

SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2017/233 vom 5. September 2018

Sg Versicherungsgericht, 2018-09-05, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_IV_2017_233

FR: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2017/233 du 5 septembre 2018

IT: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2017/233 del 5 settembre 2018

Regeste

Art. 14 IVG. Art. 49 ATSG. Art. 58 IVG. Rein elektronische und nur gegenüber dem Leistungserbringer eröffnete Verweigerung der Vergütung von Kosten im Zusammenhang mit einem anerkannten Geburtsgebrechen sind weder Verfügungen noch Mitteilungen, sondern bloss faktisches Verwaltungshandeln (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 5. September 2018, IV 2017/233).

Erwägungen

E. 1

1.1 Laut dem Art. 13 Abs. 1 IVG hat eine versicherte Person bis zur Vollendung des 20. Altersjahres einen Anspruch auf die zur Behandlung eines Geburtsgebrechens notwendigen medizinischen Massnahmen. Diese medizinischen Massnahmen umfassen gemäss dem Art. 14 Abs. 1 lit. a IVG insbesondere jene Behandlung, die von einem Arzt selbst oder auf seine Anordnung durch medizinische Hilfspersonen vorgenommen wird. Die Beschwerdeführerin hat mit einer Mitteilung vom 20. Juni 2014 festgestellt, dass die Beschwerdeführerin am Geburtsgebrechen Ziff. 404 Anh. GgV gelitten und deshalb einen (grundsätzlichen) Anspruch auf die Vergütung der Kosten der zur Behandlung dieses Geburtsgebrechens notwendigen medizinischen Massnahmen (bis längstens am 31. Mai 2019) gehabt hat. Die Mitteilung vom 20. Juni 2014 hat aber auch die Feststellung enthalten, dass eine Behandlungsbedürftigkeit vorliege und dass die Beschwerdeführerin deshalb (insbesondere) einen Anspruch auf die Vergütung der Kosten der damals laufenden Psychotherapie für die Zeit bis zum 31. Mai 2016 gehabt hat. Schliesslich hat die Mitteilung vom 20. Juni 2014 die Feststellung enthalten, dass es sich bei den kinder- und jugendpsychiatrischen Diensten um eine geeignete Durchführungsstelle für die Psychotherapie gehandelt hat. Da die Beschwerdeführerin jene Mitteilung akzeptiert respektive keine anfechtbare Verfügung verlangt hat, ist diese – für die Parteien und auch für das Gericht – verbindlich geworden. Im vorliegenden Verfahren kann folglich nicht überprüft werden, ob ein anerkanntes Geburtsgebrechen vorliege, ob die Beschwerdeführerin behandlungsbedürftig sei oder ob die Beschwerdeführerin in der Zeit bis zum 31. Mai 2016 einen Anspruch auf die Vergütung der Kosten der ambulanten Psychotherapie durch die kinder- und jugendpsychiatrischen Dienste gehabt habe. Das bedeutet aber nicht, dass die Beschwerdeführerin gestützt auf die Mitteilung vom 20. Juni 2014 verpflichtet wäre, sämtliche Rechnungen der kinder- und jugendpsychiatrischen Dienste, also auch diejenigen für die Leistungen der Sozialarbeiterin, zu begleichen. Die genannten drei verbindlichen Feststellungen in dieser Mitteilung haben nämlich die Frage, ob es sich bei den Leistungen der Sozialarbeiterin um vergütungsfähige medizinische Massnahmen handle, nicht beschlagen. Das bedeutet, dass die Mitteilung in dieser Frage

keinen vollständigen Rechtssyllogismus enthält, der auch die Leistungen der Sozialarbeiterin umfassen würde und damit eine rechtsgestaltende Rechtsfolgeanordnung (Zahlungspflicht bzw. keine Zahlungspflicht der Beschwerdegegnerin) enthalten würde. Der in diesem Punkt noch unvollständige Rechtssyllogismus ist noch durch die Antwort auf die Frage zu ergänzen, ob die Leistungen der Sozialarbeiterin wissenschaftlich, zweckmässig und wirtschaftlich gewesen sind, m.a.W. ob die Leistungen der Sozialarbeiterin die gesetzlichen Voraussetzungen für eine Kostenpflichtigkeit erfüllt haben. Das Beschwerdeverfahren muss sich aufgrund der auch für das Gericht verbindlichen drei Feststellungen in der Mitteilung vom 20. Juni 2014 (anerkanntes Geburtsgebrechen Ziff. 404 Anh. GgV, ausgewiesener Psychotherapiebedarf und Anerkennung der KJPD als sog. Durchführungsstelle) auf die Beantwortung der Frage beschränken, ob die Beschwerdegegnerin (auch) die Kosten für die von der Kinder- und Jugendpsychiaterin Dr. E.____ in die Wege geleitete Behandlung durch die Sozialarbeiterin zu vergüten habe. 1.2 Damit stellt sich allerdings die Frage nach dem Anfechtungsgegenstand. Tatsächlich hat die Beschwerdegegnerin nämlich die Vergütung der hier streitigen Kosten nicht erst mit der angefochtenen Verfügung vom 17. Mai 2017, sondern schon viel früher verweigert, indem sie – respektive die ZAS – die entsprechenden elektronisch eingereichten Rechnungen der kinder- und jugendpsychiatrischen Dienste retourniert hat, was offenbar im Januar 2014, im Januar 2015, im März 2015, im Mai 2015, im Juli 2015, im Mai 2016, im Juli 2016, im November 2016 und im März 2017 geschehen ist (vgl. act. G 23.1). Da diese Zahlungs- bzw. Leistungsverweigerungen nicht schriftlich, sondern nur rein elektronisch erfolgt sind und da sie (auf elektronischem Wege) nur dem Leistungserbringer (bzw. der sog. Durchführungsstelle) mitgeteilt worden sind, hat die Beschwerdeführerin keine Kenntnis davon haben können. Verfahrensrechtlich können die elektronischen Leistungsverweigerungen nur schon wegen der fehlenden Eröffnung an die Beschwerdeführerin nicht als verbindliche Auskünfte oder rechtskraftfähige Mitteilungen (Art. 58 IVG i.V.m. Art. 74ter bzw. 74quater IVV) qualifiziert werden. Indem die Beschwerdegegnerin eine Kostenvergütung bloss elektronisch und nur gegenüber dem Leistungserbringer verweigert hat, hat sie rein faktisch und nicht Verfügungsmässig gehandelt. Wann genau die Beschwerdeführerin doch noch Kenntnis von diesen Leistungsverweigerungen erhalten hat, lässt sich retrospektiv nicht mehr eindeutig bestimmen. Das schadet allerdings nicht, denn mangels eines Mitteilungs- oder Verfügungscharakters haben die elektronischen Leistungsverweigerungen gar nicht verbindlich werden können. Zudem kann ohne weiteres davon ausgegangen werden, dass die Beschwerdeführerin nach der Kenntnisnahme der Leistungsverweigerungen relativ rasch auf diese reagiert und den Erlass einer anfechtbaren Verfügung verlangt hat. Die Beschwerdegegnerin (und nicht etwa die ZAS) ist gestützt auf den Art. 49 Abs. 1 ATSG verpflichtet gewesen, über das Begehren um die Vergütung der hier streitigen Kosten zu verfügen, was sie dann schliesslich am 17. Mai 2017 auch getan hat. Ihr Vorgehen ist folglich als gesetzmässig zu qualifizieren. Damit steht fest, dass die Verfügung vom 17. Mai 2017 den Anfechtungsgegenstand dieses Beschwerdeverfahrens bildet. Da die Beschwerde gegen diese Verfügung form- und fristgerecht erhoben worden ist und da das Versicherungsgericht des Kantons St. Gallen zur Behandlung der Beschwerde zuständig ist, ist auf die Beschwerde vom 21. Juni 2017 einzutreten und materiell zu prüfen, ob die Beschwerdeführerin einen Anspruch auf die Vergütung der Kosten für die von der Kinder- und Jugendpsychiaterin Dr. E.____ in die Wege geleitete Behandlung durch eine Sozialarbeiterin hat.

E. 2

Als eine medizinische Massnahme im Sinne des Art. 14 Abs. 1 lit. a IVG kann nur eine Behandlung qualifiziert werden, die medizinischer Art ist und die von einem Arzt oder von einer medizinischen Hilfsperson erbracht wird (vgl. auch BGE 136 V 209). Als medizinische Hilfspersonen gelten in der Verwaltungspraxis der Invalidenversicherung Krankenpfleger, Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Ernährungsberater und Psychotherapeuten (vgl. Rz. 1202 des Kreisschreibens über die medizinischen Eingliederungsmassnahmen in der Invalidenversicherung). Das entspricht weitgehend der abschliessenden Liste von medizinischen Hilfspersonen im Bereich der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Art. 46 Abs. 1 KVV). Die vorliegend zur Diskussion stehende Behandlung ist primär sozialtherapeutischer Natur; die sogenannte „Marte Meo“-Methode ist in ihrem Kern eine Erziehungsberatung (vgl.

<https://www.martemeo.com/en/About-Marte-Meo/FAQs/?current>

Question=C204481A-1B78-37D5-44F5D2CDB37E36E8>; abgerufen am 23. April 2018). Obwohl sie offenbar einen Teil einer umfassenden, mehrheitlich medizinischen Behandlung bildet, ist sie für sich allein genommen keine medizinische, sondern eine sozialtherapeutische – in der Terminologie des TARMED: „nichtärztliche“ – Massnahme. Sie gehört folglich nicht zu den vom Art. 14 Abs. 1 lit. a IVG erfassten medizinischen Massnahmen. Zudem wird sie von einer Sozialberaterin durchgeführt. Diese kann nicht als eine medizinische Hilfsperson qualifiziert werden. Sie führt ihre Behandlung zwar im ärztlichen Auftrag und unter ärztlicher Supervision durch, aber ihre Tätigkeit setzt keine medizinische, sondern eine sozialtherapeutische Qualifikation voraus. Auch medizinische Laien können gewisse Aufgaben „im Auftrag“ eines Arztes übernehmen, ohne dass sie deshalb als medizinische Hilfspersonen zu qualifizieren wären. Das ist beispielsweise bei Eltern von schwer behinderten Kindern der Fall, denn diese übernehmen oft sogar Pflegeaufgaben, die an sich eine medizinische Qualifikation erfordern würden (vgl. zur Abgrenzung BGE 136 V 209). Die fragliche Behandlung ist also keine medizinische Massnahme im Sinne des Art. 14 Abs. 1 lit. a IVG, weil sie nicht medizinischer Art ist und weil sie nicht von einer medizinischen Hilfsperson erbracht wird. Selbst wenn die Invalidenversicherung ihre gesetzliche Leistungspflicht mit der Unterzeichnung des TARMED hätte modifizieren können (was wegen des Legalitätsprinzips aber offensichtlich ausgeschlossen ist), würde dies am Ergebnis nichts ändern. Der TARMED sieht nämlich zwar im Leistungsblock 02.04 „nichtärztliche“ (insb. sozialtherapeutische) ambulante psychiatrische Leistungen in anerkannten Institutionen und Spitalabteilungen vor, aber die Invalidenversicherung hat bei der Unterzeichnung des Tarifvertrages einen Vorbehalt angebracht: Die Leistungen unter dem Kapitel 02.04 können ihr gegenüber nicht verrechnet werden (die neuste Version des Tarifvertrages ist von der IV, der UV und der MV nicht unterzeichnet worden; für diese Sozialversicherungen ist nach wie vor die Version 01.08.00 massgebend). Dieser Vorbehalt entspricht den gesetzlichen Vorgaben des Art. 14 Abs. 1 lit. a IVG, der die Vergütung von Behandlungsmassnahmen, die entweder nicht medizinischer Art sind oder die keine medizinische Qualifikation erfordern, durch die Invalidenversicherung ausschliesst.

E. 3

Die angefochtene Verfügung erweist sich damit als rechtmässig, weshalb die Beschwerde abzuweisen ist. Bezüglich des in der Replik gestellten Eventualbegehrens ist darauf hinzuweisen, dass die Zuweisung der fraglichen Behandlungsmassnahmen zu einer anderen

Tarifposition selbstverständlich nichts an der entscheidenden Tatsache ändern würde, dass es sich dabei nicht um medizinische Massnahmen im Sinne des Art. 14 Abs. 1 lit. a IVG handelt. Die Gerichtskosten von 600 Franken sind der unterliegenden Beschwerdeführerin aufzuerlegen. Sie sind durch den von dieser geleisteten Kostenvorschuss von 600 Franken gedeckt. Die unterliegende Beschwerdeführerin hat keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung. Entscheid im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP 1. Die Beschwerde wird abgewiesen. 2. Die Beschwerdeführerin hat die Gerichtskosten von 600 Franken zu bezahlen; diese Kosten sind durch den von ihr geleisteten Kostenvorschuss von 600 Franken gedeckt.

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