

# **SG\_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2018/128 vom 26. November 2019**

Sg Versicherungsgericht, 2019-11-26, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg\\_publicationen\\_IV\\_2018\\_128](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_IV_2018_128)

FR: SG\_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2018/128 du 26 novembre 2019

IT: SG\_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2018/128 del 26 novembre 2019

## **Regeste**

Art. 57a IVG. Vorbescheidspflicht (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 26. November 2019, IV 2018/128).

## **Volltext**

Entscheid vom 26. November 2019 Besetzung Präsident Ralph Jöhl, Versicherungsrichterinnen Monika Gehrler-Hug und Karin Huber-Studerus; Gerichtsschreiber Tobias Bolt Geschäftsnr. IV 2018/128 Parteien A.\_\_\_\_, Beschwerdeführerin, vertreten durch den Schweizerischen Kinderspitex Verein, Bahnhof-strasse 17, 9326 Horn, gegen IV-Stelle des Kantons St. Gallen, Postfach 368, 9016 St. Gallen, Beschwerdegegnerin, Gegenstand medizinische Massnahmen (pflegerische Massnahmen) Sachverhalt A.\_\_\_\_ litt an verschiedenen Geburtsgebrechen. Sie bezog diverse Leistungen der Invalidenversicherung. Mit einer Verfügung vom 11. März 2013 sprach die IV-Stelle der Versicherten für die Zeit vom 1. Januar 2013 bis zum 31. August 2013 die Vergütung der Kosten für die medizinische Pflege im Umfang von maximal fünf Stunden pro Monat zu (IV-act. 106). Am 19. Januar 2016 beantragte der Schweizerische Kinderspitex-Verein eine Verlängerung der Kostengutsprache für die medizinische Pflege (IV-act. 358 f.). Mit einer Verfügung vom 15. März 2016 wies die IV-Stelle dieses Gesuch mit der Begründung ab (IV-act. 371), die bislang berücksichtigte Sauerstofftherapie sei nur noch in der Nacht notwendig. Die Spitexeinsätze fänden aber jeweils vormittags von 8 Uhr bis 11 Uhr statt und dienten nur der Entlastung der Eltern. Mit einem Entscheid vom 29. November 2016 (IV 2016/143) hiess das Versicherungsgericht des Kantons St. Gallen eine gegen die Verfügung vom 15. März 2016 erhobene Beschwerde teilweise gut (vgl. IV-act. 425). Es hielt fest, die IV-Stelle habe den künftigen Pflegebedarf nicht prospektiv, sondern rein retrospektiv festgesetzt. Bezüglich des künftigen Pflegebedarfs sei jede Sachverhaltsabklärung unterblieben, weshalb die IV-Stelle den Untersuchungsgrundsatz (Art. 43 Abs. 1 ATSG) verletzt habe. Zudem hätte sie eine allfällige Mithilfe der nicht medizinisch ausgebildeten Eltern in der Vergangenheit bei der Festsetzung des zukünftigen Pflegebedarfs nicht berücksichtigen dürfen, denn das „Kostendach“ für die Zukunft müsse alle Eventualitäten abdecken und folglich selbst dann ausreichend bemessen sein, wenn die Eltern gar keine Mithilfe mehr leisten könnten. Bezüglich des mittlerweile vergangenen Zeitraums hätte die IV-Stelle nicht einfach ein „Kostendach“ festsetzen dürfen; sie hätte die effektiv angefallenen Kosten für die medizinische Pflege direkt rechtsgestaltend vergüten müssen. Hinsichtlich der noch zu erlassenden Verfügung über das „Kostendach“ für die Zukunft sei darauf hinzuweisen, dass die IV-Stelle eine allfällige Befristung ihrer Kostengutsprache sowohl betreffend die Notwendigkeit der Befristung als auch deren Dauer überzeugend werde begründen müssen.

Die Sache sei folglich zur weiteren Sachverhaltsabklärung und zur anschliessenden neuen Verfügung im Sinne der Erwägungen an die IV-Stelle zurückzuweisen. Am 22. Februar 2017 fand eine Abklärung in der Wohnung der Eltern der Versicherten statt (vgl. IV-act. 437). Vorab hatte die IV-Stelle den Schweizerischen Kinderspitex-Verein aufgefordert, sämtliche Einsatzraster ab August 2013 einzureichen und Angaben über die genauen Einsatzzeiten der Pflegefachpersonen zu machen (IV-act. 438). Die Mutter der Versicherten hatte der IV-Stelle am Tag vor der Abklärung einen Tagesablauf zugesandt (IV-act. 440), laut dem die Versicherte nachts jeweils eine Sauerstoffbrille trage und regelmässig während ein, zwei Stunden wach sei, weshalb die Sauerstoffbrille jeweils wieder gerichtet werden müsse. Den Sauerstoff benötige die Versicherte jeweils nur im Schlaf. Die Sauerstoffsättigung und der Puls würden sporadisch mittels eines Pulsoxymeters überwacht; wenn die Versicherte krank sei, würden die Sauerstoffsättigung und der Puls ständig überwacht. Die IV-Stelle sandte den Abklärungsbericht am 28. Februar 2017 den Eltern der Versicherten zur Durchsicht und Unterzeichnung sowie zur allfälligen Stellungnahme zu (IV-act. 450). Auf eine Nachfrage der IV-Stelle im Mai 2017 hin teilte die Mutter der Versicherten mit, dass sich der Abklärungsbericht beim Schweizerischen Kinderspitex-Verein zur Durchsicht befinde (IV-act. 462). Erst im September 2017 retournierte der Schweizerische Kinderspitex-Verein den Bericht betreffend die Abklärung in der Wohnung der Eltern der Versicherten vom 22. Februar 2017 (IV-act. 510). Dem Bericht liess sich entnehmen (IV-act. 512–1 ff.), dass die mittlerweile fünf Jahre alte Versicherte zwischenzeitlich immer wieder kleine Fortschritte gemacht habe. Seit längerer Zeit seien keine Infekte mehr aufgetreten, die eine Hospitalisation erfordert hätten. Die Versicherte sei aber immer wieder erkältet, gerade in den kalten Monaten. Dadurch erhöhe sich jeweils der Betreuungsaufwand. In diesen Zeiten sei die Versicherte oft auf Sauerstoffgaben angewiesen. Zudem müsse sie dann jeweils regelmässig inhalieren. Tagsüber komme es kaum noch zu Sättigungsabfällen, weshalb für gewöhnlich nur nachts Sauerstoff verabreicht werde. Seit etwa einem Jahr leide die Versicherte unter einem sehr starken Schluckauf, der sie zusätzlich behindere. Der Schluckauf könne – wenn auch selten – so stark werden, dass die Versicherte sich hineinsteigere und dass es zu Atemaussetzern komme, sodass sie Sauerstoff benötige. Die Einsätze der Spitex fänden grundsätzlich immer von 8 Uhr bis 11 Uhr statt. Die Pflegefachpersonen führten physiotherapeutische Übungen und Fussmassagen durch, förderten die Wahrnehmung, badeten die Versicherte und beobachteten während dieser Verrichtungen jeweils den Allgemeinzustand. Die Abklärungsbeauftragte der IV-Stelle notierte am 25. September 2017 (IV-act. 512–6), weder die Eltern noch der Schweizerische Kinderspitex-Verein hätten den Abklärungsbericht unterzeichnet oder Bemerkungen angebracht. Der Schweizerische Kinderspitex-Verein habe nur einen neuen Einsatzraster und eine Übersicht über den aktuellen Pflegebedarf eingereicht (vgl. IV-act. 511). Diesen Unterlagen lasse sich entnehmen, dass grundsätzlich keine erheblichen Behandlungsmassnahmen durchgeführt würden. Für die Beurteilung des Allgemeinbedarfs könne ein Aufwand von fünf Minuten pro Einsatz berücksichtigt werden. Die Entfernung des Sauerstoffsensors am Morgen benötige nur wenige Minuten. Gesamthaft könne höchstens ein Aufwand von zehn Minuten pro Einsatz berücksichtigt werden. Am 30. Oktober 2017 notierte der Neuropädiater Dr. med. B. \_\_\_ vom IV-internen regionalen ärztlichen Dienst (RAD), aus versicherungsmedizinischer Sicht könne nur ein Aufwand von je fünf Minuten für die Beurteilung des Allgemeinzustandes und für das Entfernen des Sauerstoffsensors als medizinische Pflege anerkannt werden (IV-act. 524). Mit einem Vorbescheid vom 2.

November 2017 teilte die IV-Stelle der Versicherten mit (IV-act. 527), dass sie die Zusprache einer Vergütung von medizinischen Pflegemassnahmen im Umfang von maximal zehn Minuten pro Einsatz für die Zeit vom 1. September 2013 bis zum 30. September 2018 vorsehe. Zur Begründung führte sie aus, die Spitex erbringe hauptsächlich Leistungen der Grundpflege, die nicht als medizinische Pflegemassnahmen zu qualifizieren seien. Dagegen wandte der Schweizerische Kinderspitex-Verein als Vertreter der Versicherten am 15. Januar 2018 ein (IV-act. 548), die IV-Stelle habe die Vorgaben des Versicherungsgerichtes bezüglich der Sachverhaltsabklärung und bezüglich der Begründungspflicht verletzt, denn sie habe den Sachverhalt nicht vollständig ermittelt, sie habe die Vergütung für die Vergangenheit nicht rechtsgestaltend festgesetzt und sie habe keine Begründung für die vorgesehene Befristung der Kostengutsprache geliefert. Mit einer Verfügung vom 19. Februar 2018 sprach die IV-Stelle der Versicherten eine Vergütung von medizinischen Pflegemassnahmen im Umfang von maximal zehn Minuten pro Einsatz für die Zeit vom 1. September 2013 bis zum 30. September 2018 zu (IV-act. 564).

Bezugnehmend auf die Einwände vom 15. Januar 2018 hielt sie fest, eine konkrete Stellungnahme sei nicht möglich, da keine stichhaltigen Hinweise gemacht worden seien, was genau am Vorbescheid nicht korrekt sein sollte. Die Kostengutsprache sei nicht nach „Lust und Laune“ erfolgt. Zur Befristung äusserte sich die IV-Stelle allerdings nicht. Am 6. April 2018 liess die Versicherte (nachfolgend: die Beschwerdeführerin) eine Beschwerde gegen die Verfügung vom 19. Februar 2018 erheben (act. G 1). Ihr Vertreter beantragte die Aufhebung der angefochtenen Verfügung, die Feststellung und Anerkennung, dass die Pflegeleistungen in der Zeit vom 1. September 2013 bis zum 28. Februar 2018 vollumfänglich geschuldet seien, die Verfügung eines „Kostendachs“ für die Zeit ab dem 1. März 2018 im Umfang des Antrages vom 19. Januar 2016 sowie die Anweisung an die IV-Stelle (nachfolgend: die Beschwerdegegnerin), dass sie die Erwägungen eines in Rechtskraft erwachsenen Urteils in Zukunft zu würdigen habe, alles unter Kosten- und Entschädigungsfolge. Zur Begründung führte er an, ganz offensichtlich habe die Beschwerdegegnerin den Entscheid des Versicherungsgerichtes vom 29. November 2016 nicht verstanden. Sie habe den Sachverhalt für den Zeitraum von September 2013 bis Februar 2018 nicht abgeklärt und auch nicht differenziert gewürdigt. Der Schweizerische Kinderspitex-Verein habe in diesem Zeitraum während insgesamt 15,07 Stunden (KVL A) + 721,91 Stunden (KVL B) + 13,84 Stunden (KVL C) Pflegeleistungen erbracht. Die Beschwerdegegnerin habe aber nur 4,75 (KVL A) + 14,66 Stunden (KVL B) vergütet. Die Beschwerdegegnerin beantragte am 11. Juni 2018 die Abweisung der Beschwerde (act. G 4). Zur Begründung führte sie aus, bei der Abklärung vom 22. Februar 2017 sei festgestellt worden, dass die Spitex jeweils nur wenige Minuten Behandlungspflege erbringe. Das gehe auch aus dem von der Mutter der Beschwerdeführerin verfassten Tagesablauf hervor. Der RAD-Arzt Dr. B.\_\_\_\_ habe festgehalten, dass die Beschwerdeführerin aus medizinischer Sicht keine Dauerüberwachung durch eine Pflegefachperson benötige. Im Übrigen sei auf die sehr ausführliche Stellungnahme des Fachbereichs vom 3. Mai 2018 zu verweisen. In jener Stellungnahme hatte eine Sachbearbeiterin ausgeführt (IV-act. 597), der vom Schweizerischen Kinderspitex-Verein eingereichte Pflegenachweis weiche erheblich von den Angaben der Mutter der Beschwerdeführerin ab. Die Spitex-Verordnungen stimmten ebenfalls nicht mit dem Pflegenachweis überein. Bei der Abklärung in der Wohnung der Eltern der Beschwerdeführerin habe sich gezeigt, dass diese nur noch sehr wenig medizinische Pflege benötige. Der RAD-Arzt Dr. B.\_\_\_\_ habe das bestätigt. Entgegen der offenbar vom Schweizerischen Kinderspitex-Verein vertretenen Ansicht müsse die

Beschwerdegegnerin nicht „ein volles Kostendach“ zusprechen und dann ohne weitere Abklärungen diese Stunden übernehmen. Würde sie „ein volles Kostendach“ zusprechen, müsste sie jeden Monat die Rechnungen einzeln genau überprüfen und unterscheiden, was zur Behandlungs- und was zur Grundpflege gehöre. Das wäre aus administrativer Sicht „absolut“ sinnlos und ohne einen massiven zeitlichen Aufwand praktisch auch gar nicht umsetzbar. Die Beschwerdeführerin liess am 12. Juli 2018 an ihren Anträgen festhalten (act. G 7). Die Beschwerdegegnerin verzichtete auf eine Duplik (act. G 9). Erwägungen In seinem Entscheid IV 2016/143 vom 29. November 2016 hat das Versicherungsgericht die Beschwerdegegnerin verbindlich im Sinne des Art. 56 Abs. 2 VRP angewiesen, weitere Sachverhaltsabklärungen zu tätigen, das „Kostendach“ für die Zukunft zu definieren, über die Vergütung der bereits angefallenen Kosten für die medizinische Pflege in der Vergangenheit rechtsgestaltend zu entscheiden und sowohl hinsichtlich der Notwendigkeit als auch bezüglich der Dauer einer allfälligen Befristung des „Kostendachs“ für die Zukunft eine überzeugende Begründung zu liefern. In ihrem Vorbescheid vom 2. November 2017 hat die Beschwerdegegnerin nicht nur für die Zukunft, sondern auch für die Vergangenheit lediglich das „Kostendach“ definiert, das heisst sie hat es versäumt, über die Vergütung der Kosten der bereits geleisteten medizinischen Pflege in der Vergangenheit rechtsgestaltend zu verfügen. Zudem hat sie das „Kostendach“ auf einen verhältnismässig kurzen Zeitraum, nämlich per Ende September 2018, befristet, ohne eine Begründung für die Notwendigkeit dieser Befristung und eine Begründung für die kurze Dauer der Befristung zu nennen. Die Beschwerdeführerin respektive der sie vertretende Schweizerische Kinderspitex-Verein hat in seiner Eingabe vom 15. Januar 2018 die Missachtung der verbindlichen Vorgaben im Entscheid IV 2016/143 des St. Galler Versicherungsgerichtes vom 29. November 2016 gerügt beziehungsweise geltend gemacht, für die Vergangenheit hätte kein „Kostendach“ definiert, sondern rechtsgestaltend über die Kostenvergütung verfügt werden müssen und für die Befristung des „Kostendachs“ für die Zukunft fehle eine Begründung. Die Beschwerdegegnerin hat sich mit diesen Einwänden nicht befasst, sondern lediglich geltend gemacht, weil die Beschwerdeführerin keine stichhaltigen Hinweise gemacht habe, was genau am Vorbescheid nicht korrekt sein sollte, könne sie nicht konkret Stellung dazu nehmen. Sie hat sich lediglich mit dem Einwand betreffend die Höhe des im Rahmen des „Kostendachs“ vergütungsfähigen Pflegeaufwandes befasst. Damit hat sie die Mehrheit der sich direkt auf den Entscheid IV 2016/143 des St. Galler Versicherungsgerichtes vom 29. November 2016 beziehenden Einwände der Beschwerdeführerin faktisch ignoriert. Wenn aber Einwände gegen einen Vorbescheid nicht zur Kenntnis genommen werden, handelt es sich beim „Vorbescheidsverfahren“ nur noch um einen formalistischen Leerlauf, was sich nicht mit dem Sinn und Zweck des Art. 57a IVG vereinbaren lässt. Gemäss der bundesgerichtlichen Rechtsprechung darf sich eine IV-Stelle „nicht darauf beschränken, die Einwände des Versicherten im Vorbescheidsverfahren zur Kenntnis zu nehmen und zu prüfen, sondern [sie] hat in der ablehnenden Verfügung die Gründe anzugeben, weshalb sie diesen nicht folgt oder sie nicht berücksichtigen kann“ (BGE 124 V 180, Regeste). Hier enthalten die Akten keinen Hinweis darauf, dass die Beschwerdegegnerin Kenntnis von den Einwänden genommen hätte. Sie hat sich auch weder in der Begründung der angefochtenen Verfügung noch in den Ausführungen in der Beschwerdeantwort zu den Einwänden der Beschwerdeführerin geäußert, was darauf schliessen lässt, dass die Beschwerdegegnerin die Einwände nicht zur Kenntnis genommen hat. Die angefochtene Verfügung ist folglich in Verletzung der Vorbescheidspflicht ergangen und deshalb als rechtswidrig zu qualifizieren. Zu prüfen bleibt, ob diese formelle Rechtswidrigkeit in diesem

Beschwerdeverfahren behoben werden kann. Rechtsprechungsgemäss kann nämlich eine formelle Rechtswidrigkeit (wie beispielsweise die Verletzung des Anspruchs auf rechtliches Gehör oder die Verletzung der Vorbescheidspflicht) „geheilt“ werden, was bedeutet, dass eine solche formelle Rechtswidrigkeit nicht behoben, sondern „ignoriert“ wird. Diese Möglichkeit ergibt sich aus der „zudienenden“ Funktion des Verfahrensrechtes, wobei aber wohl auch eine Rolle spielen dürfte, dass eine Verfahrensrechtswidrigkeit nur durch eine Aufhebung der rechtswidrigen Verfügung verbunden mit einer Rückweisung zur formal korrekten Wiederholung des entsprechenden Abschnittes des Verwaltungsverfahrens beseitigt werden kann. Das führt unweigerlich zu einer Erhöhung der Gesamtdauer des Verfahrens und damit zu einem Konflikt zwischen dem Interesse der versicherten Person an einer in jeder Hinsicht formal korrekten Erledigung des Verfahrens und dem Interesse der versicherten Person an einer möglichst raschen materiellen Beurteilung. Weil es bei diesem Konflikt nur um zwei sich widerstrebende Interessen der versicherten Person geht, kann nur diese allein darüber entscheiden, welchem der beiden Interessen der Vorzug zu geben ist. Gemäss der ständigen Praxis des Versicherungsgerichtes des Kantons St. Gallen kann eine formelle Rechtswidrigkeit deshalb „ignoriert“ werden, wenn die versicherte Person erklärt hat, dass sie eine rasche materielle Beurteilung einer Rückweisung der Sache zur Behebung des formellen Mangels vorzieht (vgl. etwa den Entscheid IV 2016/178 des St. Galler Versicherungsgerichtes vom 4. September 2018, E. 1, oder den Entscheid IV 2016/391 des St. Galler Versicherungsgerichtes vom 15. Januar 2019, E. 1). Hier liegt keine entsprechende Willenserklärung der Beschwerdeführerin vor. Im Gegenteil: Die Beschwerdeführerin hat die Verletzung ihres Anspruchs auf rechtliches Gehör in der Beschwerdeschrift sinngemäss nochmals ausführlich gerügt und sie hat zudem den förmlichen Antrag gestellt, dass die Beschwerdegegnerin verpflichtet werde, die Erwägungen eines in Rechtskraft erwachsenen Urteils zu würdigen. Folglich muss die angefochtene Verfügung aufgehoben werden und die Beschwerdegegnerin muss verpflichtet werden, sich eingehend mit den Einwänden der Beschwerdeführerin in deren Eingabe vom 15. Januar 2018 zu befassen. Auf den Antrag der Beschwerdeführerin, die Beschwerdegegnerin sei (generell) anzuweisen, in Zukunft die Erwägungen eines in Rechtskraft erwachsenen Urteils zu würdigen, kann nicht eingetreten werden, denn eine solche Anweisung könnte nur die Aufsichtsbehörde der Beschwerdegegnerin erteilen. Im Sinne eines obiter dictum ist aber darauf hinzuweisen, dass es die Beschwerdegegnerin offensichtlich versäumt hat, sich an die verbindlichen Vorgaben im Entscheid IV 2016/143 des St. Galler Versicherungsgerichtes vom 29. November 2016 zu halten, weshalb sie im Interesse einer nicht nur formal, sondern auch materiell korrekten Erledigung des Verwaltungsverfahrens nochmals an jene Vorgaben zu erinnern ist: Die Beschwerdegegnerin hat für die Vergangenheit lediglich ein „Kostendach“ festgesetzt statt direkt die effektiv angefallenen Kosten für die bislang erbrachte Pflege zu vergüten. Das ist falsch gewesen, weil für die Vergangenheit kein schutzwürdiges Interesse an der Feststellung eines „Kostendachs“ besteht. Richtig ist es, wenn mit der noch zu erlassenden Verfügung für die gesamte Zeit bis zum Datum dieser Verfügung direkt rechtsgestaltend die bisherigen Kosten für die medizinische Pflege vergütet und nur für die Zeit ab dem Datum der zu erlassenden Verfügung ein „Kostendach“ festgelegt wird. Sollte die Beschwerdegegnerin das „Kostendach“ für die Zukunft wiederum befristen wollen, wird sie eine überzeugende Begründung für die Notwendigkeit der Befristung und für die Dauer der Befristung liefern müssen. Bei der Festlegung des „Kostendachs“ wird die Beschwerdegegnerin dem Umstand Rechnung tragen müssen, dass dieses „Kostendach“

alle Eventualitäten abdecken muss (vgl. den Entscheid IV 2015/352 des St. Galler Versicherungsgerichtes vom 29. November 2016, E. 3.3; bestätigt durch das Urteil des Bundesgerichtes 9C\_46/2017 vom 6. Juni 2017, E. 3.2). Das dürfte für den vorliegenden Fall bedeuten, dass sich das „Kostendach“ an jenem medizinischen Pflegeaufwand orientieren muss, der entsteht, wenn die Beschwerdeführerin erkältet ist und eine intensivere Pflege benötigt. Das „Kostendach“ darf aber nur den medizinischen Pflegeaufwand berücksichtigen; jener Pflege- und Betreuungsaufwand, der nicht medizinischer Natur ist oder der nicht zwingend von medizinischem Fachpersonal erbracht werden muss, darf nicht in Anwendung der Art. 13 f. IVG vergütet werden, weil er von der Hilflösenentschädigung und dem Intensivpflegezuschlag abgedeckt ist (vgl. dazu den Entscheid IV 2018/133 des St. Galler Versicherungsgerichtes vom 3. Juli 2019, E. 2.2). Damit das Gericht im Fall einer allfälligen Beschwerde eine „Kostendach“-Verfügung auf ihre Rechtmässigkeit überprüfen kann, muss sich aus den Akten eindeutig ergeben, welcher Pflegeaufwand zur medizinischen Pflege und welcher zur nicht-medizinischen Pflege gehört. Folglich muss bereits bei der Sachverhaltsabklärung ganz gezielt zwischen diesen beiden Kategorien unterschieden werden. Das ist vorliegend nicht der Fall gewesen, denn der Abklärungsbericht vom 22. Februar 2017 beziehungsweise vom 25. September 2017 erwähnt alle möglichen Arten von Pflegemassnahmen, die teils medizinischer und teils nicht-medizinischer Art sind, ohne dass zwischen diesen beiden Kategorien unterschieden würde. Eine Überprüfung der angefochtenen Verfügung auf ihre materielle Rechtmässigkeit wäre deshalb wohl daran gescheitert, dass das Versicherungsgericht die einzelnen Pflegemassnahmen nicht eindeutig einer der beiden Kategorien hätte zuordnen können. Insofern dürfte also ein weiterer Abklärungsbedarf bestehen. Rechtsprechungsgemäss gilt dieser Verfahrensausgang als ein vollständiges Obsiegen der Beschwerdeführerin. Die Gerichtskosten von 600 Franken sind folglich der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen. Der Beschwerdeführerin wird der von ihr geleistete Kostenvorschuss von 600 Franken zurückerstattet. Der nicht anwaltlich vertretenen Beschwerdeführerin kann keine Parteientschädigung zugesprochen werden. Entscheid im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird die angefochtene Verfügung vom 19. Februar 2018 aufgehoben und die Sache wird zur rechtmässigen Durchführung des „Vorbescheidsverfahrens“ und zur anschliessenden neuen Verfügung im Sinne der Erwägungen an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen. Die Beschwerdegegnerin hat die Gerichtskosten von 600 Franken zu bezahlen; der Beschwerdeführerin wird der von ihr geleistete Kostenvorschuss von 600 Franken zurückerstattet.

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