

# **SG\_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2018/122 vom 13. März 2019**

Sg Versicherungsgericht, 2019-03-13, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg\\_publicationen\\_IV\\_2018\\_122](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_IV_2018_122)

FR: SG\_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2018/122 du 13 mars 2019

IT: SG\_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2018/122 del 13 marzo 2019

## **Regeste**

Art. 17 Abs. 2 ATSG. Art. 42 IVG. Art. 42ter IVG. Art. 37 IVV. Revision der Hilflosenentschädigung. Revision des Intensivpflegezuschlages (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 13. März 2019, IV 2018/122).

## **Erwägungen**

### **E. 1**

1.1 Die angefochtene Verfügung vom 23. Februar 2018 enthält bei genauer Betrachtung zwei voneinander unabhängige Verwaltungsentscheide, nämlich einerseits eine revisionsweise Erhöhung der laufenden Hilflosenentschädigung und andererseits eine revisionsweise Herabsetzung des laufenden Intensivpflegezuschlages. Der Anspruch auf einen Intensivpflegezuschlag setzt zwar den Bezug einer Hilflosenentschädigung voraus, beruht im Übrigen aber auf einer anderen Gesetzesnorm und auf einem anderen Sachverhalt als der Anspruch auf eine Hilflosenentschädigung. Es handelt sich folglich um verschiedene Leistungen, weshalb die Verfügung vom 23. Februar 2018 bei richtiger Interpretation zwei Verfügungen enthält, nämlich eine Verfügung betreffend die Revision der Hilflosenentschädigung und eine Verfügung betreffend die Revision des Intensivpflegezuschlages. Aus der Beschwerde geht klar hervor, dass sich der Beschwerdeführer damit nur gegen die revisionsweise Herabsetzung des Intensivpflegezuschlages gewendet hat. Die revisionsweise Erhöhung der Hilflosenentschädigung ist von ihm nicht angefochten worden. Jene Verfügung ist folglich unangefochten in formelle Rechtskraft erwachsen. Den Streitgegenstand in diesem Beschwerdeverfahren bildet ausschliesslich die revisionsweise Herabsetzung des laufenden Intensivpflegezuschlages. 1.2 Bei der Herabsetzung des Intensivpflegezuschlages handelt es sich um eine typische Revision im Sinne des Art. 17 Abs. 2 ATSG, was bedeutet, dass sich das Verwaltungsverfahren, das mit dieser Verfügung abgeschlossen worden ist, auf die Frage nach anspruchrelevanten Sachverhaltsveränderungen seit der ursprünglichen Leistungszusprache vom 28. Februar 2017 beschränkt hat. Die Revision bezweckt nämlich ausschliesslich eine Anpassung einer formell rechtskräftig zugesprochenen Dauerleistung an nachträgliche Sachverhaltsveränderungen; eine weitergehende Korrektur (die Fehler beheben würde, die bereits bei der ursprünglichen Leistungszusprache gemacht worden sind) liefe auf eine Wiedererwägung der ursprünglichen leistungszusprechenden Verfügung hinaus, ohne dass die Wiedererwägungsvoraussetzungen des Art. 53 Abs. 2 ATSG erfüllt wären, was offensichtlich rechtswidrig wäre (vgl. zum Ganzen RALPH JÖHL, Die Revision nach Art. 17 ATSG, in: JaSo 2012, S. 153 ff.). Bei der hier nicht strittigen Revision der Hilflosenentschädigung und bei einem Intensivpflegezuschlag ergibt sich diesbezüglich allerdings eine revisionsrechtliche Besonderheit aus dem Umstand, dass

gemäss dem Art. 37 Abs. 4 IVV nur der Mehrbedarf an Hilfeleistung und persönlicher Überwachung im Vergleich zu nicht behinderten Minderjährigen gleichen Alters zu berücksichtigen ist. Das bedeutet nämlich, dass nicht der tatsächliche Hilfebedarf, sondern die Differenz zwischen dem tatsächlichen Hilfebedarf und dem (fiktiven) Hilfebedarf eines gesunden gleichaltrigen Kindes anspruchrelevant ist. Bei der Beantwortung der Frage nach einer massgebenden Sachverhaltsveränderung darf sich die IV-Stelle deshalb nicht auf die Prüfung einer allfälligen Veränderung des tatsächlichen Hilfebedarfes beschränken. Sie muss auch prüfen, ob sich der tatsächliche Hilfebedarf gleich wie der hypothetische „Vergleichssachverhalt“ (gesundes gleichaltriges Kind) entwickelt hat. Ist die Differenz grösser oder kleiner geworden, liegt möglicherweise eine relevante Sachverhaltsveränderung vor. Das kann sogar dann der Fall sein, wenn der tatsächliche Hilfebedarf unverändert geblieben ist. Beispielsweise fällt bei einem einjährigen Kind in aller Regel kein behinderungsbedingter Mehrbedarf, sondern nur ein altersentsprechender „Normalaufwand“ bezüglich des Verrichtens der Notdurft an, weil auch gesunde einjährige Kinder nicht in der Lage sind, ihre Notdurft selbständig zu verrichten. Bleibt der diesbezügliche Hilfebedarf aber nochmals drei Jahre lang unverändert, muss diesbezüglich neu ein behinderungsbedingter Mehraufwand angenommen werden, da vierjährige Kinder ihre Notdurft in aller Regel selbständig verrichten können. Der tatsächliche Aufwand ist in diesem Beispiel unverändert geblieben, aber die anspruchsbegründende Differenz zum „Vergleichssachverhalt“ bei einem (fiktiven) gesunden Kind hat sich massgebend verändert, was einen Revisionsgrund darstellt.

## E. 2

Die Hauptschwierigkeit bei der Beantwortung der Frage, ob sich der für die Berechnung des Intensivpflegezuschlages massgebende behinderungsbedingte Mehraufwand erheblich verändert habe, besteht darin, dass in den Akten nicht sorgfältig genug zwischen dem nicht-medizinischen und dem medizinischen Mehraufwand unterschieden wird. Der (pauschale) Intensivpflegezuschlag deckt ebenso wie die (pauschale) Hilflosenentschädigung nur jenen Mehraufwand ab, der für die nicht-medizinische Pflege und Betreuung des Beschwerdeführers anfällt. Die medizinische Pflege wird dagegen als medizinische Massnahme gemäss den Art. 13 f. IVG entschädigt, und zwar nicht pauschal, sondern frankengenau entsprechend dem tatsächlich angefallenen Aufwand für die medizinische Pflege. Jede Pflegemassnahme muss folglich eindeutig entweder der medizinischen Pflege im Sinne der Art. 13 f. IVG oder der nicht-medizinischen Pflege und Betreuung im Sinne der Art. 42 ff. IVG zugeordnet werden, damit der Anspruch auf medizinische Massnahmen beziehungsweise die Hilflosenentschädigung und der Intensivpflegezuschlag festgesetzt werden können. Diese sorgfältige Trennung respektive Zuordnung der einzelnen Pflegeverrichtungen ist vorliegend in den Akten nicht zu finden. Offenbar hat die Beschwerdegegnerin zwar versucht, eine solche Zuordnung vorzunehmen, indem sie die Pflegemassnahmen in ihrem Bericht zur Abklärung vom 7. November 2017 zweiseitig erfasst und entweder der „Grundpflege“ oder der „Behandlungspflege“ zugeordnet hat. Das müsste bedeuten, dass die „Grundpflege“ den für den Intensivpflegezuschlag massgebenden nicht-medizinischen Pflege- und Betreuungsaufwand beinhalten würde, während die „Behandlungspflege“ den medizinischen Pflegeaufwand bezeichnen würde. Allerdings hat die Beschwerdegegnerin bei der „Grundpflege“ einen Abzug von zehn Minuten für Spitex-Leistungen vorgenommen. Das lässt sich mit einer konsequenten Zuordnung der nicht-medizinischen Pflegeleistungen zur „Grundpflege“ und der medizinischen Pflegeleistungen zur „Behandlungspflege“ nicht vereinbaren. Wenn es

sich nämlich bei den erwähnten Spitex-Leistungen um medizinische Pflegeleistungen gehandelt hätte, dann hätte der Abzug ebenfalls bei den medizinischen Pflegeleistungen berücksichtigt werden müssen, weshalb die „Grundpflege“ also offensichtlich auch medizinische Pflegeleistungen beinhalten müsste. Wenn es sich dagegen um nicht-medizinische Pflegeleistungen gehandelt hätte, dann hätte dafür kein Abzug beim für die Bemessung des Intensivpflegezuschlages massgebenden behinderungsbedingten Mehraufwand berücksichtigt werden dürfen. Die Frage, ob eine nicht-medizinische Pflegeleistung vorwiegend von einer Spitex oder von anderen Personen, namentlich den Eltern, erbracht wird, ist für die Berechnung des Intensivpflegezuschlages nämlich irrelevant. Entscheidend ist nur, ob es sich um eine Leistung nicht-medizinischer Art handelt, die von einer Fachperson mit medizinischer Qualifikation oder von einem medizinischen Laien (z.B. von den Eltern) erbracht werden kann (vgl. zur Abgrenzung auch BGE 136 V 209). So oder anders spricht der Abzug von zehn Minuten für Spitex-Leistungen folglich gegen eine strikte Aufteilung der nicht-medizinischen Pflegeleistungen und der medizinischen Pflegeleistungen in „Grundpflege“ und „Behandlungspflege“. Fraglich ist auch, wie die im Abklärungsbericht erwähnte Spitex-Betreuung während des Morgens zu verstehen ist: Sind damit ausschliesslich medizinische Pflegeleistungen gemeint, die in Anwendung der Art. 13 f. IVG zu vergüten sind, oder beinhaltet diese Betreuung auch nicht-medizinische Pflegeleistungen, die für die Berechnung des Intensivpflegezuschlages massgebend sind? Welche Relevanz hat diese Angabe für die Bemessung der einzelnen Leistungen? Zusammenfassend lässt sich die Berechnung des für den Intensivpflegezuschlag massgebenden behinderungsbedingten nicht-medizinischen Mehraufwandes nicht nachvollziehen, weshalb nicht mit dem erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit feststeht, ob die Aufwandberechnung der Beschwerdegegnerin korrekt ist. Bei der aktuellen Aktenlage erweist sich der massgebende Sachverhalt damit als ungenügend abgeklärt. Die Sache muss zur sorgfältigen Ermittlung und minutiösen Auflistung des für die Berechnung des Intensivpflegezuschlages massgebenden behinderungsbedingten Mehraufwandes nicht-medizinischer Natur an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen werden.

### **E. 3**

Die Rückweisung einer Sache zur weiteren Abklärung gilt rechtsprechungsgemäss hinsichtlich der Kosten- und Entschädigungsfolgen als ein vollständiges Obsiegen der beschwerdeführenden Partei. Die Gerichtskosten von 600 Franken sind folglich der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen. Dem Beschwerdeführer wird der von ihm geleistete Kostenvorschuss von 600 Franken zurückerstattet. Der nicht anwaltlich vertretene Beschwerdeführer hat keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung. Entscheid im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP 1. In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird die angefochtene Verfügung vom 23. Februar 2018 betreffend die Revision des Intensivpflegezuschlages aufgehoben und die Sache wird zur weiteren Abklärung und zur anschliessenden neuen Verfügung im Sinne der Erwägungen an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen. 2. Die Beschwerdegegnerin hat die Gerichtskosten von 600 Franken zu bezahlen; dem Beschwerdeführer wird der von ihm geleistete Kostenvorschuss von 600 Franken zurückerstattet.