

SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2013/215 vom 2. Mai 2014

Sg Versicherungsgericht, 2014-05-02, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_IV_2013_215

FR: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2013/215 du 2 mai 2014

IT: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2013/215 del 2 maggio 2014

Regeste

Art. 14 IVG. Kinderspitex. IV-Rundschreiben Nr. 297/308. Abgrenzung bezüglich Pflegemassnahmen zwischen medizinischen Massnahmen (Art. 13 f. IVG) und Unterstützung bei Hilflosigkeit (Art. 42 ff. IVG). (Entscheid des Versicherungsgericht des Kantons St. Gallen vom 02. Mai 2014, IV 2013/215).

Erwägungen

E. 3

3.1 Versicherte haben bis zum vollendeten 20. Altersjahr einen Anspruch auf die zur Behandlung eines Geburtsgebrechens notwendigen Massnahmen (Art. 13 Abs. 1 IVG). Die medizinischen Massnahmen umfassen die Behandlung, die vom Arzt selbst oder auf seine Anordnung von medizinischen Hilfspersonen vorgenommen wird (Art. 14 Abs. 1 lit. a IVG). Als medizinische Massnahmen, die für die Behandlung eines Geburtsgebrechens notwendig sind, gelten sämtliche Vorkehren, die nach bewährter Erkenntnis der medizinischen Wissenschaft angezeigt sind und den therapeutischen Erfolg in einfacher und zweckmässiger Weise anstreben (Art. 2 Abs. 3 GgV). Von den medizinischen Massnahmen zu unterscheiden sind die Betreuungsleistungen, die einen Anspruch auf eine Hilflosenentschädigung entstehen lassen. Die Hilflosenentschädigung für Minderjährige, die zusätzlich eine intensive Betreuung brauchen, wird um einen Intensivpflegezuschlag erhöht. Während Behandlungskosten in effektiver Höhe vergütet werden, ist der Intensivpflegezuschlag in drei Stufen pauschaliert (Art. 42 ter Abs. 3 IVG). Anrechenbar als Betreuung ist der Bedarf an Behandlungs- und „Grundpflege“ im Vergleich zu nicht behinderten Minderjährigen gleichen Alters. Nicht anrechenbar ist der Zeitaufwand für ärztlich verordnete medizinische Massnahmen, die durch medizinische Hilfspersonen vorgenommen werden (Art. 39 Abs. 2 Satz 2 IVV). 3.2 Pflegeleistungen können medizinische Massnahmen im Sinne von Art. 13 Abs. 1 i.V.m. Art. 14 Abs. 1 lit. a IVG sein und einen Anspruch auf eine Vergütung der effektiven Kosten begründen. Sie können aber auch eine Betreuung einer hilflosen Person sein und damit einen Anspruch auf eine Entschädigungspauschale in der Form des Intensivpflegezuschlages begründen (Art. 42 ter Abs. 3 IVG). Um eine medizinische Massnahme handelt es sich bei jenen Pflegeleistungen, die vom Arzt selbst oder auf dessen Anordnung von einer medizinischen Hilfsperson vorgenommen werden (Art. 14 Abs. 1 lit. a IVG i.V.m. Art. 39 Abs. 2 Satz 2 IVV). Nicht jede Pflegeleistung, die von einer medizinischen Hilfsperson ausgeführt wird, ist aber eine medizinische Massnahme im Sinne von Art. 13 Abs. 1 lit. b IVG, denn auch medizinische Hilfspersonen erbringen unter Umständen Betreuungsleistungen, die auch von einem medizinischen Laien ausgeführt werden könnten. Massgebend ist also nicht allein die Qualifikation der die Leistung erbringenden Person, sondern auch die Qualität der

erbrachten Leistung. Diese ist nur dann eine medizinische Massnahme im Sinne von Art. 13 Abs. 1 IVG, wenn sie ihrer Natur nach nur von einer medizinischen Hilfsperson erbracht werden darf und wenn sie auch tatsächlich von einer medizinischen Hilfsperson ausgeführt wird. Die in den beiden IV-Rundschreiben Nr. 297 und Nr. 308 enthaltenen Listen können diese Interpretation der massgebenden Gesetzes- und Verordnungsbestimmungen weder einschränken noch erweitern, denn das wäre durch die Aufsichtsfunktion des zuständigen Bundesamtes nicht gedeckt. Die beiden Rundschreiben können also nicht mehr sein als eine Hilfe bei der Interpretation der massgebenden Gesetzes- und Verordnungsbestimmungen, indem sie jene Pflegeleistungen aufzählen, die typischerweise medizinische Massnahmen sind, weil sie die notwendige medizinische Qualität aufweisen und weil sie im Normalfall durch eine bei der Kinderspitex beschäftigte medizinische Hilfsperson ausgeführt werden. Dies schliesst es aus, die Listen als abschliessend zu betrachten, denn sonst würde der Anwendungsbereich der massgebenden Gesetzes- und Verordnungsbestimmungen allenfalls unzulässigerweise eingeschränkt. Es ist aber auch nicht zulässig, die beiden Listen so zu interpretieren, dass nur die medizinische Qualität der erbrachten Leistungen, nicht aber die Qualifikation der Pflegenden massgebend sei, denn eine Pflegeleistung ist nach dem Sinn und Zweck der massgebenden Gesetzes- und Verordnungsbestimmungen nur dann eine medizinische Massnahme, wenn sie von einer medizinischen Hilfsperson geleistet wird.

3.3 Im IV-Rundschreiben Nr. 297 ist darauf hingewiesen worden, dass nur derjenige Zeitbedarf angerechnet werden dürfe, den eine Pflegeperson effektiv benötigt habe. Für Leistungen, die von nicht beruflich an der Krankenpflege mitwirkenden Personen (mit oder ohne vorangegangene Instruktion durch die Pflegefachperson) selbständig durchgeführt werden könnten, dürfe kein Zeitaufwand angerechnet werden. Daraus folgt, dass jene in der Liste aufgeführten Massnahmen, die beispielsweise von den Eltern einer versicherten Person oder von anderen Bezugspersonen übernommen werden, nicht als medizinische Massnahme vergütet werden dürfen. Dies entspricht dem Wortlaut des Art. 14 Abs. 1 lit. a IVG, denn es handelt sich zwar um Behandlungsmassnahmen, die aus medizinischer Sicht den medizinischen Hilfspersonen vorbehalten sind. Diese Behandlungsmassnahmen werden nun aber statt durch medizinische Hilfspersonen durch die über keine medizinische Qualifikation verfügenden Eltern oder andere Bezugspersonen ausgeführt. Eine der beiden kumulativ zu erfüllenden Bedingungen eines Vergütungsanspruches gemäss Art. 13 Abs. 1 i.V.m. Art. 14 Abs. 1 lit. a IVG ist also nicht erfüllt. Soll trotzdem ein Vergütungsanspruch bestehen, muss der Wortlaut des Art. 14 Abs. 1 lit. a IVG lückenfüllend ergänzt werden, indem für die von den Eltern oder von anderen Bezugspersonen erbrachten medizinischen Massnahmen richterrechtlich ausnahmsweise auf das Erfordernis der Ausführung durch eine medizinische Hilfsperson verzichtet wird. Ein einfacher Analogieschluss von Art. 42 ter Abs. 3 IVG, der auch die Vergütung des Betreuungsaufwandes der Eltern zulässt, auf den Regelungsinhalt des Art. 14 Abs. 1 lit. a IVG kommt nicht in Frage, denn der Intensivpflegezuschlag ist eine Leistungspauschale, die sich nicht nach den anfallenden Kosten, sondern ausschliesslich nach dem Ausmass des erforderlichen Betreuungsaufwandes richtet, während Art. 13 Abs. 1 IVG die Vergütung der effektiv anfallenden Kosten anordnet. Hinzu kommt, dass der medizinische Charakter der unter Art. 13 Abs. 1 IVG zu subsumierenden Pflegemassnahmen ein ganz anderer ist als derjenige der Betreuungsmassnahmen nach Art. 42 ter Abs. 3 IVG. Von einer ausfüllungsbedürftigen Lücke mit dem oben dargelegten Inhalt könnte also nur ausgegangen werden, wenn der Sinn und Zweck des Art. 14 Abs. 1 lit. a IVG es erfordern würde, die von den Eltern erbrachten medizinischen Massnahmen zu

vergüten, obwohl die Eltern keine medizinischen Hilfspersonen sind und obwohl ihnen durch die Ausführung medizinischer Massnahmen keine direkten Kosten entstehen. In der Krankenversicherung wäre eine derartige Kostenvergütung an die Eltern zum vornherein ausgeschlossen, da diese nicht als Leistungserbringer aufgelistet sind. Diese Auflistung der Leistungserbringer dürfte denselben Zweck verfolgen wie Art. 14 Abs. 1 lit. a IVG, nämlich zu verhindern, dass von unzureichend qualifizierten Personen erbrachte Leistungen vergütet werden müssen, obwohl die Qualität dieser Leistungen fraglich ist. Zu beachten ist auch, dass medizinische Massnahmen bei fehlerhaftem Vorgehen oder bei einer unvorhergesehenen Verschlechterung des Gesundheitszustandes, auf die der medizinische Laie nicht vorbereitet ist, zu einer erheblichen Gefährdung der Gesundheit führen können. Der Sinn und Zweck der Beschränkung der Leistungspflicht gemäss Art. 13 Abs. 1 i.V.m. Art. 14 Abs. 1 lit. a IVG auf medizinische Massnahmen, die von medizinischen Hilfspersonen erbracht werden, lässt also keine lückenfüllende Ausdehnung des Anwendungsbereichs auf von den Eltern der versicherten Person geleistete medizinische Massnahmen zu.

E. 4

4.1 Gemäss der ersten (von den Eltern des Beschwerdeführers nicht unterzeichneten) Spitex-Verordnung vom August 2012 beläuft sich der Aufwand für die medizinische Pflege auf 40 Stunden pro Jahr plus 17,5 Stunden pro Woche. Die Eltern des Beschwerdeführers haben telefonisch bestätigt, dass die Spitex-Fachkräfte jeweils fünfmal zwei bis drei Stunden pro Woche Einsätze leisteten. Dies entspricht in etwa dem in der Spitex-Verordnung angegebenen zeitlichen Aufwand. Allerdings divergieren die Angaben hinsichtlich der während der Einsätze verrichteten Tätigkeiten. Im Oktober 2012 ging der Beschwerdegegnerin eine zweite (von den Eltern des Beschwerdeführers unterzeichnete) Spitex-Verordnung zu. Gemäss dieser beläuft sich der Aufwand für die medizinische Pflege auf 40 Stunden pro Jahr plus 56 Stunden pro Woche. Diese erhebliche Diskrepanz zur ersten Verordnung hat ihren Grund im Wesentlichen darin, dass eine tägliche Überwachung während jeweils acht Stunden als notwendig angegeben worden ist (auf den Gesamtaufwand wirken sich einige andere, kleinere Erweiterungen nicht aus). Die Beschwerdegegnerin hat nicht auf diese Angaben abgestellt, sondern ist vielmehr aufgrund einer eigenen Einschätzung von einem Aufwand von einer Stunde pro Monat für die Abklärung und die Beratung sowie von einem Aufwand von fünf Minuten pro Tag für die Beurteilung des Allgemeinzustandes, fünf Minuten pro Tag für die Verabreichung von Medikamenten, fünf Minuten pro Tag für die Kontrolle und Versorgung von Wunden und 30 Minuten pro Tag für die Verabreichung von Einläufen ausgegangen, wobei sie aufgrund der erhöhten Aktivität des Beschwerdeführers das Total auf 60 Minuten pro Tag aufgerundet hat. Zudem ist sie von lediglich fünf Einsätzen pro Woche ausgegangen. Folglich hat sie einen Gesamtaufwand von fünf Stunden pro Woche bzw. 22 Stunden pro Monat (plus eine Stunde pro Monat für die Abklärung und die Beratung) ermittelt.

4.2 Eine sozialversicherungsrechtliche Leistungsverfügung muss sich auf einen hinreichend abgeklärten bzw. überwiegend wahrscheinlich erstellten Sachverhalt stützen. All jene Sachverhaltselemente, die unter die jeweiligen Tatbestandselemente zu subsumieren sind, welche für die Anordnung einer Rechtsfolge erfüllt sein müssen, müssen also bewiesen werden, bevor ein Entscheid in der Sache gefällt werden kann. Hinsichtlich der zulässigen Arten der Beweismittel besteht dabei keine Beschränkung. Die Beweiswürdigung hat frei zu erfolgen. Vorliegend hat also zunächst (unter anderem) der Bedarf des Beschwerdeführers an pflegerischen Massnahmen ermittelt bzw. bewiesen werden müssen.

Die Verordnung der Spitex hat diesen Beweis nicht erbringen können, weil sie einer kritischen Würdigung nicht stand halten kann. Die Angaben sind nämlich teilweise widersprüchlich, teilweise aber auch unglaubwürdig, weil sie den Angaben der Eltern des Beschwerdeführers bezüglich der effektiv geleisteten Einsätze widersprechen. Die Beschwerdegegnerin hat daher zu Recht nicht auf diese Verordnung abgestellt. Die Einschätzungen der Sachbearbeiterin und des RAD-Arztes, gestützt auf welche die Beschwerdegegnerin stattdessen entschieden hat, sind allerdings ebenfalls nicht geeignet, die Pflegebedürftigkeit des Beschwerdeführers mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zu beweisen. Es handelt sich dabei nämlich um eine reine Aktenbeurteilung gestützt auf eine (diesbezüglich) dürftige Aktenlage. Dies zeigt sich unter anderem auch daran, dass die Beurteilung der Sachbearbeiterin und des RAD-Arztes einen nicht unerheblichen Anteil an Mutmassungen enthalten. Da sich bei den Akten keine weitere Beweismittel befinden, anhand derer die Pflegebedürftigkeit des Beschwerdeführers mit überwiegender Wahrscheinlichkeit bewiesen werden könnte, erweist sich der massgebende Sachverhalt als unzureichend abgeklärt, weshalb die angefochtene Verfügung aufzuheben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zur Durchführung weiterer Abklärungen zurückzuweisen ist. 4.3 Der Gesetzgeber hat hinsichtlich der Kostenvergütung für pflegerische Massnahmen eine möglichst hohe „Einzelfallgerechtigkeit“ schaffen wollen. Im Gegensatz etwa zur „normalen“ Hilflosenentschädigung soll im Einzelfall keine pauschale Leistung ausgerichtet werden, von der fingiert wird, sie gelte den entsprechenden „Schaden“ ab. Vielmehr sollen die effektiven Kosten, die im Einzelfall anfallen, vergütet werden. Das erfordert, dass in jedem einzelnen Fall konkret abgeklärt wird, welche Leistungen in welchem Umfang effektiv notwendig sind. Jegliche Pauschalierung ist zum Vorneherein ausgeschlossen, weil damit der Wille des Gesetzgebers unterlaufen würde. Das erforderliche hohe Mass an „Einzelfallgerechtigkeit“ erfordert ein ebenso hohes Mass an Abklärungsaufwand. Nur wenn der massgebende Sachverhalt bzw. der effektive, konkrete Pflegebedarf exakt abgeklärt worden ist, können die effektiven Kosten „präzise“ entschädigt werden. Dieses hohe Mass an Präzision kann nur durch einen Augenschein im Beisein einer medizinischen Fachperson erreicht werden. Erforderlich ist, dass eine medizinische Fachperson die pflegerischen Massnahmen beobachtet und sich gestützt auf diese Beobachtungen ein Urteil darüber bildet, welche Massnahmen aus medizinischer Sicht indiziert sind und wie viel Zeit sie jeweils in Anspruch nehmen. Sofern der Pflegebedarf nicht an jedem Tag gleich hoch sein sollte, müsste allenfalls für jeden „Tagestypus“, d.h. je für einen gewöhnlichen Schultag, für einen Mittwoch und für ein Wochenende, ein Augenschein durchgeführt werden. Der Bedarf dürfte nämlich montags, dienstags, donnerstags und freitags sowie samstags und sonntags jeweils gleich hoch, samstags und sonntags aber höher als mittwochs und mittwochs höher als an den übrigen Werktagen sein. Als Beweismittel kommt nur der Augenschein in Frage, denn kein anderes Beweismittel ist geeignet, den massgebenden Sachverhalt mit dem erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu ermitteln. 5. Folglich ist die Beschwerde gutzuheissen. Die unterliegende Beschwerdegegnerin hat die gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG zu erhebenden und angesichts des durchschnittlichen Verfahrensaufwandes auf 600 Franken festzusetzenden Gerichtskosten zu bezahlen. Dem Beschwerdeführer wird der im Verfahren IV 2011/382 geleistete Kostenvorschuss zurückerstattet. Die Beschwerdegegnerin hat dem Beschwerdeführer sodann eine Parteientschädigung auszurichten. Angesichts des unterdurchschnittlichen Vertretungsaufwandes und unter Berücksichtigung der Tatsache, dass der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers parallel

weitere Beschwerden betreffend dasselbe Rechtsproblem eingereicht hat, rechtfertigt sich nur die Zusprache einer deutlich unterdurchschnittlichen Parteientschädigung. Diese ist allerdings um den Aufwand im Verfahren IV 2011/382 angemessen zu erhöhen. Gesamthaft erscheint eine Parteientschädigung von 2'000 Franken (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer) als angemessen. Demgemäss hat das Versicherungsgericht im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP entschieden: 1. In Gutheissung der Beschwerde wird die angefochtene Verfügung vom 18. März 2013 aufgehoben; die Sache wird zur Durchführung weiterer Abklärungen und zur neuen Verfügung im Sinne der Erwägungen an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen. 2. Die Beschwerdegegnerin hat die Gerichtskosten von Fr. 600.-- zu bezahlen; dem Beschwerdeführer wird der von ihm geleistete Kostenvorschuss im selben Betrag zurückerstattet. 3. Die Beschwerdegegnerin hat dem Beschwerdeführer eine Parteientschädigung von Fr. 2'000.-- auszurichten.

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