



**Fall-Nr.:** IV 2011/345  
**Stelle:** Versicherungsgericht  
**Rubrik:** IV - Invalidenversicherung  
**Publikationsdatum:** 09.10.2019  
**Entscheiddatum:** 14.03.2016

### **Entscheid Versicherungsgericht, 14.03.2016**

**Art. 13 IVG. Art. 14 Abs. 1 IVG. Art. 43 Abs. 1 ATSG. Medizinische Massnahmen bei Geburtsgebrechen unter Berücksichtigung des IV-Rundschreibens Nr. 297. Sachverhaltsabklärung (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 14. März 2016, IV 2011/345).**

Besetzung

Vizepräsident Ralph Jöhl, Versicherungsrichterinnen Monika Gehrler-Hug und Marie Löhner; Gerichtsschreiber Tobias Bolt

Geschäftsnr. IV 2011/345

Parteien

**CSS Kranken-Versicherung AG**, Recht & Compliance, Tribschenstrasse 21, Postfach 2568, 6002 Luzern,

**Beschwerdeführerin,**

gegen

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

**Beschwerdegegnerin,**

Gegenstand

**medizinische Massnahmen i.S. A.\_\_\_\_**



### Sachverhalt

A.

A.a A.\_\_\_\_ litt an diversen Geburtsgebrechen (Ziff. 206, 381, 390, 416 und 467 Anh. GgV; vgl. IV-act. 221). Die Invalidenversicherung übernahm unter anderem die Kosten für die Pflege der Versicherten, die insbesondere die Inhalation mit Natriumchlorid, Atemübungen, die Sondenernährung, die Medikamentenverabreichung mittels der Sonde und die Darmentleerung mittels eines Einlaufs umfasste (vgl. IV-act. 224). Die Kostengutsprache beschränkte sich gemäss der Mitteilung vom 17. Juni 2010 auf maximal vier Stunden pro Woche; sie war auf Ende Juli 2011 befristet (IV-act. 229).

A.b Am 22. März 2011 teilte die IV-Stelle den Eltern der Versicherten mit (IV-act. 264), dass sie aufgrund des neuen IV-Rundschreibens Nr. 297 verpflichtet sei, ihre Kostengutsprache für die durch die Kinderspitex erbrachten medizinischen Massnahmen zu überprüfen. Die am 17. Juni 2010 erteilte Kostengutsprache gelte daher nicht mehr bis Ende Juli 2011, sondern nur noch bis Ende April 2011. Für die Zeit ab Mai 2011 werde sie nach der Abklärung des relevanten Sachverhaltes neu über den Anspruch der Versicherten auf medizinische Massnahmen verfügen. Im April 2011 teilte Dr. med. B.\_\_\_\_ vom Ostschweizer Kinderspital der IV-Stelle mit (IV-act. 269), dass die von der Kinderspitex erbrachten Pflegemassnahmen von medizinisch ausgebildetem Fachpersonal durchgeführt werden müssten. Einzelne Massnahmen könnten allenfalls an die Eltern der Versicherten delegiert werden, die dafür allerdings vom Fachpersonal instruiert werden müssten. Am 12. April 2011 berichtete die Einsatzleiterin der Kinderspitex (IV-act. 269), die Versicherte leide an motorischen Einschränkungen, an einer Sehbehinderung, an häufig auftretenden Atembeschwerden und an einer erheblichen Ess- und Verdauungsstörung. Vor jeder Mahlzeit und bei Bauchbeschwerden müsse über die Knopfsonde Luft aus dem Magen abgezogen werden. Der Flüssigkeitsbedarf der Versicherten werde mehrheitlich über die Knopfsonde gedeckt. Auch die Medikamente würden über die Sonde verabreicht. Zur Pneumonie-Prophylaxe werde beim kleinsten Anzeichen einer Erkältung drei- bis viermal täglich mit Natriumchlorid inhaliert. Bei Bedarf müsse Ventolin beigegeben werden. Unterstützend fänden Atemübungen statt. Täglich werde ein Einlauf verabreicht. Die Bewegungsabläufe würden täglich geübt. Die Muskulatur werde zur



## St.Galler Gerichte

Kontrakturprophylaxe gelockert und gedehnt. Das tägliche Programm umfasse ein Gehtraining, Gleichgewichtsübungen, die Stärkung der Muskulatur und das Üben von Bewegungsabläufen mithilfe eines Fahrrades. Am 31. Mai 2011 notierte Prof. Dr. med. C.\_\_\_\_ vom IV-internen regionalen ärztlichen Dienst (RAD), die Versicherte benötige keine Betreuung durch die Kinderspitex, da sie sich in der CP-Schule befinde; zudem mache sie noch weitere Fortschritte (IV-act. 271).

A.c Die IV-Stelle teilte den Eltern der Versicherten mit einem Vorbescheid vom 23. Juni 2011 mit, dass sie ab dem 1. August 2011 den Aufwand der Kinderspitex nicht mehr vergüten werde, da die Spitexleistungen auch von den Eltern selbst durchgeführt werden könnten, weshalb sie nicht als medizinische Massnahmen zu qualifizieren seien (IV-act. 272). Am 20. Juli 2011 beantragte die obligatorische Krankenpflegeversicherung der Versicherten die Vergütung der Pflegeleistungen im bisherigen Umfang über den 31. Juli 2011 hinaus (IV-act. 279). Zur Begründung führte sie an, dass die Pflegeleistungen nur von medizinisch ausgebildetem Fachpersonal erbracht werden könnten. Am 12. September 2011 verfügte die IV-Stelle gemäss ihrem Vorbescheid vom 23. Juni 2011 (IV-act. 282).

B.

B.a Am 17. Oktober 2011 erhob die Krankenpflegeversicherung (nachfolgend: die Beschwerdeführerin) eine Beschwerde gegen die Verfügung vom 12. September 2011 (act. G 1). Sie beantragte die Vergütung der Kosten für medizinische Massnahmen im bisherigen Umfang über den 31. Juli 2011 hinaus und eventualiter die Rückweisung der Sache an die IV-Stelle (nachfolgend: die Beschwerdegegnerin) zur Durchführung von weiteren Abklärungen und zur anschliessenden neuen Verfügung. Zur Begründung führte sie aus, ihr Vertrauensarzt Dr. med. D.\_\_\_\_ habe Dr. B.\_\_\_\_ beigepflichtet und mit einer überzeugenden Begründung dargelegt (vgl. act. G 1.1.10), dass die streitigen Pflegeleistungen nur von medizinisch geschultem Fachpersonal erbracht werden könnten. Die Leistungen könnten problemlos den entsprechenden Kategorien des IV-Rundschreibens Nr. 297 zugeordnet werden. Die angefochtene Verfügung erweise sich somit als sachlich und rechtlich falsch.



## St.Galler Gerichte

B.b Das Versicherungsgericht des Kantons St. Gallen sistierte das Beschwerdeverfahren am 28. November 2011 (act. G 2) und hob diese Sistierung am 18. März 2015 wieder auf (act. G 3).

B.c Die Beschwerdegegnerin beantragte am 2. April 2015 das Nichteintreten und eventualiter die Abweisung der Beschwerde (act. G 5). Zur Begründung führte sie aus, sie hätte der Versicherten „kulanterweise“ über den 31. Juli 2011 hinaus und bis Ende Februar 2012 die bisherigen Leistungen weiterhin ausgerichtet, wenn die Kinderspitem einen entsprechenden Aufwand in Rechnung gestellt hätte. „Rein monetär“ habe sich die angefochtene Verfügung vom 12. September 2011 also nicht „ausgewirkt“. Das Versicherungsgericht habe in einem ähnlichen Fall entschieden, dass es sich bei der Weiterausrichtung der Leistungen um eine faktische Verfügung gehandelt habe, die die angefochtene Verfügung ersetzt habe. Dies habe zur Folge, dass das Beschwerdeverfahren mangels eines Rechtsschutzinteresses gegenstandslos geworden sei und abgeschlossen werden müsse. Dies müsse auch für den vorliegenden Fall gelten.

B.d Die Beschwerdeführerin verzichtete auf eine Replik (act. G 7).

B.e Die beigeladenen Eltern der Versicherten verzichteten auf eine Eingabe (vgl. act. G 9).

## Erwägungen

1.

Mit der angefochtenen Verfügung vom 12. September 2011 hat die Beschwerdegegnerin der Versicherten eine grundsätzliche Kostengutsprache für die durch die Kinderspitem erbrachte medizinische Pflege im Umfang von maximal vier Stunden pro Woche für die Zeit vom 1. Mai 2011 bis zum 31. Juli 2011 erteilt. Darüber hinaus hat sie aber auch das Leistungsbegehren für die Zeit ab dem 1. August 2011 abgewiesen, wie sich der Begründung der angefochtenen Verfügung ohne weiteres entnehmen lässt. Diese beiden Entscheide betreffen ein und dasselbe Rechtsverhältnis (vgl. BGE 131 V 164). Obwohl sich die Beschwerdeführerin nur gegen die Abweisung des Leistungsbegehrens für die Zeit ab dem 1. August 2011 gewandt hat, ist deshalb in



diesem Beschwerdeverfahren auch zu überprüfen, ob die Leistungszusprache für die Zeit vom 1. Mai 2011 bis zum 31. Juli 2011 rechtmässig gewesen ist. Entgegen der Ansicht der Beschwerdegegnerin besteht sehr wohl ein Rechtsschutzinteresse der Beschwerdeführerin an der Aufhebung der Verfügung vom 12. September 2011. Im Sozialversicherungsrecht können nämlich nicht „kulanterweise“ Leistungen ausgerichtet werden. Vielmehr muss über den rechtmässigen Leistungsanspruch verfügt werden. Auf den Erlass einer Verfügung besteht unabhängig von den „monetären“ Auswirkungen ein Anspruch. Zudem hat die Versicherte vorliegend gar keine Leistungen erhalten, weil ihre Eltern nach der Leistungsaufhebung wohl davon ausgegangen sind, sie hätten keinen Leistungsanspruch mehr und könnten daher keine Rechnungen mehr einreichen. Zusammenfassend lässt sich der vorliegende Fall also nicht mit dem von der Beschwerdegegnerin angeführten Entscheid IV 2011/268 vergleichen.

2.

Gemäss dem Art. 13 Abs. 1 IVG haben Versicherte bis zur Vollendung des 20. Altersjahres einen Anspruch auf die Vergütung der Kosten der zur Behandlung von Geburtsgebrechen notwendigen medizinischen Massnahmen. Zu diesen medizinischen Massnahmen zählt gemäss dem Art. 14 Abs. 1 lit. a IVG unter anderem auch die Behandlung, die vom Arzt oder auf seine Anordnung hin durch medizinische Hilfspersonen in der Hauspflege vorgenommen wird. Der Leistungsanspruch beschränkt sich dabei gemäss dem Art. 2 Abs. 3 GgV auf die Vorkehren, die nach der bewährten Erkenntnis der medizinischen Wissenschaft angezeigt sind und die den therapeutischen Erfolg in einer einfachen und zweckmässigen Weise anstreben. Das Bundesgericht hat im BGE 136 V 209 ausgeführt, dass eine Pflegemassnahme nur dann als eine notwendige medizinische Massnahme im Sinne des Art. 13 Abs. 1 IVG zu qualifizieren sei, wenn sie medizinischer Art sei und wenn sie notwendigerweise durch eine medizinische Fachperson ausgeführt werden müsse. Das Bundesamt für Sozialversicherungen hat als Aufsichtsbehörde über die IV-Stellen in der Folge das IV-Rundschreiben Nr. 297 herausgegeben, mit dem sie die IV-Stellen mit Wirkung ab dem 1. Februar 2011 verpflichtet hat, nur noch die in dem in diesem Rundschreiben enthaltenen Katalog erwähnten Verrichtungen als medizinische Massnahmen zu qualifizieren (wobei es für die jeweiligen Verrichtungen Höchstansätze festgelegt hat).



Die kategorisierte Aufzählung von typischen medizinischen Pflegeleistungen im Rundschreiben dient augenscheinlich der Ausfüllung des unbestimmten Rechtsbegriffs der medizinischen Massnahmen in der Hauspflege im Art. 14 Abs. 1 lit. a IVG und dient damit dem Ziel der rechtsgleichen und zweckgemässen Anwendung dieser Gesetzesnorm. Obwohl das IV-Rundschreiben Nr. 297 für die (natürlich nicht weisungsgebundenen) Gerichte nicht verbindlich ist, tragen diese bei der Interpretation des Art. 14 Abs. 1 lit. a IVG der im Rundschreiben wiedergegebenen Auslegung durch das Bundesamt für Sozialversicherungen Rechnung, soweit diese Auslegung das Ziel einer zweckgemässen und rechtsgleichen Anwendung der Gesetzesnorm anstrebt.

3.

3.1 Der für die Bemessung der grundsätzlichen Kostengutsprache für medizinische Pflegeleistungen durch die Kinderspitex massgebende Sachverhalt hat sich weder im Frühjahr noch im Sommer 2011 wesentlich verändert, d.h. der Pflegebedarf der Versicherten ist unverändert geblieben. Dies ist auch zwischen den Parteien unbestritten. Für die weisungsgebundene Beschwerdegegnerin hat sich aber – anders als für das Versicherungsgericht – mit Wirkung ab dem 1. Februar 2011 die Rechtslage geändert, denn sie ist ab diesem Zeitpunkt verpflichtet gewesen, das IV-Rundschreiben Nr. 297 bei der Rechtsanwendung zu berücksichtigen. Diese Veränderung der Rechtslage ist aber bereits vor dem Wirkungsbeginn der angefochtenen Verfügung (dem 1. Mai 2011) eingetreten. Folglich ist die Beschwerdegegnerin verpflichtet gewesen, sowohl für den Zeitraum vom 1. Mai 2011 bis zum 31. Juli 2011 als auch für die Zeit ab dem 1. August 2011 die Art. 13 f. IVG gemäss dem IV-Rundschreiben Nr. 297 zu interpretieren. Die Beschwerdegegnerin hat also für die Zeit vom 1. Mai 2011 bis zum 31. Juli 2011 und für die Zeit ab dem 1. August 2011 dasselbe Recht auf denselben Sachverhalt anwenden müssen, weshalb für beide Perioden zwingend dieselbe Rechtsfolge anzuordnen gewesen wäre. Weshalb die Beschwerdegegnerin für die Zeit vom 1. Mai 2011 bis zum 31. Juli 2011 eine Kostengutsprache im bisherigen Umfang gewährt und erst für die Zeit ab dem 1. August 2011 einen Leistungsanspruch verneint hat, lässt sich vor diesem Hintergrund nicht nachvollziehen. Der Entscheid muss jedenfalls für beide Perioden gleich ausfallen.



3.2 Der Kinderspitex-Verein hat die Inhalation mit Natriumchlorid, Atemübungen, die Sondenernährung, die Medikamentenverabreichung mittels der Sonde und die Darmentleerung mittels eines Einlaufs als medizinische Pflegemassnahmen angeführt und den zeitlichen Aufwand mit maximal vier Stunden pro Woche beziffert. Die Beschwerdegegnerin hat zur Begründung ihres abweisenden Entscheides für die Zeit ab dem 1. August 2011 angeführt, dass sich diese Massnahmen teilweise nicht den im IV-Rundschreiben Nr. 297 enthaltenen Kategorien zuordnen liessen und dass zudem die Eltern der Versicherten einen Teil der Pflegemassnahmen durchführen könnten, so dass dafür nicht zwingend medizinisches Fachpersonal beigezogen werden müsse. Diese Begründung überzeugt nicht. Bei den Inhalationen und den Atemübungen handelt es sich um medizinische Massnahmen betreffend die Atmung im Sinne des IV-Rundschreibens Nr. 297. Die Medikamentenverabreichung über eine Sonde wird im Rundschreiben explizit als medizinische Massnahme bezeichnet. Die Notwendigkeit der Darmentleerung mittels eines Einlaufs ist eine medizinische Massnahme bei einer Darmentleerungsstörung. Nur die Sondenernährung wird im Rundschreiben nicht erwähnt. Allerdings kann sich der vom Kinderspitex-Verein angegebene medizinische Pflegeaufwand gar nicht auf die Ernährung selbst beziehen, denn diesfalls würden die angegebenen vier Stunden pro Woche nicht einmal dafür ausreichen. Mit überwiegender Wahrscheinlichkeit muss sich der angegebene Pflegeaufwand deshalb auf die im Zusammenhang mit der Sondenernährung stehenden medizinischen Massnahmen wie das Auswechseln der Sonde, die Desinfektion im Sondenbereich und ähnliches beziehen. Somit lassen sich alle angegebenen Pflegemassnahmen ohne Weiteres den entsprechenden Kategorien im IV-Rundschreiben Nr. 297 zuordnen. Der Facharzt Dr. B.\_\_\_\_ hat angegeben, dass all diese Massnahmen notwendigerweise von medizinischem Fachpersonal durchgeführt werden müssten. Einzelne Aufgaben könnten zwar von den Eltern der Versicherten übernommen werden, aber diese müssten dabei von medizinischem Fachpersonal angeleitet werden. Die Frage, ob die Eltern der Versicherten tatsächlich einen Teil der medizinischen Pflegemassnahmen übernehmen, ist für die Festlegung des maximal zu vergütenden Zeitaufwandes irrelevant. Sollten die Eltern tatsächlich einen Teil dieser Pflegemassnahmen übernehmen, wird der Kinderspitex-Verein dafür keine Rechnung stellen können, was sich auf die effektive Kostenvergütung, nicht aber auf das grundsätzlich festgelegte Zeitmaximum auswirkt, um das es in diesem Verfahren geht. Wenn medizinische Laien



allenfalls einen Teil der Pflegemassnahmen übernehmen, die eigentlich zwingend von medizinischen Fachpersonen ausgeführt werden müssten, ändert das nichts an der grundsätzlichen Qualifikation dieser Pflegemassnahmen. Zusammenfassend ist daher mit dem erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit belegt, dass die Versicherte weiterhin, das heisst über den 30. April 2011 und über den 31. Juli 2011 hinaus, eine medizinische Pflege im Sinne des Art. 14 Abs. 1 lit. a IVG im Umfang von maximal vier Stunden pro Woche benötigt.

3.3 In diesem Verfahren kann nur das Zeitmaximum für die durch die Fachleute des Kinderspitex-Vereins vorzunehmenden Pflegemassnahmen (in Anwendung von Art. 49 Abs. 2 ATSG) festgestellt werden, denn erstens hat sich auch der Inhalt der angefochtenen Verfügung in einer entsprechenden Feststellung erschöpft und zweitens kann die - rechtsgestaltende - Vergütung der effektiven Kosten erst erfolgen, wenn die Pflegeleistungen erbracht worden sind. Da der Streitgegenstand des Beschwerdeverfahrens nicht weiter sein kann als der Gegenstand der angefochtenen Verfügung, beschränkt sich dieser Gerichtsentscheid notwendigerweise auf die erwähnte Feststellung des vergütungsfähigen Zeitmaximums für die Pflegeleistungen, die der Versicherten von den medizinischen Fachpersonen des Kinderspitex-Vereins zu erbringen sind.

4.

Zusammenfassend ist die angefochtene Verfügung aufzuheben und durch die Zusprache einer Vergütung der Pflegeleistungen der Fachpersonen des Kinderspitex-Vereins von maximal vier Stunden pro Woche ab dem 1. Mai 2011 zu ersetzen. Auf der Grundlage dieses Kostendachs wird die Beschwerdegegnerin den effektiven Vergütungsanspruch prüfen. Bei diesem Verfahrensausgang hat die Beschwerdegegnerin die Gerichtskosten zu bezahlen, die angesichts des durchschnittlichen Verfahrensaufwandes praxisgemäss auf 600 Franken festgesetzt werden. Die Beschwerdeführerin hat als nicht anwaltlich vertretenes und Bundesrecht vollziehendes Organ keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung.

### **Entscheid**

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP



## St.Galler Gerichte

1.

In Gutheissung der Beschwerde wird die Verfügung vom 12. September 2011 aufgehoben und die Beschwerdegegnerin verpflichtet, der Versicherten für den Zeitraum ab dem 1. Mai 2011 die erbrachte notwendige medizinische Pflege und Betreuung durch die Kinderspitex im Umfang von höchstens vier Stunden pro Woche zu vergüten.

2.

Die Beschwerdegegnerin hat die Gerichtskosten von Fr. 600.-- zu bezahlen.