Die IV-Stelle des Kantons Graubünden (nachfolgend: IV-Stelle) gewährte mit Mitteilungen vom 29. Januar 2015 Kostengutsprache bezüglich der Behandlung des von ihr anerkannten Geburtsgebrechens Ziffer 497 (schwere respiratorische Ad- aptionsstörungen, sofern sie in den ersten 72 Lebensstunden manifest werden und eine Intensivbehandlung begonnen werden muss) ab dem

E. 4

Gegen die Verfügung vom 3. Mai 2017 erhob der Verein C._____ im Na- men von A._____ resp. deren gesetzlichen Vertreter Einsprache bei der D._____. Darin wurde die Erteilung einer Kostengutsprache gemäss unbe- fristeter Bedarfsmeldung ab dem 1. Januar 2017 sowie die Anerkennung einer Vorleistungspflicht der D._____ für KLV-Pflichtleistungen verlangt, soweit diese von der Invalidenversicherung noch nicht rechtskräftig verfügt worden seien. Zudem habe die D._____ zu anerkennen, dass sie subsidiär zur Invalidenversicherung leistungspflichtig sei für alle KLV-Pflichtleistun- gen, welche nicht von der IV-Stelle vergütet würden.

E. 4.1

Im angefochtenen Einspracheentscheid vom 26. September 2017 ver- neinte die Beschwerdegegnerin eine Vorleistungspflicht. Für die Zeit ab 1. Juli 2017 könne vorderhand noch nicht darüber befunden werden, ob und in welchem Umfang der Beschwerdeführerin Leistungen nach KVG zu- stünden. Eine Vorleistungspflicht bestehe jedenfalls nur dann, wenn ein Versicherungsfall Anspruch auf Sozialversicherungsleistungen begründe bzw. wo eine Leistungspflicht eines Sozialversicherungszweiges grundsätzlich in Frage komme. Die Vorleistungspflicht diene in jedem Fall nicht dazu, die Zeitspanne bis zur Vornahme zusätzlicher Abklärungen der IV-Stelle und/oder bis zur Vorlage rechtsgenügender Unterlagen durch den Leistungserbringer zu überbrücken. Die Beschwerdeführerin stellt sich demgegenüber auf

den Standpunkt, dass es der leistungserbringenden Spitexorganisation erlaubt sein müsse, in jedem Fall Rechnung zu stellen. Es gehe nicht an, dass ärztlich verordnete und geleistete Pflege nicht gedeckt werden könne, nur weil noch keine rechtsgültige Verfügung seitens des anderen Versicherungsträgers, in casu der IV-Stelle des Kantons Graubünden, vorliege. Das reine Vorliegen eines Geburtsgebrechens sage noch nicht abschliessend etwas darüber aus, welche KLV-Pflichtleistungen und in welchem Umfang solche letztlich vergütet würden.

E. 4.2

Art. 70 Abs 1 ATSG bestimmt, dass bei einem Versicherungsfall, der Anspruch auf Sozialversicherungsleistungen begründet, bei dem aber Zweifel darüber bestehen, welche Sozialversicherung die Leistungen zu erbringen hat, die berechtigte Person Vorleistung verlangen kann. Art. 70 Abs. 2 lit. a ATSG erklärt die Krankenversicherung für Sachleistungen und Taggelder, deren Übernahme durch die Krankenversicherung, die Unfallversicherung, die Militärversicherung oder die Invalidenversicherung umstritten sind, als vorleistungspflichtig. Damit werden Tatbestände geregelt, bei denen aufgrund der Aktenlage unbestritten ist, dass eine bestimmte Leistung erbracht werden muss, hingegen zweifelhaft ist, welcher von zwei Versicherern diese Leistung schuldet (Urteil des Bundesgerichts 8C_236/2008 vom

- 16 -

E. 4.3

Der vorliegend zu beurteilende Sachverhalt unterscheidet sich aber gerade in einem zentralen Punkt von den üblicherweise unter der Vorleistungspflicht nach Art. 70 Abs. 2 lit. a ATSG bzw. Art. 113 KVV zu beurteilenden Konstellationen, wie beispielsweise eine (unbestritten) notwendige Heilbehandlung infolge eines Gesundheitsschadens, welcher aber nicht eindeutig und sofort als (adäquatkausale) Unfallfolge zu qualifizieren ist (vgl. dazu BGE 131 V 78). Vorliegend hatte die IV-Stelle die Leistungspflicht für medizinische Massnahmen hinsichtlich des Geburtsgebrechens Ziffer 212 bereits im Jahre 2015 dem Grundsatz nach anerkannt und Kostengutsprache für die Be-

- 18 - handlung dieses und weiterer Geburtsgebrecchen erteilt (Bg-act. IV 1 und IV-act. 32), und im Zeitpunkt des hier angefochtenen Einspracheentscheides hat die IV-Stelle Kinderspitexleistungen im maximal zu vergütenden Umfang von drei Stunden pro Monat für Beratung und Instruktion der Eltern sowie 39 Stunden pro Woche für Untersuchung und Behandlung zugesprochen (Bg-act. IV 17). Insofern war im Zeitpunkt des hier angefochtenen Einspracheentscheides nur der konkrete, von der IV-Stelle zuzusprechende Umfang von Pflegeleistungen als medizinische Massnahmen bei Geburtsgebrecchen nach Art. 13 f. IVG und Art. 2 Abs. 3 der Verordnung über Geburtsgebrecchen (GgV; SR 831.232.21) strittig, nicht hingegen der Grundsatz, dass die IV-Stelle für die erforderlichen medizinischen Massnahmen im Sinne von Art. 13 f. IVG und Art. 2 Abs. 3 GgV, insbesondere Massnahmen der Abklärung und Beratung sowie Untersuchung und Behandlung aufkommt. Die Diskrepanz bestand im invalidenversicherungsrechtlichen Verfahren vornehmlich zwischen dem von der IV-Stelle in Aussicht gestellten Umfang der von ihr zu übernehmenden pflegerischen Leistung (vgl. IV-Verfügung vom 12. Juni 2017 [Bg-act IV 15 - 17]) und den von der Beschwerdeführerin beantragten Pflegeleistungen gestützt auf die ärztliche Verordnung vom 10. Februar 2017 zu Handen der IV-Stelle (IV-act. 203). 4.4.1. Nachfolgend wird der vorliegend relevante

Leistungsumfang von medizinischen Massnahmen im Sinne von Art. 13 f. IVG dargestellt. Der Umfang von medizinischen Massnahmen im Sinne von Art. 13 f. IVG im Zusammenhang mit Leistungen der Kinderspitex, welche die IV-Stelle unter diesem Titel zu leisten hat, bestimmt sich gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung danach, ob die Voraussetzungen von Art. 13 Abs. 1 und Art. 14 Abs. 1 lit. a IVG erfüllt sind (Urteil des Bundesgerichts 9C_270/2016, 9C_299/2016 vom 13. Februar 2017 E.4.4 und 9C_46/2017 vom 6. Juni 2017 E.3.1 ff.). Im ersterwähnten Entscheid stützte das Bundesgericht im Ergebnis die vorinstanzliche Auffassung des Versicherungs-

- 19 - gerichts des Kantons St. Gallen (Urteil des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen IV 2012/12, IV 2015/89 vom 14. März 2016), wonach die im damaligen IV-Rundschreiben Nr. 308 des Bundesamtes für Sozialversicherungen (BSV) vom 27. Februar 2012 vorgesehene Begrenzung des festgesetzten Pflegeaufwandes auf acht Stunden pro Tag für (medizinische) Massnahmen der Untersuchung und Behandlung bei Situationen, in welchen während 24 Stunden pro Tag mit medizinischen Notfallinterventionen zu rechnen ist, nicht mit dem Wortlaut von Art. 13 Abs. 1 und Art. 14 Abs. 1 lit. a IVG vereinbar sei. Denn weder in Art. 13 Abs. 1 und Art. 14 Abs. 1 lit. a IVG noch der IVV werde eine zeitliche Höchstgrenze für die Vergütung von Leistungen der Kinderspitex festgelegt, soweit sie notwendige, auf Anordnung eines Arztes in Hauspflege vorgenommene medizinische Massnahmen bei Geburtsgebrechen im Sinne von Art. 13 f. IVG darstellten. In diesem Zusammenhang kann auch noch erwähnt werden, dass das IV-Rundschreiben Nr. 308 vom 27. Februar 2012 im Nachgang zu BGE 136 V 209 erlassen wurde, welches die von der Invalidenversicherung gestützt auf Art. 13 Abs. 1 i.V.m. Art. 14 Abs. 1 lit. a IVG und Art. 2 Abs. 3 GgV zu übernehmenden medizinischen Massnahmen bei Geburtsgebrechen bei Hauspflege vom Anspruchsbereich der Hilflosenentschädigung sowie eines allfälligen Intensivpflegezuschlages abgrenzte. Gemäss BGE 136 V 209 sind medizinische Massnahmen im Sinne der vorstehend erwähnten Bestimmungen nur solche in Hauspflege vorgenommene Vorkehrungen, welche eine medizinische Berufsqualifikation erfordern. Andere in Hauspflege vorgenommene Vorkehrungen, deren Durchführung keine medizinische Berufsqualifikation erfordern, stellen hingegen keine medizinischen Massnahmen im Sinne der erwähnten Bestimmungen dar, sondern begründen allenfalls einen Anspruch auf Hilflosenentschädigung und (eventuell) auf einen Intensivpflegezuschlag (BGE 136 V 209 E.7 und 10 ff.; vgl. auch Urteil des Bundesgerichts 8C_229/2018 vom 28. Januar 2019 E.5.2.2). Bereits im IV-Rundschreiben Nr. 308 vom 27. Februar 2012 wurden als medizinische Massnahmen im Sinne von Art. 13 f. IVG im Bereich der Kinderspitex

- 20 - einzig (medizinische) Massnahmen für Abklärung und Beratung sowie Untersuchung und Behandlung anerkannt (vgl. dazu auch die Umschreibung der Pflegeleistungen nach Art. 7 Abs. 2 lit. a und b KLV). Nicht Gegenstand von medizinischen Massnahmen im Sinne von Art. 13 f. IVG waren in Übereinstimmung mit BGE 136 V 209 hingegen Kinderspitexleistungen der Grundpflege im Sinne von Art. 7 Abs. 2 lit. c KLV. Im Nachgang zum Urteil des Bundesgerichts 9C_270/2016, 9C_299/2016 vom 13. Februar 2017 wurde das IV-Rundschreiben Nr. 308 vom 27. Februar 2012 durch das aktuell gültige IV-Rundschreiben Nr. 362 vom 23. März 2017 ersetzt und die zeitliche Begrenzung auf acht Stunden pro Tag bei dauernder Bereitschaft zur medizinischen Notfallintervention in Nachachtung des bundesgerichtlichen Urteils angepasst. Weiterhin enthält das IV-Rundschreiben Nr. 362 vom 23. März 2017 aber die Begrenzung von medizinischen

Massnahmen im Sinne von Art. 13 f. IVG auf Massnahmen der Abklärung und Beratung sowie Untersuchung und Behandlung, welche grundsätzlich mit den Umschreibungen gemäss Art. 7 Abs. 2 lit. a und b KLV übereinstimmen. 4.4.2. Medizinische Massnahmen nach Art. 14 Abs. 1 lit. a IVG, welche nach Massgabe von Art. 13 Abs. 1 IVG von der Invalidenversicherung zu übernehmen sind, umfassen also die Behandlung durch einen Arzt selbst oder auf dessen Anordnung hin durch medizinische Fachpersonen in Anstalts- oder Hauspflege. Damit deckt die Invalidenversicherung die therapeutische Behandlung ab (siehe BGE 136 V 209 E.10 f.) und dafür hat die Invalidenversicherung im notwendigen und durch einen Arzt verordneten Umfang nach Massgabe von Art. 13 Abs. 1 und Art. 14 Abs. 1 lit. a IVG (vollständig) aufzukommen (Urteile des Bundesgerichts 8C_229/2018 vom 28. Januar 2019 E.5.2.2, 9C_270/2016, 9C_299/2016 vom 13. Februar 2017 E.4.4 und 9C_46/2017 vom 6. Juni 2017 E.3.1 ff.).

E. 4.5

Leistungen der Invalidenversicherung für die Betreuung hilfloser Minderjähriger sind seit der 4. IV-Revision bei gegebenen Voraussetzungen die

- 21 - Hilflösenentschädigung sowie der Intensivpflegezuschlag, denn gemäss klarer Absicht des Gesetzgebers sollen seit der 4. IV-Revision bei der Hauspflege ausschliesslich Vorkehrungen als medizinische Massnahmen gelten, die eine spezifische medizinische Qualifikation erfordern (BGE 136 V 209 E.10 ff., vgl. auch Urteil des Bundesgerichts 8C_229/2018 vom 28. Januar 2019 E.5.2.2). Die Grundpflege gemäss Art. 7 Abs. 2 lit. c KLV kann hingegen nicht gestützt auf Art. 13 Abs. 1 und Art. 14 Abs. 1 lit. a IVG durch die Invalidenversicherung finanziert werden (Urteil des Bundesgerichts 9C_370/2018 vom 21. September 2018 E.3.2.2).

E. 4.6

In den nachfolgenden Erwägungen ist näher auf die intersystemische Leistungskoordination gemäss Art. 63 ff. ATSG (Erwägung 4.6.1) sowie die Kongruenz von Leistungen gemäss Art. 7 Abs. 2 KLV mit Leistungen der Invalidenversicherung bei Geburtsgebrechen unter Mitberücksichtigung des Überentschädigungsverbots gemäss Art. 69 ATSG (Erwägungen 4.6.2 - 4.6.4) einzugehen.

E. 4.6.1

Gemäss Art. 64 Abs. 1 ATSG gilt für gesetzlich umschriebene Heilbehandlungen das absolute Prioritätsprinzip, wonach diese ausschliesslich von einer einzigen Sozialversicherung übernommen werden. Darunter können auch Pflegemassnahmen fallen (siehe KIESER, a.a.O., Art. 64 Rz. 10; vgl. dazu Art. 14 Abs. 1 lit. a IVG und Art. 25a KVG). Die Leistungsreihenfolge richtet sich nach Art. 64 Abs. 2 ATSG, wonach die Invalidenversicherung (lit. c) vor der Krankenversicherung (lit. d) ausschliesslich für Heilbehandlungen leistungspflichtig wird. Bei anderen Sachleistungen ausserhalb des Bereiches der Heilbehandlungen, namentlich Hilfsmitteln oder Eingliederungsmassnahmen, gehen diese nach den Bestimmungen der jeweiligen Einzelgesetze und, soweit vorliegend von Interesse, prioritär ebenfalls zu Lasten der Invalidenversicherung (Art. 65 lit. b ATSG) und bloss ergänzende Sachleistungen gehen zu Lasten der Krankenversicherung (Art. 65 lit. c ATSG; vgl. zum Ganzen KIESER, Bundesgesetz über den Allgemeinen

- 22 - Teil des Sozialversicherungsrechts [nachfolgend: ATSG], in: MEYER [Hrsg.], Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Band XIV, Soziale Sicherheit, 3. Aufl., Basel 2016, S. 369 ff. Rz. 398 ff.). Eine Leistungspflicht der Invalidenversicherung betreffend medizinische Massnahmen gemäss Art. 13 f. IVG muss die Leistungspflicht der obligatorischen Krankenversicherung für gleichartige Leistungen gestützt auf Art. 64 Abs. 2 ATSG bzw. Art. 110 KVV aus koordinationsrechtlicher Sicht ausschliessen, womit keine subsidiäre Leistungspflicht der obligatorischen Krankenversicherung entstehen kann (siehe EUGSTER, Krankenversicherung, in: MEYER [Hrsg.], a.a.O., S. 504 f. Rz. 321 f.). Die bundesgerichtliche Rechtsprechung zu Art. 27 KVG, wonach diese Bestimmung nicht ausschliesse, dass Krankenpflegeleistungen nach Art. 7 KLV auch an Personen erbracht würden, welche Leistungen nach Art. 13 f. IVG bezögen (vgl. dazu vorstehende Erwägung 4.2), kann nichts daran ändern, dass hinsichtlich gleichartiger, durch medizinische Fachpersonen vorgenommene medizinisch-therapeutische (Spitex-) Massnahmen ausschliesslich die Invalidenversicherung nach Massgabe von Art. 13 f. IVG aufzukommen hat. Dies gilt umso mehr, als dass das Bundesgericht gemäss aktueller Rechtsprechung keine zeitliche Beschränkungen der medizinischen Massnahmen nach Art. 13 f. IVG (mehr) als zulässig erachtet (Urteil des Bundesgerichts 9C_46/2017 vom 6. Juni 2017 E.3.1 m.H.a. 9C_270/2016, 9C_299/2016 vom 13. Februar 2017 E.4.4) und Krankenpflegeleistungen nach Art. 7 KLV auch die Grundpflege nach Art. 7 Abs. 2 lit. c KLV umfassen. Leistungen bei Geburtsgebrechen behandelt das Bundesgericht in koordinationsrechtlicher Hinsicht als Anwendungsfall von Art. 64 ATSG, auch wenn sie aufgrund der Gesetzssystematik des IVG eigentlich Eingliederungsmassnahmen darstellten. Dies weil die Leistungen der Invalidenversicherung bei Geburtsgebrechen ungeachtet der Gesetzssystematik als eine Art Krankenversicherung zu betrachten seien (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_886/2010 vom 10. Juni 2010 E.4.3 m.H.a. BGE 134 V 1).

- 23 - Wie für die Heilbehandlung in Art. 64 Abs. 1 ATSG wird in Art. 66 Abs. 3 ATSG für die Hilflosenentschädigung eine absolute Prioritätenordnung festgelegt, wobei aber zu beachten ist, dass das KVG gar keine solche Leistung vorsieht (vgl. KIESER, a.a.O., Art. 66 Rz. 32 ff.). Art. 63 ff. ATSG betreffen die intersystemische Leistungskoordination, welche durch das Kongruenzprinzip bestimmt wird. Demnach werden diejenigen Leistungen koordiniert, deren Ausrichtung auf dasselbe Ereignis zurückgeht, welche derselben anspruchsberechtigten Person gewährt werden und welche sachlich und allenfalls zeitlich kongruent sind. In Nachachtung des Prinzips der sachlichen Kongruenz sind Leistungen gleicher Art und Zwecks zu koordinieren. Diese Betrachtungsweise wird den Art. 64 bis 66 ATSG hinsichtlich Heilbehandlung, anderen Sachleistungen, Renten und Hilflosenentschädigungen zugrunde gelegt.

E. 4.6.2

Im Geltungsbereich der bis zum 31. Dezember 2010 in Kraft stehenden Pflegefinanzierung stellte das Bundesgericht fest, dass Behandlungspflege nach Art. 7 Abs. 2 lit. b KLV nicht kongruent mit der Hilflosenentschädigung und dem Intensivpflegezuschlag sei (Urteil des Bundesgerichts 9C_43/2012 vom 12. Juli 2012 E.2 und 4.1.2 m.H.a. 9C_886/2010 vom 10. Juni 2011 E.4.4.4 und BGE 125 V 297 E.5b). Bei diesem Urteil ist zu beachten, dass die dortigen Spitexpflegeleistungen ("Behandlungspflege", "Nachtwache") anscheinend im Einklang mit BGE 136 V 209 nicht von der Invalidenversicherung zu übernehmen waren. Mit dem Urteil des Bundesgerichts 9C_270/2016, 9C_299/2016 vom 13. Februar 2017,

wonach die Invalidenversicherung sämtliche Kinderspitexleistungen zu übernehmen habe, wenn sie die Voraussetzungen nach Art. 13 Abs. 1 und Art. 14 Abs. 1 lit. a IVG erfüllten (vgl. dazu BGE 136 V 209) und Gesichtspunkte der Leistungscoordination, der Überentschädigung sowie Praktikabilitätsüberlegung zwar wichtig, aber nicht ausschlaggebend für eine zeitliche Begrenzung sein könnten (vgl. dazu Urteil des Bundesgerichts 9C_270/2016,

- 24 - 9C_299/2016 vom 13. Februar 2017 E.4.4), hat sich hinsichtlich der Kongruenzbeurteilung nichts geändert.

E. 4.6.3

In Art. 69 Abs. 1 ATSG wird grundsätzlich festgelegt, dass das Zusammen treffen von Leistungen verschiedener Sozialversicherungen nicht zu einer Überentschädigung der berechtigten Person führen darf, wobei bei der Berechnung der Überentschädigung nur Leistungen gleicher Art und Zweckbestimmung (Kongruenzprinzip) berücksichtigt werden. Abs. 2 hingegen lässt hinsichtlich der Überentschädigungsgrenze aber auch nicht kongruente Bereiche zusammenfallen (vgl. KIESER, a.a.O., Art. 69 Rz. 17 ff.). Das Bundesgericht hielt für den Bereich der Krankenversicherung unter Verweis auf den Grundsatz von Art. 69 Abs. 1 ATSG und Art. 122 Abs. 1 lit. b KVV im Urteil 9C_43/2012 vom 12. Juli 2012 und unter der Geltung der altrechtlichen Pflegefinanzierung fest, dass eine Überentschädigung vorliege, wenn die Sozialversicherungsleistungen für denselben Gesundheitsschaden die entstandenen Pflegekosten und andere ungedeckte Krankheitskosten überstiegen. Leistungen der Grundpflege gemäss Art. 7 Abs. 2 lit. c KLV seien aber gegenüber der mit der Hilflosenentschädigung und dem Intensivpflegezuschlag abgegoltenen ständigen und besonders aufwendigen Pflege weitgehend gleichartig. Dem sei unter dem Titel der Überentschädigung Rechnung zu tragen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_43/2012 vom 12. Juli 2012 E.2 m.H.a. 9C_886/2010 vom 10. Juni 2010 E.4.4.4, wobei das Bundesgericht im letztgenannten Urteil eigentlich eine weitestgehende materielle Überschneidung der Hilflosenentschädigung und des Intensivpflegezuschlages mit Art. 7 Abs. 2 lit. b und c KLV festhielt). Im Urteil 9C_886/2010 vom 10. Juni 2010 ging das Bundesgericht aber nicht nur von einer Kongruenz zur ständigen und besonderen aufwendigen Pflege nach Art. 37 Abs. 3 lit. c IVV aus, sondern erkannte auch eine Kongruenz zur Voraussetzung des Intensivpflegezuschlages nach Art. 39 Abs. 2 IVV, wonach nur ein Mehrbedarf im Vergleich zu nicht behinderten Minderjährigen bei der Behandlungs- und Grundpflege anrechenbar ist.

- 25 -

E. 4.6.4

Zumindest hinsichtlich der Grundpflege nach Art. 7 Abs. 2 lit. c KLV besteht somit eine weitgehende Gleichartigkeit zur Hilflosenentschädigung bzw. dem Intensivpflegezuschlag, welche zwar gemäss BGE 125 V 297 E.5b nicht zu einer vollen Anrechnung der Hilflosenentschädigung bzw. des Intensivpflegezuschlages berechtigt, aber doch unter dem Aspekt einer Überentschädigung zu berücksichtigen ist (Urteil des Bundesgerichts 9C_43/2012 vom 12. Juli 2012 E.2 m.H.a. 9C_886/2010 vom 10. Juni 2010 E.4.4.4; vgl. zur Koordination des Intensivpflegezuschlages mit medizinischen Massnahmen nach Art. 13 f. IVG: Art. 39 Abs. 2 IVV). Die Behandlungspflege gemäss Art. 7 Abs. 2 lit. b KLV sowie die Massnahmen nach Art. 7 Abs. 2 lit. a KLV erachtet das Bundesgericht hingegen nicht als kongruent zur Hilflosenentschädigung und dem Intensivpflegezuschlag, womit

die Behandlungspflege mangels Kongruenz nicht in die Überentschädigungsberechnung einzubeziehen ist (Urteil des Bundesgerichts 9C_43/2012 vom 12. Juli 2012 E.4.1.2; 9C_886/2010 vom 10. Juni 2010 E.4.4.3 m.H.a. BGE 125 V 297 E.5b).

E. 4.7

Im Ergebnis kann vorliegend also für Massnahmen der Abklärung und Beratung sowie Massnahmen der Untersuchung und Behandlung (Behandlungspflege) kein Fall einer Vorleistungspflicht zulasten der Beschwerdeführerin angenommen werden, weil die IV-Stelle für die mit den medizinischen Massnahmen gemäss Art. 14 f. IVG fast deckungsgleichen Pflege-massnahmen nach Art. 7 Abs. 2 lit. a und b KLV im Bereich der Kinderspitex (vgl. dazu IV-Rundschreiben Nr. 362 vom 23. März 2017 S. 1-3), (zumindest) nach Massgabe des IV-Rundschreibens Nr. 362 vom 23. März 2017 im notwendigen Umfang aufzukommen hat (vgl. dazu Urteil des Bundesgerichts 9C_270/2016, 9C_299/2016 vom 13. Februar 2017 E.4.4 und 9C_46/2017 vom 6. Juni 2017 E.3.1 ff., wonach die Übernahme der einzelnen Kinderspitexleistungen durch die Invalidenversicherung sich an der Erfüllung der Voraussetzungen von Art. 13 Abs. 1 und Art. 14 Abs. 1 lit. a IVG

- 26 - messe, die betreffenden Kinderspitexleistungen also insbesondere medizinische Massnahmen im Sinne von BGE 136 V 209 darstellen müssten). Im vorliegenden Fall hat die IV-Stelle den maximal zu vergütenden effektiven Zeitaufwand ab dem 1. Januar 2017 bis zum 30. Juni 2017 (siehe Bg-act. IV 17) bzw. vom 1. Juli 2017 bis zum 28. Februar 2018 denn auch zutreffend auf drei Stunden pro Monat für Beratung und Instruktion der Eltern sowie 39 Stunden pro Woche für Untersuchung und Behandlung festgesetzt (siehe IV-act. 257 sowie VGU S 17 161 vom 13. Februar 2018, bestätigt mit Urteil des Bundesgerichts 9C_370/2018 vom 21. September 2018). Seit jeher hat die IV-Stelle also den Anspruch der Beschwerdeführerin auf die notwendigen Massnahmen für Abklärung und Beratung sowie Untersuchung und Behandlung im Sinne der IV-Rundschreiben Nr. 308 und 362 nicht bestritten, sondern anerkannte bloss den in der ärztlichen Verordnung vom 10. Februar 2017 ab dem 1. Januar 2017 geltend gemachten Pflegeaufwand des Vereins C._____ nicht im vollen Umfang (vgl. IV-act. 203). Daneben hatte die IV-Stelle der Beschwerdeführerin bereits mit Verfügung vom 5. September 2016 eine Hilflosenentschädigung mittleren Grades ab dem 1. Mai 2016 zugesprochen (IV-act. 174). Unter Anrechnung der externen medizinischen Pflege bestand hingegen kein Anspruch auf einen Intensivpflegezugschlag. Dies wurde mit IV-Mitteilung vom 11. Oktober 2017 bis zum 1. Juli 2018 (Revisionszeitpunkt) bestätigt (IV-act. 250). Für Grundpflegeleistungen im Sinne von Art. 7 Abs. 2 lit. c KLV, für deren Erbringung keine spezifische medizinische Ausbildung im Sinne von Art. 14 Abs. 1 lit. a IVG und Art. 2 Abs. 3 GgV notwendigerweise vorausgesetzt wird (vgl. dazu BGE 136 V 209 E.7 und 10 ff. m.H.a. BGE 121 V 8 E.5a), ist unter dem Titel einer Vorleistungspflicht von der obligatorischen Krankenversicherung aber ebenfalls keine Kostengutsprache erhältlich. Solche Spitexleistungen sind von der Invalidenversicherung gerade nicht unter dem

- 27 - Titel der medizinischen Massnahmen gemäss Art. 13 f. IVG zu übernehmen (explizit Urteil des Bundesgerichts 9C_370/2018 vom 21. September 2018 E.3.2.2; vgl. auch BGE 136 V 209 E.8 ff.), womit auch keine Streitigkeiten über die Zuständigkeit für diese (Sach-)Leistungen entstehen können und sich somit die Frage der Vorleistungspflicht der obligatorischen Krankenversicherung gegenüber der Invalidenversicherung nicht stellen kann. Die Hilflosenentschädigung und der

Intensivpflegezuschlag der Invalidenversicherung (vgl. Art. 42 ff. IVG und Art. 36 ff. IVV) sind nach bundesgerichtlicher Rechtsprechung zwar nicht vollständig, aber doch weitgehend kongruent zu Grundpflegeleistungen nach Art. 7 Abs. 2 lit. c KLV bzw. setzen weitgehend gleichartige Betreuungsbedürfnisse der anspruchsberechtigten Person voraus (Urteil des Bundesgerichts 9C_43/2012 vom 12. Juli 2012 E.2 m.H.a. 9C_886/2010 vom 10. Juni 2010 E.4.4.4). Auch wenn die Hilflosenentschädigung sowie ein allfälliger Intensivpflegezuschlag nicht vollständig an Krankenpflegeleistungen der obligatorischen Krankenversicherung angerechnet werden, sind entsprechende Leistungen zumindest im Rahmen einer Überentschädigungsberechnung zu berücksichtigen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_886/2010 vom 10. Juni 2011 E.4.4.3 ff. m.H.a. BGE 125 V 297 E.5b und BGE 127 V 94 E.3d). Damit fehlt es aber infolge der intersystemischen Koordination (vgl. dazu Art. 63 Abs. 1 ATSG; KIESER, a.a.O., Art. 63 Rz. 14 und 42 ff.) im Ergebnis an einem Zuständigkeitskonflikt der für Sachleistungen in Art. 70 Abs. 2 lit. a ATSG vorleistungspflichtig erklärten obligatorischen Krankenversicherung mit der Invalidenversicherung (vgl. dazu KIESER, ATSG, in: MEYER [Hrsg.], a.a.O., S. 374 Rz. 422; KIESER, a.a.O., Art. 70 Rz. 2 ff.). Denn die vorliegend zu beurteilende Konstellation ist in tatsächlicher Hinsicht nicht vergleichbar mit derjenigen, wo die Kausalität eines Unfalles (vgl. dazu BGE 129 V 177 E.3) für einen Gesundheitsschaden (als Leistungsvoraussetzung für die Unfallversicherung) umstritten ist und somit beispielsweise auch die Zuständigkeit für die Kostenübernahme von einer notwendigen und ihrem Umfang nach unbestrittenen Heilbehandlung zwischen mehreren in Frage kom-

- 28 - menden Sozialversicherungsträgern im Sinne von Art. 70 Abs. 1 ATSG strittig ist, um beim klassischen Anwendungsfall für die Vorleistungspflicht nach Art. 70 Abs. 2 lit. a ATSG zu bleiben (siehe KIESER, a.a.O., Art. 70 Rz. 6 m.H.a. BGE 131 V 78). Vorliegend ist unstrittig und von der IV-Stelle anerkannt, dass (unter anderem) das behandlungsbedürftige Geburtsgebrechen Ziffer 212 vorliegt und sich die von der Beschwerdeführerin angeführten Zweifel bloss auf den Umfang der (Spitexpflege-)Leistungen beziehen und nicht auf die Frage der (grundsätzlichen) Leistungspflicht der IV-Stelle für die erforderlichen medizinischen Massnahmen im Sinne von Art. 13 f. IVG und Art. 2 Abs. 3 GgV.

E. 4.8

Damit ist nach dem Gesagten (Erwägungen 4.1 ff.) zusammenfassend festzuhalten, dass die Invalidenversicherung bei Geburtsgebrechen die medizinisch-therapeutische Behandlung(-spflege) also grundsätzlich durch die Zusprache von notwendigen, verordneten medizinischen Massnahmen im Sinne von Art. 13 f. IVG und Art. 2 Abs. 3 GgV, welche durch medizinisches Fachpersonal erbracht werden, abdeckt. Der (weitere) Betreuungsbedarf wird seit der 4. IV-Revision über die abgestufte Hilflosigkeitsentschädigung, allenfalls kombiniert mit einem Intensivpflegezuschlag, (zumindest teilweise) abgegolten (vgl. vorstehende Erwägungen 4.4.1 ff.; siehe auch BGE 136 V 209 E.10 ff.). Die Vorleistungspflicht gemäss Art. 70 Abs. 2 lit. a ATSG (vgl. auch Art. 113 KVV) kann für die vorliegend zu beurteilende Konstellation jedenfalls nicht dazu führen, dass die Beschwerdegegnerin (volle) Kostengutsprache für die Kinderspitexpflege im beantragten Umfang hätte gewähren müssen, weil nicht die Zuständigkeit für die Finanzierung von ambulanten Pflegemassnahmen an sich zweifelhaft war, sondern der Umfang der zuzusprechenden Kinderspitexleistungen zwischen der Beschwerdeführerin und der IV-Stelle strittig war.

- 29 - Die Beschwerdegegnerin konnte im Zeitpunkt des hier angefochtenen Einspracheentscheides also ohne weiteres eine Kostengutsprache für die (volle) Kostenübernahme unter dem Titel der Vorleistungspflicht für die verordneten Kinderspitexleistungen nach Art. 7 Abs. 2 lit. a – c KLV verneinen. Dies aufgrund der vorstehend dargestellten Rechtsprechung (vgl. vorstehende Erwägungen 4.6.1 ff.), wonach die Invalidenversicherung für medizinische Massnahmen durch medizinische Fachpersonen bei Geburtsgebrechen nach Art. 13 f. IVG ausschliesslich zuständig ist sowie den bisher durch die IV-Stelle in dieser Angelegenheit erlassenen Mitteilungen und Verfügungen mit Anerkennung einer grundsätzlichen und auch spezifisch festgelegten Leistungspflicht, welche der Beschwerdegegnerin im Wesentlichen bekannt waren (vgl. insb. Bg-act. IV 1, 5, 6, 8, 9, 10, 13, 14, 17). Schliesslich kommt noch dazu, dass die Beschwerdeführerin im Zeitpunkt des angefochtenen Einspracheentscheides erst dreijährig war und somit auch Art. 13 Abs. 1 IVG und Art. 27 KVG zu keiner Leistungspflicht der obligatorischen Krankenversicherung infolge Vollendung des 20. Altersjahres führen.

E. 4.9

Die von der Beschwerdeführerin, unter Berufung auf eine Vorleistungspflicht der Beschwerdegegnerin, im Ergebnis angestrebte (zumindest vorläufige) Kostenübernahme für Kinderspitexleistungen durch die Krankenversicherung kann auch aus weiteren Gründen nicht den von ihr beabsichtigten Zweck erreichen, nämlich, dass die Kinderspitexorganisation die gestellten Rechnungen durch die obligatorische Krankenversicherung (vollständig) bezahlt erhält. Denn gemäss Art. 71 ATSG erbringt ein vorleistungspflichtiger Versicherungsträger Leistungen nach den für ihn geltenden Bestimmungen (KIESER, ATSG, in: MEYER [Hrsg.], a.a.O., S. 374 Rz. 423; KIESER, a.a.O., Art. 71 Rz. 3; BGE 143 V 312 E.3.2 m.H.a. BGE 131 V 78 E.2). Bei nicht durch die Invalidenversicherung gedeckten Geburtsgebrechen, übernimmt die obli-

- 30 - gatorische Krankenversicherung die Kosten für die gleichen Leistungen wie bei Krankheit (Art. 27 KVG) und nach Art. 52 Abs. 2 KVG werden für Geburtsgebrechen die zum Leistungskatalog der Invalidenversicherung gehörenden therapeutischen Massnahmen (Analysen und Arzneimittel, Mittel und Gegenstände gemäss Überschrift von Art. 52 KVG) in die Erlasse und Listen nach Abs. 1 aufgenommen (vgl. auch Art. 35 KVV). Diese Bestimmungen bezwecken in erster Linie eine Regelung, wonach die obligatorische Krankenversicherung die Invalidenversicherung bei Geburtsgebrechen nach Art. 13 Abs. 2 IVG bzw. GgV ablöst, sobald die Invalidenversicherungen altersbedingt keine Leistungen mehr übernehmen, das fragliche Geburtsgebrechen aus der Liste der Geburtsgebrechen gemäss Anhang-GgV gestrichen worden ist oder die versicherte Person die versicherungsmässigen Voraussetzungen nach Art. 6 Abs. 2 und Art. 9 Abs. 3 IVG nicht erfüllt. Art. 27 KVG führt aber nicht dazu, dass die obligatorische Krankenversicherung genau dieselben Leistungen wie die Invalidenversicherung zu erbringen hat, sondern es ist der Leistungskatalog der obligatorischen Krankenversicherung massgebend (vgl. auch Art. 34 KVG). Das KVG privilegiert Geburtsgebrechen, mit der Ausnahme von Art. 52 Abs. 2 KVG hinsichtlich Analysen und Arzneimittel, Mittel und Gegenstände, nicht (vgl. zum Ganzen EUGSTER, Krankenversicherung, in: MEYER [Hrsg.], a.a.O., S. 504 f. Rz. 321 f. und S. 632 Rz. 727 f.; siehe auch BGE 142 V 425 E.5 ff.). Dies bedeutet aber auch, dass die Beschwerdegegnerin seit der Neuordnung der Pflegefinanzierung per 1. Januar 2011 Pflegeleistungen im Sinne von Art. 7 KLV nur noch nach Massgabe von Art. 25a Abs. 1 KVG mit einem Beitrag unterstützt (vgl. auch zur

Neuordnung der Pflegefinanzierung: BGE 144 V 280 E.3 ff.). Die Botschaft zum Bundesgesetz über die Neuordnung der Pflegefinanzierung (BBl 2005 2033 ff.) hält bezüglich der Ausgangslage hinsichtlich Heilbehandlungen fest, dass bei Vollendung des 20. Lebensjahres die zur Behandlung eines Geburtsgebrechens notwendigen medizinischen Massnahmen durch die obligatorische Krankenversicherung im Rahmen des KVG übernommen würden (BBl 2005 2044).

- 31 - Im Rahmen der Neuordnung der Pflegefinanzierung wurden hinsichtlich der therapeutischen Zwecken dienenden Mittel und Gegenstände gemäss Leistungskatalog des KVG bei Art. 52 Abs. 2 KVG weder Anpassungsbedarf erkannt bzw. Änderungen beabsichtigt noch beschlossen (vgl. BBl 2005 2044 f. und 2095 ff. und BBl 2008 3517 ff.). Der Beitrag der obligatorischen Krankenversicherung an Pflegeleistungen nach Art. 7 KLV beträgt gemäss Art. 7a Abs. 1 KLV für Leistungserbringer nach Art. 7 Abs. 1 lit. a und b KLV für Leistungen nach Art. 7 Abs. 2 KLV zwischen Fr. 54.60 pro Stunde (Massnahmen der Grundpflege) und Fr. 79.80 pro Stunde (Massnahmen für Abklärung, Beratung und Koordination). Die diesen Betrag übersteigenden Kosten sind anteilmässig durch die versicherte Person nach Massgabe von Art. 25a Abs. 5 KVG bzw. dem kantonalen Ausführungsrecht sowie dem Gemeinwesen zu tragen, wobei sich dies ebenfalls nach dem kantonalen Ausführungsrecht richtet. Damit bestünde gegenüber der Beschwerdegegnerin in jedem Fall bloss ein allfälliger Anspruch auf einen (Teil-)Beitrag gemäss Art. 7a Abs. 1 KLV und nicht auch für die darüber hinausgehenden (ambulanten) Pflegekosten. 5. Die beschwerdeführerischen Vorbringen betreffend eine Kostenübernahme der strittigen Kinderspitexleistungen unter dem Titel der Vorleistungspflicht des obligatorischen Krankenversicherers erweisen sich somit insgesamt als unbegründet und die Beschwerde ist diesbezüglich abzuweisen. 6. Aus den vorstehenden Erwägungen 4.4.1 ff. ergibt sich hingegen, dass sich vorliegend die Frage nach einer subsidiären/ergänzenden Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin mangels vollständiger Kongruenz zur Hilflosenentschädigung immerhin bezüglich Grundpflegeleistungen nach Art. 7 Abs. 2 lit. c KLV stellen kann (vgl. insbesondere vorstehende Erwägungen 4.6.1 ff.). Dies neben der durch die IV-Stelle seit 1. Mai 2016 zugesprochenen Hilflosenentschädigung mittleren Grades (siehe IV-act. 174). Diese

- 32 - Ansicht vertritt auch das BSV im IV-Rundschreiben Nr. 362 vom 23. März 2017 (siehe S. 4 des erwähnten Rundschreibens), wenn es ausführt, dass die Hilflosenentschädigung und der Intensivpflegezuschlag unabhängig von Krankenkassenleistungen ausgerichtet würden und eine allfällige Überentschädigung durch die Krankenkasse zu prüfen sei.

E. 5

Mit Entscheid vom 26. September 2017 wies die D._____ die Einsprache ab. Dabei führte sie aus, dass die Erteilung einer Kostengutsprache bzw. Kostenübernahme für Kinderspitexleistungen durch die D._____ (momentan) weder unter dem Titel einer Vorleistungspflicht, noch aufgrund der geltenden gemachten subsidiären Leistungspflicht der Krankenversicherung in Betracht komme.

E. 6

Gegen den Einspracheentscheid vom 26. September 2017 erhob A._____ (nachfolgend: Beschwerdeführerin), gesetzlich vertreten durch ihre Eltern und diese wiederum vertreten durch B._____, einzelzeichnungsberechtigtes Mitglied des Vereins C._____, mit Eingabe

vom 27. Oktober 2017 Be-

- 5 - schwerde beim Verwaltungsgericht des Kantons Graubünden. Sie stellte dabei die folgenden Rechtsbegehren: "A Es sei Kostengutsprache gemäss unbefristeter Bedarfsmeldung ab dem 1. Januar 2017 zu erteilen und anzuerkennen, dass die D. _____ vorleis- tungspflichtig ist für alle KLV-Pflichtleistungen, soweit diese von der IV noch nicht rechtskräftig verfügt sind. B Es sei anzuerkennen, dass die D. _____ subsidiär leistungspflichtig zu IV ist für alle KLV-Pflichtleistungen, soweit diese von der IV nicht verfügt wur- den. C Dem Beschwerdeführer sei eine angemessene Nachfrist zu einer ergän- zenden Beschwerdebegründung sowie Nachreichung entsprechender Ak- ten einzuräumen. D Unter Kosten- und Entschädigungsfolge." Zur Begründung wurde ausgeführt, dass in jedem Fall eine vor- oder sub- sidiäre Leistungspflicht des (obligatorischen) Krankenversicherers be- stehe, solange die Kostenübernahme der (Kinder-)Spitexleistungen durch die Invalidenversicherung nicht rechtskräftig verfügt worden sei. Es müsse für die Leistungserbringer Rechtssicherheit geschaffen werden und es gehe nicht an, dass in jedem einzelnen Fall das Recht erstritten werden müsse.

E. 6.1

In der Verordnung des die Beschwerdeführerin behandelnden Kinderarztes vom 12. Januar 2017 inkl. den dazugehörigen Leistungsplanungsblättern sind bezüglich Grundpflegeleistungen nach Art. 7 Abs. 2 lit. c KLV ver- schiedene Leistungen für den Vormittag- und den Nachmittagseinsatz mehrmals pro Woche aufgeführt. In den Akten findet sich auch noch ein bezüglich Grundpflege ergänztes Leistungsplanungsblatt vom 13. März 2017 für Nachteinsätze. Im Ergebnis liegt ein unbefristet verordneter Grundpflegebedarf von 11 Stunden pro Woche ab 1. Januar 2017 vor (siehe zum Ganzen Bg-act. 1). Als durch die Spitex auszuführende Leis- tungen werden im Wesentlichen Tätigkeiten umschrieben, welche gemäss Art. 37 IVV zu den alltäglichen Lebensverrichtungen gehören. Der Ab- klärungsbericht bzw. Antrag der Abklärungsperson betreffend Hilflosenent- schädigung vom 13./14. Juli 2016, gestützt auf welchen die IV-Stelle der Beschwerdeführerin mit Verfügung vom 5. September 2016 ab 1. Mai 2016 bis zur vorgesehenen Revision am 30. Juni 2017 neu eine Hilflosenent- schädigung mittleren Grades zusprach (siehe Bg-act. IV 12 und 13; IV- act. 169, 170 und 174), wies eine regelmässige und erhebliche Hilfe in den alltäglichen Lebensbereichen Essen, Fortbewegung und Kontaktauf- nahme, Aufstehen/Absitzen/Abliegen sowie Bedarf nach persönlicher Überwachung und medizinisch-pflegerischer Hilfe aus. Eine altersbedingte Hilfsbedürftigkeit wurde bei An- und Auskleiden, Körperpflege und Verrich- tung der Notdurft festgestellt. Gemäss Abklärungsbericht bzw. dem Ent- scheid zum Abklärungsbericht betreffend Hilflosenentschädigung vom 11./27. bzw. 27./29. September 2017 (IV-act. 247 und 251) wurde nunmehr eine selbständige Ausführung der Lebensverrichtung Aufstehen/Absit-

- 33 - zen/Abliegen per Januar 2017 beschrieben. Eine altersbedingte Hilfsbe- dürftigkeit bestand nur noch hinsichtlich der Körperpflege. Eine erhebliche und regelmässige Hilfsbedürftigkeit wurde hingegen zusätzlich in Bezug auf An- und Auskleiden sowie Verrichtung der Notdurft (beide ab Juli 2017) angenommen, was im Ergebnis weiterhin zu einer Hilflosenentschädigung mittleren Grades berechnete und mit Mitteilung vom 11. Oktober 2017 von der IV-Stelle mit Revision per 1. Juli 2018 entsprechend bestätigt wurde (siehe IV-act. 250).

E. 6.2

Aufgrund der materiell weitgehend übereinstimmenden Hilfestellungen bei alltäglichen Lebensverrichtungen zu Gunsten der Beschwerdeführerin, welche ab dem 1. Mai 2016 Anspruch auf eine Hilflosenentschädigung mittleren Grades ergaben und in der Verordnung von Dr. med. E._____ vom 12. Januar 2017 auch gegenüber der Beschwerdegegnerin als Pflichtleistungen nach Art. 7 Abs. 2 lit. c KLV geltend gemacht wurden (Bg-act. 1), ist von weitgehend kongruenten Leistungen auszugehen, welche nach Massgabe des Urteils des Bundesgerichts 9C_886/2010 vom 10. Juni 2010 unter dem Gesichtspunkt einer Überentschädigung gemäss Art. 69 ATSG und Art. 122 KVV durch die Beschwerdegegnerin zu prüfen sind (vgl. dazu auch BGE 127 V 94). In den vorstehenden Erwägungen 4.4.1 f. wurde bereits dargelegt, welche Leistungen die IV-Stelle gestützt auf Art. 13 f. IVG als medizinische Massnahmen zu übernehmen hat. Der Ansicht der Beschwerdegegnerin kann nicht gefolgt werden, soweit sie aus dem Urteil des Bundesgerichts 9C_270/2016, 9C_299/2016 vom 13. Februar 2017 ableitet, dass die IV-Stelle für die "vollumfängliche Vergütung sämtlicher notwendiger medizinischer Behandlungs- und Pflegekosten" aufzukommen habe, weil Art. 13 IVG den Zweck habe, sämtliche Pflegekosten abzudecken. In der fraglichen Textstelle im Urteil des Bundesgerichts 9C_270/2016, 9C_299/2016 vom 13. Februar 2017 gab das Bundesgericht nur die von der dortigen Vorinstanz vertretene Ansicht wieder (siehe Urteil des Bundesgerichts 9C_270/2016, 9C_299/2016 vom 13. Februar 2017

- 34 - E.4.2). Streitgegenstand in jenem Verfahren war aber nur die Frage, ob die Begrenzung des maximal anrechenbaren Zeitaufwandes hinsichtlich einer als Massnahme der Untersuchung und Behandlung zu qualifizierenden medizinischen Massnahme im Sinne von Art. 13 f. IVG (24-stündige Bereitschaft pro Tag zur Notfallintervention) gemäss IV-Rundschreiben Nr. 308 zulässig sei oder nicht. Dass damit eine Abkehr von der Rechtsprechung gemäss BGE 136 V 209 erfolgen sollte, ergibt sich aber keineswegs aus dem erwähnten Urteil. Vielmehr wurde in einem ebenfalls die Beschwerdeführerin betreffenden Urteil bezüglich Leistungen der Invalidenversicherung nach Art. 13 f. IVG vom Bundesgericht explizit festgehalten, dass die Grundpflege gemäss Art. 7 Abs. 2 lit. c KLV nicht in Anwendung von Art. 13 und Art. 14 Abs. 1 lit. a IVG durch die Invalidenversicherung vergütet werden könne (Urteil des Bundesgerichts 9C_370/2018 vom 21. September 2018 E.3.2.2). Insofern gehen die impliziten Ausführungen der Beschwerdegegnerin im angefochtenen Einspracheentscheid fehl, wonach die IV-Stelle auch für Grundpflegeleistungen nach Art. 7 Abs. 2 lit. c KLV aufzukommen habe und die Beschwerdegegnerin somit auch keine subsidiäre/ergänzende Leistungspflicht treffe.

E. 6.3

Vielmehr hat die Beschwerdegegnerin bezüglich der Grundpflege im Sinne von Art. 7 Abs. 2 lit. c KLV zu prüfen, ob diese, ab dem 1. Januar 2017 verordneten, pflegerischen Massnahmen den allgemeinen Voraussetzungen für Leistungen der obligatorischen Krankenversicherung entsprechen (vgl. dazu etwa Art. 32 und 56 KVG). Bei grundsätzlich gegebenen Leistungsvoraussetzungen gemäss KVG wäre noch zu prüfen, ob nicht durch die Kumulation dieser Leistungen nach KVG mit denjenigen der Hilflosenentschädigung mittleren Grades eine Überentschädigung im Sinne von Art. 69 ATSG und Art. 122 KVV vorliegt. Dabei werden für den jeweils massgeblichen Zeitpunkt auch zwischenzeitliche Veränderungen bei der Hilflosenentschädigung, ein allenfalls gewährter Intensivpflegezuschlag sowie unter Umständen auch Änderungen im Umfang der durch die

IV-

- 35 - Stelle nach Massgabe von Art. 13 f. IVG zugesprochenen pflegerischen Massnahmen zu berücksichtigen sein. Die Angelegenheit ist zu diesem Zweck an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit sie die entsprechenden Abklärungen vornehme und hernach neu entscheide. 7. Zusammenfassend kann somit festgehalten werden, dass im vorliegenden Fall für Krankenpflegeleistungen nach Art. 7 Abs. 1 lit a und b KLV, also Massnahmen der Abklärung und Beratung sowie Massnahmen der Untersuchung und Behandlung, weder unter dem Titel der Vorleistungspflicht, noch unter demjenigen einer ergänzenden Leistungspflicht die Beschwerdegegnerin zu einer Kostengutsprache oder der Anerkennung einer Leistungspflicht für die ärztlich verordneten Kinderspitexpflegeleistungen verpflichtet war. Denn die IV-Stelle hatte der Beschwerdeführerin im Zeitpunkt des angefochtenen Einspracheentscheides bereits medizinische Massnahmen im Sinne von Art. 13 f. IVG im Umfang von drei Stunden pro Monat für Abklärung und Beratung sowie 39 Stunden pro Woche für Untersuchung und Behandlung zugesprochen (vgl. IV-act. 228 und 257; siehe dazu auch vorstehende Erwägungen 4.3 ff.). Dass zwischen der Beschwerdeführerin und der IV-Stelle der Umfang der zu gewährenden medizinischen (Pflege-)Massnahmen nach Art. 13 f. IVG umstritten war, führt zu keinem anderen Ergebnis. Bezüglich Grundpflegeleistungen nach Art. 7 Abs. 2 lit. c KLV konnte sich die Frage einer Vorleistungspflicht der Beschwerdegegnerin ebenfalls nicht stellen, weil solche Leistungen nicht als medizinische Massnahmen im Sinne von Art. 13 f. IVG durch die Invalidenversicherung zu vergütet sind, womit diesbezügliche Zweifel über die Leistungspflicht im Sinne von Art. 70 Abs. 1 ATSG zwischen der IV-Stelle und der Beschwerdegegnerin ausgeschlossen sind. Daran ändert nichts, dass zwischen der Grundpflege im Sinne von Art. 7 Abs. 2 lit. c KLV sowie den Voraussetzungen für die Hilfenlosenentschädigung sowie eines allfälligen Intensivpflegezuschlages eine

- 36 - weitgehende materielle Übereinstimmung besteht. Diesem Umstand ist gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung im Rahmen einer Überentschädigungsberechnung Rechnung zu tragen. Damit ist aber auch gesagt, dass neben der durch die IV-Stelle ab dem 1. Mai 2016 gewährten Hilfenlosenentschädigung mittleren Grades (vgl. IV-act. 174, 250) im Rahmen der erwähnten Überentschädigungsrechtsprechung allenfalls noch Raum für die ergänzende Gewährung von Grundpflegeleistungen gemäss Art. 7 Abs. 2 lit. c KLV durch die Beschwerdegegnerin im Rahmen ihrer gesetzlichen Leistungspflicht (vgl. dazu insbesondere Art. 25a Abs. 1 KVG) verbleibt. Der angefochtene Einspracheentscheid vom 26. September 2017 kann somit nicht vollumfänglich geschützt werden und die Beschwerde erweist sich im Ergebnis insoweit als berechtigt, soweit sich die Beschwerdegegnerin auf den Standpunkt stellt, dass vor einem (rechtskräftigen) Entscheid der IV-Stelle für den massgebenden Zeitraum auch keine teilweise Leistungspflicht der obligatorischen Krankenversicherung geprüft werden könne. Der Einspracheentscheid ist aufzuheben und die Angelegenheit zu weiteren Abklärungen und neuem Entscheid im Sinne der Erwägungen 6.2 f. an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. 8. Gemäss Art. 61 lit. a ATSG ist das Verfahren vor dem kantonalen Versicherungsgericht für die Parteien in der Regel kostenlos. Dementsprechend werden vorliegend keine Gerichtskosten erhoben. 9. Gemäss Art. 61 lit. g ATSG hat die obsiegende beschwerdeführende Person einen Anspruch auf Ersatz ihrer Parteikosten. Diese werden vom Versicherungsgericht festgesetzt und ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und

der Schwierigkeit des Prozesses be- messen. Im Übrigen richtet sich die konkrete Bemessung der Parteien- tschädigung nach kantonalem Recht (Urteil des Bundesgerichts - 37 - 8C_98/2017 vom 27. Oktober 2017 E.4.2 und 9C_688/2009 vom 19. No- vember 2009 E.3.1.1 ff.). Die Rückweisung der Sache an den Versiche- rungsträger zur (erneuten) Abklärung mit noch offenem Ausgang gilt gemäss bundesgerichtlicher Praxis für die Verlegung der Parteikosten als Obsiegen der beschwerdeführenden Partei (siehe BGE 137 V 210 E.7.1, 132 V 215 E.6.2). Die nach Art. 61 lit. g ATSG zu entschädigenden Partei- kosten umfassen primär die Vertretungskosten, wozu die Entschädigung für die vertretende Person sowie ihre Barauslagen gehören (KIESER, a.a.O., Art. 61 Rz. 196). Mit Schreiben vom 7. Dezember 2017 wurde zur Substantiierung der Par- teikostenentschädigung eine Rechnung der F._____ eingereicht. Diese wies für den Zeitraum von Juli bis November 2017 für "Aktstudium und Erstellen von Beschwerdeschriften von G._____, lic. iur für die Kinderspi- tex" einen Zeitaufwand von sieben Stunden zu einem Stundenansatz von Fr. 120.-- aus (Fr. 840.-- + Fr. 67.20 [8 % MWST] = Fr. 907.20). Hinsichtlich des Zeitraums für die in Rechnung gestellten (externen) Leistungen ist dar- auf hinzuweisen, dass gemäss Art. 52 Abs. 3 ATSG für das Einsprachever- fahren in der Regel keine Parteientschädigungen ausgerichtet werden (vgl. dazu BGE 140 V 116 E.3.3, 130 V 570). Der Einspracheentscheid wurde aber erst am 26. September 2017 erlassen. Aus der erwähnten Rechnung ist somit insbesondere nicht ersichtlich, ob sich der externe Aufwand von sieben Stunden nur auf das vorliegende Verfahren beschränkt. Zudem ist der Inhalt der beschwerdeführerischen Stellungnahme vom 20. November 2017 gemäss vorstehenden Erwägungen 2.2 ff. unbeachtlich und war somit unnötig. Neben dem Studium des Einspracheentscheides und in gewissem Umfang der Akten, der insgesamt etwas mehr als drei Seiten umfassenden Beschwerde (inkl. Deckblatt) sowie dem Sistierungsbegehren vom 27. De- zember 2018, erscheint der für das vorliegende Verfahren getätigte Auf- wand als gering. Aufgrund der vorliegend eingereichten Rechnung vom 7. Dezember 2017, welche im Übrigen keinerlei Bezug zum vorliegenden

- 38 - Verfahren mittels Verfahrensnummer oder dem Namen der Beschwerde- führerin nimmt und auch nicht an die Beschwerdeführerin oder ihre Eltern adressiert ist, sondern an den Verein C._____, sind keine von der Be- schwerdeführerin bzw. ihren Eltern geschuldeten Vertretungskosten des gehörig bevollmächtigten Vertreters ausgewiesen, wobei sich ein entgeltli- ches, nichtanwaltliches Vertretungsverhältnis weder aus einer entspre- chenden Honorarvereinbarung, noch aus der Vollmacht vom 10. März 2017 (Bf-act. 1) ergibt (vgl. dazu auch Urteil des Bundesgerichts 9C_53/2013 vom 18. August 2017 E.3.3 m.H.a. KIESER, a.a.O., Art. 61 Rz 196). Ebenso wenig werden damit eigene, zu entschädigende Aufwen- dungen des die Rechtsschriften unterzeichnenden B._____ (Geschäftsfüh- rer bzw. einzelzeichnungsberechtigtes Mitglied des Vereins C._____) gel- tend gemacht, sondern es sind vielmehr (externe) Leistungen einer Juristin, welche im vorliegenden Verfahren aber nie als Vertreterin aufgetreten ist und auch keine Rechtsschriften unterzeichnet hat. In Anbetracht des somit nicht ausgewiesenen eigenen Aufwandes des namentlich bevollmächtigten Vertreters, des überhaupt sehr überschaubaren, anrechenbaren Aufwan- des für das vorliegende Verfahren sowie des Umstandes, dass in keiner Weise ersichtlich ist, dass die Beschwerdeführerin bzw. ihre Eltern der Ver- tretung im vorliegenden Verfahren ein Honorar schulden oder einen ent- sprechenden Vertretungsanspruch (nur) aufgrund eines entgeltlichen pri- vatrechtlichen Verhältnisses erworben hätten, ist im vorliegenden Fall von einer Parteientschädigung

abzusehen. Der Vollständigkeit halber wird auf die Doppelfunktion des in der Vollmachtsurkunde vom 10. März 2017 namentlich genannten Vertreters als Geschäftsführer bzw. einzelzeichnungsberechtigtes Mitglied des Vereins C._____ hingewiesen. Zum einen unterzeichnete er als Vertreter der Beschwerdeführerin bzw. deren Eltern die Eingaben im vorliegenden Verfahren. Zum anderen ist aufgrund der Akten erstellt, dass der Verein C._____ selber Leistungserbringer für die bei der Beschwerdegegnerin beantragten Leistungen ist (vgl. dazu Bg-act. 1).

- 39 - Demnach erkennt das Gericht:

E. 7

Am 30. Oktober 2017 teilte die zuständige Instruktionsrichterin dem Verein C._____ als Vertreter der Beschwerdeführerin mit, dass dem Begehren um Ansetzung einer angemessenen Nachfrist zur Ergänzung der Beschwerdebegründung sowie Nachreichung entsprechender Akten nicht entsprochen werden könne, denn die Beschwerde genüge den formellen Anforderungen gemäss Art. 61 lit. b ATSG. Im Rahmen eines allfälligen zweiten Schriftenwechsels biete sich die Gelegenheit zu weiteren Ausführungen und der Einreichung von Akten.

E. 8

In der Vernehmlassung vom 8. November 2017 beantragte die D._____ (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) die Abweisung der Beschwerde. Mangels Bezugnahme der Beschwerde vom 27. Oktober 2017 auf den angefochtenen Entscheid werde auf eine (inhaltliche) Stellungnahme verzichtet

- 6 - und auf den ausführlich begründeten Einspracheentscheid vom 26. September 2017 verwiesen. Mit Blick auf die verfahrensleitende Anordnung vom 30. Oktober 2017 gehe sie davon aus, dass eine zweite Eingabe der Beschwerdeführerin aus dem Recht gewiesen werde.

E. 9

Mit Verfügung vom 9. November 2017 wurde der Beschwerdeführerin die Vernehmlassung der Beschwerdegegnerin vom 8. November 2017 inkl. Beilagenverzeichnis zur Kenntnisnahme zugestellt. Auf die Anordnung eines zweiten Schriftenwechsels wurde verzichtet, aber der Beschwerdeführerin für die Einreichung einer freigestellten Stellungnahme zur Vernehmlassung eine Frist bis zum 21. November 2017 angesetzt.

E. 10

Am 20. November 2017 reichte die Beschwerdeführerin eine Stellungnahme ein. Darin wurde beantragt, die Beschwerde vom 27. Oktober 2017 vollumfänglich zu schützen. Zudem wurde insbesondere hervorgehoben, dass eine Verlängerung und Erhöhung der Kostengutsprache per 1. Juli 2017 bei der IV-Stelle hängig sei. Weil darüber noch nicht rechtskräftig entschieden worden sei, sei die Vor- bzw. subsidiäre Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin für nicht gedeckte KLV-Pflichtleistungen im Umfang gemäss Verordnung vom 13. Januar (recte 12. Januar) 2017 wieder aktuell.

E. 11

Nach Zustellung dieser Eingabe der Beschwerdeführerin an die Beschwerdegegnerin, stellte sich die Beschwerdegegnerin in der Eingabe vom 28. November 2017 auf den Standpunkt, dass diese "Replik" vom 20. November 2017 aus dem Recht zu weisen sei,

weil sie in ihrer Vernehmlassung vom 8. November 2017 auf eine inhaltliche Beschwerdeantwort verzichtet habe. Die in der "Replik" vom 20. November 2017 erwähnte Verfügung der IV-Stelle vom 12. Juni 2017 sei im Übrigen kein Novum, sondern sei im Einspracheentscheid bereits berücksichtigt worden.

- 7 -

E. 12

Januar 2017 ab dem 1. Januar 2017 (vorläufig oder definitiv und fortlaufend) zu übernehmen hat. Insofern kommt den weiteren Ausführungen in der (freigestellten) Stellungnahme der Beschwerdeführerin vom 20. November 2017 keine darüber hinausgehende Bedeutung zu, wobei diese Ausführungen der Beschwerdeführerin mangels Anlass dazu in der Vernehmlassung der Beschwerdegegnerin ohnehin unbeachtlich wären. Hinsichtlich der vorstehend wiedergegebenen Rechtsbegehren bezüglich einer Vor- bzw. subsidiären Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin für KLV-Pflichtleistungen (vgl. vorne Ziffer 6 des Sachverhalts) und im Rahmen des Anfechtungsobjektes ergibt sich für das streitberufene Gericht dadurch aber keine Einschränkung der Prüfungsbefugnis, zumal die mit der zweiten Rechtschrift eingereichten Dokumente sich bereits in den beschwerdegegnerischen Akten befinden und das Recht von Amtes wegen anzuwenden ist. Die freigestellte Replik der Beschwerdeführerin vom 20. November 2017 enthält somit nichts, was sich nicht bereits aus der Beschwerdeschrift ergibt. Damit erübrigt es sich, die Replik vom 20. November 2017 aus dem Recht zu weisen. 3. Nachfolgend ist in materieller Hinsicht das Vorliegen einer Vorleistungspflicht für Sachleistungen der Beschwerdegegnerin im Sinne von Art. 70 Abs. 1 und Abs. 2 lit. a ATSG bzw. Art. 113 der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) zu prüfen (Erwägungen 4.1 ff.). Die Frage, ob die Beschwerdegegnerin eine subsidiäre/ergänzende Leistungspflicht ihrerseits zu Unrecht verneint hat, ist in den nachfolgenden Erwägungen 6 ff. zu behandeln.

- 15 -

E. 14

Oktober 2008 E.3.1 m.H.a. BGE 131 V 78 E.2; EUGSTER, Krankenversicherung, in: MEYER [Hrsg.], Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Band XIV, Soziale Sicherheit, 3. Aufl., Basel 2016, S. 855 Rz. 1500; SCHLAURI, Die zweigübergreifende Verrechnung, in: SCHAFFHAUSER/SCHLAURI (Hrsg.), Sozialversicherungsrechtstagung 2004, S. 173 f.; EUGSTER, in: STAUFFER/CARDINAUX [Hrsg.], Rechtsprechung des Bundesgerichts zum KVG, 2. Aufl., Zürich/Basel/Genf 2018, Art. 78 Rz. 20). Nichts anderes kann sich auch aus Art. 113 KVV ergeben (vgl. dazu Urteil des Bundesgerichts 9C_176/2017 vom 18. August 2017 E.3.2 und 5.5, wo ebenfalls auf Art. 70 ATSG Bezug genommen wird und Art. 113 KVV keine eigenständige Bedeutung zugemessen wird). Es bleibt darauf hinzuweisen, dass in Art. 70 Abs. 2 lit. a ATSG keine generelle Vorleistungspflicht der obligatorischen Krankenversicherung statuiert wird (EUGSTER, Krankenversicherung, in: MEYER (Hrsg.), a.a.O., S. 855 Rz. 1500). Aus dem von der Beschwerdeführerin zitierten Urteil des Bundesgerichts 9C_886/2010 vom 10. Juni 2011 ergibt sich hinsichtlich einer Vorleistungspflicht der obligatorischen Krankenversicherung nichts anderes. In diesem Urteil wurde im Wesentlichen festgehalten, dass Art. 27 KVG nicht ausschliesse, dass Krankenpflegeleistungen nach Art. 7 KLV auch an Personen erbracht werden können,

welche Leistungen der Invalidenversicherung nach Art. 13 und 14 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG; SR 831.20) beziehen, weil die auf diese Bestimmungen gestützten Leistungen gemäss Urteil des Bundesgerichts 8C_81/2010 vom 7. Juli 2010 (BGE 136 V 209) den Pflegeaufwand nicht (in jedem Fall) abdecken. Die Leistungskumulation stehe aber unter dem Vorbehalt einer durch die Hilfenentschädigung bzw. den Intensivpflegezuschlag bewirkten Überentschädigung nach Art. 122 KVV. Diese Äusserung im Urteil 9C_886/2010 erfolgte insbesondere im Hinblick auf den Umstand, dass die Voraussetzungen für die Hilfenentschädigung und den Intensivpflegezuschlag gemäss Art. 37 Abs. 3 lit. c bzw. Art. 39 Abs. 2 der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV; SR 831.201) weitestgehend mit den Leistungen der Behandlungs- und Grundpflege im Sinne von Art. 7 Abs. 2 lit. b und c KLV übereinstimmen (siehe Urteil des Bundesgerichts 9C_886/2010 vom 10. Juni 2011 E.4.4.4 ff.). Dem beurteilten Fall im bundesgerichtlichen Verfahren 9C_886/2010 lag der Sachverhalt zugrunde, dass die Invalidenversicherung die beantragten Kinderspitexleistungen für Nachtwachen in einem früheren Verfahren (bundesgerichtliches Verfahren 8C_81/2010) zu Recht abgelehnt hatte (vgl. dazu Urteile des Bundesgerichts 9C_886/2010 vom 10. Juni 2010 E.4.4.2, 8C_81/2010 vom 7. Juli 2010 E.11.1 ff.). Zudem ist noch zu berücksichtigen, dass im Urteil des Bundesgerichts 9C_886/2010 die per 1. Januar 2011 in Kraft getretene Neuregelung der Pflegefinanzierung (vgl. dazu insbesondere den auf diesen Zeitpunkt hin neu in Kraft gesetzten Art. 25a KVG) nicht berücksichtigt wurde und die bis dahin gültigen Bestimmungen des KVG als anwendbar erklärt wurden. In diesem Zusammenhang wies das Bundesgericht auch noch explizit darauf hin, dass es sich "unter der bis zur neuen Pflegefinanzierung geltenden Rechtslage", im Sinne der Rechtskontinuität, rechtfertige, die bisherige überentschädigungsrechtliche Rechtsprechung gemäss BGE 127 V 94 beizubehalten (vgl. zum Ganzen Urteil des Bundesgerichts 9C_886/2010 vom 10. Juni 2011 E.1.2 und 4.4 ff.).

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