



**Fall-Nr.:** IV 2016/217  
**Stelle:** Versicherungsgericht  
**Rubrik:** IV - Invalidenversicherung  
**Publikationsdatum:** 18.09.2019  
**Entscheiddatum:** 26.01.2018

### **Entscheid Versicherungsgericht, 26.01.2018**

**Art. 13 IVG. Art. 14 IVG. Kinderspitex. Medizinische und nicht medizinische Pflegeleistungen. Tarifstreitigkeit zwischen der Invalidenversicherung und dem Leistungserbringer (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 26. Januar 2018, IV 2016/217). Bestätigt durch Urteil des Bundesgerichts 8C\_229/2018.**

Besetzung

Präsident Ralph Jöhl, Versicherungsrichterinnen Monika Gehrler-Hug

und Karin Huber-Studerus; Gerichtsschreiber Tobias Bolt

Geschäftsnr.

IV 2016/217

Parteien

**A.\_\_\_\_,**

**Beschwerdeführerin,**

vertreten durch Schweizerischer 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 am 15. Dezember 2011 unter Hinweis auf ein Geburtsgebrechen zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung angemeldet (IV-act. 1). Das Ostschweizer Kinderspital berichtete am 23. Januar 2012 (IV-act. 9), die Versicherte leide an den Geburtsgebrechen Ziff. 247, 494 und 497 Anh. GgV. Am 24. Februar 2012 und am 22. März 2012 teilte die IV-Stelle den Eltern der Versicherten mit (IV-act. 11 ff. und 19), dass sie die bis zum Abschluss der Intensivbehandlung anfallenden Kosten für die Behandlung des Geburtsgebrechens Ziff. 497 Anh. GgV, die bis zum 31. Dezember 2013 anfallenden Kosten für die Behandlung des Geburtsgebrechens Ziff. 247 und die bis zum Erreichen eines Gewichtes von 3000 Gramm anfallenden Kosten für die Behandlung des Geburtsgebrechens Ziff. 494 Anh. GgV übernehme. Nachdem das Ostschweizer Kinderspital in einem Bericht vom 18. April 2012 (IV-act. 20) darauf hingewiesen hatte, dass die Versicherte auch am Geburtsgebrechen Ziff. 395 Anh. GgV leide, teilte die IV-Stelle den Eltern am 7. Mai 2012 mit, dass sie auch die Kosten für die Behandlung des Geburtsgebrechens Ziff. 395 Anh. GgV (bis zum 10. Dezember 2013) übernehme (IV-act. 22). Am 27. August 2013 berichtete das Ostschweizer Kinderspital, zwischenzeitlich sei festgestellt worden, dass die Versicherte auch am Geburtsgebrechen Ziff. 390 Anh. GgV leide (IV-act. 48). Am 19. Dezember 2013 teilte die IV-Stelle der Beiständin der Versicherten mit (IV-act. 66), dass sie die im Zeitraum vom 28. Juni 2013 bis zum 30. Juni 2018 anfallenden Kosten für die Behandlung des Geburtsgebrechens Ziff. 390 Anh. GgV vergüten werde.

A.b Im April 2015 wurde die Versicherte im Ostschweizer Kinderspital operiert. Laut dem Austrittsbericht vom 21. April 2015 (IV-act. 155–5 f.) waren eine Varisations-Osteotomie am proximalen Femur beidseits und eine Tenotomie des Musculus psoas infrainguinal und des Musculus adductor longus beidseits durchgeführt worden; der Versicherten war anschliessend ein Beckenbein-Gips mit Fusseinschluss angelegt



## St.Galler Gerichte

worden. Im August 2015 notierte Dr. med. B.\_\_\_\_ vom IV-internen regionalen ärztlichen Dienst (RAD), die Operation habe in einem engen kausalen Zusammenhang mit dem Geburtsgebrechen Ziff. 390 Anh. GgV gestanden, weshalb die Behandlungskosten durch die Invalidenversicherung zu vergüten seien (IV-act. 157). Am 10. September 2015 ersuchte die Beiständin der Versicherten um die Vergütung der Kosten einer medizinischen Pflege durch die Kinderspitex (IV-act. 161). Sie führte aus, die Versicherte habe bis Mai 2015 einen Gips tragen müssen, der vom Bauch bis zu den Füßen gereicht habe. Da die Pflege der Versicherten höchst aufwendig gewesen sei, habe die Kinderspitex beigezogen werden müssen. Die gesamten Kosten für die Spitexleistungen beliefen sich auf 9'493.05 Franken. Die IV-Stelle antwortete am 22. September 2015 (IV-act. 162), aus den Rechnungen der Spitex gehe hervor, dass es sich bei den erbrachten Pflegeleistungen um Grundpflegeleistungen gehandelt habe, die nicht von der Invalidenversicherung zu übernehmen seien. Die Invalidenversicherung könne nur die Kosten für eine Behandlungspflege vergüten.

A.c Am 15. März 2016 ersuchte die Kinderspitex Ostschweiz um eine Kostengutsprache für Spitexleistungen (IV-act. 230). Die dem Gesuch beigelegte Spitexverordnung (IV-act. 231) sah einen Zeitaufwand von fünf Stunden pro Jahr für die Abklärung und die Dokumentation des Pflegebedarfs, von 60 Stunden pro Jahr für die Beratung und die Instruktion der nichtberuflich an der Krankenpflege Mitwirkenden, von zehn Minuten pro Einsatz für die Beurteilung des Allgemeinzustandes (14 Einsätze pro Woche) und von zehn Minuten pro Einsatz für die Verabreichung von Medikamenten (28 Einsätze pro Woche) beziehungsweise einen Gesamtaufwand von sieben Stunden pro Woche für die Untersuchung und die Behandlung, von zwölf Stunden pro Woche für die Grundpflege und von 5,5 Stunden pro Monat für die Abklärung und die Beratung vor. Eine Sachbearbeiterin der IV-Stelle notierte am 24. März 2016 (IV-act. 236), die Kinderspitex führe gar keine Behandlungsmassnahmen durch, sondern erbringe nur Grundpflegeleistungen. Das gehe auch aus den eingereichten Rechnungen hervor. Die Invalidenversicherung sei folglich nicht leistungspflichtig. Mit einem Vorbescheid vom selben Datum teilte die IV-Stelle der Mutter der Versicherten mit, dass sie die Abweisung des Leistungsbegehrens betreffend Spitexleistungen vorsehe (IV-act. 237). Am 26. Mai 2016 verfügte die IV-Stelle gemäss diesem Vorbescheid (IV-act. 256).

B.



B.a Am 27. Juni 2016 liess die durch den Schweizerischen Kinderspitexverein vertretene Versicherte (nachfolgend: die Beschwerdeführerin) eine Beschwerde gegen die Verfügung vom 26. Mai 2016 erheben (act. G 1). Ihre Rechtsvertreter beantragten die Aufhebung der angefochtenen Verfügung und die gerichtliche Feststellung, dass die IV-Stelle (nachfolgend: die Beschwerdegegnerin) ab April 2015 „medizinische Massnahmen im vollen Umfang“ schulde, beziehungsweise (act. G 6) die gerichtliche Feststellung, dass die Beschwerdegegnerin die für die Beschwerdeführerin von April 2015 bis zur Beendigung der Pflege am 31. März 2016 ärztlich angeordneten und tatsächlich geleisteten Pflegestunden schulde, dass zur Bestimmung der medizinischen Qualifikation „die Verordnung 325.11“ massgebend sei und dass nicht auf die Tarife des Bundesamtes für Sozialversicherungen abzustellen sei, sondern dass die effektiven Kosten vergütet werden müssten. Zur Begründung führten sie aus, die Beschwerdegegnerin habe den massgebenden Sachverhalt gar nicht abgeklärt. Sie habe die vom Kinderspitexverein eingereichten Belege nicht gewürdigt. Die tatsächlich geleisteten Pflegestunden seien mittels Monatsrapporten dokumentiert worden (vgl. act. G 1.5). Darauf sei abzustellen.

B.b Am 13. September 2016 notierte eine Sachbearbeiterin der Beschwerdegegnerin (IV-act. 324), anlässlich eines Telefongesprächs mit der Pflegemutter der Beschwerdeführerin habe sich ergeben (vgl. IV-act. 326), dass die Medikamente jeweils von der Spitex verabreicht worden seien. Folglich müsse „zumindest für einen kleinen Teil“ eine Kostengutsprache erteilt werden. Die angefochtene Verfügung könne direkt ersetzt werden. Dieselbe Sachbearbeiterin notierte gleichentags, die Kostengutsprache sei für 15 Minuten pro Einsatz zu erteilen (IV-act. 327). Ebenfalls noch am selben Tag eröffnete die Beschwerdegegnerin der Beschwerdeführerin mit einem Vorbescheid, dass sie den Widerruf der angefochtenen Verfügung vom 26. Mai 2016 und die Vergütung der Kosten für die geleisteten medizinischen Massnahmen im Umfang von 15 Minuten pro Einsatz vorsehe (IV-act. 328). Am 31. Oktober 2016 verfügte die Beschwerdegegnerin gemäss diesem Vorbescheid (IV-act. 345). Am 3. November 2016 ersuchte sie das Versicherungsgericht um eine Abschreibung des Beschwerdeverfahrens wegen Gegenstandslosigkeit (act. G 10).

B.c Am 11. November 2016 teilte das Versicherungsgericht der Beschwerdeführerin mit (act. G 11), dass die neu ergangene Widerrufsverfügung nicht vollumfänglich dem



## St.Galler Gerichte

Beschwerdebegehren entspreche. Das Beschwerdeverfahren werde deshalb fortgesetzt; die Beschwerdeführerin habe die Möglichkeit, eine Replik einzureichen.

B.d Die Beschwerdeführerin liess am 1. Dezember 2016 an ihren Anträgen festhalten (act. G 12). Sie machte geltend, die neue Verfügung entspreche noch immer nicht dem ärztlich verordneten und tatsächlich geleisteten Pflegeaufwand. Vorliegend sei – wie in vergleichbaren Fällen auch – „willkürlich, zu spät und nicht dem effektiven Anspruch entsprechend“ verfügt worden. Abschliessend ersuchten die Rechtsvertreter um eine Entschädigung für den Vertretungsaufwand, den sie auf 5'184 Franken bezifferten (act.G 12.1).

B.e Die Beschwerdegegnerin beantragte am 5. Januar 2017 (act. G 14), dass die Leistungen gemäss der Verfügung vom 31. Oktober 2016 festzusetzen seien und dass bezüglich des Tarifs nicht auf die Beschwerde einzutreten sei. Zur Begründung führte sie aus, die ärztliche Verordnung sehe nur zwei Leistungsarten vor: Die Beurteilung des Allgemeinzustandes und das Verabreichen der Medikamente. Auch in den Pflegedokumentationen würden nur diese beiden Leistungen im Raster „Behandlungspflege“ aufgeführt. Der Aufwand habe jeweils neun Minuten betragen, nämlich zwei Minuten für die Beurteilung des Allgemeinzustandes, vier Minuten für das Richten der Medikamente und drei Minuten für das Verabreichen der Medikamente. Dieser Aufwand sei in der Verfügung vom 31. Oktober 2016, laut der maximal 15 Minuten pro Einsatz vergütet werden könnten, vollumfänglich anerkannt worden. Bezüglich des Tarifs sei auf den Entscheid des Schiedsgerichtes IVSCH 2013/2 zu verweisen.

## Erwägungen

1.

1.1 Die vorliegend zu behandelnde Beschwerde richtet sich gegen die widerrufen und damit nicht mehr existente Verfügung vom 26. Mai 2016. Der Anfechtungsgegenstand für dieses Beschwerdeverfahren ist folglich nach der Beschwerdeerhebung dahin gefallen, weshalb das Beschwerdeverfahren an sich zufolge einer Gegenstandslosigkeit abgeschlossen werden müsste. Die Beschwerdeführerin hätte die Verfügung vom 31.



Oktober 2016, die jene vom 26. Mai 2016 ersetzt hat, anfechten müssen. Das hat sie nicht getan. Allerdings hat sie noch während der laufenden Rechtsmittelfrist der Verfügung vom 31. Oktober 2016 gegenüber dem Versicherungsgericht ihr Nichteinverständnis bezüglich dieser Verfügung erklärt, was bei einer formal korrekten Vorgehensweise als eine neue Beschwerde gegen die Verfügung vom 31. Oktober 2016 zu qualifizieren wäre. Aus verfahrensökonomischen Gründen ist aber kein neues Beschwerdeverfahren eröffnet, sondern das (an sich gegenstandslos gewordene) Beschwerdeverfahren betreffend die nicht mehr existente Verfügung vom 26. Mai 2016 weitergeführt worden. Jedenfalls wird der Gegenstand dieses Beschwerdeverfahrens nun ausschliesslich durch die Verfügung vom 31. Oktober 2016 definiert.

1.2 Die Verfügung vom 31. Oktober 2016 betrifft unter anderem Pflegeleistungen, die von der Kinderspitex im Zeitraum von März bis Juli 2015 erbracht worden sind. Bereits am 22. September 2015 hatte die Beschwerdegegnerin aber die Vergütung dieser im Zeitraum von März bis Juli 2015 erbrachten Leistungen – formlos – verweigert. Die Beschwerdeführerin hat diesbezüglich bis heute keine anfechtbare Verfügung verlangt. An sich könnte deshalb die Auffassung vertreten werden, jene Abweisung sei zwischenzeitlich verbindlich geworden (vgl. UELI KIESER, ATSG-Kommentar, 3. Aufl. 2015, Art. 51 N 26, mit Hinweisen). Das würde bedeuten, dass in diesem Beschwerdeverfahren nicht erneut darüber entschieden werden dürfte. Allerdings hat die Beschwerdeführerin bereits am 15. März 2016 erneut (auch) um die Vergütung der im Zeitraum vom März bis Juli 2015 erbrachten Leistungen der Kinderspitex ersucht. Die Beschwerdegegnerin hat sich materiell mit diesem Begehren auseinandergesetzt, was nur bedeuten kann, dass sie auf ihre noch nicht verbindlich gewordene formlose Abweisung vom 22. September 2015 zurückgekommen ist. Das ist zulässig gewesen, weshalb der Mitteilung vom 22. September 2015 für dieses Verfahren keine Bedeutung mehr zukommt.

2.

2.1 Bei der angefochtenen Verfügung vom 31. Oktober 2016 handelt es sich um eine Feststellungsverfügung im Sinne des Art. 49 Abs. 2 ATSG, denn sie hat das Verwaltungsverfahren, das ein Begehren um die Vergütung der Kosten für eine medizinische Pflege im Zeitraum von März 2015 bis März 2016 zum Gegenstand hatte,



nicht abgeschlossen, sondern nur eine Höchstgrenze für jenen (Zeit-) Aufwand definiert, der grundsätzlich vergütungsfähig ist. Dabei hat es sich also um ein „Kostendach“ und nicht um die tatsächlich zu vergütenden Kosten gehandelt. Der angefochtenen Verfügung vom 31. Oktober 2016 kommt deshalb keine rechtsgestaltende Wirkung zu. Solche „Kostendach“-Verfügungen sind grundsätzlich zulässig, aber das ihre Zulässigkeit begründende schützenswerte Feststellungsinteresse besteht nur darin, dass es solche Verfügungen den versicherten Personen (und den Leistungserbringern) ermöglichen, ihr Verhalten in jenem Zeitraum zu planen, der von diesen „Kostendach“-Verfügungen erfasst ist und der typischerweise im Zeitpunkt der Verfügungseröffnung noch in der Zukunft liegt (vgl. zum Ganzen den Entscheid IV 2015/352 des St. Galler Versicherungsgerichts vom 29. November 2016, E. 1.1, mit Hinweisen). Für einen in der Vergangenheit liegenden Zeitraum kann dagegen offensichtlich kein schutzwürdiges Interesse an einer solchen Feststellungsverfügung bestehen. Der massgebende tatsächliche medizinische Pflegeaufwand kann nämlich für die Vergangenheit mit dem erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit ermittelt werden, was zum Erlass einer rechtsgestaltenden Verfügung zwingt. Vor diesem Hintergrund muss die Verfügung vom 31. Oktober 2016 bereits deshalb als rechtswidrig qualifiziert werden, weil sie nur eine Feststellung enthält, an der kein schutzwürdiges Interesse mehr bestanden haben kann, respektive weil sie rechtswidrigerweise keinen rechtsgestaltenden Entscheid bezüglich des medizinischen Pflegeaufwandes im Zeitraum von März 2015 bis März 2016 enthält.

2.2 Das formell korrekte Vorgehen in dieser Situation bestünde in der Aufhebung der Verfügung vom 31. Oktober 2016, verbunden mit einer Rückweisung der Sache zur weiteren Abklärung und zum anschliessenden Erlass einer rechtsgestaltenden Verfügung an die Beschwerdegegnerin. Angesichts der besonderen Umstände des vorliegenden Einzelfalls rechtfertigt es sich aber aus verfahrensökonomischen Gründen, stattdessen den Gegenstand dieses Beschwerdeverfahrens auszudehnen und die Verfügung vom 31. Oktober 2016 direkt durch einen rechtsgestaltenden gerichtlichen Entscheid zu ersetzen. Bei der Aktenwürdigung zeigt sich nämlich, dass die für einen rechtsgestaltenden Entscheid relevanten Tatsachen mit dem erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit feststehen und dass darüber hinaus die Höhe des medizinischen Pflegeaufwandes zwischen den Parteien



unstrittig ist: Die Beschwerdeführerin hat gestützt auf die verbindliche Mitteilung vom 19. Dezember 2013 im hier massgebenden Zeitraum einen Anspruch auf die zur Behandlung des Geburtsgebrechens Ziff. 390 Anh. GgV notwendigen medizinischen Massnahmen gehabt. Die im April 2015 durchgeführte Operation hat gemäss den überzeugenden Ausführungen der RAD-Ärztin Dr. B.\_\_\_\_ der Behandlung dieses Geburtsgebrechens gedient. Folglich haben auch die postoperativen medizinischen Massnahmen zur Behandlung dieses Geburtsgebrechens gehört. Gemäss der ärztlichen Verordnung für Spitex-Leistungen vom 24. Februar 2016 hat die Beschwerdeführerin ab dem Spitalaustritt am 24. März 2015 eine medizinische Pflege von sieben Stunden pro Woche für die Untersuchung und die Behandlung (Beurteilung des Allgemeinzustandes und Verabreichung von Medikamenten), von zwölf Stunden pro Woche für die Grundpflege und von 5,5 Stunden pro Monat für die Abklärung und die Beratung benötigt. Gemäss dem Pflegenachweis (act. G 1.4) haben die Beurteilung des Allgemeinzustandes zwei, das Richten der Medikamente vier, das Verabreichen der Medikamente drei und die Bestimmung des Pflegebedarfs zwei Minuten pro Tag in Anspruch genommen, was einem täglichen Aufwand von neun Minuten pro Tag für die Behandlungspflege und zwei Minuten pro Tag für die Abklärung und die Beratung entsprochen hat. Für die – nicht vom Art. 14 Abs. 1 lit. a IVG erfasste – Grundpflege ist ein Aufwand von 109 Minuten pro Tag angefallen. Ein dem gesamten Pflegeaufwand entsprechender Einsatz hat folglich jeweils zwei Stunden (= 109 + 9 + 2 Minuten) gedauert. Aus den Monatsrapporten (act. G 1.5) ergibt sich, dass die Einsätze tatsächlich mehrheitlich – abgesehen von einigen neun Stunden dauernden Nachteinsätzen – 1,5–2,5 Stunden und damit im Schnitt wohl rund zwei Stunden gedauert haben. Das rechtfertigt es, pro Einsatz einen vom Art. 14 Abs. 1 lit. a IVG erfassten Aufwand von neun beziehungsweise – „für die Rechnungsstellung gerundet“ (vgl. Art. 7a Abs. 2 KLV) – 15 Minuten zu berücksichtigen. Dieser Aufwand ist zwischen den Parteien unbestritten. Laut den Monatsrapporten haben im massgebenden Zeitraum 110 Einsätze stattgefunden, wobei die zusätzlichen neun „Einsätze“ für die Beratung nicht dazuzuzählen sind, weil dieser Aufwand bereits in den zu berücksichtigenden 15 Minuten pro Einsatz enthalten ist. Der im hier massgebenden Zeitraum angefallene Zeitaufwand beläuft sich somit auf total 1'650 Minuten. Die Beschwerdeführerin hat folglich einen Anspruch auf die Vergütung der Kosten für eine



medizinische Pflege im Zeitraum von März 2015 bis März 2016 im Umfang von 1'650 Minuten.

3.

In aller Regel lautet das Dispositiv einer rechtsgestaltenden Verfügung auf einen bestimmten Frankenbetrag. Deshalb läge es hier auf den ersten Blick nahe, den oben ermittelten Anspruch mittels eines Stundenansatzes auf eine Geldsumme umzurechnen und das Dispositiv entsprechend zu formulieren. Bei genauer Betrachtung würde es sich dabei aber um mehr als um eine bloss mathematische Operation handeln. Bei der medizinischen Pflege handelt es sich nämlich um eine Sachleistung. Die Beschwerdeführerin hat also nicht etwa einen Anspruch auf einen bestimmten Geldbetrag, sondern vielmehr einen Anspruch auf eine Dienstleistung auf Kosten der Invalidenversicherung. Ihrem Leistungsbegehren ist vollständig Rechnung getragen, wenn definiert wird, welche Dienstleistung sie in welchem Umfang (und zu welchen Bedingungen) in Anspruch nehmen kann. Die kostenpflichtige Invalidenversicherung hat anschliessend die Aufgabe, diese Dienstleistung bei einem geeigneten Leistungserbringer „einzukaufen“. Dafür muss sie mit einem Leistungserbringer in ein vertragsrechtliches Verhältnis treten. Dieses ist rein privatrechtlicher Natur, denn gegenüber einem Leistungserbringer handelt die Invalidenversicherung nicht hoheitlich, weshalb sie auch die essentialia negotii nicht einseitig festlegen kann. Für die versicherte Person ist es irrelevant, zu welchem Preis die Invalidenversicherung die geschuldete Dienstleistung einkauft. Der Tarif für eine medizinische Pflege gehört folglich weder zum Rechtsverhältnis zwischen der versicherten Person und der Invalidenversicherung noch überhaupt zum öffentlichen Recht. Dementsprechend kann das Versicherungsgericht den im Einzelfall zur Anwendung gelangenden Tarif nicht überprüfen. Es ist allein die Sache der Beschwerdegegnerin und des Schweizerischen Kinderspitex Vereins, sich auf einen Tarif zu einigen (vgl. dazu auch den Entscheid des St. Galler Versicherungsgerichtes IVSCH 2013/2 vom 18. August 2016, den Entscheid des Zürcher Sozialversicherungsgerichtes SR.2013.00005 vom 17. Dezember 2014 und das Urteil des Bundesgerichtes 8C\_62/2015 vom 26. August 2015, je mit zahlreichen Hinweisen). Aus diesem Grund darf das Versicherungsgericht die oben erwähnte „Umrechnung“ des in Zeiteinheiten festgesetzten Aufwandes in einen Geldbetrag nicht vornehmen. Eine solche „Umrechnung“ ist denn auch gar nicht



erforderlich, denn das Leistungsbegehren der Beschwerdeführerin zielt offenkundig nicht auf eine Geld-, sondern auf eine Sachleistung ab. Anders als eine Geldleistung muss eine Sachleistung nicht zwingend mit einem auf einen Frankenbetrag lautenden Dispositiv zugesprochen werden, denn idealtypisch wird einem entsprechenden Leistungsbegehren mit der Abgabe der angebehrten Sachleistung – und eben nicht mit der Vergütung der Kosten für die Anschaffung jener Sachleistung – entsprochen. Der Preis, den die Invalidenversicherung für die Beschaffung der Sachleistung bezahlen muss, ist für die versicherte Person irrelevant. Diesbezüglich kann folglich auch nicht auf die Beschwerde eingetreten werden.

4.

Zusammenfassend ist die angefochtene Verfügung vom 31. Oktober 2016 durch die Zusprache einer Sachleistung in der Form einer medizinischen Pflege im Umfang von 1'650 Minuten für die Zeit von März 2015 bis und mit März 2016 zu ersetzen. Bei diesem Ausgang und unter Berücksichtigung des Umstandes, dass die Beschwerde sich ursprünglich gegen eine leistungsverweigernde Verfügung gerichtet hat, rechtfertigt es sich, die Gerichtskosten von 600 Franken der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen. Der Beschwerdeführerin wird der von ihr geleistete Kostenvorschuss von 600 Franken zurückerstattet. Die Beschwerdeführerin ist weder durch eine im kantonalen Anwaltsregister eingetragene Anwältin noch durch eine Vertreterin einer Selbsthilfe- oder gemeinnützigen Organisation vertreten worden. Das schliesst die Zusprache einer Parteientschädigung aus.

### **Entscheid**

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

1.

Die Beschwerde wird, soweit auf sie eingetreten werden kann, gutgeheissen und die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, der Beschwerdeführerin die Kosten für die im Zeitraum vom 24. März 2015 bis zum 31. März 2016 erbrachten Spitexleistungen im Umfang von 1'650 Minuten zu vergüten.

2.



Die Beschwerdegegnerin hat die Gerichtskosten von Fr. 600.-- zu bezahlen; der Beschwerdeführerin wird der von ihr geleistete Kostenvorschuss von Fr. 600.-- zurückerstattet.

3.

Die Beschwerdeführerin hat keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung.