



Fall-Nr.: IV 2012/215
Stelle: Versicherungsgericht
Rubrik: IV - Invalidenversicherung
Publikationsdatum: 13.06.2013
Entscheiddatum: 13.06.2013

Entscheid Versicherungsgericht, 13.06.2013

Art. 12 Abs. 1 IVG. Medizinische Eingliederungsmassnahmen bei Personen vor der Vollendung des 20. Altersjahrs (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 13. Juni 2013, IV 2012/215).

Präsident Martin Rutishauser, Versicherungsrichterin Karin Huber Studerus,
Versicherungsrichter Joachim Huber; Gerichtsschreiber Ralph Jöhl

Entscheid vom 13. Juni 2013

in Sachen

Concordia Schweizerische Kranken- und Unfallversicherung AG, Bundesplatz 15,
Postfach, 6002 Luzern,

Beschwerdeführerin,

und

A.____,

Beigeladener,

vertreten durch Z.____,

gegen

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



St.Galler Gerichte

Beschwerdegegnerin,

betreffend

medizinische Massnahmen (i.S. A.____)

Sachverhalt:

A.

A.a A.____ wurde am 8. Februar 2010 mit einem hypovolämen Schock mit respiratorischer Insuffizienz unter Beutelatmung und HerzKreislaufkollaps in die Kinderintensivstation des Kantonsspitals B.____ eingeliefert. Im Bericht vom 9. März 2010 über die Verlegung auf die Bettenstation hielten die Ärzte dieses Spitals fest (IV-act. 37-6 ff.), es sei von einer chronischen Malnutrition auszugehen, unter der es zu einer kombinierten Hypovitaminose gekommen sei, die sämtliche vorhandenen Symptome erklären könne. Die sekundäre Immunschwäche bei Unterernährung und Spurenelement- sowie Vitaminmangel habe neben dem komplett fehlenden Impfstatus die Entstehung einer Infektion durch Opportunisten begünstigt. Der Versicherte sei am 9. März 2010 in einem deutlich gebesserten Allgemeinzustand auf die Bettenstation verlegt worden. Im Austrittsbericht des Kantonsspitals B.____ (IV-act. 37-1 ff.) wurde festgehalten, auf der allgemein-pädiatrischen Abteilung sei der Versicherte weiter sondiert worden, aber gleichzeitig habe man langsam mit normaler Kost begonnen. Mit Hilfe der Physiotherapie habe der Versicherte langsam im Rollstuhl mobilisiert werden können. Auch in der Ergotherapie habe er Fortschritte erzielt. Es sei ein Rehabilitationsaufenthalt geplant. Da der nächste Rehabilitationsplatz aber erst im Mai frei werde, erfolge eine Rückverlegung in den Heimatkanton. Das Ostschweizer Kinderspital in St. Gallen berichtete am 8. Juni 2010 dem Rehabilitationszentrum C.____, in welches der Versicherte an diesem Tag verlegt wurde (IV-act. 36-8 ff.), beim Eintritt sei der Versicherte in einem reduzierten Allgemeinzustand gewesen. Im Rahmen der schweren Malnutrition und insbesondere des schweren Vitamin B12-Mangels habe



sich eine ausgeprägte periphere Neuropathie mit einer vollständigen Paraplegie der unteren Extremitäten und mit einer neurogenen Blasen- und Darmentleerungsstörung gezeigt. Eine Erholung sei prinzipiell langfristig möglich, aufgrund des ausgeprägten Befunds aber fraglich. Das werde sich erst im Rahmen der langdauernden Rehabilitation zeigen. Wegen Harnwegsinfekten sei eine regelmässige Katheterisierung begonnen worden. In der Physio- und in der Ergotherapie habe sich ein schwerer Erfahrungsmangel gezeigt. Der Versicherte habe aber rasch Fortschritte gemacht. Er habe am Stehbett mobilisiert werden können. Seine Stimme habe sich komplett normalisiert. Anfangs sei die Ernährung per Magensonde erfolgt. Zwar sei ein peroraler Nahrungsaufbau begonnen worden, aber der Versicherte habe nur kleine Portionen gegessen, so dass eine nächtliche Versorgung mit einer Magensonde habe erfolgen müssen. Der Versicherte habe die spitalinterne Schule besucht. Am 27. Juli 2010 wurde der Versicherte von seinem Beistand zum Bezug von IV-Leistungen für Minderjährige angemeldet (IV-act. 2).

A.b Das Rehabilitationszentrum C.____ gab in einem an die IV-Stelle gerichteten Bericht vom 18. Oktober 2010 an (IV-act. 17), der Versicherte absolviere ein ärztlich geleitetes, multimodales Therapieprogramm mit Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie, Neuropsychologie und Besuch der klinikinternen Schule. Ausserdem werde er psychologisch betreut. Klinisch zeige sich eine eindeutige Paraplegie mit einem sensomotorischen thorakalen Niveau, fehlenden Willkürbewegungen, Paraspastizität der Beine und neuropathischer Blasen- und Darmentleerungsstörung. Der Versicherte habe gelernt, sich selbständig zu katheterisieren. Im Rollstuhl bewege er sich auf ebenem Grund selbständig fort. Bei schwerer Osteoporose sei es bereits zweimal zu pathologischen Frakturen gekommen. Ein Versuch, die nächtliche Sondenernährung zu reduzieren, sei gescheitert, weil der Versicherte nur wenige Nahrungsmittel in kleinsten Mengen esse. Er zeige Zeichen einer schweren Essstörung. In Bezug auf die Paraplegie müsse wohl von einer bleibenden Schädigung ausgegangen werden. Erfahrungsgemäss betrage die Dauer der Erstrehabilitation bei Paraplegie im Kindesalter ein bis eineinhalb Jahre. Am 9. Februar 2011 beantragten die Ärzte des Rehabilitationszentrums medizinische Massnahmen nach Art. 12 IVG, um die zukünftige Ausbildung bzw. Erwerbsfähigkeit des Versicherten dauernd verbessern zu können (IV-act. 32). Die IV-Stelle forderte daraufhin beim Rehabilitationszentrum einen Bericht an. Dieser Bericht wurde am 12. April 2011 erstellt (IV-act. 36-1 ff.). Die Ärzte



führten darin aus, der Versicherte sei gehbehindert und deshalb für die Mobilität auf Hilfsmittel angewiesen. Seine Sehfähigkeit sei aufgrund einer Glaskörpertrübung bds. stark eingeschränkt. Er leide unter einer neurogenen Blasen- und Darmentleerungsstörung. Auch die ausgeprägte Osteoporose beeinträchtige die körperliche Leistungsfähigkeit. Aus diesen Gründen sei er im Schulbesuch und in einer späteren beruflichen Ausbildung eingeschränkt. Die Behandlung bestehe aus Physiotherapie, Ergotherapie, Beschulung mit heilpädagogischem Schwerpunkt, Psychotherapie und spezialisierten pflegerischen Massnahmen. Bei den ausgeprägten Residualschäden sei von einer starken Einschränkung im Alltag auszugehen. Es bestehe ein behinderungsbedingter Mehraufwand an Hilfeleistung und persönlicher Überwachung im Vergleich zu einem nicht behinderten Kind im gleichen Alter. Am 28. Oktober 2011 erstellte das Rehabilitationszentrum seinen Schlussbericht. Der Versicherte war am 3. Oktober 2011 ausgetreten. Zum Verlauf der Rehabilitation wurde ausgeführt, der Versicherte sei beim Eintritt noch partiell über eine Nasogastralsonde ernährt worden. Diese Sonde habe im April 2011 entfernt werden können. In Bezug auf die Paraplegie der unteren Extremitäten liege wahrscheinlich ein gemischtes Bild von zentraler und peripherer Neuropathie vor. Zur Blasen- und Darmentleerungsstörung wurde angegeben, der Versicherte könne sich bei Austritt selbständig katheterisieren. In den letzten sechs Monaten der Hospitalisation sei es zu keinem Harnwegsinfekt mehr gekommen. Die Prophylaxe mit Nopril sei im April 2011 beendet worden. Die Ärzte berichteten weiter, in der Physiotherapie sei hauptsächlich an der Kräftigung der Rumpfmuskulatur sowie an der Aktivierung und Stimulation der Beinmuskulatur gearbeitet worden. Im April 2011 sei neu eine Schrittauslösung eingetreten. Daraufhin sei am Treppensteigen und am Gehen mit dem Rollator gearbeitet worden. Bei Letzterem habe der Versicherte grosse Fortschritte gemacht. Er könne nun (mit Pausen) 200 m mit dem Rollator gehen und er könne 20 Treppenstufen hochsteigen. Im Rollstuhl sei er selbständig (inklusive Transfer). Dr. med. D.____ vom RAD hielt am 15. Februar 2012 u. a. fest (IV-act. 60-4), nach der Entfernung der nasogastralen Sonde habe der Versicherte sämtliche Nahrung per os einnehmen können, d.h. für die Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme sei gewissermassen ein Normalzustand erreicht gewesen. Mit der Mobilisation im Stand und mit dem Beginn des Gehtrainings hätten aus medizinischer Sicht die Eingliederungsmassnahmen im Vordergrund gestanden. Ab April 2011 habe es sich also nicht mehr um eine Leidensbehandlung gehandelt.



A.c Mit einem Vorbescheid vom 2. März 2012 (IV-act. 66) kündigte die IV-Stelle die Übernahme der Kosten des Rehabilitationsaufenthalts ab dem Zeitpunkt der Entfernung der nasogastralen Sonde und des Beginns der Mobilisation in den Stand und des Gehtrainings (April 2011) an, weil von diesem Moment an die Eingliederungsmassnahmen aus medizinischer Sicht in den Vordergrund getreten seien. Sämtliche medizinischen Leistungen, die in erster Linie der Stabilisierung der Gesundheitssituation gedient hätten, seien Leidensbehandlung gewesen. Sie fielen deshalb nicht in den Leistungsbereich der Invalidenversicherung. Die CONCORDIA Schweizerische Kranken- und Unfallversicherung AG in Luzern wandte am 23. März 2012 gegen diesen Vorbescheid ein (IV-act. 74), der Versicherte sei am 8. Februar 2010 mit einem Herz-Kreislaufstillstand in das Kantonsspital B.____ eingeliefert worden. Gemäss dem Austrittsbericht dieses Spitals habe der orale Kostenaufbau am 9. März 2010 begonnen. Der Versicherte sei bis 8. Juni 2010 im Akutspital geblieben. Dann sei er in die Rehabilitationsklinik C.____ eingetreten. Gemäss dem Antrag dieser Rehabilitationsklinik habe der Aufenthalt dort der Rehabilitation der Paraplegie und nicht der Behandlung der Essstörung gedient. Die nasogastrale Sonde habe die Rehabilitation von Lähmungen nicht behindert. Deshalb seien die gesamten Kosten der Rehabilitation ab 8. Juni 2010 durch die Invalidenversicherung zu übernehmen. Mit einer Verfügung vom 4. Mai 2012 (IV-act. 75) übernahm die IV-Stelle nur die Kosten der Rehabilitation in der Zeit zwischen April 2011 und dem Austrittstag (3. Oktober 2011). Sie führte dazu aus, im Schreiben der Rehabilitationsklinik vom 12. April 2011 sei angegeben worden, der stationäre Aufenthalt diene zunächst der Behandlung der Folgen der schweren Neuropathie. Danach solle der Versicherte den Umgang mit der Paraplegie lernen. Aus diesen Angaben der Rehabilitationsklinik folge, dass die ersten Monate des Rehabilitationsaufenthalts nur der Leidensbehandlung gedient hätten.

B.

B.a Die CONCORDIA Schweizerische Kranken- und Unfallversicherung AG erhob am 4. Juni 2012 Beschwerde mit dem Antrag, die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, die Kosten des gesamten Rehabilitationsaufenthalts (8. Juni 2010 bis 3. Oktober 2011) zu übernehmen (act. G 1). Zur Begründung machte sie insbesondere geltend, gemäss den Angaben ihres Vertrauensarztes treffe es nicht zu, dass nach dem Eintritt des Versicherten in die Rehabilitationsklinik am 8. Juni 2010 bis zur Entfernung der



nasogastralen Sonde im April 2011 ausschliesslich eine Leidensbehandlung stattgefunden habe. Der Versicherte habe schon vor der Ziehung der Sonde im April 2011 Nahrung oral zu sich genommen. Damit sei erstellt, dass die Nasogastralsonde nur noch eine Teilfunktion gehabt habe, nämlich diejenige einer gewissen Sicherungsfunktion im alimentären Bereich. Nach dem Klinikeintritt sei zügig mit der eigentlichen Rehabilitation begonnen worden. Das Therapieprogramm habe aus Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie, Neuropsychologie, Psychotherapie und der klinikinternen Schule bestanden. Zu keinem Zeitpunkt sei die Sonde ein Hinderungsgrund für die Rehabilitation gewesen. Es gebe keinen Grund, die Rehabilitationstätigkeit nur wegen der noch nicht gezogenen Sonde in Frage zu stellen. Die Behandlung des Leidens an sich sei mit dem Austritt aus dem Akutspital abgeschlossen gewesen, denn es wäre keine Verlegung vorgenommen worden, wenn sie nicht vertretbar gewesen wäre. In der Rehabilitationsklinik sei es nicht mehr um das Überleben, um das Therapieren gegangen, sondern darum, dem Versicherten eine Teilhabe am Leben zu ermöglichen. Das habe Eingliederung auf allen Ebenen bedeutet. Das Eingliederungsziel habe also von Anfang an klar im Vordergrund gestanden.

B.b Die Beschwerdegegnerin beantragte am 18. September 2012 die Abweisung der Beschwerde (act. G 5). Sie begründete diesen Antrag damit, dass bis zur Entfernung der Nasogastralsonde im April 2011 primär die Malnutrition behandelt worden sei. Erst zu diesem Zeitpunkt sei die Leidensbehandlung abgeschlossen gewesen. Die Beschwerdegegnerin verwies auf eine interne Stellungnahme von Dr. med. E. ___ vom RAD (act. G 5.1). Dr. E. ___ hatte dort ausgeführt, im Hinblick auf das durch die Mangelernährung bedingte, initial lebensbedrohliche Krankheitsbild mit Multiorganversagen und die daraus resultierenden schweren Behinderungen habe die 16-monatige Rehabilitation zwangsläufig eine medizinisch indizierte stationäre Behandlung dargestellt, bei der sich die zwingend notwendige intensive Fortsetzung der Behandlung der Grunderkrankung und der vorwiegend auf die Eingliederung gerichteten rehabilitativen Massnahmen überlappt hätten. Dem Verlegungsbericht vom 8. Juni 2010 lasse sich entnehmen, dass der Versicherte wegen seines gesundheitlichen Zustands und der schweren Einschränkungen in basalen Alltagsverrichtungen noch nicht hätte entlassen werden können. Der Austrittsbericht vom 28. Oktober 2011 zeige dann aber auf, dass die Leidensbehandlung ab April 2011



St.Galler Gerichte

in den Hintergrund getreten und durch eine vorwiegend eingliederungsorientierte Behandlung abgelöst worden sei.

B.c Die Beschwerdeführerin verzichtete am 1. Oktober 2012 auf eine Replik (act. G 7).

B.d Am 11. Oktober 2012 wurde der Versicherte beigeladen (act. G 8). Er liess sich aber nicht vernehmen.

Erwägungen:

1.

Nicht erwerbstätige Minderjährige gelten als invalid, wenn die Beeinträchtigung ihrer Gesundheit voraussichtlich eine ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit zur Folge haben wird (Art. 5 Abs. 2 IVG i.V.m. Art. 8 Abs. 2 ATSG). Invalide oder von einer Invalidität bedrohte Versicherte haben einen Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen, die notwendig und geeignet sind, die Erwerbsfähigkeit wieder herzustellen, zu erhalten oder zu verbessern (Art. 8 Abs. 1 lit. a IVG). Zu den Eingliederungsmassnahmen gehören auch die medizinischen Massnahmen (Art. 8 Abs. 3 lit. a IVG). Gemäss Art. 12 Abs. 1 IVG haben Versicherte bis zum vollendeten 20. Altersjahr einen Anspruch auf medizinische Massnahmen, die nicht auf die Behandlung des Leidens an sich, sondern unmittelbar auf die Eingliederung ins Erwerbsleben gerichtet und geeignet sind, die Erwerbsfähigkeit dauernd und wesentlich zu verbessern oder vor einer wesentlichen Beeinträchtigung zu bewahren.

1.1 Art. 12 Abs. 1 IVG unterscheidet zwischen medizinischen Vorkehren, die der Behandlung des Leidens an sich dienen, und den medizinischen Massnahmen, die unmittelbar auf die Eingliederung in das Erwerbsleben gerichtet sind, d.h. die bezwecken, die Erwerbsfähigkeit dauernd und wesentlich zu verbessern oder doch vor einer wesentlichen Beeinträchtigung zu bewahren. Nur letztere können einen Leistungsanspruch begründen. Diese Unterscheidung ist nicht medizinischer, sondern rein rechtlicher Natur. Deshalb gibt es keine medizinischen Vorgaben, an die bei der rechtlichen Würdigung der laufenden Behandlung angeknüpft werden könnte.



Insbesondere kann die Annahme der Beschwerdeführerin nicht richtig sein, dass jede an eine Akutbehandlung anschliessende Rehabilitation ohne weiteres als auf die Eingliederung gerichtete medizinische Massnahme zu betrachten sei. Bietet die Medizin kein brauchbares Unterscheidungskriterium, auf das bei der rechtlichen Würdigung direkt abgestellt werden könnte, muss die Rechtsanwendung selbst Kriterien entwickeln. Die Art der konkreten Behandlung (z.B. Physiotherapie) ist als Kriterium nicht geeignet, da jede medizinische Leistung sowohl den Heilungsprozess vorantreiben als auch - indirekt oder direkt - die Berufsbildungs- und Erwerbsfähigkeit fördern kann. Damit bleibt als Kriterium die Qualität des Bedarfs der versicherten Person nach einer medizinischen Leistung. Dieser Bedarf hängt von der jeweils aktuellen gesundheitlichen Situation ab. Dabei ist aber einzuräumen, dass immer sowohl ein Bedarf nach einem Vorantreiben des Heilungsprozesses als auch ein solcher nach einer Förderung der Berufsbildungs- und Erwerbsfähigkeit besteht. Die Abgrenzung muss sich danach richten, ob in der konkreten Situation noch der Behandlungsbedarf überwiegt oder bereits der Eingliederungsbedarf wichtiger geworden ist. Der Normalverlauf dürfte so sein, dass zu Anfang der Behandlungsbedarf überwiegt, dieser dann aber - mit der fortschreitenden Verbesserung des Gesundheitszustands - an Bedeutung einbüsst und den bisherigen Vorrang vor der Eingliederung verliert, so dass neu deren Bedeutung überwiegt. Die medizinische Behandlung hat damit im Normalfall aus der Sicht des Anwenders des Art. 12 Abs. 1 IVG zunächst keinen relevanten Eingliederungscharakter. Das ändert sich aber im Verlauf der Zeit grundlegend, so dass schliesslich der Eingliederungscharakter überwiegt und ein Leistungsanspruch gestützt auf Art. 12 Abs. 1 IVG entsteht.

1.2 In der Praxis zur früheren (auch die Erwachsenen als leistungsberechtigt betrachtenden) Fassung des Art. 12 Abs. 1 IVG wurde nicht auf die jeweils aktuelle Bedarfssituation (Heilung oder Eingliederung) abgestellt. Stattdessen wurde zwischen einem labilen Krankheitsgeschehen und einem stabilen Gesundheitszustand unterschieden. Erst wenn ein stabiler Gesundheitszustand erreicht war, bestand gestützt auf Art. 12 Abs. 1 IVG ein Anspruch auf medizinische Eingliederungsmassnahmen (vgl. Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, bearbeitet von Ulrich Meyer, 2. A., S. 132 f.). Würde man im vorliegenden Fall einen stabilen Gesundheitszustand verlangen, um die medizinische Behandlung gestützt auf Art. 12



Abs. 1 IVG übernehmen zu können, bestünde mit Sicherheit kein Anspruch auf die Deckung der Kosten der Rehabilitation des Versicherten in der Klinik C.____. Die in dieser Rehabilitationsklinik erbrachten medizinischen Leistungen haben nämlich bis zum Klinikaustritt der Überwindung der Folgen der Malnutrition gedient und den Gesundheitszustand des Versicherten bis zum letzten Tag immer noch verbessert. So ist beispielsweise mit der Physio- und Ergotherapie bis zuletzt eine Heilung der Paraplegie angestrebt und auch erreicht worden. Die damit immer ausgeprägter einhergehende Verbesserung der Mobilität und damit der Chance des Versicherten, in Zukunft eine Berufsausbildung zu absolvieren, hat am weiteren Andauern eines labilen Krankheitsgeschehens nichts geändert. Die Rechtsprechung hat allerdings schon unter der Geltung der früheren Fassung den Art. 12 Abs. 1 IVG für Minderjährige anders interpretiert als Erwachsene. Während für die Erwachsenen erst ab dem Erreichen eines stabilen Gesundheitszustands ein Leistungsanspruch entstehen konnte, war für die Minderjährigen bereits beim Erreichen eines relativ stabilisierten Gesundheitszustands ein Leistungsanspruch möglich. Ein solcher Gesundheitszustand liegt vor, wenn trotz des einstweilen noch labilen Leidenscharakters ohne medizinische Massnahmen "eine Heilung mit Defekt oder ein sonstwie stabilisierter Zustand einträte, wodurch die Berufsbildung oder die Erwerbsfähigkeit oder beide beeinträchtigt würden" (U. Meyer, a.a.O., S. 133 f.). Es ist also nicht nötig, dass die eigentliche Heilbehandlung abgeschlossen ist. Vielmehr wird schon während der noch laufenden Heilbehandlung von der Leistungspflicht des obligatorischen Krankenversicherers auf die Leistungspflicht der Invalidenversicherung "umgeschaltet".

1.3 Demnach besteht ein Anspruch auf medizinische Eingliederungsmassnahmen nach Art. 12 Abs. 1 IVG, sobald die laufende medizinische Behandlung nicht mehr überwiegend der Förderung des Heilungsprozesses, sondern überwiegend der Förderung der Eingliederung im Hinblick auf die spätere Berufsbildung/Erwerbstätigkeit dient. Das massgebende Abgrenzungskriterium bzw. der leistungs begründende Sachverhalt besteht also darin, dass von einer weiteren medizinischen Behandlung kein erheblicher Heilungsfortschritt i.e.S. mehr zu erwarten ist, so dass der Eingliederungszweck der medizinischen Behandlung deutlich in den Vordergrund tritt. Dieser Wechsel wird sich allerdings kaum je auf einen präzisen Zeitpunkt im Therapieverlauf festlegen lassen und er wird auch kaum je sofort erkennbar sein, so dass in aller Regel ex post über einen Anspruch auf eine medizinische Eingliederung



wird entschieden werden müssen. Auch wenn die IV-Stellen dank der Vorleistungspflicht der obligatorischen Krankenversicherung (Art. 70 Abs. 2 lit. a ATSG) mit dem Entscheid über die Gewährung von medizinischen Massnahmen gestützt auf Art. 12 Abs. 1 IVG zuwarten können, bis sich der Therapieverlauf über einen langen Zeitraum ex post überblicken lässt, wird die Bestimmung des Zeitpunkts, in welchem sich der Charakter der medizinischen Behandlung in leistungserheblicher Weise geändert hat, kaum je auf den Tag oder auch nur auf die Woche genau möglich sein. Die Antwort auf die Frage nach dem Beginn des Anspruchs auf medizinische Eingliederungsmassnahmen gemäss Art. 12 Abs. 1 IVG wird deshalb in den meisten Fällen mit einem grossen Ermessen bei der Würdigung des massgebenden Sachverhalts verbunden sein müssen. Das gilt auch für den vorliegend zu beurteilenden Sachverhalt. Immerhin kann mit der Beschwerdegegnerin davon ausgegangen werden, dass die Behandlung im Kantonsspital in B.____ eindeutig noch in weit überwiegendem Mass dem Heilungsprozess gedient hat. Dasselbe gilt, wenn auch weniger deutlich, weil dort bereits erste Rehabilitationsmassnahmen vorgenommen worden sind, für die Behandlung im Ostschweizer Kinderspital in St. Gallen. Bei der Rehabilitation in der Klinik C.____ hat die Beschwerdegegnerin klar erkennbare Fortschritte bei der Heilbehandlung (Ende des Einsatzes der nasogastralen Sonde bzw. Normalisierung der Nahrungsaufnahme, erstmaliges Auftreten einer Schrittauslösung bzw. Beginn grosser Fortschritte beim Gehen am Rollator und beim Treppensteigen, Erreichen der Selbständigkeit bei der Katheterisierung) als Indizien für eine entscheidende Verbesserung des Gesundheitszustands betrachtet und daraus den Schluss gezogen, dass der Versicherte ab diesem Zeitpunkt (April 2011) überwiegend auf medizinische Eingliederungsmassnahmen und nicht mehr auf medizinische Massnahmen zur Förderung des Heilungsprozesses angewiesen gewesen sei, so dass die Rehabilitation überwiegend den Charakter der medizinischen Eingliederung und nicht mehr der Therapie gehabt habe. Damit hat die Beschwerdegegnerin ihr Ermessen zugunsten des Versicherten ausgeübt, ohne es aber zu überschreiten. Hätte sie demgegenüber die Rehabilitation ab dem Tag des Eintritts in die Klinik als medizinische Eingliederung qualifiziert, wie es die Beschwerdeführerin sinngemäss verlangt, wäre das nicht mehr durch das Ermessen gedeckt gewesen, da die Rehabilitation in den ersten Monaten klar überwiegend der Therapie, d.h. der



Förderung der Heilung der Folgen der Malnutrition, gedient hat. Die angefochtene Verfügung erweist sich deshalb im Ergebnis als rechtmässig.

2.

Entsprechend den vorstehenden Ausführungen ist die Beschwerde abzuweisen. Die unterliegende Beschwerdeführerin hat für die Verfahrenskosten aufzukommen. Der Beurteilungsaufwand erweist sich als durchschnittlich, weshalb die Gerichtsgebühr praxisgemäss auf Fr. 600.-- festgesetzt wird. Sie ist durch den von der Beschwerdeführerin geleisteten Kostenvorschuss von Fr. 600.-- gedeckt.

Demgemäss hat das Versicherungsgericht

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

entschieden:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Die Beschwerdeführerin hat eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- zu bezahlen; diese Gebühr ist durch den in gleicher Höhe geleisteten Kostenvorschuss gedeckt.