

# **SG\_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2012/12 + IV 2015/89 vom 14. März 2016**

Sg Versicherungsgericht, 2016-03-14, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg\\_publicationen\\_IV\\_2012\\_12 + IV 2015\\_89](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_IV_2012_12_IV_2015_89)

FR: SG\_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2012/12 + IV 2015/89 du 14 mars 2016

IT: SG\_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2012/12 + IV 2015/89 del 14 marzo 2016

## **Regeste**

Art. 13 IVG. Art. 14 Abs. 1 lit. a IVG. IV-Rundschreiben Nr. 297 und 308. Kostendach für die medizinische Pflege bei einer durchgehend notwendigen Interventionsbereitschaft. Gesetzmässigkeit der in den IV-Rundschreiben Nr. 297 und 308 enthaltenen Höchstansätze von sieben bzw. acht Stunden pro Tag (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 14. März 2016, IV 2012/12 und IV 2015/89). Bestätigt durch Urteil des Bundesgerichts 9C\_299/2016.

## **Erwägungen**

### **E. 1**

1.1 Die Beschwerde vom 30. Dezember 2011 gegen die Verfügung vom 16. Dezember 2011 (IV 2012/12) hat medizinische Massnahmen, nämlich die Pflege des Beschwerdeführers durch den Kinderspitex-Verein, zum Gegenstand. Die Beschwerde vom 24. Oktober 2014 gegen die Verfügung vom 22. September 2014 (IV 2015/89) hat ebenfalls die Pflege des Beschwerdeführers durch den Kinderspitex-Verein zum Gegenstand. Der Umstand, dass die Beschwerdegegnerin zweimal hierüber verfügt hat, ist nur auf die (grundlose, in der Verwaltungspraxis aber übliche) Befristung der in der ersten Verfügung enthaltenen Kostengutsprache (bis 31. Dez. 2011) zurückzuführen. An sich handelt es sich nämlich nicht um zwei selbständige Rechtsverhältnisse, sondern um ein und dasselbe Rechtsverhältnis, das durch die Befristung der Wirkung der ersten Verfügung „künstlich“ aufgeteilt worden ist (vgl. BGE 131 V 164). Folglich besteht zwischen den beiden Beschwerdeverfahren ein derart enger sachlicher Zusammenhang, dass eine Verfahrensvereinigung unumgänglich ist. Dem steht die Tatsache, dass die Beschwerde vom 30. Dezember 2011 nicht nur vom Beschwerdeführer, sondern auch vom Kinderspitex-Verein im eigenen Namen erhoben worden ist, nicht entgegen. Auf diese Beschwerde kann nämlich mangels Legitimation des Kinderspitex-Vereins nicht eingetreten werden. Folglich sind die Parteien in den beiden Beschwerdeverfahren identisch.

1.2 Der Beschwerdeführer hat die Anrechnung eines kostendeckenden Tarifs verlangt. Die Festsetzung des Tarifs, d.h. der Höhe der Vergütung pro geleistete Pflegestunde, ist nicht Sache der Beschwerdegegnerin. Dazu bedarf es eines zwischen dem Bundesamt für Sozialversicherungen und dem Kinderspitex-Verein abzuschliessenden Vertrages. Im Übrigen hat die Beschwerdegegnerin mit den angefochtenen beiden Verfügungen nicht konkrete Entschädigungen zugesprochen. Sie hat sich vielmehr darauf beschränkt, die Höchstzahl der für eine bestimmte Periode vergütungsfähigen Pflegestunden festzusetzen. Die effektive Entschädigung der vom Kinderspitex-Verein geleisteten Pflegestunden wäre dann Gegenstand einer späteren Verfügung der Beschwerdegegnerin gewesen. Die beiden angefochtenen Verfügungen haben also keine

Gestaltungswirkung, da sie nur ein Teilelement der Übernahme der Pflegekosten regeln. Deshalb müssen sie als Feststellungsverfügungen (Art. 49 Abs. 2 ATSG) qualifiziert werden. Das notwendige schutzwürdige Interesse an einer Feststellung der maximalen Zahl von Pflegestunden pro Tag besteht darin, dass die Eltern des Beschwerdeführers und der Kinderspitex-Verein nur so die Pflegeleistungen IV-rechtlich korrekt planen und durchführen können. Da im vorliegenden Verfahren also Feststellungsverfügungen auf ihre Rechtmässigkeit zu prüfen sind, muss auch der Gerichtsentscheid rein feststellenden Charakter haben. Den Streitgegenstand bildet demnach nur die Frage nach der Höchstzahl an Pflegestunden, die dem Kinderspitex-Verein von der Beschwerdegegnerin vergütet werden können.

## **E. 2**

2.1 Versicherte haben bis zur Vollendung des 20. Altersjahres einen Anspruch auf die zur Behandlung von Geburtsgebrechen notwendigen medizinischen Massnahmen (Art. 13 Abs. 1 IVG). Diese medizinischen Massnahmen umfassen unter anderem die Behandlung, die von einem Arzt selbst oder auf seine Anordnung hin durch medizinische Hilfspersonen vorgenommen wird (Art. 14 Abs. 1 lit. a IVG). Die Vergütung der Kosten einer zur Behandlung eines Geburtsgebrechens notwendigen Massnahme setzt voraus, dass es sich dabei um eine medizinische Massnahme handelt und dass die Massnahme zwingend von einer medizinisch ausgebildeten Fachperson erbracht werden muss. Fehlt eine dieser beiden Voraussetzungen, können die Kosten der Massnahme nicht in Anwendung der Art. 13 f. IVG vergütet werden. Das Bundesamt für Sozialversicherungen hat als die zuständige Aufsichtsbehörde über die IV-Stellen mit Wirkung ab dem 1. Februar 2011 das IV-Rundschreiben Nr. 297 veröffentlicht, nachdem das Bundesgericht in einem Entscheid vom Juli 2010 (BGE 136 V 209) darauf hingewiesen hatte, dass eine Vergütung von pflegerischen Massnahmen ausgeschlossen sei, wenn nicht beide der oben erwähnten Voraussetzungen erfüllt seien. Das IV-Rundschreiben Nr. 297 hat einen abschliessenden Katalog von Massnahmen enthalten, die vom Bundesamt für Sozialversicherungen als medizinische Massnahmen qualifiziert worden waren. Zu jeder der erwähnten Massnahmen hatte das Bundesamt für Sozialversicherungen den maximal zu vergütenden zeitbezogenen Aufwand angeführt. Abschliessend hatte es festgehalten, dass in Situationen, in denen über 24 Stunden pro Tag mit medizinischen Notfallinterventionen durch diplomiertes Pflegepersonal zu rechnen sei, ein Aufwand von sieben Stunden pro Tag zu vergüten sei, der nicht mit dem übrigen Aufwand kumuliert werden könne, sondern eine alleinige Leistung darstelle. Dieses Rundschreiben ist mit Wirkung per 1. März 2012 durch das IV-Rundschreiben Nr. 308 präzisiert worden. Laut diesem neuen IV-Rundschreiben beträgt der maximal zu vergütende Aufwand nun acht statt sieben Stunden pro Tag. 2.2 Die Beschränkung des maximal zu vergütenden Aufwandes für die medizinische Pflege zuhause auf sieben beziehungsweise acht Stunden pro Tag im IV-Rundschreiben Nr. 297 bzw. 308 findet keine Stütze im Gesetzeswortlaut. Der Art. 14 Abs. 1 lit. a IVG definiert, was als eine medizinische Massnahme qualifiziert werden kann. Zum Umfang der von der Invalidenversicherung im Einzelfall zu vergütenden medizinischen Massnahmen besagt der Art. 14 Abs. 1 lit. a IVG nichts. Der Art. 13 Abs. 1 IVG beschreibt dagegen, unter welchen Voraussetzungen und in welchem Umfang die medizinischen Massnahmen im Sinne des Art. 14 Abs. 1 lit. a IVG von der Invalidenversicherung zu bezahlen sind. Gemäss dieser Bestimmung sind alle notwendigen medizinischen Massnahmen von der Invalidenversicherung zu vergüten, was gegen eine pauschale Höchstgrenze spricht. Eine solche lässt sich auch keiner anderen gesetzlichen Regelung entnehmen (vgl. auch das

Urteil des Sozialversicherungsgerichtes des Kantons Basel-Stadt IV.2011.193 vom 12. November 2012, E. 5.4 f.), weshalb lediglich das Vorliegen einer ausfüllungsbedürftigen Gesetzeslücke die vom Bundesamt für Sozialversicherungen festgelegten Höchstansätze rechtfertigen könnte. Da der Wortlaut des Art. 13 IVG die Übernahme sämtlicher Pflegekosten abdeckt, kann keine echte Gesetzeslücke vorliegen. Dieser Gesetzeswortlaut führt nicht zu einem unbefriedigenden oder rechtsmissbräuchlichen Ergebnis, weshalb auch keine unechte Lücke vorliegen kann. Das Bundesamt für Sozialversicherungen dürfte – unter Verzicht auf eine *lege artis* durchgeführte Interpretation des Art. 13 IVG – davon ausgegangen sein, dass die für die Behandlung eines Geburtsgebrechens notwendigen medizinischen Pflegemassnahmen analog dem Intensivpflegezuschlag zur Hilflosenentschädigung für Minderjährige begrenzt werden müssten. Sollte dies der Fall gewesen sein, hätte das Bundesamt für Sozialversicherungen aber übersehen, dass die Hilflosenentschädigung und der diese ergänzende Intensivpflegezuschlag nur als pauschaler Beitrag an allfällige Kosten der von medizinischen Laien erbrachten allernotwendigsten Hilfe bei den alltäglichen Lebensverrichtungen gedacht sind, wobei der effektive Arbeitsaufwand und die entsprechenden Kosten (sofern sie der versicherten Person überhaupt in Rechnung gestellt werden) irrelevant sind. Die um den Intensivpflegezuschlag erhöhte Hilflosenentschädigung bezweckt also gerade nicht die Deckung sämtlicher Kosten, weshalb sich die Beschränkung des zu vergütenden Arbeitsaufwandes aufdrängt. Der Art. 13 IVG hingegen bezweckt die vollumfängliche Vergütung sämtlicher notwendiger medizinischer Behandlungs- und Pflegekosten. Folglich ist der Analogieschluss vom Intensivpflegezuschlag auf die medizinischen Behandlungskosten unzulässig, weil sich der Sinn und Zweck der jeweiligen Gesetzesbestimmungen bzw. der jeweiligen Leistungsarten nicht decken. Damit sind die vom Bundesamt für Sozialversicherungen festgelegten Höchstansätze als gesetzwidrig zu betrachten (vgl. auch den Entscheid des Versicherungsgerichtes des Kantons St. Gallen vom 13. August 2013, IV 2012/447, E. 2).

2.3 Der Beschwerdeführer ist auf eine ständige Interventionsbereitschaft des Pflegepersonals rund um die Uhr angewiesen. Den vorliegenden medizinischen Berichten und Stellungnahmen lässt sich mit dem erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit entnehmen, dass etwaige Notfallinterventionen nur durch medizinische Fachpersonen vorgenommen werden können. Das bedeutet, dass rund um die Uhr eine Interventionsbereitschaft von medizinischem Fachpersonal bestehen muss. Dem entspricht der Umstand, dass der Beschwerdeführer nicht auf einer allgemeinen Abteilung hospitalisiert werden könnte, sondern auf einer Intensivstation untergebracht werden müsste, weil nur dort rund um die Uhr die notwendige Interventionsbereitschaft sichergestellt wäre. Ein Höchstansatz der zu vergütenden Arbeitsstunden für medizinische Massnahmen, der weniger als 24 Stunden pro Tag betragen würde, wäre mit dem Risiko verbunden, dass an einzelnen Tagen nicht sämtliche notwendigen medizinischen Massnahmen erbracht werden könnten. Damit würde der Sinn und Zweck des Art. 13 IVG missachtet. Als Höchstansatz für die durch medizinische Fachpersonen des Kinderspitex-Vereins zu erbringenden Pflegemassnahmen kommt folglich nur ein solcher im Umfang von 24 Stunden pro Tag in Frage. Die grundsätzliche maximale Kostengutsprache muss also auf 24 Stunden pro Tag lauten. Selbstverständlich wird die Beschwerdegegnerin die Rechnungen des Kinderspitex-Vereins für die effektiv erbrachte medizinische Pflege auf deren Richtigkeit und Angemessenheit überprüfen und nur jene Kosten vergüten, die tatsächlich notwendige medizinische Massnahmen zur Behandlung der Geburtsgebrehen des Beschwerdeführers betroffen haben und die durch medizinische

Fachpersonen (und nicht etwa durch die pflegerisch „angelerten“ Eltern des Beschwerdeführers) erbracht worden sind. Ein Höchstansatz von 24 Stunden pro Tag bedeutet also nicht, dass unabhängig von der Dauer des Einsatzes medizinischer Fachpersonen für jeden Tag ein Aufwand von 24 Stunden zu vergüten wäre. 2.4 Im Sinne eines obiter dictum ist darauf hinzuweisen, dass der Entscheid der Beschwerdegegnerin, den Intensivpflegezuschlag wegen der gestiegenen Höchstgrenze für die medizinische Pflege nicht zu erhöhen, rechtswidrig sein dürfte. Der Intensivpflegezuschlag hat nämlich nichts mit der Vergütung der Kosten für die notwendige medizinische Behandlung zu tun. Er stellt eine Beteiligung an den potentiellen Kosten der von medizinischen Laien geleisteten Hilfe bei den alltäglichen Lebensverrichtungen dar, während die gestützt auf Art. 13 i.V.m. Art. 14 Abs. 1 lit. a IVG erbrachten Leistungen der Vergütung der von Fachpersonen erbrachten medizinischen Pflegemassnahmen dienen. Es handelt sich also um zwei Leistungsarten, die völlig getrennte versicherte Risiken (Hilflosigkeit vs. Behandlungsbedürftigkeit) abdecken. Die Beschwerdegegnerin scheint die beiden Leistungsarten in unzulässiger Weise vermischt zu haben. Mangels einer Anfechtung des Entscheides betreffend den Intensivpflegezuschlag kann dieser in diesem Verfahren allerdings nicht überprüft respektive korrigiert werden.

### **E. 3**

Die Beschwerdegegnerin hat die Gerichtskosten von Fr. 800.-- zu bezahlen; A.\_\_\_\_ wird der von ihm geleistete Kostenvorschuss von Fr. 600.-- zurückerstattet.

### **E. 4**

Die Beschwerdegegnerin hat A.\_\_\_\_ eine Parteientschädigung von Fr. 720.-- auszurichten.

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