



**Fall-Nr.:** IV 2011/269  
**Stelle:** Versicherungsgericht  
**Rubrik:** IV - Invalidenversicherung  
**Publikationsdatum:** 23.10.2019  
**Entscheiddatum:** 23.08.2016

### **Entscheid Versicherungsgericht, 23.08.2016**

**Art. 13 IVG. Art. 14 Abs. 1 lit. a IVG. Medizinische Pflege bei Geburtsgebrechen. IV-Rundschreiben Nr. 297. IV-Rundschreiben Nr. 308. Auseinandersetzung mit der Frage, ob „Kulanzleistungen“ zur Gegenstandslosigkeit eines Beschwerdeverfahrens führen können (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 23. August 2016, IV 2011/269).**

Besetzung

Vizepräsident Ralph Jöhl, Versicherungsrichterinnen Monika Gehrler-Hug und Karin Huber-Studerus; Gerichtsschreiber Tobias Bolt

Geschäftsnr.

IV 2011/269

Parteien

**Erben der A.\_\_\_\_ sel.:**

B.\_\_\_\_ und C.\_\_\_\_,

**Beschwerdeführer,**

vertreten durch den Schweizerischen Kinderspitex Verein, Bahnhofstrasse 17, 9326 Horn,

gegen



**IV-Stelle des Kantons St. Gallen**, Postfach 368, 9016 St. Gallen,

**Beschwerdegegnerin,**

Gegenstand

**medizinische Massnahmen (pflegerische Massnahmen)**

**Sachverhalt**

A.

A.a A.\_\_\_\_ wurde im August 2004 unter Hinweis auf ein Geburtsgebrechen zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung angemeldet (IV-act. 1). Am 21. Dezember 2004 teilte Dr. med. D.\_\_\_\_ vom Ostschweizer Kinderspital mit (IV-act. 12), die Versicherte leide unter heredo-degenerativen Erkrankungen des Nervensystems mit einer Encephalopathie, einem schweren Entwicklungsrückstand, einer generalisierten Spastizität, Schluckstörungen, Irritabilität und Schlafstörungen. Sie benötige seit August 2004 während 30 Stunden pro Woche eine ärztlich verordnete Behandlungspflege im Zusammenhang mit der Ernährung, dem Verabreichen von Medikamenten, Massnahmen zur Verhütung beziehungsweise Behebung von Decubiti oder Dermopathien, medizinische Kontrollen und im Zusammenhang mit der Darmentleerung sowie eine Atem-, eine Physio- und eine basale Stimulationstherapie. Am 10. August 2005 teilte die IV-Stelle der Versicherten mit (IV-act. 37), dass sie die Kosten der medizinischen Pflege während maximal 30 Stunden pro Woche im Zeitraum vom 1. August 2004 bis zum 30. April 2005 und während maximal 15 Stunden pro Woche im Zeitraum vom 1. Mai 2005 bis zum 30. Juli 2006 übernehmen werde. Am 22. Juni 2006 ersuchte der Schweizerische Kinderspitex Verein um eine Verlängerung der Kostengutsprache, jedoch nur noch im Umfang von neun Stunden pro Woche ab dem 1. Juli 2006 (IV-act. 61). Am 11. September 2006 teilte die IV-Stelle der Versicherten mit, dass sie bis zum 30. Juli 2008 die Kosten für die medizinische Pflege im Umfang von maximal neun Stunden pro Woche vergüten werde (IV-act. 68). Am 16. Mai 2007 wies Dr. med. E.\_\_\_\_ vom Ostschweizer Kinderspital die IV-Stelle darauf hin (IV-act. 78), dass die Versicherte phasenweise mehr als neun Stunden Pflege pro Woche benötige. Er ersuche deshalb um eine zeitlich begrenzte Aufstockung von neun auf zwölf



## St.Galler Gerichte

Stunden. Am 29. Mai 2007 teilte die IV-Stelle der Versicherten mit, sie modifiziere ihre Kostengutsprache vom 11. September 2006 und werde maximal zwölf Stunden Pflege pro Woche vergüten (IV-act. 79). Am 2. Juli 2008 beantragten Dr. E.\_\_\_\_ und der Schweizerische Kinderspitex Verein eine Verlängerung der Kostengutsprache für nun wieder neun Stunden pro Woche (IV-act. 102). Am 26. August 2008 teilte die IV-Stelle der Versicherten mit, dass sie für die Zeit vom 1. August 2008 bis zum 31. Juli 2009 die Kosten der medizinischen Pflege im Umfang von maximal neun Stunden pro Woche übernehmen werde (IV-act. 105). Am 26. Mai 2009 ersuchten Dr. E.\_\_\_\_ und der Schweizerische Kinderspitex Verein um eine weitere Verlängerung der Kostengutsprache (IV-act. 128). Am 8. Juni 2009 verlängerte die IV-Stelle die Kostengutsprache bis zum 31. Juli 2010 (IV-act. 129). Am 24. Juni 2010 ersuchten Dr. E.\_\_\_\_ und der Schweizerische Kinderspitex Verein um eine Verlängerung der Kostengutsprache für maximal neun Stunden Pflege pro Woche über den 31. Juli 2010 hinaus (IV-act. 203). Am 2. November 2010 teilte die IV-Stelle der Versicherten mit, dass sie die Kostengutsprache nur bis zum 31. Dezember 2010 verlängern könne, da in Kürze neue Richtlinien erlassen würden (IV-act. 204).

A.b Am 18. März 2011 forderte die IV-Stelle Dr. E.\_\_\_\_ auf (IV-act. 228), darzulegen, ob die bisher erbrachten Pflegeleistungen nicht auch von den Eltern der Versicherten erbracht werden könnten. Am selben Tag verlängerte sie die Kostengutsprache für maximal neun Stunden Pflege pro Woche bis zum 30. April 2011 (IV-act. 229). Mit einem Vorbescheid vom 19. Mai 2011 teilte die IV-Stelle der Versicherten mit (IV-act. 236), dass sie das Leistungsbegehren abweisen respektive die Kostengutsprache nicht über den 30. April 2011 hinaus verlängern werde. Die Abklärungen hätten nämlich ergeben, dass sich keine der von der Spitex erbrachten Leistungen den im neuen IV-Rundschreiben Nr. 297 erwähnten Kategorien zuordnen lasse. Dagegen wandte der Schweizerische Kinderspitex Verein am 25. Mai 2011 ein (IV-act. 240), sämtliche Pflegemassnahmen müssten durch medizinisches Fachpersonal erbracht werden, weshalb die entsprechenden Kosten weiterhin von der IV-Stelle zu vergüten seien. Am 7. Juli 2011 verfügte die IV-Stelle gemäss ihrem Vorbescheid vom 19. Mai 2011 (IV-act. 243).

B.



## St.Galler Gerichte

B.a Am 7. September 2011 liess die durch den Schweizerischen Kinderspitex Verein vertretene Versicherte (nachfolgend: die Beschwerdeführerin) eine Beschwerde gegen die Verfügung vom 7. Juli 2011 erheben (act. G 1). Ihr Vertreter beantragte die Vergütung der Kosten für die medizinische Pflege im Umfang von maximal sechs Stunden pro Woche und von zusätzlich mindestens drei Stunden pro Monat. Zur Begründung verwies er auf einen Bericht von Dr. E.\_\_\_\_ vom 2. September 2011 (act. G 1.2), laut dem die Beschwerdeführerin neu eine medizinische Pflege während sechs Stunden pro Woche plus drei Stunden pro Monat benötigte. Das IV-Rundschreiben Nr. 297 sei gesetzeswidrig. Die Eltern der Beschwerdeführerin könnten nicht verpflichtet werden, die medizinische Pflege zu übernehmen.

B.b Am 10. Juni 2013 verstarb die Beschwerdeführerin (act. G 9). Laut einer Erbbescheinigung vom 5. Juni 2015 waren die Eltern die einzigen Erben der Beschwerdeführerin (act. G 17.1). Diese traten in die Stellung als Beschwerdeführer in das Verfahren ein (act. G 24).

B.c Am 1. Februar 2016 beantragte die neue Rechtsvertreterin der Beschwerdeführer in einer Beschwerdeergänzung (act. G 26) die Vergütung der im Zeitraum vom 1. Mai 2011 bis zum 10. Juni 2013 geleisteten Pflegemassnahmen, die Feststellung, dass zur Bestimmung der medizinischen Qualifikation der Pflegeleistungen „die Verordnung 325.11“ die massgebende Rechtsgrundlage bilde, dass diese Verordnung auch für die IV-Stelle (nachfolgend: die Beschwerdegegnerin) und für deren Aufsichtsbehörde (das Bundesamt für Sozialversicherungen) massgebend sei, die Feststellung, dass für Vorkehren, die eine medizinische Qualifikation erforderten, nicht der im IV-Rundschreiben Nr. 297 erwähnte Tarif zur Anwendung gelange, sondern die effektiven Kosten zu vergüten seien, sowie eventualiter die Vergütung der im Zeitraum vom 1. Mai 2011 bis zum 10. Juni 2013 erbrachten Pflegeleistungen zu einem kostendeckenden Tarif. Zur Begründung führte sie aus, es gehe nicht an, den ausgewiesenen Pflegebedarf zu kürzen. Die Eltern seien mit der Pflege überfordert gewesen und hätten die notwendige medizinische Überwachung nicht gewährleisten können. Die Beschwerdeführerin sei an einem Atemstillstand verstorben, der mangels einer Überwachung durch eine medizinische Fachperson nicht rechtzeitig bemerkt worden sei.



## St.Galler Gerichte

B.d Die Beschwerdegegnerin beantragte am 18. Februar 2016 ein Nichteintreten mangels Rechtsschutzinteresse und eventualiter die Abweisung der Beschwerde, soweit auf diese einzutreten sei (act. G 28). Zur Begründung führte sie aus, sie habe der Beschwerdeführerin entgegen der Verfügung vom 7. Juli 2011 über den 30. April 2011 hinaus weiterhin – „kulanterweise“ die Kosten im bisherigen Umfang ausgerichtet. Die angefochtene Verfügung habe deshalb „rein monetär“ gar keine Wirkung entfalten können. Ab dem 1. März 2012 habe sie der Beschwerdeführerin unter Berücksichtigung des neuen IV-Rundschreibens Nr. 308 pflegerische Massnahmen im Umfang von 45 Minuten pro Einsatz zugesprochen. Ab dem 1. November 2012 habe ein Anspruch auf 100 Minuten pro Einsatz bestanden. Die entsprechende Verfügung sei unangefochten in formelle Rechtskraft erwachsen.

B.e Mit einer Replik vom 8. April 2016 liessen die Beschwerdeführer an ihren Anträgen festhalten (act. G 30).

B.f Die Beschwerdegegnerin verzichtete auf eine Duplik (act. G 32).

## Erwägungen

1.

Die Beschwerdegegnerin hat der Tochter der Beschwerdeführer ab dem 1. August 2004 die Kosten für die medizinische Pflege vergütet. Die Kostengutsprache ist allerdings nicht unbefristet erteilt worden, sondern zunächst bis 30. April 2005 und – nach mehreren Verlängerungen – schliesslich bis 30. April 2011 befristet gewesen. Die ersten befristeten Kostengutsprachen hat die Beschwerdegegnerin jeweils ohne weiteres verlängert. Trotzdem dürfte sie davon ausgegangen sein, dass sie den Leistungsanspruch jeweils umfassend habe prüfen müssen. Nur so lässt sich nämlich erklären, dass im Dispositiv der angefochtenen Verfügung vom 7. Juli 2011 nicht die bis Ende April 2011 gewährten Leistungen (revisionsweise) aufgehoben werden, sondern vielmehr „das Leistungsbegehren (...) abgewiesen“ wird. Der eigentliche Grund für die Leistungsaufhebung ist aber in der im IV-Rundschreiben Nr. 297 enthaltenen Änderung der Verwaltungspraxis der Beschwerdegegnerin zu finden. Mit anderen Worten ist davon auszugehen, dass die Beschwerdegegnerin ihre



Kostengutsprache erneut ohne weiteres verlängert hätte, wenn ihre Aufsichtsbehörde nicht das erwähnte Rundschreiben erlassen hätte. Es ist fraglich, ob diese Praxisänderung, die sich nur auf den maximalen zeitlichen Aufwand im Sinne eines „Kostendachs“ bezogen hat (vgl. den Entscheid IV 2012/12 des St. Galler Versicherungsgerichtes vom 14. März 2016, E. 1.2), einen ausreichenden Grund für eine Modifikation der Dauerleistung „medizinische Pflege“ gebildet hätte. Diese Frage kann aber offen bleiben, denn die Mitteilung vom 18. März 2011, mit der die Beschwerdegegnerin ihre Kostengutsprache per 30. April 2011 befristet hat, ist jedenfalls verbindlich geworden, weshalb die Beschwerdegegnerin den Leistungsanspruch für die Zeit ab dem 1. Mai 2011 umfassend neu hat prüfen können. Das Dispositiv der angefochtenen Verfügung („das Leistungsbegehren wird abgewiesen“) ist deshalb ernst zu nehmen. Das bedeutet, dass die angefochtene Verfügung als ein umfassender Entscheid über ein Leistungsbegehren (für die Zeit ab dem 1. Mai 2011) zu qualifizieren ist. An sich handelt es sich dabei um eine Feststellungsverfügung, weil sie nur den maximalen zeitlichen Aufwand für die medizinische Pflege im Sinne eines „Kostendachs“ regeln will. Die Beschwerdegegnerin hat sich also darauf beschränkt, nur eines von mehreren Teilelementen der Übernahme der Pflegekosten zu regeln. Sie hat denn auch gar keine rechtsgestaltende Verfügung erlassen können, weil der tatsächliche Pflegeaufwand ex ante noch gar nicht hat feststehen können. Die effektive (rechtsgestaltende) Vergütung der tatsächlich angefallenen Kosten ist jeweils erst ex post möglich gewesen. Das notwendige schutzwürdige Interesse an einer Feststellung der maximalen Zahl von Pflegestunden pro Tag ex ante besteht darin, dass die Beschwerdeführer und der Kinderspitex-Verein nur so die Pflegeleistungen IV-rechtlich korrekt planen und durchführen können (vgl. den Entscheid IV 2012/12 des St. Galler Versicherungsgerichtes vom 14. März 2016, E. 1.2). Angesichts des Ergebnisses dieser Prüfung (maximaler Pflegebedarf von null Stunden) hat vorliegend allerdings direkt gestaltend entschieden, das heisst das Leistungsbegehren direkt abgewiesen werden können. Dies ändert aber nichts daran, dass sich der Gegenstand der angefochtenen Verfügung auf die Feststellung des „Kostendachs“ beziehungsweise des maximalen zeitlichen Aufwandes der medizinischen Pflege beschränkt hat. Diesem Umstand trägt die Beschwerde vom 7. September 2011 insofern Rechnung, als die Beschwerdeführer sich darauf beschränkt haben, auch für die Zeit ab dem 1. Mai 2011 (respektive über



den 30. April 2011 hinaus) ein „Kostendach“ in einem leicht tieferen Umfang zugesichert zu erhalten. Sie haben nämlich nur die Feststellung verlangt, dass sie einen Anspruch auf maximal sechs Stunden pro Woche und drei Stunden pro Monat medizinischer Pflege hätten. Damit ist der Gegenstand dieses Beschwerdeverfahrens definiert: Er besteht in der (freien, „erstmaligen“) Feststellung über den maximalen zeitlichen Aufwand der medizinischen Pflege im Sinne eines „Kostendachs“ für die Zeit ab dem 1. Mai 2011.

2.

Laut dem Art. 53 Abs. 3 ATSG kann ein Versicherungsträger eine Verfügung, gegen die eine Beschwerde erhoben worden ist, so lange wiedererwägen, bis er gegenüber dem Versicherungsgericht Stellung nimmt. Ein solcher Widerruf führt gemäss der Rechtsprechung des Bundesgerichtes zur Gegenstandslosigkeit des Beschwerdeverfahrens, soweit die neue Verfügung den Anträgen der Beschwerde führenden Person entspricht (vgl. BGE 107 V 191; Art. 58 VwVG). Die Beschwerdegegnerin hat ihre eigene Verfügung, die angefochtene Verfügung vom 7. Juli 2011, faktisch ignoriert und den Beschwerdeführern über den 30. April 2011 hinaus die Pflegeleistungen vergütet, wie wenn die in der Mitteilung vom 14. März 2011 gewährte Kostengutsprache über den 30. April 2011 hinaus verlängert worden wäre. Das Versicherungsgericht hat ein solches Vorgehen im Entscheid IV 2011/268 vom 16. November 2012 als eine faktische Widerrufsverfügung im Sinne des Art. 53 Abs. 3 ATSG qualifiziert und dementsprechend das Beschwerdeverfahren in sinngemässer Anwendung des Art. 58 Abs. 3 VwVG als gegenstandslos abgeschrieben. An dieser Rechtsprechung kann aber nicht festgehalten werden, weil bei der damaligen Interpretation fälschlicherweise unberücksichtigt geblieben ist, dass die Beschwerdegegnerin nur „kulanterweise“ entgegen ihrer anderslautenden Verfügung die Leistungen im bisherigen Umfang ausgerichtet hatte. In diesem Zusammenhang kann mit „Kulanz“ nämlich nur „ohne eine Rechtspflicht“ gemeint sein, was bedeutet, dass die Beschwerdegegnerin eben gerade keine neue Verfügung hat erlassen wollen. Im Vorgehen der Beschwerdegegnerin kann aus demselben Grund auch kein Antrag an das Gericht um Gutheissung der Beschwerde erblickt werden, denn das würde ja bedeuten, dass die Beschwerdegegnerin die „Ersetzung“ ihrer Kulanzleistungen durch rechtmässig geschuldete Leistungen hätte beantragen wollen, was sich weder mit ihrer



ursprünglichen Intention noch mit ihrem in der Beschwerdeantwort gestellten Antrag auf Nichteintreten vereinbaren liesse. Im Übrigen ist das Versicherungsgericht ohnehin nicht an die Anträge der Parteien gebunden (Art. 61 lit. d ATSG), weshalb selbst bei übereinstimmenden Anträgen der Entscheid anders als beantragt ausfallen könnte. Die Ausrichtung der per definitionem gegen das Legalitätsprinzip und das Gleichbehandlungsgebot verstossenden Kulanzleistungen erweist sich somit als für die Beurteilung der vorliegenden Beschwerde irrelevant.

3.

Gemäss dem Art. 13 Abs. 1 IVG haben Versicherte bis zur Vollendung des 20. Altersjahres einen Anspruch auf die zur Behandlung von Geburtsgebrechen notwendigen medizinischen Massnahmen. Zu diesen Massnahmen gehört laut dem Art. 14 Abs. 1 lit. a IVG unter anderem die Behandlung, die von einem Arzt selbst oder auf seine Anordnung durch medizinische Hilfspersonen vorgenommen wird. Dazu zählt auch die medizinische Pflege. Diese ist von der durch die (allenfalls um einen Intensivpflegezuschlag erhöhten) Hilflosenentschädigung abgedeckte „nicht-medizinische“ Pflege (vgl. Art. 42 ff. IVG) zu unterscheiden. Diese Unterscheidung war in der Praxis lange Zeit nicht genügend klar vorgenommen worden, weshalb sich das Bundesgericht veranlasst gesehen hat, im BGE 136 V 209 darauf hinzuweisen, dass nur medizinische Pflegemassnahmen, die eine medizinische Berufsqualifikation der Pflegeperson erfordern, unter den Art. 14 Abs. 1 lit. a IVG zu subsumieren seien, während alle anderen Pflegemassnahmen, also solche nicht-medizinischer Art oder solche, die ohne eine medizinische Berufsqualifikation durchgeführt werden können, nicht als medizinische Massnahmen, sondern als Pflege- und Betreuungsmassnahmen im Sinne der Art. 42 ff. IVG zu qualifizieren seien. Das in der Folge ergangene IV-Rundschreiben Nr. 297 hat den Versuch der Aufsichtsbehörde dargestellt, den IV-Stellen eine Interpretationshilfe zur Unterscheidung zwischen Pflegemassnahmen im Sinne des Art. 14 Abs. 1 lit. a IVG und solchen im Sinne der Art. 42 ff. IVG zur Verfügung zu stellen. Dieser Versuch ist gescheitert; das IV-Rundschreiben Nr. 297 ist nach weniger als einem Jahr durch das IV-Rundschreiben Nr. 308 ersetzt worden. Das bedeutet, dass das IV-Rundschreiben Nr. 297 sogar nach Ansicht der das Rundschreiben erlassenden Aufsichtsbehörde keine geeignete Grundlage für die Abgrenzung von medizinischen und nicht-medizinischen Pflegemassnahmen



dargestellt hat. Retrospektiv kann sich die für die Beschwerdegegnerin massgebende „Rechtslage“ nicht vor dem Erlass des IV-Rundschreibens Nr. 308 (dessen Gesetzmässigkeit in diesem Verfahren nicht zu prüfen ist) geändert haben. Das bedeutet aber, dass die Rechtslage am 1. Mai 2011 genau dieselbe wie am 30. April 2011 gewesen ist und dass sich nur der Sachverhalt insofern verändert hat, als bloss noch ein „Kostendach“ von sechs Stunden pro Woche plus drei Stunden pro Monat nötig gewesen ist. Es liesse sich deshalb nicht erklären, wenn das „Kostendach“ noch tiefer angesetzt würde. Die Beschwerdeführer haben folglich ab dem 1. Mai 2011 einen Anspruch auf maximal sechs Stunden pro Woche plus drei Stunden pro Monat medizinischer Pflege gehabt.

4.

Die neue Rechtsvertreterin der Beschwerdeführer hat in ihrer Beschwerdeergänzung Anträge gestellt, die über den oben definierten Beschwerdegegenstand (vgl. E. 1) hinausgehen. Sie hat nämlich die Vergütung der im Zeitraum vom 1. Mai 2011 bis zum 10. Juni 2013 geleisteten Pflegemassnahmen und Feststellungen zur massgebenden Grundlage für die Unterscheidung von medizinischen und nicht-medizinischen Pflegemassnahmen sowie zum anwendbaren Tarif beantragt. Würde sich das Versicherungsgericht mit diesen Anträgen materiell befassen, würde es den Gegenstand des Beschwerdeverfahrens unzulässig ausdehnen. Die angefochtene Verfügung hat nämlich nicht die (retrospektive) Vergütung der tatsächlich geleisteten Pflege, sondern nur die (prospektive) Festlegung eines „Kostendachs“ zum Gegenstand gehabt und kann sich ohnehin nur auf den Zeitraum vom 1. Mai 2011 bis zum 29. Februar 2012 beziehen, weil für die Zeit ab dem 1. März 2012 bereits formell rechtskräftig ein „Kostendach“ festgelegt worden ist. Sodann kann das Versicherungsgericht die Beschwerdegegnerin nicht generell, für alle zukünftig zu erlassenden Verfügungen, verbindlich zu einer bestimmten Interpretation der massgebenden Gesetzesbestimmungen verpflichten, denn dies ist Sache der Aufsichtsbehörde, nicht der Rechtsmittelinstanz. Schliesslich gehört der Tarif nicht zum Gegenstand der angefochtenen Verfügung. Das Versicherungsgericht ist denn auch nicht zuständig für die Festsetzung respektive für die Überprüfung der Tarife (vgl. den Entscheid IVSCH 2013/2 vom 18. August 2016). Das Beschwerdeverfahren hat sich zusammenfassend auf den in der E. 1 definierten Gegenstand zu beschränken, das



## St.Galler Gerichte

heisst auf die Feststellung bezüglich des „Kostendachs“ für die Zeit vom 1. Mai 2011 bis zum 29. Februar 2012.

5.

Die angefochtene Verfügung vom 7. Juli 2011 ist zusammenfassend in Gutheissung der Beschwerde, soweit auf diese einzutreten ist, aufzuheben und durch die Feststellung zu ersetzen, dass die Beschwerdeführer für die Zeit vom 1. Mai 2011 bis zum 29. Februar 2012 einen Anspruch auf maximal sechs Stunden pro Woche plus drei Stunden pro Monat medizinischer Pflege gehabt haben. Die Beschwerdeführer dringen folglich mit ihrem Anliegen der Korrektur der von ihnen als rechtswidrig erachteten Verfügung vollumfänglich durch, weshalb die Gerichtskosten, die angesichts des durchschnittlichen Verfahrensaufwandes auf 600 Franken festzusetzen sind, der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen sind. Den Beschwerdeführern wird der von ihnen geleistete Kostenvorschuss von 600 Franken zurückerstattet. Die nicht durch eine im Anwaltsregister eingetragene Rechtsvertreterin vertretenen Beschwerdeführer haben keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung.

### Entscheid

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

1.

Die angefochtene Verfügung vom 7. Juli 2011 wird aufgehoben und durch die Feststellung ersetzt, dass die Beschwerdeführer für die Zeit vom 1. Mai 2011 bis zum 29. Februar 2012 einen Anspruch auf die Vergütung von maximal sechs Stunden pro Woche und drei Stunden pro Monat medizinischer Pflege haben.

2.

Die Beschwerdegegnerin hat die Gerichtskosten von Fr. 600.-- zu bezahlen; den Beschwerdeführern wird der von ihnen geleistete Kostenvorschuss von Fr. 600.-- zurückerstattet.