



Entscheid des Kantonsgerichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht

vom 17. Mai 2018 (720 17 401 / 124)

Invalidenversicherung

Übernahme von Leistungen der Kinderspitex gemäss Art. 13 und 14 IVG durch die Invalidenversicherung: Wenn medizinische Massnahmen nicht planbar sind und eine stetige Bereitschaft einer Pflegefachperson gewährleistet sein muss, da der Eintritt eines medizinischen Notfalls während 24 Stunden pro Tag möglich ist, ist ein Einsatz rund um die Uhr als pflegebedingt zu betrachten und zu berücksichtigen. Ein „Selber-Ausführen“ der Leistung durch nicht geschulte Personen wie zum Beispiel Eltern oder Drittpersonen – auch wenn diese durch das Fachpersonal entsprechend instruiert worden sind –, schliesst zudem einen Leistungsanspruch gegenüber der Invalidenversicherung für diejenige Zeit nicht aus, in der tatsächlich eine Pflegefachperson zum Einsatz kommt (Urteil des Bundesgerichts vom 6. Juni 2017, 9C_46/2017, E. 3.2)

Besetzung Präsidentin Eva Meuli, Kantonsrichter Christof Enderle, Kantonsrichter Yves Thommen, Gerichtsschreiberin Barbara Vögtli

Parteien **A.**____, Beschwerdeführer, vertreten durch seine Eltern, wiederum vertreten durch Stephan Müller, Advokat, c/o Procap Schweiz, Froburgstrasse 4, Postfach, 4601 Olten

gegen

IV-Stelle Basel-Landschaft, Hauptstrasse 109, 4102 Binningen,
Beschwerdegegnerin

Betreff Medizinische Massnahmen / Kinderspitex

A.1 A._____ wurde am 24. September 2014 bereits in der 24. Schwangerschaftswoche geboren und leidet aufgrund seiner Frühgeburtlichkeit an mehreren Erkrankungen. Nachdem er sein erstes Lebensjahr auf der Intensivpflegestation der Neonatologie des Spitals B._____ verbracht hatte, konnte er am 21. September 2015 in die häusliche Pflege entlassen werden. Am 21. September 2015 wurde von der Kinderspitex C._____ bei der IV-Stelle Basel-Landschaft (IV-Stelle) eine Bedarfsmeldung für Spitexleistungen für A._____ eingereicht (IV act. 48). Mit Verfügung vom 13. April 2016 erteilte die IV-Stelle Kostengutsprache für Leistungen der Kinderspitex ab Spitalaustritt bis 20. Dezember 2015 im beantragten Umfang von 5 Stunden für Abklärung und Dokumentation (einmalig) und von 3.5 Stunden pro Woche für Beratung und Instruktion der Eltern sowie von 73.5 Stunden für Untersuchung und Behandlung. Für den Zeitraum vom 21. Dezember 2015 bis 20. Juni 2016 folgten zwei weitere Verfügungen vom 14. und vom 15. April 2016. Darin wurden jeweils 2 Stunden Abklärung und Dokumentation und 2 Stunden und 40 Minuten für Beratung und Instruktion der Eltern sowie 56 Stunden für Untersuchung und Behandlung zugesprochen.

Gegen die Verfügungen vom 14. und 15. April 2016 erhob der Versicherte mit Eingabe vom 18. Mai 2016 Beschwerde beim Kantonsgericht Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht. Darin liess er unter o/e-Kostenfolge beantragen, es seien die angefochtenen Verfügungen vom 14. und 15. April 2016 aufzuheben und es sei ihm im Rahmen von medizinischen Massnahmen ab dem 21. Dezember 2015 Kostengutsprache für Leistungen der Kinderspitex im Umfang von 80 Stunden pro Woche für Untersuchung und Behandlung sowie von 2 Stunden und 40 Minuten pro Woche für Beratung und Instruktion sowie 2 Stunden Abklärung und Dokumentation pro Quartal zu erteilen. Anlässlich seiner Urteilsberatung vom 3. November 2016 stellte das Kantonsgericht den Fall aus und räumte dem Versicherten Gelegenheit zur Stellungnahme sowie zum Beschwerderückzug ein. In der Begründung wurde festgehalten, dass das Kantonsgericht im Falle eines Urteils die Angelegenheit betreffend die Übernahme der Leistungen der Kinderspitex an die IV-Stelle zurückweisen werde, damit diese beim Spital B._____ weitere Abklärungen vornehme und neu verfüge, was möglicherweise zu einer reformatio in peius führen könne. Daraufhin nahm der Versicherte Stellung und hielt an der Beschwerde fest. Mit Urteil vom 24. Mai 2017 hiess das Kantonsgericht die Beschwerde gut und wies die Angelegenheit zu weiteren Abklärungen an die IV-Stelle zurück.

Nach Vornahme der entsprechenden Abklärungen im Spital B._____ erteilte die IV-Stelle A._____ mit Verfügung vom 18. Oktober 2017 eine Kostengutsprache im Umfang der von ihm beantragten 80 Stunden Behandlungspflege pro Woche vom 21. Dezember 2015 bis 20. September 2016. Dabei führte die IV-Stelle aus, dass es trotz des Abklärungsberichts des Spitals B._____ nicht möglich sei, die Frage zu beantworten, ob die Überwachung des Versicherten zwingend durch medizinisches Fachpersonal gewährleistet werden müsse. Deshalb bleibe ihr nichts anderes übrig, als erneut nach bestem Wissen und Gewissen einen Ermessensentscheid zu fällen. Die im Sommer eingereichten Gesuche der Kinderspitex C._____, in welchen bedeutend weniger Stunden für die Überwachung beantragt worden seien, hätten gezeigt, dass die IV-

Stelle bei ihren Entscheiden zu Recht davon ausgegangen sei, dass die Spitexleistungen mit der Zeit reduziert werden könnten. Die nachvollziehbare Ausnahmesituation des Versicherten habe jedoch wohl länger gedauert als zuerst angenommen. Diese Verfügung erwuchs unangefochten in Rechtskraft.

A.2 Mit Verfügung vom 26. Oktober 2017 sprach die IV-Stelle A._____ für die Zeitspanne vom 21. September 2016 bis 20. Dezember 2016 2 Stunden und 30 Minuten Abklärung und Dokumentation (einmalig) und 2 Stunden und 40 Minuten pro Woche Beratung und Instruktion der Eltern und 56 Stunden pro Woche für Untersuchung und Behandlung zu. Mit Verfügung vom 27. Oktober 2017 sprach sie ihm für den Zeitraum vom 21. Dezember 2016 bis 20. März 2017 1 Stunde und 45 Minuten Abklärung und Dokumentation (einmalig) und 2 Stunden und 40 Minuten pro Woche für Beratung und Instruktion der Eltern sowie 56 Stunden pro Woche für Untersuchung und Behandlung zu. Mit Verfügung vom 30. November 2017 schliesslich erteilte sie ihm für die Zeitspanne vom 21. März 2017 bis 20. Juni 2017 Kostengutsprache im Umfang von 45 Minuten Abklärung und Dokumentation (einmalig) und 2 Stunden und 40 Minuten pro Woche für Beratung und Instruktion der Eltern und 56 Stunden pro Woche für Untersuchung und Behandlung. In den Begründungen aller drei Verfügungen hielt die IV-Stelle fest, dass es strittig sei, ob im fraglichen Zeitraum während 65 Stunden und 30 Minuten bzw. während 64 Stunden pro Woche medizinisches Fachpersonal zur Betreuung und Überwachung notwendig gewesen sei. Nach den ersten zwölf Monaten nach Spitalaustritt hätten sich die beteiligten Personen mit der Situation vertraut machen können und die notwendigen Vorkehrungen seien getroffen worden. So bestätige PD Dr. med. D._____, Leitender Arzt Intensivmedizin/Pneumologie des Spitals B._____, in seinem Schreiben vom 22. Juni 2017, dass geschulte Laien die allermeisten Komplikationen beheben könnten. Sollte eine Notfallsituation eintreten, wären auch die Eltern in der Lage, einen Arzt oder die Notfallstation eines Spitals zu kontaktieren. Zudem würden die Anträge der Kinderspitex ab dem 21. September 2016 bestätigen, dass die Behandlungspflege nicht mehr im bisherigen Umfang erforderlich sei (Reduktion auf 65 Stunden und 30 Minuten pro Woche, ab 4. Juli 2017 auf 54 Stunden und 30 Minuten pro Woche). Es könne deshalb nicht nachvollzogen werden, warum bei einer im Wesentlichen unveränderten gesundheitlichen Situation diese Anzahl Stunden nicht schon früher hätte ausreichend sein sollen. Denn nach wie vor werde geltend gemacht, dass Situationen auftreten könnten, die rasches Handeln durch eine Fachperson erforderlich machen würden. Die Eltern würden die Pflege- und Überwachungshandlungen kennen und A._____ sei mit zwei Jahren dem Säuglings- und Kleinkindalter entwachsen.

B. Gegen diese drei Verfügungen erhob A._____, vertreten durch seine Eltern, diese vertreten durch Stephan Müller, Advokat, c/o Procap Schweiz, mit Eingabe vom 29. November 2017 Beschwerde beim Kantonsgericht Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht (Kantonsgericht). Darin liess er unter o/e-Kostenfolge beantragen, es seien die drei Verfügungen aufzuheben und es sei ihm im Rahmen von medizinischen Massnahmen für folgende Leistungen der Kinderspitex eine Kostengutsprache zu erteilen:

- vom 21. September 2016 bis 20. Dezember 2016: 65.5 Stunden pro Woche für Untersuchung und Behandlung, 2 Stunden und 40 Minuten pro Woche für Beratung und Instruktion und einmalig 2.5 Stunden für Abklärung und Dokumentation,
- vom 21. Dezember 2016 bis 20. März 2017: 65.5 Stunden pro Woche für Untersuchung und Behandlung, 2 Stunden und 40 Minuten pro Woche für Beratung und Instruktion und einmalig 1.75 Stunden für Abklärung und Dokumentation und
- vom 21. März 2017 bis 20. Juni 2017: 64 Stunden pro Woche für Untersuchung und Behandlung, 2 Stunden und 40 Minuten pro Woche für Beratung und Instruktion und einmalig 0.75 Stunden für Abklärung und Dokumentation.

In der Begründung wurde ausgeführt, dass es unbestritten sei, dass der Beschwerdeführer rund um die Uhr überwacht werden müsse. Diese Tatsache werde voraussichtlich auch weiter andauern, bis eine Dekanülierung erfolgt sei, was nach aktuellem Stand etwa Anfang 2018 geplant sei. Die Eltern des Beschwerdeführers würden regelmässig die Überwachung ihres Sohnes übernehmen, da eine Überwachung durch medizinisches Fachpersonal rund um die Uhr faktisch nicht realisierbar bzw. finanzierbar sei. Dies gehe auch aus dem Bericht von Dr. D._____ hervor. Ferner würde die Schulung der Eltern die Heimbetreuung ethisch nur knapp vertretbar machen und den Eltern eine gewisse subjektive Sicherheit vermitteln; objektiv betrachtet sei die Wirksamkeit der Laienreanimation jedoch gering. Damit würden die Eltern auch ein erhebliches Risiko übernehmen, dass sie wegen ihren unzureichenden Fachkenntnissen im Notfall die erforderlichen lebensrettenden Massnahmen nicht in ausreichender Weise in die Wege leiten könnten. Die freiwillige Inkaufnahme eines erhöhten Risikos gehe über das hinaus, was im Rahmen der Zumutbarkeit von den Eltern verlangt werden könne und dürfe deshalb nicht zu einer Kürzung der Versicherungsleistungen führen.

Des Weiteren begründe die Beschwerdegegnerin mit keinem Wort, weshalb statt den geltend gemachten 65.5 Stunden auch 56 Stunden ausreichen würden. Es sei davon auszugehen, dass sie sich weniger am konkreten Sachverhalt orientiert habe als an dem inzwischen als unzulässig erachteten IV-Rundschreiben Nr. 308. Noch weiter gehe die Beschwerdegegnerin, wenn sie wegen des auf 54.5 Stunden reduzierten Antrages ab Juli 2017 mutmasse, dass es wohl schon vorher nicht mehr Spitexleistungen gebraucht habe. Wenn sie als Begründung für die Vermutung vorbringe, Dr. D._____ habe am 26. Juni 2017 eine seit Juni 2016 unveränderte gesundheitliche Situation bestätigt, übersehe sie, dass im Juni 2016 noch anerkanntermassen ein Bedarf an Spitexleistungen im Umfang von 80 Stunden vorgelegen habe und die Reduktion der Leistung auf 54.5 Stunden offensichtlich erst per 4. Juli 2017 – also fast zwei Wochen nach der Stellungnahme von Dr. D._____ – möglich gewesen sei. Diese Reduktion habe aufgrund einer Operation im April 2017 erfolgen können.

C. Mit Vernehmlassung vom 9. Januar 2018 beantragte die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde und führte aus, dass die Übernahme der Kosten für die ersten 12 Monate nach Spitalaustritt im Umfang von 80 Stunden pro Woche erfolgt sei. Während dieser Zeit

seien die notwendigen Vorkehrungen getroffen worden und die Eltern hätten sich mit der Situation vertraut machen können. Dr. D._____ bestätige in seinem Schreiben vom 22. Juni 2017, dass geschulte Laien die allermeisten Komplikationen beheben können. In Bezug auf den Umfang von 56 Stunden pro Woche führt die Beschwerdegegnerin aus, dass nicht nur die zwischenzeitlich geänderte Pflegesituation, sondern auch das Heranwachsen des Beschwerdeführers berücksichtigt worden sei. Bei wesentlich unverändertem Gesundheitszustand sei davon auszugehen, dass eine Veränderung im Umfeld eingetreten sei, welche sich auf die grosszügig bemessene nächtliche Überwachung durch medizinisches Fachpersonal auswirke. Dieser geänderten Situation müsse angemessen Rechnung getragen werden. Die zugesprochenen 8 Stunden pro Tag seien vorliegend ausreichend, um diejenigen Behandlungen abzudecken, deren Durchführung eine medizinische Berufsqualifikation erfordern würde. Weiter entspreche das Vorgehen auch den Vorgaben im angepassten IV-Rundschreiben Nr. 362. Demnach betrage erfahrungsgemäss der Bedarf an medizinischer Behandlungspflege für einen grossen Teil der Fallkonstellationen nicht mehr als 8 Stunden pro Tag, da es sich dabei lediglich um diejenigen Massnahmen handle, für deren Durchführung eine medizinische Pflegefachperson anwesend sein müsse. Der vorliegende medizinische Sachverhalt erfülle denn auch nicht die Voraussetzungen einer medizinischen Notfallintervention, da das Bundesamt für Sozialversicherungen (BSV) von einem höheren Überwachungsaufwand vornehmlich bei schweren Lungenfunktionsstörungen und gravierenden Herz-Kreislaufproblemen ausgehe.

Das Kantonsgericht zieht **in Erwägung** :

1. Gemäss Art. 69 Abs. 1 lit. a des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) vom 19. Juni 1959 können Verfügungen der kantonalen IV-Stellen direkt vor dem Versicherungsgericht am Ort der IV-Stelle angefochten werden. Anfechtungsobjekt des vorliegenden Verfahrens bilden verschiedene Verfügungen der IV-Stelle Basel-Landschaft, sodass die örtliche Zuständigkeit des Kantonsgerichts Basel-Landschaft zu bejahen ist. Laut § 54 Abs. 1 lit. b des Gesetzes über die Verfassungs- und Verwaltungsprozessordnung (VPO) vom 16. Dezember 1993 beurteilt das Kantonsgericht als Versicherungsgericht als einzige gerichtliche Instanz des Kantons Beschwerden gegen Verfügungen der kantonalen IV-Stelle. Es ist somit auch sachlich zur Behandlung der vorliegenden Beschwerde zuständig. Auf die – im Übrigen frist- und formgerecht erhobene – Beschwerde vom 29. November 2017 ist demnach einzutreten.

2. Vorliegend ist unbestritten, dass der Beschwerdeführer einer 24-stündigen Überwachung bedarf und jederzeit mit medizinischen Notfallsituationen zu rechnen ist. Umstritten ist jedoch, ob im Rahmen der Behandlung des Beschwerdeführers durch die Kinderspitex die von der Beschwerdegegnerin übernommenen Kosten im Umfang von 56 Stunden pro Woche als medizinische Massnahmen gerechtfertigt sind oder ob, wie vom Beschwerdeführer beantragt, ihm die Kostenübernahme im beantragten Umfang von 65.5 Stunden resp. von 64 Stunden pro Woche zu gewähren ist.

3.1 Versicherte haben bis zum vollendeten 20. Altersjahr Anspruch auf die zur Behandlung von Geburtsgebrechen (Art. 3 Abs. 2 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozi-

alversicherungsrechts [ATSG] vom 6. Oktober 2000) notwendigen medizinischen Massnahmen (Art. 13 Abs. 1 IVG). Als Geburtsgebrechen gelten Gebrechen, die bei vollendeter Geburt bestehen. Die blossе Veranlagung zu einem Leiden gilt nicht als Geburtsgebrechen (Art. 1 Abs. 1 der Verordnung über Geburtsgebrechen [GgV] vom 9. Dezember 1985).

3.2 Die medizinischen Massnahmen im Sinne von Art. 13 IVG umfassen die Behandlung, die vom Arzt selbst oder auf seine Anordnung durch medizinische Hilfspersonen in Anstalts- oder Hauspflege vorgenommen werden und die Abgabe der vom Arzt verordneten Arzneien (Art. 14 Abs. 1 IVG). Massgebend ist nicht allein die Qualifikation der die Pflege leistenden Person, sondern die Qualität der Pflegeleistung. Diese ist nur dann eine medizinische Massnahme im Sinn von Art. 13 f. IVG, wenn sie ihrer Natur nach nur von einer medizinischen Hilfsperson erbracht werden darf, beziehungsweise die Vorkehr grundsätzlich einer entsprechenden Berufsqualifikation bedarf, und wenn sie auch tatsächlich von einer medizinischen Hilfsperson ausgeführt wird (BGE 136 V 209 E. 7). Als medizinische Massnahmen, die für die Behandlung eines Geburtsgebrechens notwendig sind, gelten sämtliche Vorkehren, die nach bewährter Erkenntnis der medizinischen Wissenschaft angezeigt sind und den therapeutischen Erfolg in einfacher und zweckmässiger Weise anstreben (Art. 2 Abs. 3 GgV).

3.3 Im Nachgang zu BGE 136 V 209 erstellte das BSV im IV-Rundschreiben Nr. 297 vom 1. Februar 2011 eine abschliessende Liste derjenigen Leistungen im Bereich der Kinderspitex welche nach Art. 13 und 14 IVG als medizinische Massnahmen von der Invalidenversicherung übernommen werden, und gab bei jeder einzelnen Leistung den maximal anrechenbaren (zu vergütenden) Zeitaufwand an. Im IV-Rundschreiben Nr. 308 vom 27. Februar 2012 nahm das BSV Präzisierungen vor. Gemäss dieser Liste können Massnahmen der Untersuchung und Behandlung, die von der Kinderspitex in Situationen durchgeführt werden, in welchen während 24 Stunden pro Tag mit medizinischen Notfallinterventionen durch diplomiertes Pflegefachpersonal zu rechnen ist, mit maximal 8 Stunden pro Tag (als alleinige Leistung) übernommen werden. Mit Urteil vom 13. Februar 2017, 9C_299/2016, wies das Bundesgericht eine Beschwerde der IV-Stelle St. Gallen gegen ein Urteil des Versicherungsgerichts St. Gallen vom 14. März 2016 (IV 2012/12, IV 2015/89) ab. Das Bundesgericht teilt darin die Auffassung des kantonalen Gerichts, wonach Art. 13 Abs. 1 und Art. 14 Abs. 1 lit. a IVG und IVV keine zeitliche Höchstgrenze für die Vergütung von Kinderspitexleistungen festlegen, welche notwendige, auf Anordnung des Arztes in Hauspflege vorgenommene medizinische Massnahmen bei Geburtsgebrechen im Sinne dieser Bestimmung darstellen. Für die Kostenübernahme durch die Invalidenversicherung ist gemäss Bundesgericht allein entscheidend, ob bzw. dass in Bezug auf die (einzelnen) Leistungen der Kinderspitex die Voraussetzungen von Art. 13 Abs. 1 und Art. 14 Abs. 1 lit. a IVG gegeben sind (Urteil des Bundesgerichts vom 13. Februar 2017, 9C_299/2016, E. 4.4). Das Bundesgericht bestätigt somit, dass in Situationen, in denen während 24 Stunden pro Tag mit medizinischen Notfallinterventionen zu rechnen ist, die Festsetzung einer zeitlichen Obergrenze, wie sie vom BSV im Rundschreiben Nr. 308 vorgenommen wurde, nicht rechtmässig ist.

3.4 Das IV-Rundschreiben Nr. 362, auf welches sich die Beschwerdegegnerin abstützt, ist eine Aktualisierung des IV-Rundschreibens Nr. 308 zwecks Umsetzung des Urteils des Bun-

desgerichts vom 13. Februar 2017. Das BSV hält im neuen Rundschreiben fest, dass in Situationen, in welchen während 24 Stunden pro Tag mit medizinischen Notfallinterventionen zu rechnen sei, die erbrachten Leistungen nicht mit anderen Leistungen der Kategorie „Massnahmen der Untersuchung und Behandlung“ kumuliert werden könnten. Damit werde berücksichtigt, dass eine mehrstündige Anwesenheit einer Pflegefachperson pro Tag ausreiche, um auch alle anderen im Rundschreiben aufgeführten erforderlichen medizinischen Massnahmen durchzuführen. Erfahrungsgemäss, so das BSV weiter, betrage der Bedarf an medizinischer Behandlungspflege für einen grossen Teil der Fallkonstellationen nicht mehr als 8 Stunden pro Tag, da es sich dabei lediglich um diejenigen Massnahmen handle, für deren Durchführung eine medizinische Pflegefachperson anwesend sein müsse. Es seien Arbeiten im Gange, um die Situationen, in welchen während 24 Stunden pro Tag mit medizinischen Notfallinterventionen zu rechnen sei, detailliert zu beschreiben, um den dadurch entstehenden Aufwand zu quantifizieren und um die vorliegende Regelung zu ersetzen. Obwohl diese Arbeiten noch nicht abgeschlossen seien, könne man davon ausgehen, dass insbesondere bei schweren Lungenfunktionsstörungen und gravierenden Herz-Kreislaufproblemen ein höherer Überwachungsaufwand anfallen könne.

4.1 Der Sozialversicherungsprozess wird vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 43 Abs. 1 und Art. 61 lit. c ATSG). Der Sozialversicherungsträger und auch das Sozialversicherungsgericht haben danach von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhalts zu sorgen. Was zu beweisen ist, ergibt sich aus der Sach- und Rechtslage. Gestützt auf den Untersuchungsgrundsatz ist der Sachverhalt soweit zu ermitteln, dass über den Leistungsanspruch zumindest mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit entschieden werden kann. Der Untersuchungsgrundsatz schliesst die Beweislast im Sinne der Beweisführungslast begriffsnotwendig aus. Im Sozialversicherungsprozess tragen mithin die Parteien in der Regel eine Beweislast nur insofern, als im Fall der Beweislosigkeit der Entscheid zuungunsten der Partei ausfällt, die aus dem unbewiesenen gebliebenen Sachverhalt Rechte ableiten wollte (ULRICH MEYER-BLASER, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, in: Basler Juristische Mitteilungen [BJM] 1989, S. 32). Diese Beweisregel greift allerdings erst Platz, wenn es sich als unmöglich erweist, im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes auf dem Weg der Beweiswürdigung einen Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die überwiegende Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wirklichkeit zu entsprechen (BGE 117 V 264 E. 3b; ULRICH MEYER-BLASER, a.a.O., S. 32).

4.2 Das Kantonsgericht besitzt in Sozialversicherungssachen die vollständige Überprüfungsbefugnis und ist in der Beweiswürdigung frei (vgl. § 57 VPO i.V.m. Art. 61 Satz 1 und Art. 61 lit. c ATSG). Die Verwaltung als verfügende Instanz und das Gericht dürfen eine Tatsache sodann nur dann als bewiesen annehmen, wenn sie von ihrem Bestehen überzeugt sind (MAX KUMMER, Grundriss des Zivilprozessrechts, 4. Auflage, Bern 1984, S. 135 f.). Im Sozialversicherungsrecht hat das Gericht seinen Entscheid, sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen. Die blosser Möglichkeit eines bestimmten Sachverhalts genügt den Beweisanforderungen nicht. Das Gericht hat vielmehr jener Sachverhaltsdarstellung zu folgen, die es von allen möglichen Ge-

schehensabläufen als die wahrscheinlichste würdigt (BGE 126 V 360 E. 5b, 125 V 195 E. 2, 121 V 47 E. 2a, je mit Hinweisen).

4.3 Sowohl bei der Feststellung des Gesundheitszustandes einer versicherten Person als auch bei dessen rechtlicher Beurteilung ist die rechtsanwendende Behörde – die Verwaltung und im Streitfall das Gericht – auf Unterlagen angewiesen, die vorab von Ärztinnen und Ärzten zur Verfügung zu stellen sind. Es ist deren Aufgabe, den Gesundheitszustand zu beurteilen (vgl. BGE 115 V 134 E. 2, 114 V 314 E. 3c, 105 V 158 E. 1 in fine). Die ärztlichen Stellungnahmen bilden eine wichtige Grundlage für die Beurteilung, ob und allenfalls welche Leistungen einer versicherten Person aufgrund ihrer gesundheitlichen Beeinträchtigung zustehen. Das Gericht hat alle Beweismittel, unabhängig, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Expertin oder des Experten begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder als Gutachten (BGE 125 V 352 E. 3a, 122 V 160 E. 1c).

5.1 Die Beschwerdegegnerin verweist auf das Rundschreiben Nr. 362, um ihre Leistungen zu begrenzen. Dazu ist festzuhalten, dass für Situationen, in welchen 24 Stunden pro Tag mit Notfallinterventionen zu rechnen ist, noch keine Regelung vorliegt. Das BSV hielt im vorgenannten Rundschreiben fest, dass die Arbeiten zur Anpassung der Richtlinie an die Rechtsprechung des Bundesgerichts noch im Gange seien. Damit ist ein pauschales Abstellen auf 8 Stunden pro Tag einzig mit der Begründung, es liege kein Spezialfall im Sinne eines dauerhaften Ausnahmezustands gemäss BSV vor, nicht gerechtfertigt. Vielmehr ist der konkrete Einzelfall auf das Vorliegen der Voraussetzungen von Art. 13 und 14 IVG hin zu überprüfen.

5.2 Dem Schreiben von Dr. D._____ vom 22. Juni 2017 ist zu entnehmen, dass Kleinkinder mit Trachealkanülen grundsätzlich aufgrund möglicher Komplikationen an Leib und Leben gefährdet seien, unabhängig davon, wo und durch wen sie überwacht würden. Der sicherste Ort sei eine Intensivstation. Im Interesse aller Parteien sollten die Kinder jedoch wenn möglich in die Familie entlassen werden. Es sei klar, dass dies immer mit Abstrichen bezüglich der Sicherheit einhergehe. Wie weit diese Abstriche gingen, sei sehr individuell vom Risikoprofil des Kindes sowie vom Sicherheitsbedürfnis der Eltern abhängig. Da Komplikationen immer möglich seien, sei der einzige offiziell mögliche ärztliche Standpunkt derjenige, dass immer medizinisches Fachpersonal anwesend sein müsse. Die Eltern würden im Umgang mit Kanülen geschult, damit sie die allermeisten Zwischenfälle mit ausreichender Sicherheit und Zuverlässigkeit meistern könnten. Ferner würden die Eltern auch hinsichtlich der Reanimation geschult. Die Erwartungen an die Wirksamkeit von Laienreanimationen seien aber gering. Daraus sei zu schliessen, dass die Eltern die allermeisten Komplikationen beheben könnten und dass die Behandlungskompetenz für seltenere, schwierigere Situationen über medizinisches Fachpersonal und Notärzte bis hin zu Spezialisten der Kinderintensivstation ansteige.

5.3 Im Ergänzungsbericht vom 22. November 2017 nimmt Dr. D.____ Bezug auf die Operation des Beschwerdeführers vom 11. April 2017. Die Operationswunden seien sehr heikel und würden dazu tendieren, den Kehlkopf wieder zu verengen. Es seien Nachbehandlungen notwendig, bis der Kehlkopf genügend offen sei, um eine freie Atmung zu garantieren. Erst dann könne die Trachealkanüle entfernt werden. Solange die Trachealkanüle liege, müsse A.____ rund um die Uhr unter Aufsicht sein. Daran habe die Operation nichts geändert.

6.1 Gestützt auf die klaren und eindeutigen Auskünfte von Dr. D.____, die den in Erwägung 4.3 hiervor dargelegten beweisrechtlichen Anforderungen vollumfänglich genügen, ist grundsätzlich davon auszugehen, dass für den gesamten vorliegend zur Diskussion stehenden Zeitraum eine 24-stündige Überwachung notwendig war und auch immer mit Notfallsituationen gerechnet werden musste. A.____ kann noch nicht selbständig atmen, weshalb bei einem Problem mit der Trachealkanüle sofort eine lebensbedrohliche Situation eintreten würde. Dr. D.____ führt diesbezüglich in seiner Verordnung vom 23. Februar 2017 aus, dass A.____ eine intensive Überwachung benötige, da er aktiver werde und vermehrt an der Trachealkanüle ziehe und sich dadurch die Gefahr erhöhe, dass er sich diese herausziehe. In einer solchen Situation erfordere es nach wie vor ein sehr rasches Handeln durch eine Fachperson, die eine neue Kanüle legen könne. Entgegen der Auffassung der Beschwerdegegnerin sind die Ausführungen von Dr. D.____ so zu verstehen, dass die Überwachung des Beschwerdeführers grundsätzlich immer von medizinisch geschultem Personal zu leisten ist, da immer mit Notsituationen zu rechnen ist, welche nur durch solches Personal, allenfalls sogar nur durch speziell geschulte Ärzte behoben werden könnten. Die Schulung der Eltern und der Einsatz der Eltern anstelle von Spitex-Mitarbeitenden greift nur deshalb Platz, weil die Kinder ansonsten nie in die häusliche Pflege entlassen werden könnten. Dr. D.____ stellt aber auch klar fest, dass der Aufenthalt zuhause das Risiko einer lebensbedrohlichen Situation erhöhe. Dies wird in der notwendigen Deutlichkeit klar, wenn er darauf hinweist, dass betroffene Kinder an sich auf einer Intensivpflegestation behandelt werden müssten. Auch weist er ausdrücklich darauf hin, dass der einzig mögliche ärztliche Standpunkt derjenige sei, dass immer medizinisches Fachpersonal anwesend sein müsste.

6.2 An der grundsätzlichen Notwendigkeit der Anwesenheit von medizinischem Fachpersonal ändert die Argumentation der Beschwerdegegnerin nichts. Es liegt zwar auf der Hand, dass sich die beteiligten Parteien mit der Situation haben vertraut machen können und dass die Eltern zahlreiche Komplikationen wohl beheben könnten. Auch übernehmen die Eltern zeitlich einen Grossteil der Überwachung. Dies ändert aber nichts an der grundsätzlichen Notwendigkeit der Anwesenheit von geschultem Personal. Entgegen der Auffassung der Beschwerdegegnerin geht es auch nicht um die Entlastung der Eltern. Vielmehr könnte man es auch von der anderen Seite her betrachten: Die Eltern entlasten die Invalidenversicherung, weil sie Pflichten und damit ein höheres Risiko übernehmen, obwohl grundsätzlich medizinisches Fachpersonal anwesend sein müsste. Entgegen der Auffassung der Beschwerdegegnerin hat sich sodann offenbar auch die Pflegesituation im fraglichen Zeitraum nur marginal verändert.

6.3 Aus den Bedarfsmeldungen des Beschwerdeführers vom 26. August 2016 (iv act. 159), vom 29. November 2016 (iv act. 171) und 1. März 2017 (iv act. 179) geht hervor, wie viel Zeit die Kinderspitex für welche Leistungen einberechnet hat. Die Auflistung ist klar und nachvollziehbar, die Leistungen sind umschrieben und mit einer Zeitangabe versehen. Der Bedarf ist damit konkret ausgewiesen und von Dr. D.____ ärztlich verordnet worden. Grundsätzlich werden die zu erbringenden Leistungen von der Beschwerdegegnerin auch nicht bestritten. Bestritten wird, wie bereits dargelegt, einzig die Höhe des Aufwands. Dieser spielt aber keine entscheidende Rolle mehr, da grundsätzlich während 24 Stunden medizinisches Fachpersonal anwesend sein müsste. In diesem Sinne ist auch das Urteil des Bundesgerichts vom 6. Juni 2017, 9C_46/2017, zu verstehen: Darin wird in Erwägung 3.2 anerkannt, dass in einem Falle, wo Massnahmen nicht planbar seien und eine stetige Bereitschaft einer Pflegefachperson gewährleistet sein müsse, auch die dazwischen liegenden Zeitabschnitte als pflegebedingt zu betrachten und daher zu berücksichtigen seien. Unter der gleichen Erwägung wird festgehalten, dass ein „Selber-Ausführen“ der Leistung durch nicht geschulte Personen wie zum Beispiel Eltern oder Drittpersonen – auch wenn diese durch das Fachpersonal entsprechend instruiert worden seien – einen Leistungsanspruch gegenüber der Invalidenversicherung nicht ausschliesse, wenn tatsächlich eine Pflegefachperson zum Einsatz komme.

7. Aus dem Gesagten ergibt sich, dass beim Beschwerdeführer im vorliegend zu berücksichtigenden Zeitabschnitt vom 21. September 2016 bis 20. Juni 2017 während 24 Stunden pro Tag eine lebensbedrohliche Notfallsituation hätte eintreten können und deshalb während 24 Stunden pro Tag geschultes medizinisches Fachpersonal hätte anwesend sein müssen. Daher besteht Anspruch auf Gewährung von medizinischen Massnahmen im Sinne von Art. 13 und 14 IVG im Umfang der von der Kinderspitex C.____ mit den Bedarfsmeldungen vom 26. August 2016, vom 29. November 2016 und vom 1. März 2017 geltend gemachten Stunden. Die Beschwerde wird deshalb gutgeheissen und die angefochtenen Verfügungen vom 26. Oktober 2017, vom 27. Oktober 2017 und vom 30. Oktober 2017 werden aufgehoben. Dem Beschwerdeführer wird vom 21. September 2016 bis 20. Dezember 2016 Kostengutsprache für Kinderspitexleistungen im Umfang von 65 Stunden und 30 Minuten pro Woche für Untersuchung und Behandlung, von 2 Stunden und 40 Minuten pro Woche für Beratung und Instruktion sowie einmalig von 2 Stunden und 30 Minuten für Abklärung und Dokumentation, vom 21. Dezember 2016 bis 20. März 2017 im Umfang von 65 Stunden und 30 Minuten pro Woche für Untersuchung und Behandlung, von 2 Stunden und 40 Minuten pro Woche für Beratung und Instruktion sowie einmalig von 1 Stunde und 45 Minuten für Abklärung und Dokumentation und schliesslich vom 21. März 2017 bis 20. Juni 2017 im Umfang von 64 Stunden pro Woche für Untersuchung und Behandlung, von 2 Stunden und 40 Minuten pro Woche für Beratung und Instruktion sowie einmalig von 45 Minuten für Abklärung und Dokumentation erteilt.

8.1 Es bleibt über die Kosten zu entscheiden. Gemäss Art. 69 Abs. 1^{bis} IVG sind Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Verfahrenskosten werden gestützt auf § 20 Abs. 3 VPO in der Regel in angemessenem Ausmass der unterliegenden Partei auferlegt. In casu hätte deshalb die Beschwerdegegnerin als unterliegende Partei grundsätzlich die Verfahrenskosten zu tragen. In diesem Zusammenhang ist allerdings zu beachten, dass laut § 20 Abs. 3 Satz 3 VPO

den Vorinstanzen – vorbehältlich des hier nicht interessierenden § 20 Abs. 4 VPO – keine Verfahrenskosten auferlegt werden. Dies hat zur Folge, dass für den vorliegenden Prozess keine Verfahrenskosten erhoben werden. Dem Beschwerdeführer ist der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 800.-- zurückzuerstatten.

8.2 Gemäss Art. 61 lit. g ATSG hat die obsiegende Beschwerde führende Person Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Da der Beschwerdeführer obsiegende Partei ist, ist ihm eine Parteientschädigung zu Lasten der Beschwerdegegnerin zuzusprechen. Der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers hat in seiner Honorarnote vom 8. Februar 2018 einen Zeitaufwand von insgesamt 9 Stunden geltend gemacht, was sich in Anbetracht der sich stellenden Sachverhalts- und Rechtsfragen als angemessen erweist. Nicht zu beanstanden sind sodann die in der Honorarnote ausgewiesenen Auslagen von insgesamt Fr. 48.10. Somit ist dem Beschwerdeführer eine Parteientschädigung in der beantragten Höhe von Fr. 2'475.05 (9 Stunden à Fr. 250.-- + Auslagen von Fr. 48.10 zuzüglich 7.7 % Mehrwertsteuer) zu Lasten der Beschwerdegegnerin zuzusprechen.

Demgemäss wird **erkannt** :

- ://:
1. In Gutheissung der Beschwerde wird die angefochtene Verfügung vom 26. Oktober 2017 aufgehoben und es wird festgestellt, dass dem Beschwerdeführer vom 21. September 2016 bis 20. Dezember 2016 Kostengutsprache für Kinderspitexleistungen im Umfang von 65 Stunden und 30 Minuten pro Woche für Untersuchung und Behandlung, von 2 Stunden und 40 Minuten pro Woche für Beratung und Instruktion sowie einmalig von 2 Stunden und 30 Minuten für Abklärung und Dokumentation zu erteilen ist.
 2. In Gutheissung der Beschwerde wird die angefochtene Verfügung vom 27. Oktober 2017 aufgehoben und es wird festgestellt, dass dem Beschwerdeführer vom 21. Dezember 2016 bis 20. März 2017 Kostengutsprache für Kinderspitexleistungen im Umfang von 65 Stunden und 30 Minuten pro Woche für Untersuchung und Behandlung, von 2 Stunden und 40 Minuten pro Woche für Beratung und Instruktion sowie einmalig von 1 Stunde und 45 Minuten für Abklärung und Dokumentation zu erteilen ist.
 3. In Gutheissung der Beschwerde wird die angefochtene Verfügung vom 30. Oktober 2017 aufgehoben und es wird festgestellt, dass dem Beschwerdeführer vom 21. März 2017 bis 20. Juni 2017 Kostengutsprache für Kinderspitexleistungen im Umfang von 64 Stunden pro Woche für Untersuchung und Behandlung, von 2 Stunden und 40 Minuten pro Woche für Beratung und Instruktion sowie einmalig von 45 Minuten für Abklärung und Dokumentation zu erteilen ist.
 4. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben. Dem Beschwerdeführer wird der geleistete Kostenvorschuss in der Höhe von Fr. 800.-- zurückerstattet.
 5. Die Beschwerdegegnerin hat dem Beschwerdeführer eine Parteientschädigung in der Höhe von Fr. 2'475.05 (inkl. Auslagen und 7.7 % Mehrwertsteuer) zu bezahlen.

<http://www.bl.ch/kantonsgericht>