

SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2018/133 vom 3. Juli 2019

Sg Versicherungsgericht, 2019-07-03, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_IV_2018_133

FR: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2018/133 du 3 juillet 2019

IT: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2018/133 del 3 luglio 2019

Regeste

Art. 13 IVG. Art. 14 IVG. Art. 17 Abs. 2 ATSG. Kinderspitex. Umfang der (maximalen) Kostengutsprache. Revisionsverfahren. Massgebende Sachverhaltsveränderung (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 3. Juli 2019, IV 2018/133).

Erwägungen

E. 1

Der Beschwerdeführer hat zwar am 9. Januar 2017 den Erlass einer anfechtbaren Verfügung bezüglich des mit der Mitteilung vom 22. September 2015 eröffneten Entscheides verlangt, aber sein Begehren hat offensichtlich darauf abgezielt, eine Erhöhung der Kostengutsprache mit Wirkung ab Oktober 2016 zu bewirken. Bei genauer Betrachtung hat er also nicht eine Korrektur des „ursprünglichen“ Entscheides, der mit der Mitteilung vom 22. September 2015 eröffnet worden war, sondern vielmehr eine rückwirkende Revision mit Wirkung ab Oktober 2016 angestrebt. Offenbar ist ihm nicht bewusst gewesen, dass der Art. 17 Abs. 2 ATSG auch rückwirkende Revisionen und nicht nur Revisionen mit einem Wirkungszeitpunkt zulässt, der frühestens dem Zeitpunkt entspricht, indem ein entsprechendes Gesuch eingereicht worden ist. Die Beschwerdegegnerin hat sich zwar mehrmals zur (fehlenden) Möglichkeit der Eröffnung des am 22. September 2015 mitgeteilten Entscheides in der Form einer anfechtbaren Verfügung geäußert, aber sie hat gleichzeitig auch ein Revisionsverfahren mit einem Wirkungszeitpunkt per Oktober 2016 eröffnet, was bedeutet, dass auch sie das Begehren des Beschwerdeführers als ein rückwirkendes Revisionsgesuch interpretiert hat. Der Umstand, dass sich der Beschwerdeführer nicht gegen diese Vorgehensweise gewehrt hat, spricht dafür, dass dies das eigentliche Ziel seines Begehrens gewesen ist. Den Gegenstand des mit der angefochtenen Verfügung vom 21. Februar 2018 abgeschlossenen Verwaltungsverfahrens hat folglich eine Revision der (maximalen) Kostengutsprache für Kinderspitex-Leistungen per 10. Oktober 2016 gebildet. Damit beschränkt sich der Gegenstand dieses Beschwerdeverfahrens auf die Frage, ob nach dem 22. September 2015 eine Sachverhaltsveränderung eingetreten ist, die sich auf die Kostengutsprache für Kinder-Spitexleistungen ausgewirkt hat.

E. 2.1

Üblicherweise gewährt eine IV-Stelle nicht mit einer einzigen Verfügung allein eine rechtsgestaltende Kostengutsprache für medizinische Pflegemassnahmen. Vielmehr erlässt sie in aller Regel mehrere Verfügungen: In einer ersten Verfügung beschränkt sich eine IV-Stelle in aller Regel auf die Anerkennung eines Geburtsgebrechens. In einer zweiten Verfügung sichert sie die Vergütung der Kosten einer medizinischen Pflege bis zu einem

bestimmten maximalen Umfang zu. Erst in einem dritten Schritt vergütet sie dann – für gewöhnlich ohne eine formelle Verfügung – die tatsächlich angefallenen Kosten einer bereits geleisteten medizinischen Pflege. Da sich die beiden ersten Schritte nur auf jeweils wenige Teilelemente der anspruchsbegründenden Voraussetzungen beschränken und die rechtsgestaltende Wirkung erst mit diesem dritten Schritt eintritt, handelt es sich bei den ersten beiden Verfügungen um typische Feststellungsverfügungen im Sinne des Art. 49 Abs. 2 ATSG. Das erforderliche schützenswerte Feststellungsinteresse liegt dabei im Umstand begründet, dass es diese Feststellungsverfügungen der versicherten Person und den beteiligten Leistungserbringern erlauben, den zukünftigen medizinischen Pflegebedarf angemessen zu planen beziehungsweise die erforderliche medizinische Pflege zeitnah in die Wege zu leiten. Für jene Feststellungsverfügungen, mit denen die grundsätzliche Kostengutsprache für zukünftige medizinische Pflegeleistungen limitiert wird, hat sich der Begriff der Festlegung des „Kostendachs“ eingebürgert. Das vorliegende Beschwerdeverfahren betrifft nun gerade eine solche Festlegung des „Kostendachs“ in der Form der feststellenden Mitteilung vom 22. September 2015. Der Art. 17 Abs. 2 ATSG erlaubt zwar die Revision einer Feststellungsverfügung nicht explizit, aber nach dem Grundsatz in maiore minus muss die Revision einer Feststellungsverfügung zulässig sein, wenn es zulässig ist, „ganze“ rechtsgestaltende Verfügungen in Revision zu ziehen.

E. 2.2

Bevor das Bundesgericht im BGE 136 V 209 den Begriff der vom Art. 14 Abs. 1 lit. a IVG erfassten medizinischen Massnahmen konkretisiert hat, ist es in der Praxis regelmässig zu Vermischungen von medizinischen Pflegeleistungen im Sinne des Art. 14 Abs. 1 lit. a IVG und nicht-medizinischen Pflege- und Betreuungsleistungen gekommen, die von der Hilflosenentschädigung und vom Intensivpflegezuschlag abgedeckt werden. So hat man bei der Ermittlung des für den Intensivpflegezuschlag massgebenden behinderungsbedingten Mehraufwandes teilweise medizinische Pflegeleistungen fälschlicherweise mitberücksichtigt oder bei der Ermittlung des „Kostendachs“ für die medizinischen Pflegeleistungen teilweise eine effektive Mithilfe der – medizinisch nicht qualifizierten – Eltern der Versicherten angerechnet; Erhöhungen des „Kostendachs“ haben zu Reduktionen des Intensivpflegezuschlages führen können, obwohl die beiden Leistungen eigentlich nichts miteinander zu tun haben. Im erwähnten BGE 136 V 209 hat das Bundesgericht dann klar und deutlich festgehalten, dass nur Pflegeleistungen, die ihrer Natur nach medizinischer Art sind und deren Verrichtung ausschliesslich medizinischem Fachpersonal vorbehalten ist, in den Anwendungsbereich des Art. 14 Abs. 1 lit. a IVG fallen, während alle anderen (nicht-medizinischen) Pflegeleistungen lediglich über die Hilflosenentschädigung und den Intensivpflegezuschlag abgegolten werden können. So lassen sich nun einzelne Pflegeleistungen eindeutig entweder der medizinischen Pflege im Sinne des Art. 14 Abs. 1 lit. a IVG oder der von der Hilflosenentschädigung und dem Intensivpflegezuschlag erfassten nicht-medizinischen Pflege und Betreuung zuordnen. In der Verwaltungspraxis zeigt sich, dass die Umsetzung der bundesgerichtlichen Vorgaben gelegentlich unterbleibt; nach wie vor kommt es in Einzelfällen zu einer unzulässigen Vermischung dieser beiden Leistungskategorien. Hat das Gericht eine Verfügung betreffend ein „Kostendach“ für die medizinische Pflege oder eine Verfügung betreffend eine Hilflosenentschädigung oder einen Intensivpflegezuschlag auf ihre Rechtmässigkeit zu überprüfen, ist es deshalb darauf angewiesen, dass sich aus den Akten eindeutig ergibt, welche Pflegeleistungen welcher Kategorie zugeordnet worden sind. Nur eine solche eindeutige Zuordnung sämtlicher Pflegeleistungen erlaubt es dem Gericht zu überprüfen, ob

der Sachverhalt rechtmässig gewürdigt worden ist.

E. 3.1

Das „Kostendach“ in der Mitteilung vom 22. September 2015 hat sich in tatsächlicher Hinsicht massgebend auf die Ergebnisse der Abklärung in der Wohnung der Eltern des Beschwerdeführers vom 11. Juni 2013 gestützt. Damals ist der Beschwerdeführer stark spastisch gewesen. Er hat seine Arme und Beine nicht gezielt bewegen können. Der Aufwand für die Behandlungspflege hat sich auf durchschnittlich 186 Minuten pro Tag belaufen (vgl. IV-act. 316–6), nämlich auf 3–4 Minuten für das tägliche Fiebermessen, auf total 60 Minuten für das Verabreichen der Medikamente (viermal pro Tag), auf ca. 43 Minuten für die Physiotherapie (fünf Stunden pro Woche), auf ca. 43 Minuten für die Atemtherapie und Inhalation (fünf Stunden pro Woche), auf 20 Minuten für das An- und Ausziehen der Hand-/Armschiene sowie das Lockern der Arme und der Hände, auf 5 Minuten für das An- und Ausziehen der Unterschenkel-Orthese, auf 10 Minuten für das An- und Ausziehen der Hock-Spreiz-Orthese und auf 1 Minute für den Sondenwechsel (30 Minuten pro Monat). Im Rahmen des mit der angefochtenen Verfügung abgeschlossenen Revisionsverfahrens hat die Beschwerdegegnerin am 3. Mai 2017 eine weitere Abklärung in der Wohnung der Eltern des Beschwerdeführers durchgeführt. Die Abklärungsbeauftragte hat festgehalten, der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers habe sich in den vergangenen vier Jahren nicht relevant verändert. Die Eltern hätten zwar angegeben, dass mittlerweile häufiger Atemprobleme, epileptische Anfälle und „Absenzen“ aufträten, aber in einer Verlaufskontrolle sei die medizinische Situation als stabil bezeichnet worden. Auch sei es zu keiner Anpassung der Medikation gekommen. In der Schilderung eines typischen Tagesablaufs des Beschwerdeführers (vgl. IV-act. 496–2 f.) scheinen keine medizinischen Pflegemassnahmen auf, die im Vergleich zu den im Bericht zur Abklärung vom 11. Juni 2013 erwähnten Pflegemassnahmen neu wären. Ebenso fehlen Hinweise darauf, dass einzelne Pflegemassnahmen zwischenzeitlich wesentlich mehr Zeit in Anspruch genommen hätten.

E. 3.2

Offenbar hat sich allerdings die Aufgabenteilung bei der Erbringung der Pflegemassnahmen verändert; die Eltern des Beschwerdeführers haben häufiger die Hilfe der Kinderspitex in Anspruch genommen. Ein wesentlicher Grund für diese „Verschiebung“ ist gemäss den Ausführungen in der Stellungnahme vom 18. März 2019 im Umstand zu erblicken, dass die Mutter des Beschwerdeführers schwanger geworden und deshalb nicht mehr im bisherigen Ausmass fähig gewesen ist, eigentlich von einer qualifizierten Pflegefachkraft zu erbringende medizinische Pflegemassnahmen zu übernehmen. An sich dürfte darin kein Revisionsgrund im Sinne des Art. 17 Abs. 2 ATSG erblickt werden, denn die Mitteilung vom 22. September 2015 und die angefochtene Verfügung betreffen das „Kostendach“ für medizinische Pflegeleistungen, das heisst für Pflegeleistungen, die ihrer Natur nach medizinischer Art sind und die nur von medizinischem Fachpersonal verrichtet werden dürfen. Die medizinisch nicht qualifizierten Eltern des Beschwerdeführers können nämlich nicht verpflichtet gewesen sein, einen Teil dieser medizinischen Pflegeleistungen (im Sinne einer Schadenminderungspflicht) selbst zu erbringen. Eine solche Hilfestellung durch die medizinisch nicht qualifizierten Eltern hätte wohl sogar gegen entsprechende Bestimmungen des Gesundheitsrechtes verstossen. Nun könnte das „Kostendach“ in der Mitteilung vom 22. September 2015 aber zu tief ausgefallen sein, weil die Beschwerdegegnerin fälschlicherweise eine Mithilfe der Eltern des Beschwerdeführers

berücksichtigt haben könnte. Wenn das der Fall wäre, dann müsste natürlich in der Schwangerschaft der Mutter ein Revisionsgrund im Sinne des Art. 17 Abs. 2 ATSG erblickt werden, denn diese hätte zu einer Reduktion des Anteils der Eltern bei der Erbringung der medizinischen Pflegeleistungen und damit zu einer Zunahme der Spitexleistungen geführt. Allerdings lässt sich den Akten weder bezüglich des am 22. September 2015 massgebenden Sachverhaltes noch bezüglich des am 21. Februar 2018 massgebenden Sachverhaltes mit dem erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit entnehmen, ob und allenfalls in welchem Umfang die Beschwerdegegnerin bei der Festsetzung des „Kostendachs“ eine Mithilfe der Eltern in der Form einer medizinischen Pflege berücksichtigt hat. Die Akten erlauben es deshalb nicht, die Frage zu beantworten, ob sich der für das „Kostendach“ in der Mitteilung vom 22. September 2015 massgebende Sachverhalt nach dem 22. September 2015 erheblich verändert hat. Der Sachverhalt erweist sich damit als ungenügend abgeklärt, weshalb die angefochtene Verfügung in Verletzung der Untersuchungspflicht (Art. 43 Abs. 1 ATSG) ergangen ist und als rechtswidrig aufgehoben werden muss. Die Sache muss zur Vervollständigung der Sachverhaltsabklärung an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen werden. Diese wird zuerst abklären, ob und allenfalls in welchem genauen Umfang bei der Festsetzung des „Kostendachs“ am 22. September 2015 eine Mithilfe der Eltern des Beschwerdeführers berücksichtigt worden ist. Anschliessend wird sie den aktuellen, für die Festsetzung des „Kostendachs“ massgebenden medizinischen Pflegeaufwand ermitteln und prüfen, ob sich der für die Bestimmung eines allfälligen Anteils an Mithilfe der Eltern massgebende Sachverhalt nach dem 22. September 2015 so verändert hat, dass das „Kostendach“ revidiert werden muss.

E. 4

Die Rückweisung einer Sache gilt rechtsprechungsgemäss hinsichtlich der Kosten- und Entschädigungsfolgen als ein vollständiges Obsiegen des Beschwerdeführers. 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 21. Februar 2018 aufgehoben und die Sache wird zur weiteren Sachverhaltsabklärung 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.

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