

SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2014/88 vom 3. September 2015

Sg Versicherungsgericht, 2015-09-03, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_IV_2014_88

FR: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2014/88 du 3 septembre 2015

IT: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2014/88 del 3 settembre 2015

Regeste

Art. 13 und 14 IVG. Notwendigkeit einer stationären Behandlung in einem Therapieheim. Befristung der Leistungen nicht nach Rz 390.7 KSME, sondern nach Bedarf. (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 3. September 2015, IV 2014/88).

Erwägungen

E. 1

Im Streit liegt die Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 17. Dezember 2013. Die Zustellung an die Rechtsvertreterin vom 10. Januar 2014 kann als fristauslösend betrachtet werden. Obwohl eine zweite Zustellung im Zusammenhang mit dem Fristenlauf nach Zustellfiktion nicht relevant ist (BGE 118 V 190), kann sie hier nicht unbeachtet bleiben. Aus dem Grundsatz, dass den Parteien aus mangelhafter Eröffnung keine Nachteile erwachsen dürfen, folgt, dass dem beabsichtigten Rechtsschutz Genüge getan wird, wenn eine objektiv mangelhafte Eröffnung trotz ihres Mangels ihren Zweck erreicht. Das bedeutet, dass nach den konkreten Umständen des Einzelfalls zu prüfen ist, ob die betroffene Partei durch den gerügten Eröffnungsmangel tatsächlich irregeführt und dadurch benachteiligt worden ist. Richtschnur für die Beurteilung dieser Frage ist der auch in diesem prozessualen Bereich geltende Grundsatz von Treu und Glauben, an welchem die Berufung auf Formmängel in jedem Fall ihre Grenze findet (Bundesgerichtsentscheid vom 10. November 2010, 9C_791/2010). Die Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin hatte nach der Aktenlage am 23. Dezember 2013 bereits Kenntnis vom Erlass einer Verfügung. Dass sie auch schon im Besitz der Verfügung gewesen sein könnte, ist nicht geltend gemacht worden und nicht ersichtlich. Die Beschwerdegegnerin hat ihr die Verfügung jedenfalls antragsgemäss am 10. Januar 2014 zugestellt. Die Beschwerde ist deshalb als rechtzeitig eingegangen zu betrachten und auf die Sache kann eingetreten werden.

E. 2

2.1 Nach Art. 13 Abs. 1 IVG haben Versicherte bis zum vollendeten 20. Altersjahr Anspruch auf die zur Behandlung von Geburtsgebrechen (Art. 3 Abs. 2 ATSG) notwendigen medizinischen Massnahmen. Die Geburtsgebrechen sind nach Art. 1 Abs. 2 der Verordnung über Geburtsgebrechen (GgV; vgl. Art. 13 Abs. 2 IVG) in der Liste im Anhang aufgeführt. 2.2 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). Die medizinischen Massnahmen umfassen (unter anderem) die Behandlung, die vom Arzt selbst oder auf seine Anordnung durch medizinische Hilfspersonen in Anstalts- oder Hauspflege vorgenommen

wird, mit Ausnahme von logopädischen und psychomotorischen Therapien (Art. 14 Abs. 1 lit. a IVG). Beim Entscheid über die Gewährung von ärztlicher Behandlung in Anstalts- oder Hauspflege ist auf den Vorschlag des behandelnden Arztes oder der behandelnden Ärztin und auf die persönlichen Verhältnisse der Versicherten in angemessener Weise Rücksicht zu nehmen (Art. 14 Abs. 3 IVG). Nicht zu den medizinischen Massnahmen im genannten Sinn zählt eine Vorkehr - auch lebenserhaltender Art -, wenn eine medizinisch nicht geschulte Person in der Lage ist (oder dazu angeleitet werden kann), sie vorzunehmen (BGE 136 V 209; BGE 102 V 45 E. 1).

2.3 Für die Spitalpflege eines Kindes hat die Invalidenversicherung gemäss BGE 102 V 45 nur aufzukommen, wenn die eigentliche Behandlung (d.h. die Behandlung mit therapeutischem Charakter, im Unterschied zur täglichen Krankenpflege) den Aufenthalt in einem Krankenhaus erfordert. Es genügt zur Gewährung der vollen Spitalleistungen aber, dass eine einzige Vorkehr, die vom Arzt oder auf seine Anordnung durch medizinische Hilfspersonen vorgenommen wird, die Behandlung in einer Heilanstalt notwendig macht. Die vollen Spitalleistungen stehen demnach auch den versicherten Personen zu, die neben der ärztlichen Behandlung in einer Heilanstalt in überwiegender Mass pflegerische Betreuung benötigen. Da insbesondere lebenserhaltende Massnahmen eine stationäre Spitaleinweisung erforderten, wurde die IV in diesem Entscheid dazu verpflichtet, für einen Aufenthalt der an einem Geburtsgebrechen leidenden versicherten Person, die vollständig hilflos war, bei welcher eine Besserung des Zustands nicht zu erwarten war, die ständige Pflege und Überwachung, medikamentöse Behandlung, künstlicher Ernährung und lebenserhaltender Massnahmen bedurfte, in einem Pflegeheim (ohne Spitalabteilung) aufzukommen. - Wie der Rechtsprechung im Bereich der Krankenversicherung zur Abgrenzung von Akutspital- und Pflegebedürftigkeit im Sinn von Art. 49 und 50 KVG zu entnehmen ist, setzt die Leistungspflicht für stationäre Behandlung voraus, dass sich die versicherte Person in einem Spital aufhält, das der stationären Behandlung akuter Krankheiten oder der stationären Durchführung von Massnahmen der medizinischen Rehabilitation dient (Art. 39 Abs. 1 KVG). Des Weiteren muss eine Krankheit vorliegen, welche eine Akutbehandlung oder medizinische Rehabilitation unter Spitalbedingungen erforderlich macht. Spitalbedürftigkeit in diesem Sinn ist einerseits dann gegeben, wenn die notwendigen diagnostischen und therapeutischen Massnahmen nur in einem Spital zweckmässig durchgeführt werden können, andererseits auch dann, wenn die Möglichkeiten ambulanter Behandlung erschöpft sind und nur noch im Rahmen eines Spitalaufenthaltes Aussicht auf einen Behandlungserfolg besteht. Dabei kann eine Leistungspflicht für den Spitalaufenthalt auch dann bestehen, wenn der Krankheitszustand der versicherten Person einen solchen nicht unbedingt erforderlich macht, die medizinische Behandlung jedoch wegen besonderer persönlicher Lebensumstände nicht anders als im Spital durchgeführt werden kann (Bundesgerichtsentscheid i/S W. vom 18. Juli 2007, 9C_402/07; BGE 126 V 323). - Im Entscheid i/S A. vom 30. April 2004, I 378/01, hielt das Eidgenössische Versicherungsgericht (seit 1. Januar 2007: Sozialrechtliche Abteilungen des Bundesgerichts) fest, wenn ein schwerstbehindertes Kind zu Hause gepflegt werde, erreiche die Pflege eine Intensität, welche die Kräfte der Familienangehörigen bis an die Grenze des Tragbaren anspanne oder übersteige. Werde es dennoch nicht in ein Heim gegeben, so verlangten die damit verbundenen Beanspruchungen zwingend nach Entlastungsmöglichkeiten. Es wurden Kosten für einen auswärtigen Aufenthalt (i.c. Spielgruppe) im Sinn einer Austauschbefugnis übernommen. Im Entscheid IV 2013/95 des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen wurde dargelegt, es handle sich um einen "Fall, der einen Aufenthalt im Pflegeheim zulasten der Invalidenversicherung rechtfertigen

würde".

E. 3

3.1 Die Beschwerdeführerin leidet an einer Hemimegalencephalie rechts mit cerebraler Bewegungsstörung und therapierefraktären Krampfanfällen (act. 9-3). Die Beschwerdegegnerin hat ihr grundsätzlich medizinische Massnahmen zur Behandlung der Geburtsgebrechen Ziff. 381, 387 und 390 zugesprochen. Ziff. 381 GgV Anhang nennt als Geburtsgebrechen "Missbildungen des Zentralnervensystems und seiner Häute (Encephalocele, Arachnoidalzyste, Myelomeningocele, Hydromyelia, Meningocele, Diastematomyelia und Tethered Cord)", Ziff. 387 "Angeborene Epilepsie (ausgenommen Formen, bei denen eine antikonvulsive Therapie nicht oder nur während eines Anfalls notwendig ist)" und Ziff. 390 "Angeborene cerebrale Lähmungen (spastisch, dyskinetisch [dyston, choreo-athetoid], ataktisch)". 3.2 Das Ostschweizer Kinderspital befürwortete gemäss seinem Kostengutsprachege such vom 3. April 2013 einen Aufenthalt der Beschwerdeführerin im C.____ an drei bis sieben Tagen pro Woche. Das C.____ ist ein Heim für cerebral gelähmte und mehrfachbehinderte Kinder mit einem Therapieangebot [...]. Es ist im Kanton D.____, der in Art. 14 Abs. 1 seines Pflegekindergesetzes ([...]) eine Bewilligungspflicht vorsieht, als Kinder- und Jugendheim (Heimpflege nach Art. 13 ff. der Verordnung über die Aufnahme von Kindern zur Pflege und zur Adoption, PAVO) anerkannt, aber nicht der Interkantonalen Vereinbarung für soziale Einrichtungen (IVSE) angeschlossen. Es ist (bzw. war jedenfalls 2013) Mitglied des E.____-verbands. Es kann davon ausgegangen werden, dass es sich um eine Heilanstalt (Kranken- oder Kuranstalt) im Sinn von Art. 14 Abs. 2 IVG handelt. 3.3 Begründet wird das Kostengutsprachege such mit dem Bedürfnis der Beschwerdeführerin nach Betreuung, Therapie und Erholung (nach zweimonatigem Spitalaufenthalt wegen massiver Behinderung Notwendigkeit von dauernder Pflege und Betreuung sowie von [Massnahmen zur] Ausnützung ihres Verbesserungspotenzials) und mit dem Erfordernis, die Betreuungskapazitäten der Eltern auf Dauer zu erhalten. 3.4 Das Spital hält den stationären Aufenthalt für indiziert und beschrieb am 24. September 2013 eine "Therapiebedürftigkeit mit Aufenthalt im C.____". Darüber, ob bestimmte medizinisch-therapeutische oder rehabilitative Vorkehren den stationären Aufenthalt im Therapieheim im oben dargelegten Sinn erforderlich machen und gegebenenfalls, welche das sind, geben die Akten allerdings keinen detaillierten Aufschluss. In Frage kommen dürften hauptsächlich Physiotherapie, aber auch Ergo- und Atemtherapie und Sondenernährung (vgl. act. 152, 168). Inwiefern Massnahmen als solche stationärer Bedingungen bedürfen, ist somit zwar nicht berichtet worden. Die Beschwerdegegnerin hielt in der angefochtenen Verfügung denn auch dagegen, Spitalbedürftigkeit der Beschwerdeführerin selber bestehe nicht. Art. 14 Abs. 3 IVG sieht aber vor, beim entsprechenden Entscheid den Vorschlag des behandelnden Arztes oder der behandelnden Ärztin und die persönlichen Verhältnisse zu berücksichtigen. Wie erwähnt ist auch im Krankenversicherungsbereich eine Leistungspflicht selbst dann gegeben, wenn die medizinische Behandlung wegen besonderer persönlicher Lebensumstände nicht anders als im Spital durchgeführt werden kann. Gemäss Rz 1223 des vom Bundesamt für Sozialversicherungen erlassenen Kreisschreibens über die medizinischen Eingliederungsmassnahmen in der Invalidenversicherung (KSME) können, wenn die Eltern, die im Rahmen der medizinischen Behandlung die Funktion von Hilfspersonen haben, aus beachtlichen Gründen (z.B. Krankheit, ärztlich angeordnete Entlastung) an der Pflege verhindert sind, die Kosten einer vorübergehend notwendigen Hospitalisation von der IV übernommen werden. 3.5 Von solchen Verhältnissen kann vorliegend insgesamt

ausgegangen werden. Denn im Gesuch vom 3. April 2013 wurde das Vorliegen der medizinischen Indikation für den stationären Aufenthalt ärztlich festgestellt und diese begründet. Es ist davon auszugehen, dass die ambulante Betreuung nicht genügte. 3.6 Die Beschwerdegegnerin hat im Übrigen zwar wie erwähnt festgehalten, aufgrund der fehlenden Spitalbedürftigkeit der Beschwerdeführerin könne sie keine Leistungen erbringen, hat aber dennoch eine Kostengutsprache für den Heimaufenthalt nicht generell abgelehnt, sondern immerhin teilweise (für eine bestimmte maximale Anzahl Tage innerhalb einer Frist) geleistet.

E. 4

4.1 Des Weiteren stellt sich die Beschwerdegegnerin auf den Standpunkt, die "Heimbedürftigkeit" sei erst nach und aufgrund der viralen Infektion entstanden und sie habe für die durch Letztere bewirkte Verschlechterung des Gesundheitszustands mangels Kausalzusammenhangs mit dem Geburtsgebrecen nicht einzustehen. Das Ostschweizer Kinderspital hat am 3. September 2013 und am 11. Februar 2014 bestätigt, dass die Notwendigkeit für den Aufenthalt im C. ___ bereits vor der Influenza B-Enzephalitis (aufgrund des Geburtsgebrecens Ziff. 381 GgV Anhang) ausgewiesen gewesen sei. Das hält die Beschwerdegegnerin aber nicht für überzeugend. Zum einen habe der tägliche Mehraufwand (wohl: an Behandlungs- und Grundpflege im Vergleich zu nicht behinderten Kindern gleichen Alters) davor gemäss Abklärungsbericht vom 25. April 2012 etwa drei Stunden und vier Minuten betragen, womit nicht einmal die Voraussetzungen für einen Intensivpflegezuschlag ausgewiesen gewesen seien. Zum andern stelle sich die Frage, weshalb, wenn tatsächlich die Notwendigkeit damals bereits bestanden haben sollte, nicht schon vor der Infektion ein Gesuch gestellt worden sei (Stellungnahme Fachbereich vom 20. März 2014, act. 321). In der angefochtenen Verfügung wird allerdings darauf hingewiesen, dass die Kostengutsprache aufgrund der erwähnten Bestätigung des Kinderspitals über die (schon aufgrund des Geburtsgebrecens) vorbestehende Notwendigkeit erfolgt sei. Angesichts des grossen ausgewiesenen Ausmasses an erforderlichem Betreuungs- und Pflegeaufwand der Eltern für das eine von mehreren Kindern, der vor Februar 2013 bereits über Jahre hinweg erforderlich gewesen war (im Abklärungsbericht genannt wurde wie erwähnt allein der Mehraufwand), erscheint plausibel, dass ein (zumindest zeitweiser Entlastungs-) Aufenthalt in stationärer Umgebung schon seit längerem angezeigt gewesen war. Dass früher kein Gesuch gestellt worden ist, ändert hieran nichts. 4.2 Nach Lage der Akten kann mit überwiegender Wahrscheinlichkeit angenommen werden, dass der Bedarf der Beschwerdeführerin an stationärer Therapie, Pflege und Betreuung im oben erwähnten umfassenden Sinn schon vor der Verschlechterung durch den Infekt vorgelegen hat.

E. 5

5.1 Die Frage, ob die Verschlechterung des Gesundheitszustands vom Februar 2013 mit einem Geburtsgebrecen zusammenhänge bzw. ob mit der Encephalopathie ein sekundäres Leiden vorliege, das mit dem Geburtsgebrecen in dem für eine Leistungspflicht geforderten qualifizierten Kausalzusammenhang stehe, kann unter diesen Umständen offen bleiben. Es kann aber immerhin darauf hingewiesen werden, dass die IV nach Rz 9 KSME bei Gebrecen, die auf einer Mehrzahl von Ursachen beruhen, die zum Teil schon bei vollendeter Geburt bestanden haben, zum Teil jedoch erst später hinzugetreten sind, die Behandlung als Geburtsgebrecen übernimmt, sofern die seit Geburt bestehenden Ursachen gegenüber äusseren Einflüssen überwiegen. Der Anspruch auf medizinische Massnahmen erstreckt sich nach der Rechtsprechung des Bundesgerichts ausnahmsweise auch auf die

Behandlung sekundärer Gesundheitsschäden, die zwar nicht mehr zum Symptomenkreis des Geburtsgebrechens gehören, aber nach medizinischer Erfahrung häufig die Folge dieses Gebrechens sind. Zwischen dem Geburtsgebrecen und dem sekundären Leiden muss danach ein qualifizierter adäquater Kausalzusammenhang bestehen. Nur wenn im Einzelfall dieser qualifizierte ursächliche Zusammenhang zwischen sekundärem Gesundheitsschaden und Geburtsgebrecen gegeben ist und sich die Behandlung überdies als notwendig erweist, hat die Invalidenversicherung im Rahmen des Art. 13 IVG für die medizinischen Massnahmen aufzukommen (BGE 100 V 41; AHI 2001 S. 79 E. 3a; Pra 1991 Nr. 214 S. 906 E. 3b). An die Erfüllung der Voraussetzungen des rechtserheblichen Kausalzusammenhangs sind danach strenge Anforderungen zu stellen, zumal der Wortlaut des Art. 13 IVG den Anspruch der versicherten Minderjährigen auf die Behandlung des Geburtsgebrechens an sich beschränkt (AHI 1998 S. 249 E. 2a; zum Ganzen auch der Bundesgerichtsentscheid i/S A. vom 9. August 2007, I 32/06). Die Häufigkeit des sekundären Leidens stellt aber nicht das allein entscheidende Kriterium für die Bejahung eines qualifizierten adäquaten Kausalzusammenhangs dar (Entscheid des Eidgenössischen Versicherungsgerichts i/S A. vom 14. Oktober 2004, I 438/02). Nach Rz 11 KSME geht die Behandlung von Gesundheitsschäden, die eine Folge des Geburtsgebrechens darstellen, zu Lasten der IV, wenn die pathologischen Auswirkungen in enger Beziehung zum Symptomenkreis des Geburtsgebrechens stehen und kein äusseres Ereignis bestimmend dazwischen tritt.

5.2 Das Kinderspital hielt am 21. Juni 2013 fest, die Therapie im C.____ stehe in direktem Kausalzusammenhang mit den in der Verfügung anerkannten Geburtsgebrecen. Am 16. Januar 2014 begründete es, die Hospitalisation sei wegen eines St. epilepticus des Kindes erfolgt. Dieser Status habe trotz Medikation über Tage hinweg angehalten und habe sicherlich zur Zustandsverschlechterung im Sinn einer epileptischen Encephalopathie geführt. Zur schweren Encephalitis sei es aufgrund der deutlichen Auffälligkeiten im Zusammenhang mit der Hirnanlagestörung und der deswegen erfolgten Operationen (und ihren Folgen, nämlich der damit veränderten Durchblutung und veränderten Blut-Hirn-Schranke) gekommen. Es müsse davon ausgegangen werden, dass es ohne Hirnfehlbildung und veränderte Durchblutung niemals zu dieser so schweren residuellen Encephalopathie gekommen wäre. - Der RAD dagegen wandte am 11. Juni 2011 ein, die Influenza B-Encephalitis sei eine schwere und seltene Komplikation einer viralen Grippeerkrankung und stehe nicht in direktem Zusammenhang mit der Behinderung. In der Stellungnahme vom 20. Februar 2014 legte er dar, selbst wenn ein enger Zusammenhang anerkannt werden sollte, könne die Leistung (dort konkret: die Übernahme der Hospitalisationskosten) nicht erfolgen, weil mit der Influenza B-Encephalitis zweifelsfrei ein äusseres Ereignis dazwischen getreten sei, das den Verlauf wesentlich bestimmt und zu einer Verschlechterung geführt habe, und dies gemäss Rz 11 KSME einen Ausschlussgrund für die Leistungspflicht bilde. - Aufgrund der Angaben des Kinderspitals wäre wohl davon auszugehen, dass nicht nur die Influenza B mit der Folge der Encephalitis, sondern auch der längere Zeit andauernde St. epilepticus als solcher Ursache der Zustandsverschlechterung im Sinn einer Encephalopathie war. Es wird denn auch eine epileptische Encephalopathie beschrieben. Dementsprechend wäre, der Auffassung des Kinderspitals folgend, wohl als ausgewiesen zu betrachten, dass die Encephalopathie nur infolge der Hirnfehlbildung und (durch geburtsgebrechensbedingt nötige Operationen) veränderten Durchblutung in so schwerer Weise aufgetreten ist. Der (rechtlichen, auf Rz 11 KSME gestützten) Beurteilung des RAD zu folgen, würde hingegen die Annahme voraussetzen, die Influenza B sei von so beherrschendem Einfluss gewesen, dass es sich

rechtfertigte, sie als einzige relevante Ursache zu betrachten (womit der Kausalzusammenhang unterbrochen würde, worauf Rz 11 KSME mit dem bestimmenden Dazwischentreten eines äusseren Ereignisses zielt). Das könnte vorliegend kaum mit überwiegender Wahrscheinlichkeit angenommen werden. Denkbar wäre allerdings auch, dass der St. epilepticus bereits Folge der Influenza B gewesen war. Auch diesfalls gehörte die Behandlung der entsprechenden Schädigung jedoch in den Leistungsbereich der Beschwerdegegnerin, weil die geburtsgebrechensbedingten Ursachen als überwiegend zu betrachten sind.

E. 6

6.1 Da der Bedarf an stationärer Therapie (zumindest auch und wesentlich) auf das Geburtsgebrechen zurückzuführen ist, ist die Beschwerdegegnerin grundsätzlich leistungspflichtig. 6.2 Sie hat denn auch wie erwähnt teilweise Kostengutsprache geleistet. Ein Daueraufenthalt im (betreffenden) Heim ist nach ihrer Auffassung dagegen in der Invalidenversicherung in keinem Fall vorgesehen. Sie stützt sich dabei auf die - wohl zur analogen Anwendung herangezogene - Rz 390.7 KSME zum Geburtsgebrechen Ziff. 390 GgV Anhang (Angeborene cerebrale Lähmungen), wonach bei zerebralen Bewegungsstörungen im Vorschulalter, bei denen eine wirksame ambulante Therapie wegen grosser Entfernung von der nächstgelegenen Behandlungsstelle, wegen Überbelastung des Kindes oder wegen der häuslichen Verhältnisse nicht gewährleistet ist, eine intensive stationäre Therapie in besonderen Behandlungszentren erfolgen kann. Von dieser Intensivbehandlung muss ein wesentlicher und nachhaltiger Erfolg zu erwarten sein. Die Dauer derartiger Aufenthalte darf in Fällen mit guten Erfolgsaussichten (Schulbildungsfähigkeit auf der Stufe der Normal- oder Hilfsschule, keine oder nur Hilflosigkeit leichteren Grades) höchstens 180 Tage im Verlauf von zwei Jahren, in allen übrigen Fällen höchstens 90 Tage im Verlauf von zwei Jahren betragen. 6.3 Der Anspruch der versicherten Personen auf medizinische Massnahmen ist in den Art. 12 ff., namentlich in Art. 13 und 14 IVG, festgelegt. Er erstreckt sich auf die zur Behandlung von Geburtsgebrechen notwendigen Massnahmen. Es gehören dazu wie erwähnt 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). Die Beschwerdegegnerin ist demnach für die Therapie so lange leistungspflichtig, als sie notwendig ist und die weiteren Voraussetzungen wie etwa die Zweckmässigkeit erfüllt sind. Eine Befristung einzuführen, bedürfte einer gesetzlichen Grundlage. 6.4 Was den Umfang der erforderlichen stationären medizinischen Behandlung betrifft, sind die Akten ungenügend aussagekräftig. Das Kinderspital hat einen Aufenthalt - dem Kostengutsprache gesuch nach zu schliessen - zunächst an drei bis sieben Tagen pro Woche für indiziert gehalten, was also auch einen ununterbrochenen Aufenthalt umfassen könnte. Den Akten (act. 200-2) lässt sich entnehmen, dass auf den 14. April 2013 der Eintritt ins C.____ vorgesehen war. Wie lange indessen der Bedarf an der stationären Massnahme andauerte, ist nicht geklärt worden. Die Beschwerdegegnerin wird den Umfang des notwendigen Aufenthalts ergänzend abzuklären und die Leistungen entsprechend festzusetzen haben.

E. 7

7.1 Im Sinn der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde unter Aufhebung der angefochtenen Verfügung vom 17. Dezember 2013 teilweise zu schützen. Die Beschwerdeführerin hat Anspruch auf medizinische Massnahmen nach Art. 13 IVG in

Form der beantragten stationären Behandlung. Die Sache ist zu ergänzenden Abklärungen im Sinn der Erwägungen und zu entsprechender Festsetzung des Umfangs der Leistungen an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. 7.2 Die Beschwerdeführerin hat mit dem Antrag auf Leistungen im Grundsatz obsiegt. Auch eine Rückweisung zur weiteren Abklärung der Streitsache und anschliessender neuer Verfügung an die Beschwerdegegnerin stellt praxisgemäss aus prozessualer Sicht in Bezug auf die Kosten ein vollständiges Obsiegen dar (vgl. BGE 137 V 57). Angesichts des Unterliegens der Beschwerdegegnerin sind ihr die Gerichtskosten, die nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt werden (Art. 69 Abs. 1bis IVG), gesamthaft aufzuerlegen (vgl. Art. 95 Abs. 1 VRP/SG). Eine Entscheidegebühr von Fr. 600.-- erscheint angemessen. Der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 600.-- ist der Beschwerdeführerin zurückzuerstatten. 7.3 Die Beschwerdeführerin hat bei diesem Obsiegen Anspruch auf Ersatz der Parteikosten, die vom Gericht ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen werden (Art. 61 lit. g ATSG; vgl. auch Art. 98 ff. VRP). Eine Parteientschädigung von Fr. 3'500.-- (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer) erscheint vorliegend als angemessen. Entscheid im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP 1. In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird die angefochtene Verfügung vom 17. Dezember 2013 aufgehoben und der Beschwerdeführerin im Sinn der Erwägungen Anspruch auf medizinische Massnahmen nach Art. 13 IVG in Form der beantragten stationären Behandlung zugesprochen. 2. Die Sache wird zu ergänzenden Abklärungen im Sinn der Erwägungen und zu entsprechender Festsetzung des Umfangs der Leistungen an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen. 3. Die Beschwerdegegnerin hat eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- zu bezahlen. 4. Der Beschwerdeführerin wird der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 600.-- zurückerstattet. 5. Die Beschwerdegegnerin hat der Beschwerdeführerin eine Parteientschädigung von Fr. 3'500.-- (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu bezahlen.

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