



Fall-Nr.: IV 2018/122
Stelle: Versicherungsgericht
Rubrik: IV - Invalidenversicherung
Publikationsdatum: 06.05.2020
Entscheiddatum: 13.03.2019

Entscheid Versicherungsgericht, 13.03.2019

Art. 17 Abs. 2 ATSG. Art. 42 IVG. Art. 42ter IVG. Art. 37 IVV. Revision der Hilflosenentschädigung. Revision des Intensivpflegezuschlages (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 13. März 2019, IV 2018/122).

Entscheid vom 13. März 2019

Besetzung

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

Geschäftsnr.

IV 2018/122

Parteien

A.____,

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

Hilflosenentschädigung für Minderjährige (Reduktion Intensivpflegezuschlag)

Sachverhalt

A.

A.a A.____ wurde im April 2014 zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung angemeldet (IV-act. 1). Das Kinderspital Zürich berichtete im Mai 2014 (IV-act. 8–3 ff.), der Versicherte leide an einer Pulmonalatresie, an ausgeprägten benignen Schlafmyoklonien, an einer transienten Thrombozytopenie unklarer Ätiologie sowie an einer Mikrocephalie unklarer Ätiologie. Die Kinderärztin Dr. med. B.____ teilte der IV-Stelle im Juni 2014 mit, dass der Versicherte an einem Geburtsgebrechen im Sinne der Ziff. 313 Anh. GgV leide (IV-act. 8–1 f.). Mit einer Mitteilung vom 1. Juli 2014 sicherte die IV-Stelle dem Versicherten die Vergütung der Kosten der zur Behandlung des Geburtsgebrechens Ziff. 313 Anh. GgV notwendigen medizinischen Massnahmen für den Zeitraum bis zum 30. April 2019 zu (IV-act. 10).

A.b Im Oktober 2015 ging der IV-Stelle eine Verordnung für Leistungen des Schweizerischen Kinderspitexvereins Horn mit dem sinngemässen Antrag um Vergütung der Kosten der Spitexleistungen zu (IV-act. 31). Im Februar 2016 gab der Vater des Versicherten telefonisch an (IV-act. 54), sein Sohn werde seit September 2014 vom Schweizerischen Kinderspitexverein Horn betreut. Anfänglich hätten tagsüber etwa drei oder vier Einsätze von jeweils drei Stunden pro Woche sowie ein Nachteinsatz pro Woche stattgefunden. Ab August 2015 seien keine Nachteinsätze mehr erfolgt. Momentan fänden zwei Einsätze von je drei Stunden Dauer pro Woche statt. Die Einsatzperson verabreiche eine Sondenmahlzeit und die Medikamente, pflege die Sonde, lege eine Infusion, spritze Clexane, pflege die von der Infusion betroffene Hautstelle, führe die Körperpflege durch und richte die Medikamente. Während der früheren Nachteinsätze habe sie die Sonde an- und abgehängt (zwei Mahlzeiten pro Nacht), die Medikamente verabreicht und den Versicherten beobachtet und betreut. Im März 2016 wurde der Versicherte zum Bezug einer Hilflosenentschädigung angemeldet



(IV-act. 57). Seine Eltern gaben an, er sei bei sämtlichen alltäglichen Lebensverrichtungen auf eine regelmässige und erhebliche Dritthilfe angewiesen. Zudem benötige er eine dauernde medizinisch-pflegerische Hilfe und eine dauernde persönliche Überwachung. Die Kinderärztin Dr. B.____ berichtete am 23. März 2016 (IV-act. 79), der Versicherte sei durch die kardiale Situation physisch eingeschränkt. Das Ausmass der Einschränkung könne nicht genau angegeben werden. Zusätzlich bestehe ein deutlicher sprachlicher, motorischer und kognitiver Entwicklungsrückstand. Der Zeitaufwand für die ärztlich verordneten Behandlungsmassnahmen sei „sehr gross“. Am 20. Mai 2016 fand eine Abklärung der Hilflosigkeit in der Wohnung der Eltern des Versicherten statt. Die Abklärungsbeauftragte der IV-Stelle berichtete (IV-act. 108), der Versicherte müsse alle vier bis fünf Monate für jeweils vier bis sieben Tage ins Kinderspital Zürich. Dort werde mit einem interventionellen Herzkatheter eine Ballondilatation durchgeführt. Zuhause müsse der Versicherte nach den Mahlzeiten oft würgen und schwallartig erbrechen. Diese Zustände könnten bis zu einer Stunde anhalten. Dabei werde der Versicherte zyanotisch. Anschliessend sei er jeweils sehr erschöpft. Teilweise erbreche er auch nachts aus dem Schlaf heraus. Die PEG-Sonde habe nicht den erwünschten Erfolg (deutliche Reduktion der Brechanfälle) gebracht. Der Insuflon für die Verabreichung von Clexane habe auch Probleme gemacht. Neu werde deshalb Marcoumar verabreicht. Das Einstellen des Medikamentes gestalte sich aber wegen des häufigen Erbrechens als schwierig. Aufgrund eines Immun-Defekt-Syndroms belasteten häufig Infekte den Versicherten zusätzlich. Schliesslich zeige der Versicherte auch eine allgemeine Entwicklungsretardierung. Die Abklärungsbeauftragte der IV-Stelle hielt fest, unter Berücksichtigung eines altersentsprechenden Abzugs von 60 Minuten für das Essen ab einem Alter von 18 Monaten, von 20 Minuten für das An- und Auskleiden, von zehn Minuten für die Körperpflege und von 18 Minuten für das Verrichten der Notdurft resultiere ein täglicher Aufwand von 177 Minuten für die Grundpflege und von 201 Minuten für die Behandlungspflege. Der Aufwand für das An- und Auskleiden, für die Körperpflege, für das Verrichten der Notdurft und für die persönliche Überwachung sei als altersentsprechend zu qualifizieren. Beim Aufstehen, Absitzen und Abliegen, beim Essen und bei der Fortbewegung bestehe dagegen ein Bedarf nach einer behinderungsbedingten Dritthilfe. Mit einer Verfügung vom 28. Februar 2017 sprach die IV-Stelle dem Versicherten für die Zeit vom 21. Oktober 2014 bis zum 31. März 2017 eine Entschädigung bei einer Hilflosigkeit leichten Grades und



für die Zeit vom 21. Oktober 2014 bis zum 4. August 2016 einen Intensivpflegezuschlag für einen Betreuungsaufwand von über sechs Stunden pro Tag zu (IV-act. 142).

A.c Am 7. November 2017 fand im Rahmen eines Revisionsverfahrens betreffend die Hilflosenentschädigung eine weitere Abklärung in der Wohnung der Eltern des Versicherten statt. Die Abklärungsbeauftragten der IV-Stelle hielten in ihrem Bericht fest (IV-act. 189), der Versicherte habe zwischenzeitlich kleine Entwicklungsfortschritte gemacht. Die nach wie vor häufig auftretenden Infekte führten nur noch selten zu einem Spitalaufenthalt, da die Eltern mittlerweile über ein gutes Wissen und über eine gute Einrichtung zuhause verfügten, was die ambulante Pflege in der eigenen Wohnung ermögliche. Mittlerweile benötige der Versicherte auch keinen zusätzlichen Sauerstoff mehr in der Nacht. Der Sauerstoffgehalt im Blut werde aber immer noch jede Nacht mit einem Oxymeter überwacht. Bei einem Infekt benötige der Versicherte zusätzliche Sauerstoffgaben. An sich sollte der Versicherte in der Lage sein, sich komplett oral zu ernähren. Da er sich das Essen und Trinken nicht gewohnt sei, müsse aber täglich nachsondiert werden. Sämtliche Medikamente würden nach wie vor über die PEG-Sonde verabreicht. Mittlerweile erbreche der Versicherte nicht mehr ganz so häufig, aber immer noch mehrmals pro Monat. Der allgemeine Entwicklungsrückstand betrage mittlerweile ein bis eineinhalb Jahre. Bezüglich des Gesundheitszustandes gebe es keine Beständigkeit; es sei ein ständiges Auf und Ab. Da sich der Versicherte noch nicht selber an- und auskleiden könne, liege diesbezüglich neu eine Hilflosigkeit vor. Beim Aufstehen, Absitzen und Abliegen sei der Versicherte nicht mehr auf eine regelmässige und erhebliche Dritthilfe angewiesen. Beim Essen liege nach wie vor eine anspruchsrelevante Hilflosigkeit vor. Die Hilfebedürftigkeit bei der Körperpflege sei als altersbedingt normal zu qualifizieren. Der nach wie vor bestehende Hilfebedarf beim Verrichten der Notdurft sei dagegen nicht mehr altersbedingt normal. Bei der Fortbewegung sei der Versicherte nach wie vor auf eine regelmässige und erhebliche Dritthilfe angewiesen. Der Überwachungsbedarf sei immer noch altersentsprechend normal. Die Eltern des Versicherten erachteten den ermittelten Zeitaufwand für einzelne Hilfeleistungen als zu tief, weshalb die Abklärungsbeauftragten der IV-Stelle in der Folge diverse Korrekturen vornahmen. Abschliessend hielten sie fest, dass der Versicherte seit April 2017 als mittelgradig hilflos qualifiziert werden müsse. Der für den Intensivpflegezuschlag massgebende behinderungsbedingte Mehraufwand belaufe sich allerdings nur noch auf rund fünfeinhalb Stunden pro Tag, weshalb der



Intensivpflegezuschlag auf den nächstmöglichen Termin reduziert werden müsse. Mit einem Vorbescheid vom 3. Januar 2018 teilte die IV-Stelle den Eltern des Versicherten mit (IV-act. 192), dass sie vorsehe, die Hilflosenentschädigung zu erhöhen und den Intensivpflegezuschlag herabzusetzen. Mit einer Verfügung vom 23. Februar 2018 erhöhte die IV-Stelle die Hilflosenentschädigung mit Wirkung ab dem 1. April 2017 auf eine Entschädigung bei einer Hilflosigkeit mittleren Grades; gleichzeitig setzte sie den Intensivpflegezuschlag mit Wirkung ab dem 1. April 2018 auf einen Zuschlag bei einem Mehraufwand von vier bis sechs Stunden pro Tag herab (IV-act. 218).

B.

B.a Am 5. April 2018 liess der Versicherte (nachfolgend: der Beschwerdeführer) eine Beschwerde gegen die Verfügung vom 23. Februar 2018 erheben (act. G 1). Der ihn vertretende Schweizerische Kinderspitexverein Horn beantragte die Aufhebung der angefochtenen Verfügung, die Wiederherstellung der aufschiebenden Wirkung der Beschwerde, die Weiterausrichtung des Intensivpflegezuschlages im bisherigen Umfang und eventualiter die Sistierung des Beschwerdeverfahrens bis zum rechtskräftigen Abschluss des Verfahrens betreffend den medizinischen Pflegebedarf. Zur Begründung führte er aus, die IV-Stelle (nachfolgend: die Beschwerdegegnerin) sei bei der Berechnung des Intensivpflegezuschlages von einem durchschnittlich errechneten Spitexeinsatz ausgegangen, statt die tatsächlich geleisteten, meist niedrigeren Einsatzzeiten zu berücksichtigen.

B.b Die Beschwerdegegnerin beantragte am 23. Mai 2018 die Abweisung der Beschwerde (act. G 4).

B.c Der Beschwerdeführer liess am 28. Juni 2018 an seinen Anträgen festhalten (act. G 6). Die Beschwerdegegnerin verzichtete auf eine Duplik (act. G 7 f.).

B.d Mit einem Zwischenentscheid vom 19. September 2018 (act. G 9) wies das Versicherungsgericht das Gesuch um die Wiederherstellung der aufschiebenden Wirkung der Beschwerde und das Gesuch um die Sistierung des Beschwerdeverfahrens ab. Zur Begründung führte es an, die Aussichten im Hauptverfahren seien nicht derart eindeutig, dass es sich rechtfertigen liesse, von der



Standardregel abzuweichen und den Interessen des Beschwerdeführers an der Vermeidung eines finanziellen Engpasses den Vorzug gegenüber dem Interesse der Beschwerdegegnerin einzuräumen, keine uneinbringliche Rückforderung riskieren zu müssen. Da kein sachlicher Zusammenhang zwischen der Höhe des für die Festsetzung des Intensivpflegezuschlages massgebenden behinderungsbedingten Mehraufwandes für die Grundpflege und dem Aufwand für die medizinische Pflege bestehe, bestehe keine Notwendigkeit, das Beschwerdeverfahren zu sistieren.

Erwägungen

1.

1.1 Die angefochtene Verfügung vom 23. Februar 2018 enthält bei genauer Betrachtung zwei voneinander unabhängige Verwaltungsentscheide, nämlich einerseits eine revisionsweise Erhöhung der laufenden Hilflosenentschädigung und andererseits eine revisionsweise Herabsetzung des laufenden Intensivpflegezuschlages. Der Anspruch auf einen Intensivpflegezuschlag setzt zwar den Bezug einer Hilflosenentschädigung voraus, beruht im Übrigen aber auf einer anderen Gesetzesnorm und auf einem anderen Sachverhalt als der Anspruch auf eine Hilflosenentschädigung. Es handelt sich folglich um verschiedene Leistungen, weshalb die Verfügung vom 23. Februar 2018 bei richtiger Interpretation zwei Verfügungen enthält, nämlich eine Verfügung betreffend die Revision der Hilflosenentschädigung und eine Verfügung betreffend die Revision des Intensivpflegezuschlages. Aus der Beschwerde geht klar hervor, dass sich der Beschwerdeführer damit nur gegen die revisionsweise Herabsetzung des Intensivpflegezuschlages gewendet hat. Die revisionsweise Erhöhung der Hilflosenentschädigung ist von ihm nicht angefochten worden. Jene Verfügung ist folglich unangefochten in formelle Rechtskraft erwachsen. Den Streitgegenstand in diesem Beschwerdeverfahren bildet ausschliesslich die revisionsweise Herabsetzung des laufenden Intensivpflegezuschlages.

1.2 Bei der Herabsetzung des Intensivpflegezuschlages handelt es sich um eine typische Revision im Sinne des Art. 17 Abs. 2 ATSG, was bedeutet, dass sich das Verwaltungsverfahren, das mit dieser Verfügung abgeschlossen worden ist, auf die Frage nach anspruchsrelevanten Sachverhaltsveränderungen seit der ursprünglichen



Leistungszusprache vom 28. Februar 2017 beschränkt hat. Die Revision bezweckt nämlich ausschliesslich eine Anpassung einer formell rechtskräftig zugesprochenen Dauerleistung an nachträgliche Sachverhaltsveränderungen; eine weitergehende Korrektur (die Fehler beheben würde, die bereits bei der ursprünglichen Leistungszusprache gemacht worden sind) liefe auf eine Wiedererwägung der ursprünglichen leistungszusprechenden Verfügung hinaus, ohne dass die Wiedererwägungsvoraussetzungen des Art. 53 Abs. 2 ATSG erfüllt wären, was offensichtlich rechtswidrig wäre (vgl. zum Ganzen RALPH JÖHL, Die Revision nach Art. 17 ATSG, in: JaSo 2012, S. 153 ff.). Bei der hier nicht strittigen Revision der Hilflosenentschädigung und bei einem Intensivpflegezuschlag ergibt sich diesbezüglich allerdings eine revisionsrechtliche Besonderheit aus dem Umstand, dass gemäss dem Art. 37 Abs. 4 IVV nur der Mehrbedarf an Hilfeleistung und persönlicher Überwachung im Vergleich zu nicht behinderten Minderjährigen gleichen Alters zu berücksichtigen ist. Das bedeutet nämlich, dass nicht der tatsächliche Hilfebedarf, sondern die Differenz zwischen dem tatsächlichen Hilfebedarf und dem (fiktiven) Hilfebedarf eines gesunden gleichaltrigen Kindes anspruchrelevant ist. Bei der Beantwortung der Frage nach einer massgebenden Sachverhaltsveränderung darf sich die IV-Stelle deshalb nicht auf die Prüfung einer allfälligen Veränderung des tatsächlichen Hilfebedarfes beschränken. Sie muss auch prüfen, ob sich der tatsächliche Hilfebedarf gleich wie der hypothetische „Vergleichssachverhalt“ (gesundes gleichaltriges Kind) entwickelt hat. Ist die Differenz grösser oder kleiner geworden, liegt möglicherweise eine relevante Sachverhaltsveränderung vor. Das kann sogar dann der Fall sein, wenn der tatsächliche Hilfebedarf unverändert geblieben ist. Beispielsweise fällt bei einem einjährigen Kind in aller Regel kein behinderungsbedingter Mehrbedarf, sondern nur ein altersentsprechender „Normalaufwand“ bezüglich des Verrichtens der Notdurft an, weil auch gesunde einjährige Kinder nicht in der Lage sind, ihre Notdurft selbständig zu verrichten. Bleibt der diesbezügliche Hilfebedarf aber nochmals drei Jahre lang unverändert, muss diesbezüglich neu ein behinderungsbedingter Mehraufwand angenommen werden, da vierjährige Kinder ihre Notdurft in aller Regel selbständig verrichten können. Der tatsächliche Aufwand ist in diesem Beispiel unverändert geblieben, aber die anspruchsbegründende Differenz zum „Vergleichssachverhalt“ bei einem (fiktiven) gesunden Kind hat sich massgebend verändert, was einen Revisionsgrund darstellt.



2.

Die Hauptschwierigkeit bei der Beantwortung der Frage, ob sich der für die Berechnung des Intensivpflegezuschlages massgebende behinderungsbedingte Mehraufwand erheblich verändert habe, besteht darin, dass in den Akten nicht sorgfältig genug zwischen dem nicht-medizinischen und dem medizinischen Mehraufwand unterschieden wird. Der (pauschale) Intensivpflegezuschlag deckt ebenso wie die (pauschale) Hilflosenentschädigung nur jenen Mehraufwand ab, der für die nicht-medizinische Pflege und Betreuung des Beschwerdeführers anfällt. Die medizinische Pflege wird dagegen als medizinische Massnahme gemäss den Art. 13 f. IVG entschädigt, und zwar nicht pauschal, sondern frankengenau entsprechend dem tatsächlich angefallenen Aufwand für die medizinische Pflege. Jede Pflegemassnahme muss folglich eindeutig entweder der medizinischen Pflege im Sinne der Art. 13 f. IVG oder der nicht-medizinischen Pflege und Betreuung im Sinne der Art. 42 ff. IVG zugeordnet werden, damit der Anspruch auf medizinische Massnahmen beziehungsweise die Hilflosenentschädigung und der Intensivpflegezuschlag festgesetzt werden können. Diese sorgfältige Trennung respektive Zuordnung der einzelnen Pflegeverrichtungen ist vorliegend in den Akten nicht zu finden. Offenbar hat die Beschwerdegegnerin zwar versucht, eine solche Zuordnung vorzunehmen, indem sie die Pflegemassnahmen in ihrem Bericht zur Abklärung vom 7. November 2017 zweispaltig erfasst und entweder der „Grundpflege“ oder der „Behandlungspflege“ zugeordnet hat. Das müsste bedeuten, dass die „Grundpflege“ den für den Intensivpflegezuschlag massgebenden nicht-medizinischen Pflege- und Betreuungsaufwand beinhalten würde, während die „Behandlungspflege“ den medizinischen Pflegeaufwand bezeichnen würde. Allerdings hat die Beschwerdegegnerin bei der „Grundpflege“ einen Abzug von zehn Minuten für Spitex-Leistungen vorgenommen. Das lässt sich mit einer konsequenten Zuordnung der nicht-medizinischen Pflegeleistungen zur „Grundpflege“ und der medizinischen Pflegeleistungen zur „Behandlungspflege“ nicht vereinbaren. Wenn es sich nämlich bei den erwähnten Spitex-Leistungen um medizinische Pflegeleistungen gehandelt hätte, dann hätte der Abzug ebenfalls bei den medizinischen Pflegeleistungen berücksichtigt werden müssen, weshalb die „Grundpflege“ also offensichtlich auch medizinische Pflegeleistungen beinhalten müsste. Wenn es sich dagegen um nicht-medizinische Pflegeleistungen gehandelt hätte, dann hätte dafür kein Abzug beim für die Bemessung



des Intensivpflegezuschlages massgebenden behinderungsbedingten Mehraufwand berücksichtigt werden dürfen. Die Frage, ob eine nicht-medizinische Pflegeleistung vorwiegend von einer Spitex oder von anderen Personen, namentlich den Eltern, erbracht wird, ist für die Berechnung des Intensivpflegezuschlages nämlich irrelevant. Entscheidend ist nur, ob es sich um eine Leistung nicht-medizinischer Art handelt, die von einer Fachperson mit medizinischer Qualifikation oder von einem medizinischen Laien (z.B. von den Eltern) erbracht werden kann (vgl. zur Abgrenzung auch BGE 136 V 209). So oder anders spricht der Abzug von zehn Minuten für Spitex-Leistungen folglich gegen eine strikte Aufteilung der nicht-medizinischen Pflegeleistungen und der medizinischen Pflegeleistungen in „Grundpflege“ und „Behandlungspflege“. Fraglich ist auch, wie die im Abklärungsbericht erwähnte Spitex-Betreuung während des Morgens zu verstehen ist: Sind damit ausschliesslich medizinische Pflegeleistungen gemeint, die in Anwendung der Art. 13 f. IVG zu vergüten sind, oder beinhaltet diese Betreuung auch nicht-medizinische Pflegeleistungen, die für die Berechnung des Intensivpflegezuschlages massgebend sind? Welche Relevanz hat diese Angabe für die Bemessung der einzelnen Leistungen? Zusammenfassend lässt sich die Berechnung des für den Intensivpflegezuschlag massgebenden behinderungsbedingten nicht-medizinischen Mehraufwandes nicht nachvollziehen, weshalb nicht mit dem erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit feststeht, ob die Aufwandberechnung der Beschwerdegegnerin korrekt ist. Bei der aktuellen Aktenlage erweist sich der massgebende Sachverhalt damit als ungenügend abgeklärt. Die Sache muss zur sorgfältigen Ermittlung und minutiösen Auflistung des für die Berechnung des Intensivpflegezuschlages massgebenden behinderungsbedingten Mehraufwandes nicht-medizinischer Natur an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen werden.

3.

Die Rückweisung einer Sache zur weiteren Abklärung gilt rechtsprechungsgemäss hinsichtlich der Kosten- und Entschädigungsfolgen als ein vollständiges Obsiegen der beschwerdeführenden Partei. 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 23. Februar 2018 betreffend die Revision des Intensivpflegezuschlages aufgehoben und die Sache wird zur weiteren Abklärung 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.