



Fall-Nr.: IV 2018/59
Stelle: Versicherungsgericht
Rubrik: IV - Invalidenversicherung
Publikationsdatum: 23.03.2020
Entscheiddatum: 27.08.2019

Entscheid Versicherungsgericht, 27.08.2019

Art. 13 IVG. Art. 14 Abs. 1 lit. a IVG. Art. 42ter Abs. 3 IVG. Medizinische Pflege bei Geburtsgebrechen. Intensivpflegezuschlag (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 27. August 2019, IV 2018/59 und IV 2018/88). Bestätigt durch Urteil des Bundesgerichts 9C_653/2019.

Entscheid vom 27. August 2019

Besetzung

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

Geschäftsnr.

IV 2018/59, IV 2018/88

Parteien

A.____,

Beschwerdeführerin,

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) und Intensivpflegezuschlag (Revision)

Sachverhalt

A.

A.a. A.____ litt an diversen Geburtsgebrechen. Die IV-Stelle vergütete ihr gestützt auf eine Mitteilung vom 25. November 2008 für die Zeit vom 2. September 2008 bis zum 30. September 2009 die Kosten der medizinischen Pflege – Physiotherapie, Sauerstofftherapie, Inhalationen, basale Stimulation, Ekzembehandlung, Sondenernährung, Analtresie, Überwachung – im Umfang von maximal 49 Stunden pro Woche (IV-act. 60). Mit zwei Mitteilungen vom 20. Juli 2009 und vom 28. Januar 2010 verlängerte die IV-Stelle diese Kostengutsprache für die Zeit bis zum 31. Dezember 2011 (IV-act. 97 und 126). Nach einer Abklärung der Hilflosigkeit der Versicherten in der Wohnung ihrer Eltern am 29. Oktober 2009, bei der insbesondere ein zur Berücksichtigung einer Überwachungs pauschale von zwei Stunden berechtigender hoher Überwachungsaufwand und eine aufwendige Pflege festgestellt worden waren (vgl. IV-act. 117), sprach die IV-Stelle der Versicherten mit einer Verfügung vom 29. Januar 2010 mit Wirkung ab dem 1. September 2008 eine Entschädigung bei einer Hilflosigkeit leichten Grades und mit Wirkung ab dem 1. Februar 2009 eine Entschädigung bei einer Hilflosigkeit mittleren Grades sowie mit Wirkung ab dem 1. September 2008 einen Intensivpflegezuschlag zu (IV-act. 128).

A.b. Im Zuge eines Verwaltungsverfahrens, das den Anspruch der Versicherten auf medizinische Massnahmen für die Zeit ab dem 1. Januar 2012 zum Inhalt hatte, ging der IV-Stelle im August 2012 eine Verordnung des Schweizerischen Kinderspitex Vereins zu (IV-act. 243). Diese Verordnung sah einen Aufwand von fünf Stunden pro Jahr für die Abklärung und Dokumentation des Pflegebedarfs, von 35 Stunden pro Jahr für die Beratung und Instruktion der an der Pflege beteiligten medizinischen Laien, von



St.Galler Gerichte

14 × 5 Minuten pro Woche für die Beurteilung des Allgemeinzustandes, von 21 × 40 Minuten pro Woche für die befeuchtete Sauerstoffdauertherapie und die Inhalation mit Natriumchlorid oder mit Medikamenten, von 28 × 30 Minuten pro Woche für die Nahrungsaufnahme per os und die Verabreichung von Flüssigkeit per Sonde, von 42 × 5 Minuten pro Woche für die Sauerstoffsättigungsmessung, die Umpositionierung, die Befestigung der Nasenbrille und die Handhabung und Pflege der PEG-Sonde sowie von 7 × 480 Minuten pro Woche für die Sauerstoffsättigungsmessung und die Sauerstoffdauertherapie während 24 Stunden pro Tag vor. Die Mutter der Versicherten gab im August 2012 bei einer telefonischen Befragung durch eine Sachbearbeiterin der IV-Stelle an (IV-act. 244), von montags bis freitags fänden täglich drei- bis vierstündige Einsätze und jeden zweiten Samstag sechs- bis achtstündige Einsätze der Kinderspitem statt. Die Pflegefachfrauen verabreichten der Versicherten jeweils die Nahrung und die Medikamente über die Sonde, führten Atemtherapieübungen durch und gewährleisteten die Überwachung der Sauerstoffsättigung. Der Kinderarzt Dr. med. B.____ berichtete im Oktober 2012 (IV-act. 255), der Gesundheitszustand der Versicherten habe sich in den vergangenen Monaten insofern verändert, als die Häufigkeit der Hospitalisationen zugenommen habe. Die Versicherte dekompenziere bei einem Infekt schneller, benötige dann mehr Sauerstoff, zeige eine Dyspnoe und sei in der Regel hochfibril. Solche Situationen liessen sich zuhause nicht gut behandeln, weshalb dann jeweils eine intensivpflegerische Betreuung notwendig werde. Da sich der Zustand der Versicherten aufgrund ihrer schweren pulmonalen Erkrankung in Kombination mit diversen anderen Störungen (unter anderem einer Schluckstörung) immer wieder akut verschlechterte, seien eine „gewisse Überwachung“ und eine klinische Kontrolle notwendig. Notfallinterventionen erfolgten jeweils in der Form der Inhalation oder des Absaugens von Schleim. Im Januar 2013 notierte Prof. Dr. med. C.____ vom IV-internen regionalen ärztlichen Dienst (RAD; IV-act. 264), angesichts des Umstandes, dass die Einsätze der Spitem jeweils nur drei bis vier Stunden dauerten, sei davon auszugehen, dass keine medizinischen Notfallsituationen aufträten, die nicht auch von den Eltern bewältigt werden könnten. Seines Erachtens belaufe sich der Aufwand auf etwa zwei Stunden pro Einsatz. Mit einer Verfügung vom 24. Mai 2013 erteilte die IV-Stelle eine Kostengutsprache für die medizinische Pflege im Zeitraum vom 1. Juni 2013 bis zum 31. Dezember 2014 im Umfang von maximal 35 Stunden pro Monat für die Pflege und von maximal drei Stunden pro Monat für die Beratung (IV-act.



285). Zur Begründung führte sie aus, pro Einsatz könne für die Einsätze von montags bis freitags nur ein Aufwand von maximal 70 Minuten berücksichtigt werden. Für die Samstagseinsätze werde ein Aufwand von jeweils maximal 135 Minuten berücksichtigt. Die Kürzung der Kostengutsprache für die medizinische Pflege wirke sich auf den Intensivpflegezuschlag aus. Mit einer Verfügung vom 29. Mai 2013 erhöhte die IV-Stelle den Intensivpflegezuschlag mit Wirkung ab dem 1. Juni 2013 auf einen Zuschlag bei einem behinderungsbedingten Mehraufwand von über acht Stunden pro Tag (IV-act. 288).

A.c. Im Januar 2015 ging der IV-Stelle eine weitere Verordnung für eine medizinische Pflege zu (IV-act. 407), laut der sich der Pflegebedarf nun auf fünf Stunden pro Jahr für die Abklärung und Dokumentation des Pflegebedarfs, auf 35 Stunden pro Jahr für die Beratung und Instruktion der an der Pflege beteiligten Laien, auf 7×10 Minuten pro Woche für die Beurteilung des Allgemeinzustandes, auf 7×15 Minuten pro Woche für die Sauerstoffdauertherapie und die Inhalation mit Natriumchlorid oder mit Medikamenten, auf $1 \times 35 + 7 \times 10$ Minuten pro Woche für den Buttonwechsel, für die Kontrolle der Einstichstelle und für den täglichen Verbandswechsel, auf $(7 + 3) \times 60$ Minuten pro Woche für die Verabreichung von Flüssigkeit via Sonde, auf 21×15 Minuten pro Woche für die Verabreichung von Medikamenten per Sonde, auf 21×5 Minuten pro Woche für den Sensorwechsel, auf 14×10 Minuten pro Woche für die Befestigung der Nasenbrille, auf 14×15 Minuten pro Woche für die Kontrolle auf Druckstellen im Bereich der Ober- und Unterschenkelorthesen, auf 1×5 Minuten pro Woche im Zusammenhang mit der Blasen- oder Darmentleerung sowie auf 7×480 Minuten pro Woche für die Sauerstoffsättigungsmessung und die Sauerstoffdauertherapie während 24 Stunden pro Tag belief. Im Mai 2015 erkundigte sich die IV-Stelle erneut telefonisch bei der Mutter der Versicherten nach der Anzahl und Dauer der Spitex-Einsätze sowie nach den von der Spitex erbrachten Leistungen (IV-act. 431). Die Mutter gab an, sie werde zwei- bis dreimal pro Woche während jeweils acht Stunden für den Nachtdienst unterstützt. Zusätzlich finde jeweils am Mittwochnachmittag ein vierstündiger Einsatz statt. Während den Nachteinsätzen verabreiche das Pflegepersonal zweimal Flüssigkeit und Medikamente über die Sonde. Zudem führe es Atemtherapieübungen durch. Die Nasenbrille müsse während der Nacht durchschnittlich vier- bis fünfmal neu befestigt werden. Wenn die Versicherte



Fieber habe, werde ihr öfter Flüssigkeit verabreicht. Manchmal müsse nachts inhaliert werden. Die Versicherte werde mehrmals pro Nacht umgelagert. Einmal pro Nacht werde sie gewickelt. Am Mittwochnachmittag werde Flüssigkeit verabreicht und eine Zwischenmahlzeit eingegeben. Das Pflegepersonal kümmere sich um die Körperpflege und führe Therapien durch. Die Mutter der Versicherten wies im Juni 2015 darauf hin (IV-act. 439), dass ihre Tochter ununterbrochen am Pulsoxymeter angeschlossen sei, was einer medizinischen Dauerüberwachung entspreche. Der RAD-Arzt Prof. Dr. C. ___ notierte im Juni 2015 (IV-act. 440), für die Nachteinsätze sei ein Aufwand von jeweils viereinhalb Stunden zu berücksichtigen. Pro Woche fänden maximal drei solche Einsätze statt. Für den einen Tageseinsatz pro Woche sei von einem Aufwand von einer Stunde auszugehen. Zusätzlich seien pro Monat drei Stunden für die Beratung zu berücksichtigen. Mit einer Verfügung vom 24. September 2015 sprach die IV-Stelle der Versicherten für die Zeit vom 1. Januar 2015 bis zum 30. Juni 2016 pro Nachteinsatz (zwei- bis dreimal pro Woche) zweieinhalb und pro Tageseinsatz (einmal pro Woche) eine Stunde medizinische Pflege sowie zusätzlich drei Stunden pro Monat für die Beratung und Instruktion zu (IV-act. 468).

A.d. Mit einem Entscheid vom 29. November 2016 (IV 2015/352; vgl. IV-act. 534) hob das Versicherungsgericht des Kantons St. Gallen die Verfügung vom 24. September 2015 auf. Es hielt fest, bei der angefochtenen Verfügung handle es sich um eine Feststellungsverfügung, mit der das „Kostendach“ für die Vergütung der medizinischen Pflege festgelegt worden sei. Bei der Festlegung eines solchen „Kostendachs“ sei es irrelevant, ob die medizinisch notwendige Pflege später effektiv vollständig durch medizinisches Fachpersonal oder teilweise von medizinischen Laien erbracht werde, denn massgebend sei nur, welcher Aufwand maximal benötigt werde, um eine ausreichende medizinische Pflege sicherzustellen. Würden später beispielsweise die Eltern einen Teil der Pflege übernehmen, obwohl ihnen dies eigentlich nicht zugemutet werden dürfe, weil sie über keine geeignete berufliche Qualifikation verfügten, wirke sich das nur auf die effektiven Kosten aus, denn das Pflegepersonal werde eine entsprechend tiefere Rechnung stellen, sodass das „Kostendach“ nicht komplett ausgenutzt werde. Hinsichtlich der massgebenden prognostisch notwendigen Einsatzdauer hätten sowohl der RAD-Arzt Prof. Dr. C. ___ als auch die Sachbearbeiterin der IV-Stelle verkannt, dass eine Pflegefachperson für einen Nachteinsatz, bei dem sie



acht Stunden anwesend sein müsse, auch zwingend acht Stunden in Rechnung stellen werde. Das „Kostendach“ müsse folglich auf acht Stunden pro Nachteinsatz festgesetzt werden. Bezüglich der Häufigkeit der Nachteinsätze sei nicht die tatsächliche Situation (zwei bis drei Einsätze pro Woche), sondern der Umstand entscheidend, dass die Versicherte jede Nacht eine medizinische Pflege und Überwachung benötige. Das sämtliche Eventualitäten (z.B. krankheitsbedingte Ausfälle der Eltern) berücksichtigende „Kostendach“ könne nur jenes sein, das einen Einsatz von Pflegefachpersonen während jeder Nacht erlaube. Zusammenfassend sei das „Kostendach“ insgesamt auf 57 ($= 7 \times 8 + 1$) Stunden pro Woche beziehungsweise auf 259,5 Stunden pro Monat festzusetzen. Bezüglich des Zeitraums vom 1. Januar 2015 bis zum 31. August 2015 müsse die IV-Stelle nun direkt eine rechtsgestaltende Verfügung erlassen, da diesbezüglich kein Feststellungsinteresse mehr vorliege, denn die tatsächlichen Pflegekosten stünden ja bereits fest und könnten folglich ohne Weiteres vergütet werden. Für den Zeitraum vom 1. September 2015 bis zum 30. Juni 2016 sei festzustellen, dass die Versicherte einen Anspruch auf eine medizinische Pflege im Umfang von maximal 259,5 Stunden pro Monat habe.

A.e. Das Bundesgericht hob diesen Entscheid mit einem Urteil vom 6. Juni 2017 (9C_46/2017; vgl. IV-act. 573) auf. Es führte an, für die Nachteinsätze müsse jeweils ein Aufwand von acht Stunden berücksichtigt werden, falls sich der genaue Zeitpunkt, in dem die medizinischen Pflegeleistungen zu erbringen seien, nicht im Voraus planen lasse beziehungsweise falls es notwendig sei, dass eine medizinische Pflegefachperson jeweils die ganze Nacht anwesend sei. Wie es sich diesbezüglich verhalte, könne aufgrund der Akten nicht abschliessend beurteilt werden. Bei der Festlegung des „Kostendachs“ sei für jede Nacht ein Nachteinsatz zu berücksichtigen, da die Versicherte jede Nacht auf eine medizinische Pflege angewiesen sei. Die IV-Stelle habe über den Anspruch der Versicherten auf Vergütung der von der Kinderspitex im Zeitraum vom 1. Januar 2015 bis zum 30. Juni 2016 erbrachten Leistungen zu verfügen. Hierfür wies das Bundesgericht die Sache an die IV-Stelle zurück.

A.f. Bereits im Mai 2016 hatte der Schweizerische Kinderspitexverein eine ärztliche Verordnung eingereicht und sinngemäss um eine Kostengutsprache für die Zeit ab dem 1. Juli 2016 ersucht (IV-act. 502). Laut dieser Verordnung (IV-act. 503) hatte sich der



Pflegeaufwand auf fünf Stunden pro Jahr für die Abklärung und Dokumentation des Pflegebedarfs, auf 35 Stunden pro Jahr für die Beratung und Instruktion der an der Pflege beteiligten Laien, auf 21 × 10 Minuten pro Woche für die Beurteilung des Allgemeinzustandes, auf 21 × 15 Minuten pro Woche für die Inhalation im Rahmen der konstanten Sauerstofftherapie, auf 7 × 15 Minuten pro Woche für die delegierte Atemtherapie zur Pneumonieprophylaxe, auf 1 × 11 Minuten pro Woche für den Buttonwechsel, auf 7 × 15 Minuten pro Woche für die Kontrolle der Einstichstelle des Buttons, auf 35 × 70 + 7 × 15 Minuten pro Woche für die Sondenernährung, auf 21 × 10 Minuten pro Woche für die Verabreichung von Medikamenten via Sonde, auf 42 × 3 + 21 × 5 + 21 × 3 Minuten pro Woche für die Kontrolle der Haut auf Druckstellen, auf 1 × 2 Minuten pro Woche für medizinische Massnahmen im Zusammenhang mit der Blasen- oder Darmentleerung sowie auf 7 × 1440 Minuten pro Woche für die Dauerüberwachung belaufen. Für letzteres hatte der Schweizerische Kinderspitexverein zusätzlich ein „Sondergesuch“ eingereicht (IV-act. 504). Im Juli 2016 hatte eine Sachbearbeiterin der IV-Stelle notiert (IV-act. 516), gemäss den medizinischen Berichten des Kinderspitals St. Gallen sei die pneumologische Situation der Versicherten stabil. Schon seit längerer Zeit seien keine stationären Aufenthalte infolge einer Infektion mehr nötig gewesen. In einem Rehabericht des Schulheims D.____ vom 8. Juni 2016 sei eine Fortführung der Kinderspitex im bisherigen Umfang empfohlen worden. Zusammenfassend sei von einem stabilen Gesundheitszustand auszugehen. Folglich sei für die Zeit vom 1. Juli 2016 bis zum 30. Juni 2018 eine Kostengutsprache für maximal 150 Minuten pro Nachteinsatz und von maximal 60 Minuten pro Tageseinsatz sowie zusätzlich von maximal drei Stunden pro Monat für die Beratung und Instruktion zu erteilen. Am 5. Juli 2016 hatte die IV-Stelle eine entsprechende Mitteilung erlassen (IV-act. 517). Sie hatte darauf hingewiesen, dass sie diese Mitteilung „anpassen“ werde, falls die hängige Beschwerde gegen die Verfügung vom 24. September 2015 „zu einem anderen Resultat führen“ sollte.

A.g. Am 8. August 2017 notierte eine Sachbearbeiterin der IV-Stelle (IV-act. 582), aufgrund der „Erhöhung der Spitexleistungen in der Nacht (BG-Urteil)“ ergebe sich eine Änderung des Intensivpflegezuschlages: Bislang seien insgesamt inklusive Überwachung 430 Minuten pro Tag berücksichtigt worden, aber davon müssten nun die von der Invalidenversicherung vergüteten Spitexleistungen von total 1410 Minuten



pro Woche (zwei- bis dreimal neun Stunden und einmal eine Stunde pro Woche) abgezogen werden. Das ergebe einen Aufwand von lediglich noch drei Stunden und 49 Minuten. Da gemäss den aktuellsten Rechnungen nicht immer zwei bis drei Einsätze pro Woche stattgefunden hätten, würden die Abzüge variieren, was wiederum einen Einfluss auf den Intensivpflegezuschlag habe: Der Aufwand liege oft bei knapp über vier Stunden. Deshalb werde „kulanterweise“ der Intensivpflegezuschlag nicht aufgehoben, sondern auf „den Vier-Stünder“ herabgesetzt. Die Herabsetzung habe rückwirkend per 1. Juli 2015 zu erfolgen. Daraus resultiere eine Rückforderung von 9'282 Franken, die direkt mit den zukünftigen Leistungen zu verrechnen sei. Mit einem Vorbescheid vom 8. August 2017 teilte die IV-Stelle der Versicherten mit (IV-act. 583), dass sie vorsehe, den Intensivpflegezuschlag rückwirkend per 1. Juli 2015 auf einen Zuschlag bei einem behinderungsbedingten Mehraufwand von über vier, aber weniger als sechs Stunden pro Tag herabzusetzen. Sie werde die Differenz zum in diesem Zeitraum bereits für insgesamt 595 Tage bezogenen höheren (bisherigen) Intensivpflegezuschlag zurückfordern. Der Betrag der Rückforderung belaufe sich auf 9'282 Franken. Mit einem zweiten Vorbescheid vom 8. August 2017 teilte die IV-Stelle der Versicherten mit (IV-act. 585), dass sie vorsehe, für den Zeitraum vom 1. Januar 2015 bis zum 30. Juni 2019 die Kosten für die medizinische Pflege im Umfang von maximal drei Stunden pro Monat für die Beratung und Instruktion, von maximal acht Stunden pro Nachteinsatz und von maximal 60 Minuten pro Tageseinsatz zu übernehmen. Am 26. September 2017 liess die Versicherte gegen die vorgesehene Herabsetzung des Intensivpflegezuschlages einwenden (IV-act. 593), ein Teil der Pflege müsse zu zweit erbracht werden, weshalb der für den Intensivpflegezuschlag massgebende Mehraufwand nicht einfach um jenen Aufwand gekürzt werden dürfe, den die Invalidenversicherung der Kinderspitex vergüte. Da die Versicherte auf eine Dauerüberwachung angewiesen sei, sei die Herabsetzung des Intensivpflegezuschlages unzulässig. Der den Eltern verbleibende Mehraufwand entspreche nicht dem von der IV-Stelle erhobenen Mehraufwand. Noch am selben Tag liess die Versicherte ergänzend schriftlich geltend machen (IV-act. 595), ihre Mutter müsse die Pflegefachfrau der Kinderspitex bei der Mobilisation und bei den Notfallinterventionen unterstützen, weshalb bei diesen Verrichtungen ein doppelter Aufwand anfalle. Ohne die Berücksichtigung des Mehraufwandes eines medizinischen Laien belaufe sich der Pflegeaufwand auf 484 Minuten pro Tag für die Grundpflege und



auf 361 Minuten pro Tag für die Behandlungspflege. Selbst wenn man den ganzen durchschnittlichen Aufwand der Kinderspitex von vier Stunden pro Tag abziehe, verbleibe ein Mehraufwand von über zehn Stunden. Unter Berücksichtigung einer Überwachungspauschale von vier Stunden belaufe sich der verbleibende Mehraufwand sogar auf über 14 Stunden pro Tag. Damit bestehe ein Anspruch der Versicherten auf den maximalen Intensivpflegezuschlag. In einer weiteren Eingabe vom selben Datum liess die Versicherte geltend machen (IV-act. 596), sie sei auch mit dem vorgesehenen Entscheid betreffend die Kostengutsprache für medizinische Pflegeleistungen nicht einverstanden. Der Schweizerische Kinderspitexverein habe den notwendigen Pflegebedarf weisungskonform erstellt, weshalb darauf abgestellt werden müsse. Am 25. Oktober 2017 teilte Dr. B. ___ auf entsprechende Fragen der IV-Stelle hin mit (IV-act. 602), die Lehrpersonen im Schulheim D. ___ seien im Umgang mit dem Sauerstoff geschult und benötigten deshalb keine Unterstützung einer Pflegefachfrau. Eine Pflegefachfrau sei aber jederzeit abrufbar und erreichbar. Auch bei der Physio- und Ergotherapie sei die Anwesenheit einer Pflegefachfrau nicht notwendig. Während der Therapie werde der Sauerstoff sogar für einige Zeit abgestellt. Bezüglich des Sauerstoffbedarfs sei die Situation aktuell stabil. Die Versicherte benötige jeweils 0,25–0,5 Liter. Regelmässig werde die Sättigung tagsüber nicht mehr bestimmt. In der Nacht sei die Versicherte aber permanent am Sättigungsgerät angeschlossen. Im Dezember 2017 notierte der RAD-Arzt Dr. med. E. ___ (IV-act. 603), in der Nacht sei die Versicherte auf regelmässige Spitexeinsätze angewiesen. Tagsüber werde sie aber in einer darauf spezialisierten Institution betreut und pädagogisch gefördert, weshalb tagsüber ein Spitexeinsatz „nur sehr bedingt erforderlich“ sei.

Versicherungsmedizinisch sei es deshalb korrekt, tagsüber während des Aufenthaltes im Rahmen der Institution lediglich eine Stunde Spitexleistungen für die Übernahme medizinisch-therapeutischer Massnahmen zuzusprechen. Mit einer Verfügung vom 3. Januar 2018 setzte die IV-Stelle den Intensivpflegezuschlag rückwirkend per 1. Juli 2015 herab; sie forderte 9'282 Franken zurück (IV-act. 604). Mit einer zweiten Verfügung vom 3. Januar 2018 erteilte sie eine Kostengutsprache für die medizinische Pflege durch die Kinderspitex im Zeitraum vom 1. Januar 2015 bis zum 30. Juni 2019 im Umfang von maximal drei Stunden pro Monat für die Beratung und Instruktion, von maximal acht Stunden pro Nachteinsatz und von maximal einer Stunde pro Tageseinsatz (IV-act. 605).



A.h. Mit einer Verfügung vom 25. Januar 2018 ersetzte die IV-Stelle ihre Verfügung vom 3. Januar 2018 betreffend den Intensivpflegezuschlag (IV-act. 612). Sie führte aus, die Verfügung vom 3. Januar 2018 müsse im Sinne des Art. 53 Abs. 1 ATSG prozessual revidiert werden, nannte aber keinen Grund für diese Korrektur und führte auch nicht explizit an, worin die Korrektur inhaltlich bestehe. Von der ersetzten Verfügung vom 3. Januar 2018 unterschied sich die neue Verfügung vom 25. Januar 2018 nur insofern, als sie den Hinweis enthielt, dass die Rückzahlung des Rückforderungsbetrages von 9'282 Franken mit der Einreichung der Rechnungen für die Monate Juli bis Dezember 2017 bereits erfolgt sei.

B.

B.a. Am 5. Februar 2018 liess die Versicherte (nachfolgend: die Beschwerdeführerin) eine Beschwerde gegen die Verfügung vom 3. Januar 2018 betreffend medizinische Massnahmen erheben (IV 2018/59, act. G 1). Der sie vertretende Schweizerische Kinderspitexverein beantragte die Aufhebung der angefochtenen Verfügung, die Feststellung, dass die IV-Stelle (nachfolgend: die Beschwerdegegnerin) „die in der Verordnung vom [Datum fehlt] beantragten und ärztlich ausgewiesenen medizinischen Massnahmen in vollem Umfang“ schulde, die Feststellung, dass zur Bestimmung der medizinischen Qualifikation „die Verordnung 325.11“ die Rechtsgrundlage bilden müsse, sowie die Feststellung, dass die von den Eltern freiwillig geleisteten medizinischen Massnahmen nicht im Voraus definitiv vom Anspruch abgezogen werden dürften. Zur Begründung wurde ausgeführt (vgl. auch IV 2018/59, act. G 3), die Beschwerdegegnerin habe in Missachtung der Rechtsprechung des Versicherungsgerichtes und des Bundesgerichtes erneut retrospektiv statt prospektiv verfügt. Es gehe nicht an, dass die Beschwerdegegnerin eine Abklärung vor Ort durch ein medizinisch geschultes Personal verweigere. Der angefochtenen Verfügung liege im Wesentlichen eine falsche Interpretation des Schreibens von Dr. B.____ vom 25. Oktober 2017 zugrunde.

B.b. Am 26. Februar 2018 liess die Beschwerdeführerin auch gegen die Verfügung vom 25. Januar 2018 betreffend den Intensivpflegezuschlag eine Beschwerde erheben (IV 2018/88, act. G 1). Der sie vertretende Schweizerische Kinderspitexverein beantragte die Aufhebung der angefochtenen Verfügung, die Wiederherstellung der



aufschiebenden Wirkung der Beschwerde, die Zusprache eines Intensivpflegezuschlages im bisherigen Umfang auch für die Zukunft und die Neuberechnung des Intensivpflegezuschlages nach dem Eintritt der formellen Rechtskraft des Entscheides des Versicherungsgerichtes betreffend die medizinischen Pflegeleistungen (IV 2018/59). Zur Begründung führte er an, die Herabsetzung des Intensivpflegezuschlages sei nicht nachvollziehbar, denn der Pflegeaufwand für die Beschwerdeführerin belaufe sich auf 14 Stunden pro Tag, weshalb ein Intensivpflegezuschlag bei einem behinderungsbedingten Mehraufwand von über acht Stunden pro Tag geschuldet sei.

B.c. Die Beschwerdegegnerin beantragte am 11. April 2018 die Abweisung der beiden Beschwerden (IV 2018/59, act. G 5 = IV 2018/88, act. G 3). Zur Begründung führte sie an (vgl. IV-act. 642), „die Verordnung 325.11“ sei für die Invalidenversicherung nicht massgebend. Die Grundpflegeleistungen seien nicht von der Invalidenversicherung zu vergüten. Das „Kostendach“ der Kinderspitex sei im Übrigen bis auf fünf Minuten übernommen worden. Die Notwendigkeit einer Dauerüberwachung sei nicht ausgewiesen. Die Kürzung des Intensivpflegezuschlages sei die notwendige Folge der Erhöhung der Kostengutsprache für medizinische Pflegeleistungen, denn nur so könnten Doppelleistungen vermieden werden. Im Grunde stehe es den Eltern der Beschwerdeführerin frei, die Höhe der beiden Leistungen zu bestimmen: Wenn sie mehr freiwillige Leistungen erbrächten, seien weniger Spitexleistungen, aber ein höherer Intensivpflegezuschlag geschuldet; wenn sie weniger freiwillige Leistungen erbrächten, seien mehr Spitexleistungen, aber ein tieferer Intensivpflegezuschlag geschuldet. Der für den Intensivpflegezuschlag massgebende Aufwand müsse ungefähr abgeschätzt werden, da es aus administrativen Gründen unmöglich sei, den genauen Aufwand Tag für Tag zu ermitteln. Seit der letzten Abklärung vor Ort am 4. Februar 2015 habe sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin nicht massgeblich verändert. Anhand des damals ermittelten Aufwandes von 430 Minuten pro Tag und der in den Jahren 2015–2017 effektiv vergüteten Spitexleistungen ergebe sich eindeutig, dass nur ein Mehraufwand von mehr als vier, aber weniger als sechs Stunden übrig bleibe, weshalb der Intensivpflegezuschlag zu Recht herabgesetzt worden sei.



B.d. Die Beschwerdeführerin liess am 18. Mai 2018 an ihren Anträgen festhalten (IV 2018/59, act. G 7 = IV 2018/88, act. G 5). Die Beschwerdegegnerin verzichtete auf eine Duplik.

B.e. Mit einem Zwischenentscheid vom 8. August 2018 (IV 2018/88 Z; IV 2018/88, act. G 8) wies das Versicherungsgericht das Begehren um Wiederherstellung der aufschiebenden Wirkung der Beschwerde gegen die Verfügung vom 25. Januar 2018 ab. Es hielt fest, die Erfolgsaussichten könnten in einer summarischen Prüfung angesichts der Komplexität der Streitsache nicht als eindeutig qualifiziert werden, weshalb der Grundsatz zur Anwendung gelange, wonach dem Interesse des Versicherungsträgers, keine uneinbringliche Rückforderung riskieren zu müssen, der Vorzug gegenüber dem Interesse der versicherten Person, keine Sozialhilfeleistungen beziehen zu müssen, zu geben sei.

Erwägungen

1.

1.1. Das Versicherungsgericht des Kantons St. Gallen hat den Parteien am 15. März 2018 mitgeteilt, dass es eine Vereinigung der beiden Beschwerdeverfahren IV 2018/59 und IV 2018/88 vorsehe. Nach dieser Absichtserklärung hat es die beiden Verfahren allerdings faktisch bereits als ein vereinigtes Verfahren geführt, womit sich die Parteien implizit einverstanden erklärt haben, indem sie in ihren Eingaben jeweils beide Verfahrensnummern angeführt haben. Die Verfahrensvereinigung ist hier sachlich gerechtfertigt, da die beiden Beschwerden dieselben Parteien betreffen und da sie sachlich eng zusammenhängen. Die Vereinigung der beiden Beschwerdeverfahren hat aber nur zur Folge, dass der Schriftenwechsel gemeinsam hat geführt werden können und dass die beiden Beschwerdeentscheide gemeinsam in einem Urteil eröffnet werden können. Die beiden Streitgegenstände bleiben jedoch voneinander unabhängig, weshalb es der Beschwerdeführerin zum Beispiel freisteht, nur einen der beiden Entscheide mit einer Beschwerde beim Bundesgericht anzufechten und den andern Entscheid unangefochten in formelle Rechtskraft erwachsen zu lassen. Der Unabhängigkeit der beiden Streitgegenstände wird mit einer möglichst konsequenten Trennung in den Erwägungen und im Dispositiv Rechnung getragen.

1.2. Bei der Verfügung vom 25. Januar 2018 hat es sich entgegen der Ansicht der Beschwerdegegnerin nicht um eine prozessuale Revision (Art. 53 Abs. 1 ATSG) der



entsprechenden Verfügung vom 3. Januar 2018 gehandelt, denn letztere ist damals noch gar nicht formell rechtskräftig gewesen. Vielmehr hat die Beschwerdegegnerin am 25. Januar 2018 ihre Verfügung vom 3. Januar 2018 widerrufen und noch innerhalb der laufenden Rechtsmittelfrist durch eine neue Verfügung ersetzt (Art. 53 Abs. 3 ATSG). Allerdings hat kein Widerrufsgrund vorgelegen, denn die neue Verfügung vom 25. Januar 2018 hat vollumfänglich der Verfügung vom 3. Januar 2018 entsprochen und lediglich den neuen Hinweis enthalten, dass ein Teil der Rückforderung bereits beglichen worden sei. Dieser Hinweis hat offensichtlich nichts mit dem Leistungsanspruch zu tun gehabt, denn er hat nur den Vollzug betroffen. Da der Art. 53 Abs. 3 ATSG aber keine inhaltliche Beschränkung des Widerrufsrechtes enthält, ist die Verfügung vom 25. Januar 2018 trotzdem an die Stelle der entsprechenden Verfügung vom 3. Januar 2018 getreten. Bezüglich des Streitgegenstandes „Herabsetzung des Intensivpflegezuschlages“ bildet folglich die Verfügung vom 25. Januar 2018 den Anfechtungsgegenstand.

2.

2.1. Nach der Praxis der Beschwerdegegnerin setzt die Vergütung der Kosten der medizinischen Pflege durch die Invalidenversicherung ein mehrstufiges Verwaltungsverfahren voraus: In einer ersten Verfügung beschränkt sich die Beschwerdegegnerin jeweils 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 da die rechtsgestaltende Wirkung erst im 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 (vgl. zum Ganzen den Entscheid IV 2018/133 des St. Galler Versicherungsgerichtes vom 3. Juli 2019, E. 2.1).



2.2. Jener Teil des vorliegenden Beschwerdeverfahrens, der sich auf die Verfügung vom 3. Januar 2018 bezieht, betrifft eine solche Festlegung des „Kostendachs“. Die Beschwerdegegnerin hat dieses jedoch nicht frei neu festsetzen können, da sie an die verbindlichen Vorgaben im Urteil des Bundesgerichtes 9C_46/2017 vom 6. Juni 2017 gebunden gewesen ist, die im Ergebnis jenen Vorgaben entsprochen haben, die das Versicherungsgericht der Beschwerdegegnerin in seinem Entscheid IV 2015/352 vom 29. November 2016 hinsichtlich der Nachteinsätze gemacht hatte, nämlich das „Kostendach“ so festzusetzen, dass die Kinderspitex (nötigenfalls) jede Nacht eingesetzt werden kann und dass die gesamte Dauer, in der eine Pflegefachperson anwesend sein muss, abgedeckt ist, also maximal acht Stunden pro Nachteinsatz. Diese Vorgabe hat die Beschwerdegegnerin in ihrer angefochtenen Verfügung vom 3. Januar 2018 umgesetzt, indem sie pro Nachteinsatz maximal acht Stunden zugesprochen hat. Darauf ist nicht weiter einzugehen, da die entsprechende Vorgabe des Bundesgerichtes mit der Eröffnung des Urteils 9C_46/2017 vom 6. Juni 2017 formell rechtskräftig und damit verbindlich gewesen ist. In seinem Entscheid IV 2015/352 vom 29. November 2016 hat das Versicherungsgericht des Kantons St. Gallen die Beschwerdegegnerin aber auch verbindlich angewiesen (vgl. Art. 56 Abs. 2 VRP), pro Tageseinsatz eine Stunde und pro Monat drei Stunden für die Beratung und Instruktion der Eltern zu vergüten (E. 3.3 in fine). Das Bundesgericht hat diese Vorgabe in seinem Urteil 9C_46/2017 vom 6. Juni 2017 zwar explizit erwähnt, sie aber nicht korrigiert oder modifiziert. Das kann nur so interpretiert werden, dass diese Vorgabe im Zuge der Rückweisung der Sache an die Beschwerdegegnerin verbindlich geblieben ist. Auch diesbezüglich stellt die Verfügung vom 3. Januar 2018 also lediglich einen Nachvollzug der verbindlichen gerichtlichen Vorgabe dar.

2.3. Der „wahre“, eigenständige Regelungsinhalt der Verfügung vom 3. Januar 2018 beschränkt sich vor diesem Hintergrund allein auf die Ausdehnung des massgebenden Zeitraums für das „Kostendach“ auf die Zeit vom 1. Juli 2016 bis zum 30. Juni 2019. Eine Rechtswidrigkeit der Verfügung könnte folglich nur in einer fehlenden rückwirkenden Abstufung des „Kostendachs“ respektive in einer versäumten rückwirkenden Anpassung des „Kostendachs“ an eine nach dem 30. Juni 2016 eingetretene Sachverhaltsveränderung erblickt werden. Eine solche Sachverhaltsveränderung ist aber nicht auszumachen. Die Nachteinsätze sind weiterhin im bisherigen Umfang, das heisst maximal acht Stunden pro Nacht, notwendig gewesen. Auch der monatliche Aufwand für die Beratung und Instruktion der Eltern hat sich nicht verändert. Bezüglich des Aufwandes für die Tageseinsätze fehlt in den Akten jeder Hinweis auf eine Sachverhaltsveränderung, die nach dem 30. Juni 2016 einen höheren Aufwand für die medizinische Pflege gerechtfertigt hätte. Im Gegenteil scheint



sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin stabilisiert oder gar leicht verbessert zu haben. Die Kostengutsprache der Beschwerdegegnerin hat denn auch bis auf fünf Minuten den gesamten vom Schweizerischen Kinderspitexverein geltend gemachten Aufwand für die medizinische Pflege („Behandlungspflege“) abgedeckt. Zusammenfassend fehlt also eine Sachverhaltsveränderung, die es gerechtfertigt hätte, die rückwirkende maximale Kostengutsprache abzustufen. Damit erweist sich die angefochtene Verfügung vom 3. Januar 2018 als rechtmässig, weshalb die sich dagegen richtende Beschwerde (IV 2018/59) abzuweisen ist.

3.

3.1. 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 einer Vermischung 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 so 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 vereinzelt zu einer unzulässigen Vermischung dieser beiden Leistungskategorien, was sich vorliegend besonders deutlich in den Ausführungen der Sachbearbeiterin vom 6. April 2018 zeigt. In einem konkreten Einzelfall muss vor diesem Hintergrund deshalb zunächst festgestellt werden, ob es in der Vergangenheit zu einer solchen – an sich



rechtswidrigen – Vermischung gekommen ist. Leidet nämlich eine bereits formell rechtskräftige und damit verbindliche Verfügung betreffend eine Hilflosenentschädigung oder einen Intensivpflegezuschlag an einer solchen Vermischung von medizinischer und nicht-medizinischer Pflege, dann kann eine – eigentlich für die Höhe der Hilflosenentschädigung und des Intensivpflegezuschlages irrelevante – Erhöhung des „Kostendachs“ zu einer Herabsetzung oder gar zu einer Aufhebung der Hilflosenentschädigung oder des Intensivpflegezuschlages führen. Denn in einem solchen Fall wird der ursprünglich fälschlicherweise bei der Bemessung der Hilflosenentschädigung oder des Intensivpflegezuschlages berücksichtigte Aufwand für eine medizinische Pflege bloss „verschoben“: Statt weiterhin über die Hilflosenentschädigung oder den Intensivpflegezuschlag wird er nun künftig – korrekt – über die Vergütung von medizinischen Massnahmen abgedeckt. Wenn eine Verfügung über eine Hilflosenentschädigung oder einen Intensivpflegezuschlag von Beginn weg gesetzmässig gewesen ist, das heisst auf einem Aufwand beruht hat, der keinerlei medizinische Pflege beinhaltet hat, darf eine Erhöhung des „Kostendachs“ nicht zu einer Herabsetzung oder Aufhebung der Hilflosenentschädigung oder des Intensivpflegezuschlages führen.

3.2. Hier liegt zweifelsohne eine Vermischung von medizinischer und nicht-medizinischer Pflege vor, denn die zuletzt erfolgte Erhöhung des Intensivpflegezuschlages mit der Verfügung vom 29. Mai 2013 ist mit der Reduktion des „Kostendachs“ für die medizinische Pflege in der Verfügung vom 24. Mai 2013 begründet worden. Eine Abklärung der tatsächlichen Verhältnisse in der Wohnung der Eltern der Beschwerdeführerin ist damals unterblieben. Der für die Höhe des Intensivpflegezuschlages massgebende behinderungsbedingte Mehraufwand hat sich folglich aus der Differenz zwischen dem bei der Abklärung am 29. Oktober 2009 ermittelten Gesamtaufwand und dem „Kostendach“ für die medizinische Pflege ergeben. Auch im Zusammenhang mit der aktuellen Herabsetzung des Intensivpflegezuschlages hat die Beschwerdegegnerin keine entsprechende Abklärung in der Wohnung der Eltern der Beschwerdeführerin vorgenommen. Die telefonische Befragung der Mutter zu den effektiven Einsätzen der Kinderspitex hat eine solche Abklärung nicht ersetzen können, weil es sich dabei nicht um eine Abklärung bezüglich des notwendigen Pflegebedarfs, sondern nur um eine Rückfrage bezüglich des für die Leistungsfestsetzung irrelevanten Umfangs der effektiven Pflegeleistungen gehandelt hat. Die Beschwerdegegnerin hat den medizinischen Pflegebedarf also gar nicht abgeklärt. Vielmehr hat sie wiederum ausschliesslich auf die Differenz zwischen dem Gesamtaufwand und dem nun höheren „Kostendach“ abgestellt, wobei sie allerdings in Bezug auf die Nachteinsätze der Kinderspitex grosszügig „aufgerundet“ und – zum



Nachteil der Beschwerdeführerin – neun statt acht Stunden pro Einsatz berücksichtigt hat. Der herabgesetzte Intensivpflegezuschlag hat folglich in tatsächlicher Hinsicht auf einem Abklärungsbericht beruht, der im damaligen Zeitpunkt beinahe neun Jahre alt gewesen ist und nur schon deshalb völlig veraltet gewesen sein muss, weil die Beschwerdeführerin im Zeitpunkt der Abklärung nur rund ein Jahr alt, im Zeitpunkt der Herabsetzung des Intensivpflegezuschlages aber bereits rund zehn Jahre alt gewesen ist. Zudem lässt sich dem Abklärungsbericht aus dem Jahr 2009 nicht eindeutig entnehmen, wie hoch der jeweilige Aufwand für die medizinische Pflege und für die nicht-medizinische Betreuung gewesen ist. Das verunmöglicht eine korrekte Trennung dieser beiden Aufwandkategorien und damit auch eine überwiegend wahrscheinlich zuverlässige Bemessung des für den Intensivpflegezuschlag massgebenden Aufwandes. Die Verfügung vom 25. Januar 2018 beruht folglich auf einem unzureichend abgeklärten Sachverhalt, weshalb sie als rechtswidrig aufzuheben ist. Die Sache ist zur Erfüllung der Untersuchungspflicht (Art. 43 Abs. 1 ATSG) an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Diese wird eine Abklärung der Hilflosigkeit der Beschwerdeführerin in der Wohnung von deren Eltern durchführen. Im Abklärungsbericht wird sie nur die nicht-medizinische Pflege und Betreuung berücksichtigen, sodass der Intensivpflegezuschlag dann ohne jede Vermischung mit dem „Kostendach“ für die medizinische Pflege festgesetzt werden kann. Anschliessend wird sie neu über die allfällige revisionsweise Anpassung des Intensivpflegezuschlages verfügen.

4.

Hinsichtlich des „Kostendachs“ für die medizinische Pflege (Verfügung vom 3. Januar 2018) unterliegt die Beschwerdeführerin; hinsichtlich der revisionsweisen Anpassung des Intensivpflegezuschlages (Verfügung vom 25. Januar 2018) gilt der Verfahrensausgang rechtsprechungsgemäss als ein Obsiegen der Beschwerdeführerin. Der Gesamtaufwand hat in etwa jenem in einem durchschnittlichen Rentenfall entsprochen, weshalb die Gerichtskosten zusammen auf 600 Franken festzusetzen sind. Davon entfällt je die Hälfte auf die beiden Streitgegenstände, weshalb die je einmal unterliegenden und obsiegenden Parteien je 300 Franken zu bezahlen haben. Der Anteil der Beschwerdeführerin ist durch den von ihr geleisteten Kostenvorschuss von 600 Franken gedeckt; der Restbetrag von 300 Franken wird ihr zurückerstattet. Die nicht anwaltlich vertretene Beschwerdeführerin hat keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung.

Entscheid



im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

1.

Die Beschwerde gegen die Verfügung vom 3. Januar 2018 betreffend den Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine medizinische Pflege wird abgewiesen.

2.

Die Beschwerdeführerin hat die Gerichtskosten von 300 Franken für den entsprechenden Teil des Beschwerdeverfahrens (IV 2018/59) zu bezahlen; diese Kosten sind durch den von ihr geleisteten Kostenvorschuss von 600 Franken gedeckt; der Restbetrag von 300 Franken wird der Beschwerdeführerin zurückerstattet.

3.

In teilweiser Gutheissung der Beschwerde gegen die Verfügung vom 25. Januar 2018 betreffend die Revision des Intensivpflegezuschlages wird die angefochtene Verfügung aufgehoben und die Sache wird zur weiteren Sachverhaltsabklärung und zur anschliessenden neuen Verfügung im Sinne der Erwägungen an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen.

4.

Die Beschwerdegegnerin hat die Gerichtskosten von 300 Franken für den entsprechenden Teil des Beschwerdeverfahrens (IV 2018/88) zu bezahlen.