



**Fall-Nr.:** IV 2011/267  
**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 2011/267).**

Besetzung

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

Geschäftsnr.

IV 2011/267

Parteien

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

**Beschwerdeführerin,**

vertreten durch den Schweizerischen Kinderspitex Verein, Bahnhof-strasse 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 Juli 2009 unter Hinweis auf eine Stoffwechselerkrankung (Methylmalonazidurie) zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung angemeldet (IV-act. 1). Im September 2009 beantragte Dr. med. B.\_\_\_\_ die Vergütung von Pflegeleistungen des Schweizerischen Kinderspitex Vereins im Umfang von zehn Stunden pro Woche (IV-act. 9). Er wies darauf hin, dass die Versicherte eine Physiotherapie, eine Schlucktherapie, eine Sondenernährung über eine Magensonde, eine basale Stimulation sowie allenfalls weitere medizinische Pflege benötige. Ende Oktober 2009 berichtete der Schweizerische Kinderspitex Verein (IV-act. 19), die Versicherte werde über eine transnasale Magensonde ernährt. Sie erhalte eine Physiotherapie sowie eine Schlucktherapie und werde basal stimuliert. Am 2. November 2009 teilte die IV-Stelle der Versicherten mit, dass sie die Kosten für die pflegerische Betreuung im Umfang von zehn Stunden pro Woche für den Zeitraum vom 21. September 2009 bis zum 30. September 2010 übernehme (IV-act. 21). Mit einer Mitteilung vom 10. September 2010 verlängerte die IV-Stelle die Kostengutsprache bis zum 31. Dezember 2010 (IV-act. 65). Mit einer weiteren Mitteilung vom 14. März 2011 verlängerte sie die Kostengutsprache bis zum 30. April 2011 (IV-act. 77).

A.b Bereits im Februar 2011 hatte die IV-Stelle bei Dr. B.\_\_\_\_ nachgefragt, ob die Eltern der Versicherten die Pflegeleistungen nicht selbst übernehmen könnten (IV-act. 80–1). Am 12. April 2011 antwortete Dr. B.\_\_\_\_ (IV-act. 80–2), dies sei nicht möglich. Die spezifischen Therapiemassnahmen könnten weder von den Eltern noch von sonstigen medizinischen Laien durchgeführt werden. Die fachgerechte Durchführung des spezifischen Gehtrainings, des Sprachtrainings, der Sondenernährung (PEG-Sonde), der Versorgung der PEG-Eintrittsstelle, des Übens mit dem Rollator und den Orthesen sowie die Dekubitusprophylaxe (vgl. auch IV-act. 80–4 f.) setzten ein entsprechendes



Fachwissen voraus. Mit einem Vorbescheid vom 16. Mai 2011 teilte die IV-Stelle der Versicherten mit (IV-act. 81), ihre Abklärungen hätten ergeben, dass die Spitex während jeweils zwei Nachmittagen pro Woche die Betreuung der Versicherten übernehme, da deren Mutter an diesen Nachmittagen einer Erwerbstätigkeit nachgehe. Da für die übrigen Wochentage keine Unterstützung durch die Spitex notwendig sei, könne davon ausgegangen werden, dass die Eltern die Pflege selbst durchführen könnten. Folglich bestehe kein Anspruch mehr auf die Vergütung der medizinischen Pflege durch den Schweizerischen Kinderspitex Verein, weshalb die IV-Stelle die Abweisung des Leistungsbegehrens (respektive die Nicht-Verlängerung der Kostengutsprache) vorsehe. Dagegen wandte der Schweizerische Kinderspitex Verein am 24. Mai 2011 ein (IV-act. 87), weder die Eltern der Versicherten noch der Verein seien mit dem vorgesehenen Entscheid einverstanden. Das neue IV-Rundschreiben Nr. 297 dürfe keine Anwendung auf Massnahmen finden, die zwingend durch medizinisch geschultes Pflegepersonal ausgeführt werden müssten. Die Nicht-Verlängerung der Kostengutsprache sei deshalb rechtswidrig. Am 7. Juli 2011 verfügte die IV-Stelle gemäss ihrem Vorbescheid vom 16. Mai 2011 (IV-act. 91).

B.

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 Aufhebung der Verfügung und die Verlängerung der Kostengutsprache im bisherigen Umfang über den 30. September 2010 hinaus (er dürfte wohl übersehen haben, dass die Kostengutsprache ungekürzt bis Ende April 2011 verlängert worden war). Zur Begründung führte er aus, die Eltern dürften nicht dafür bestraft werden, dass sie freiwillig Pflegemassnahmen übernahmen. Die beantragten zehn Stunden Pflegeleistungen pro Woche würden effektiv durch Pflegefachfrauen erbracht.

B.b Auf einen Antrag des neuen Rechtsvertreters (vgl. act. G 5) der Beschwerdeführerin hin (act. G 7) sistierte das Versicherungsgericht das hängige Beschwerdeverfahren bis zur rechtskräftigen Erledigung zweier ähnlicher Beschwerden betreffend andere Versicherte (act. G 8). Diese Verfahrenssistierung wurde am 23. März 2015 aufgehoben (act. G 10).



B.c Am 15. Februar 2016 beantragte die neue Rechtsvertreterin (vgl. act. G 17) in einer Beschwerdeergänzung (act. G 26) die Vergütung der im Zeitraum vom 1. Oktober 2010 bis zum 31. Dezember 2015 geleisteten Pflegemassnahmen, den Erlass einer Verfügung für die Zeit ab dem 1. Januar 2016, die dem gesamten Pflegebedarf zuhause entspreche, 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. Oktober 2010 bis zum 31. Dezember 2015 erbrachten Pflegeleistungen zu einem kostendeckenden Tarif. Zur Begründung führte sie aus, eine Bedarfsabklärung vor Ort habe einen Pflegeaufwand von täglich 897,33 Minuten (knapp 15 Stunden) ergeben, was über 104 Stunden pro Woche entspreche. Die Eltern der Beschwerdeführerin würden also über 90 Prozent der Pflege selbst übernehmen. Bei der Ermittlung des Pflegeaufwandes seien die Vorgaben der Verordnung des Kantons St. Gallen über den Betrieb privater Einrichtungen der Gesundheitspflege (VEG; sGS 325.11) beachtet worden, die auch für die Beschwerdegegnerin massgebend sein müssten. Der vom Bundesamt für Sozialversicherungen vorgegebene Tarif entbehre jeder Grundlage. Im Unterschied zu Pflegeleistungen, die von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung vergütet würden, würden die von der Invalidenversicherung vergüteten Pflegeleistungen nicht subventioniert, weshalb der Tarif nicht kostendeckend sein könne.

B.d Die Beschwerdegegnerin beantragte am 3. März 2016 (act. G 28), dass auf die Beschwerde mangels eines Rechtsschutzinteresses nicht eingetreten werde, eventualiter dass die Beschwerde abgewiesen werde, soweit auf sie eingetreten werde. Zur Begründung führte sie aus, sie habe „kulanterweise“ die mit der Mitteilung vom 10. September 2011 zugesprochenen Leistungen bis und mit Ende Februar 2012 weiterhin ausgerichtet. Die Beschwerdeführerin habe aber nur bis Ende September 2011 Rechnungen eingereicht. „Rein monetär“ habe sich die angefochtene Verfügung also gar nicht ausgewirkt. In einem ähnlich gelagerten Fall habe das Versicherungsgericht entschieden, dass es sich bei einer solchen Weiterausrichtung der Leistungen um eine



## St.Galler Gerichte

faktische Verfügung handle, weshalb die Beschwerde insofern gegenstandslos geworden sei. Dies sei auch vorliegend der Fall. Mit einer Verfügung vom 19. Dezember 2012 seien der Beschwerdeführerin im Übrigen rückwirkend ab dem 1. März 2012 pflegerische Leistungen im Rahmen von 45 Minuten pro Einsatz zugesprochen worden. Diese Verfügung sei unangefochten in formelle Rechtskraft erwachsen. Der Tarif gehöre nicht zum Gegenstand der angefochtenen Verfügung und damit auch nicht zum Beschwerdeverfahren. Ohnehin seien die IV-Stellen nicht befugt, ihre rechtlichen Beziehungen zu den Leistungserbringern verfügungsweise zu regeln. Für die Überprüfung des anwendbaren Tarifs müsse eine Klage ans Schiedsgericht erhoben werden. Eine solche sei offenbar bereits hängig.

B.e Am 18. April 2016 liess die Beschwerdeführerin an ihren Anträgen festhalten (act. G 30). Ihre Rechtsvertreterin führte aus, der Tarif gehöre sehr wohl zum Streitgegenstand, denn auf jeder Verfügung werde die Vergütung zum IV-Tarif erwähnt, weshalb nicht nur ein zeitbezogenes Kostendach, sondern direkt ein Betrag (nämlich Anzahl Stunden × Tarif) zugesprochen werde.

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

## Erwägungen

1.

Die Beschwerdegegnerin hat der Beschwerdeführerin ab dem 21. September 2009 die Kosten für die medizinische Pflege vergütet. Die Kostengutsprache ist allerdings nicht unbefristet erteilt worden, sondern zunächst bis 30. September 2010, dann bis 31. Dezember 2010 und schliesslich bis 30. April 2011 befristet gewesen. Die beiden ersten befristeten Kostengutsprachen hat die Beschwerdegegnerin ohne weiteres verlängert. Sie dürfte aber 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 14. 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 Eltern der Beschwerdeführerin 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



Beschwerdeführerin sich darauf beschränkt hat, auch für die Zeit ab dem 1. Mai 2011 (respektive über den 30. April 2011 hinaus) ein „Kostendach“ im bisherigen Umfang zugesichert zu erhalten. Sie hat nämlich nur die Feststellung verlangt, dass sie weiterhin einen Anspruch auf maximal zehn Stunden medizinischer Pflege pro Woche habe. 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 der Beschwerdeführerin 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 sich der (unverändert gebliebene) Sachverhalt und die Rechtslage am 1. Mai 2011 genau gleich wie am 30. April 2011 dargestellt haben, weshalb es sich nicht erklären liesse, wenn das „Kostendach“ ab dem 1. Mai 2011 tiefer als bis zum 30. April 2011 angesetzt würde. Die Beschwerdeführerin hat folglich über den 30. April 2011 einen unveränderten Anspruch auf maximal zehn Stunden medizinische Pflege pro Woche gehabt.

4.

Die neue Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin 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. Oktober 2010 bis zum 31. Dezember 2015 geleisteten Pflegemassnahmen, den Erlass einer Verfügung für die Zeit ab dem 1. Januar 2016 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 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 Beschwerdeführerin für die Zeit vom 1. Mai 2011 bis zum 29. Februar 2012 einen Anspruch auf maximal zehn Stunden medizinische Pflege pro Woche gehabt hat. Die Beschwerdeführerin dringt folglich mit ihrem Anliegen der Korrektur der von ihr als rechtswidrig erachteten Verfügung vollumfänglich durch, weshalb die Gerichtskosten, die angesichts des durchschnittlichen Verfahrensaufwandes auf 600 Franken festzusetzen sind, der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen sind. Der Beschwerdeführerin wird der von ihr geleistete Kostenvorschuss von 600 Franken zurückerstattet. Die nicht durch eine im Anwaltsregister eingetragene Rechtsvertreterin vertretene Beschwerdeführerin hat 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 Beschwerdeführerin für die Zeit vom 1. Mai 2011 bis zum 29. Februar 2012 einen Anspruch auf die Vergütung von maximal zehn Stunden medizinische Pflege pro Woche hat.

2.

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