

# **SG\_VERSICHERUNGSGERICHT KV 2016/4 vom 7. Juni 2017**

Sg Versicherungsgericht, 2017-06-07, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg\\_publicationen\\_KV\\_2016\\_4](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_KV_2016_4)

FR: SG\_VERSICHERUNGSGERICHT KV 2016/4 du 7 juin 2017

IT: SG\_VERSICHERUNGSGERICHT KV 2016/4 del 7 giugno 2017

## **Regeste**

Art. 25a Abs. 5 KVG. Art. 16 PFG. Art. 69 Abs. 1 Satz 2 ATSG. Restfinanzierung von Kosten der ambulanten medizinischen Pflege. Berücksichtigung des Kongruenzgrundsatzes. Keine Anrechnung von Hilflosenentschädigungen der Invalidenversicherung (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 7. Juni 2017, KV 2016/4).

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Die vorliegende Beschwerde richtet sich gegen einen Einspracheentscheid betreffend die kantonale Restfinanzierung von medizinischen Leistungen bei einer ambulanten Pflege, für die gemäss dem Art. 12 Abs. 1 PFG die politische Gemeinde zuständig ist. Laut dem Art. 4a Abs. 1 PFG richtet sich das Verfahren betreffend Leistungen im Sinne des PFG nach dem ATSG, was bedeutet, dass die zuständige politische Gemeinde auf ein Begehren um die Restfinanzierung bei einer ambulanten Pflege eine Verfügung zu erlassen und im Falle einer Anfechtung ein Einspracheverfahren durchzuführen hat, und dass eine Beschwerde gegen einen Einspracheentscheid an das kantonale Versicherungsgericht (Art. 56 Abs. 1 ATSG) zu erheben ist (kantonale Rechtsmittel: Rekurs; vgl. Art. 42 Abs. 1 lit. a VRP). Das Versicherungsgericht ist folglich sachlich und funktionell zuständig zur Behandlung der Beschwerde vom 11. April 2016. Da der Beschwerdeführer seinen Wohnsitz im Kanton St. Gallen hat, ist das Versicherungsgericht auch örtlich zuständig (vgl. Art. 58 Abs. 1 ATSG). Die Beschwerdeschrift erfüllt die formellen Voraussetzungen des Art. 61 lit. b ATSG; die Beschwerdelegitimation im Sinne des Art. 59 ATSG ist zweifellos gegeben. Der angefochtene Einspracheentscheid ist am 24. Februar 2016 versandt und laut Angaben des Beschwerdeführers am Folgetag, dem 25. Februar 2016 zugestellt worden. Die 30 Tage dauernde Beschwerdefrist des Art. 60 Abs. 1 ATSG hat laut dem Art. 60 Abs. 2 ATSG i.V.m. dem Art. 38 Abs. 1 ATSG am 26. Februar 2016 zu laufen begonnen und hätte unter Berücksichtigung des Fristenstillstandes über Ostern (Art. 60 Abs. 2 ATSG i.V.m. Art. 38 Abs. 4 lit. a ATSG) an sich am 10. April 2016 geendet. Da der 10. April 2016 aber ein Sonntag gewesen ist, hat die Beschwerdefrist gemäss dem Art. 60 Abs. 2 ATSG i.V.m. dem Art. 38 Abs. 3 ATSG erst am Montag, dem 11. April 2016 geendet. Da die Beschwerde an diesem Tag zuhause des Versicherungsgerichtes der Schweizer Post übergeben worden ist, ist die Beschwerdefrist gewahrt worden (Art. 60 Abs. 2 ATSG i.V.m. Art. 39 Abs. 1 ATSG). Sämtliche Eintretensvoraussetzungen sind folglich erfüllt, weshalb auf die Beschwerde einzutreten ist.

### **E. 2**

Zwischen den Parteien ist umstritten, ob eine allfällige Hilflosenentschädigung und ein allfälliger Intensivpflegezuschlag der Invalidenversicherung bei der Berechnung der

Restfinanzierung zu berücksichtigen sind. 2.1 Laut dem Art. 25a Abs. 5 KVG dürfen der versicherten Person von den nicht von Sozialversicherungen gedeckten Pflegekosten höchstens 20 Prozent des höchsten vom Bundesrat festgesetzten Pflegebeitrages überwältzt werden; die Kantone haben die Restfinanzierung zu regeln. Der Kanton St. Gallen ist diesem Auftrag nachgekommen, indem er das PFG erlassen hat. Dieses sieht vor, dass die politischen Gemeinden das Angebot der Hilfe und Pflege zuhause sicherstellen (Art. 12 Abs. 1 PFG). Die zuständige politische Gemeinde hat die Pflegekosten zu tragen, soweit diese nicht von Sozialversicherungen oder vom Beitrag der versicherten Person gedeckt sind (Art. 16 PFG), wobei für Kinder und Jugendliche bis zum vollendeten 18. Altersjahr keine Kostenbeitragspflicht besteht (Art. 15 Abs. 3 PFG). Der im Art. 16 PFG verwendete Begriff „Sozialversicherungen“ legt den von der Beschwerdegegnerin vertretenen Schluss nahe, sämtliche Leistungen sämtlicher Bundessozialversicherungszweige gingen der kantonrechtlichen Pflegerestfinanzierung vor, das heisst die politischen Gemeinden dürften unter anderem auch Hilflosenentschädigungen (inkl. allfälliger Intensivpflegezuschläge), Ergänzungsleistungen, Invalidenrenten, Integritätsentschädigungen der obligatorischen Unfallversicherung und Waisenrenten bei der Berechnung ihres Restfinanzierungsanteils berücksichtigen. Der Wortlaut des Art. 16 PFG ist allerdings nicht eindeutig, denn der Begriff „Sozialversicherungen“ könnte sich genauso gut auch nur auf kongruente, das heisst die Kosten einer medizinischen Pflege abdeckende Sozialversicherungsleistungen beziehen. Ein Blick in die Botschaft des Regierungsrates vom 29. Juni 2010 zum PFG zeigt, dass der erste Eindruck, der Art. 16 PFG habe sämtliche Sozialversicherungsleistungen im Blick, täuscht. In seinen Bemerkungen zu den einzelnen Gesetzesentwurfsbestimmungen (ABl 2010 2252 ff.) hat der Regierungsrat nämlich festgehalten, dass es sich bei der kantonrechtlichen Pflegefinanzierung um ein „Teilelement dieses sozialversicherungsrechtlichen Finanzierungssystems“, das heisst um „sozialversicherungsrechtliche Beiträge nach KVG“ handle (ABl 2010 2252). Das bedeute unter anderem, dass das Verfahrensrecht des ATSG massgebend sei (vgl. Art. 4a PFG). Zudem gälten „Beiträge der Ergänzungsleistungen und Hilflosenentschädigungen nicht als Sozialversicherungen im Sinne der neuen Bestimmungen“, da sie „den Privatpersonen zur Deckung ihres Beitrages an die Pflege- und Betreuungskosten“ dienen; die neue Restfinanzierung von Pflegekosten durch die öffentliche Hand sei bedarfsunabhängig auszurichten und daher den Ergänzungsleistungen vorgelagert (ABl 2010 2234). Damit steht fest, dass die Hilflosenentschädigung (inkl. eines allfälligen Intensivpflegezuschlages) der Invalidenversicherung bei der Berechnung der Restfinanzierung der Kosten für die ambulante medizinische Pflege nach dem Willen des historischen Gesetzgebers nicht berücksichtigt werden darf. Auch wenn im Art. 16 PFG unspezifisch von Sozialversicherungsleistungen die Rede ist, besteht also kein Zweifel daran, dass der Gesetzgeber dabei nur an kongruente, das heisst die Kosten der medizinischen Pflege abdeckende Sozialversicherungsleistungen gedacht hat. Der Umstand, dass die Frage der Anrechnung einer allfälligen Hilflosenentschädigung gemäss der Mitteilung des EDI vom 10. Juni 2009 bei der Schaffung des Art. 25a KVG umstritten gewesen ist, ändert nichts daran, dass der historische Gesetzgeber sich eindeutig gegen eine Anrechnung der Hilflosenentschädigungen der Invalidenversicherung ausgesprochen hat. Das Ergebnis der historischen Interpretation des Art. 16 PFG ist folglich eindeutig: Nur kongruente Sozialversicherungsleistungen dürfen bei der Berechnung der Restfinanzierung berücksichtigt werden. 2.2 Der historische Gesetzgeber ist also davon ausgegangen, dass es sich bei den Leistungen des PFG um Leistungen nach dem KVG, das heisst um

Bundessozialversicherungsleistungen handle, da das PFG nur ein Ausführungserlass zum Art. 25a KVG sei. Diese eher formale Argumentation kann für die systematische Interpretation des Art. 16 PFG nicht ausschlaggebend sein. Entscheidend ist vielmehr die Natur der Leistungen des PFG, das heisst die Antwort auf die Frage, ob es sich dabei um typische Sozialversicherungsleistungen oder aber um sozialhilfeähnliche Leistungen handelt. Auf den ersten Blick scheint letzteres der Fall zu sein, denn die Restfinanzierung der Kosten einer medizinischen Pflege wird augenscheinlich nicht von den Beiträgen der Versicherten an die obligatorische Krankenpflegeversicherung finanziert. Eine genaue Betrachtung zeigt aber, dass die Kantone die Restfinanzierung bedarfsunabhängig sicherzustellen haben. Auch vermögenden Personen darf nicht mehr als ein Fünftel des maximalen Pflegebeitrages überwältigt werden. Der Art. 25a Abs. 5 KVG – und damit auch das PFG – sieht also keine sozialhilfeähnlichen Leistungen vor, sondern zielt vielmehr auf eine Begrenzung der im Art. 64 KVG vorgesehenen Kostenbeteiligung ab. Die Restfinanzierung erfolgt zwar nicht durch die Beiträge der Versicherten, sondern durch die Kantone, weshalb der Restfinanzierung also nicht, wie dies für eine Versicherungsleistung typisch wäre, entsprechende Beitragszahlungen gegenüber stehen. Anders als in der Privatversicherung ist es bei einer Sozialversicherung aber nicht unüblich, dass deren Leistungen teilweise durch die öffentliche Hand finanziert werden. So werden die Hilflosenentschädigungen und die ausserordentlichen Renten der Invalidenversicherung ausschliesslich (Art. 77 Abs. 2 IVG) und alle anderen Leistungen der Invalidenversicherung teilweise (Art. 77 Abs. 1 lit. b und bbis IVG) vom Bund finanziert. Bei der Alters- und Hinterlassenenversicherung verhält es sich ähnlich (Art. 102 Abs. 2 AHVG und Art. 102 Abs. 1 lit. b AHVG). Auch die obligatorische Krankenpflegeversicherung wird teilweise durch Bundesbeiträge finanziert, wobei die damit einhergehende individuelle Prämienverbilligung für finanziell schlechter gestellte Versicherte einen sozialhilfeähnlichen Charakter aufweist (vgl. Art. 65 ff. KVG). Jedenfalls verliert eine Sozialversicherungsleistung ihre Versicherungsnatur nicht bereits dann, wenn sie nicht vollumfänglich durch Versichertenbeiträge finanziert worden ist. Aus dem Umstand allein, dass die Kantone für die Restfinanzierung aufzukommen haben, kann also nicht abgeleitet werden, es könne sich dabei nicht um eine Versicherungsleistung handeln. Anders als bei der individuellen Prämienverbilligung können sämtliche Versicherte unabhängig ihrer finanziellen Verhältnisse von der Restfinanzierung profitieren, da diese nicht bedarfsabhängig ausgerichtet wird, sondern wie dargelegt auf eine Begrenzung der Kostenbeteiligung abzielt respektive bei Kindern und Jugendlichen eine solche bewusst ausschliesst. Die Restfinanzierung wirkt sich also ähnlich wie die Begrenzung der Franchise und des Gesamtbetrages des Selbstbehaltes pro Kalenderjahr aus (vgl. Art. 64 Abs. 3 KVG, Art. 103 Abs. 1 KVV, Art. 103 Abs. 2 KVV und Art. 93 Abs. 1 KVV). Es handelt sich dabei also um nichts anderes als um spezifische kantonale Beiträge an die Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung, die sich in erster Linie zugunsten der Versicherten auswirken, die sich mit ausserordentlich kostspieligen Leistungen konfrontiert sehen, in zweiter Linie aber auch der gesamten Versichertengemeinschaft zugutekommen, die ansonsten mit entsprechend höheren Prämien für die Finanzierung solcher ausserordentlich teuren Pflegeleistungen aufkommen müsste. Ihrer Art nach handelt es sich bei der Restfinanzierung also um eine (fremdfinanzierte) Versicherungsleistung im Sinne des KVG und damit um eine Bundessozialversicherungsleistung. Die Frage nach der Koordination der Restfinanzierung mit der Hilflosenentschädigung (inkl. eines allfälligen Intensivpflegezuschlages) der

Invalidenversicherung gehört folglich in den Bereich der intersystemischen Koordination, die sich – vorbehaltlich abweichender zweigspezifischer Regelungen – nach den Art. 63 ff. ATSG richtet. Das bedeutet, dass für die Berechnung einer allfälligen Überentschädigung der Kongruenzgrundsatz des Art. 69 Abs. 1 Satz 2 ATSG zu beachten ist. Folglich entspricht das Ergebnis der systematischen Interpretation jenem der historischen Auslegung: Nur kongruente Leistungen dürfen bei der Restfinanzierung berücksichtigt werden.

2.3 Die Restfinanzierung bezweckt die Vergütung eines Teils der Kosten für eine medizinische – im Anwendungsbereich des Art. 16 PFG: ambulante – Pflege. Die Hilflosenentschädigung und ein allfälliger Intensivpflegezuschlag hingegen gelten pauschal die Kosten für die nicht-medizinische Pflege und Betreuung einer hilflosen Person ab, wobei es sich beim Intensivpflegezuschlag um einen Zuschlag zur Hilflosenentschädigung für Minderjährige handelt, die eine besonders intensive nicht-medizinische Pflege und Betreuung benötigen. Der Intensivpflegezuschlag bezieht sich ebenso wie die Hilflosenentschädigung ausschliesslich auf nicht-medizinischen Pflegeaufwand. Die Hilflosenentschädigung (und der Intensivpflegezuschlag) bezweckt die Finanzierung des Einkaufs von Dritthilfe bei der Bewältigung der alltäglichen Lebensverrichtungen. Bei minderjährigen Versicherten wird dabei nur der Mehraufwand gegenüber – naturgemäss ebenfalls teilweise hilflosen – gesunden Gleichaltrigen berücksichtigt (vgl. Art. 37 Abs. 4 IVV), was die Beschwerdegegnerin wohl übersehen hat. Bei der Restfinanzierung und bei der Hilflosenentschädigung handelt es sich also weder um Leistungen gleicher Art noch um Leistungen mit derselben Zweckbestimmung; die beiden Leistungsarten sind nicht im Sinne des Art. 69 Abs. 1 Satz 2 ATSG kongruent. Folglich darf bei der Berechnung der Restfinanzierung im Sinne des Art. 25a Abs. 5 KVG und des Art. 16 PFG keine Hilflosenentschädigung und kein allfälliger Intensivpflegezuschlag berücksichtigt werden. Damit erweist sich der angefochtene Einspracheentscheid als rechtswidrig, weshalb er in Gutheissung der Beschwerde aufzuheben ist. Er wird durch die Anweisung an die Beschwerdegegnerin ersetzt, ihren Restfinanzierungsbeitrag zu berechnen, ohne eine allfällige Hilflosenentschädigung oder einen allfälligen Intensivpflegezuschlag des Beschwerdeführers zu berücksichtigen.

### **E. 3**

Die Beschwerdegegnerin hat den Beschwerdeführer mit 3'000 Franken zu entschädigen.

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