

200 12 242 KV
LOU/GET/SEE

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil des Einzelrichters vom 28. Januar 2015

Verwaltungsrichter Loosli
Gerichtsschreiber Germann

Erbengemeinschaft des A. _____
handelnd durch B. _____ und C. _____
vertreten durch Fürsprecher D. _____

Beschwerdeführerin



gegen

Assura-Basis SA
Postfach 7, 1052 Le Mont-sur-Lausanne
Beschwerdegegnerin

betreffend Einspracheentscheid vom 30. Januar 2012

Sachverhalt:

A.

Der 1960 geborene und am xx. xxxx 2012 verstorbene A. _____ (nachfolgend Versicherter) war bei der Assura-Basis SA (nachfolgend Assura bzw. Beschwerdegegnerin) obligatorisch krankpflegeversichert. Er litt an einer rasch fortschreitenden Multisystematrophie und dadurch bedingter Pflegebedürftigkeit, weshalb er Hauspflegeleistungen der Spitex bezog. Für die entsprechenden Kosten kam die Assura auf (vgl. Akten der Assura [act. II] 31 S. 1 ff.; Akten der Erbgemeinschaft des A. _____ [nachfolgend Beschwerdeführerin], [act. I] 11).

Im September 2011 liess die Assura durch ihren vertrauensärztlichen Dienst beim Versicherten zu Hause eine Abklärung des Pflegebedarfs durchführen (act. II 9; Akten der Assura [act. IIA] b). Gestützt auf die entsprechenden Ergebnisse teilte sie ihm in der Folge formlos mit, die Assura beteilige sich an den Spitexkosten im Umfang von 3 Stunden pro Tag; darüber hinausgehende Leistungen gingen zu Lasten des Versicherungsnehmers (act. II 16).

Am 17. Oktober 2011 liess der Versicherte durch seinen Rechtsvertreter die „vollumfängliche“ Kostengutsprache sowohl bezüglich der Spitexleistungen als auch hinsichtlich eines Rehabilitationsaufenthaltes in der Rehaklinik E. _____ sowie die unverzügliche Vergütung bereits in Rechnung gestellter Spitexleistungen beantragen. Ferner verlangte er im Sinne einer vorsorglichen Massnahme und für den Abweisungsfall „die vorläufige Ausrichtung der Spitexleistungen bis zum Abschluss des Rechtsstreites“ (act. II 18). Zudem ersuchte die Spitex ihrerseits mit am 27. Oktober 2011 der Assura zugestelltem Bedarfsmeldeformular vom 3. Oktober 2011 für die Zeit vom 19. September bis 31. Dezember 2011 um Bewilligung von Pflegeleistungen im Umfang von rund 431 Stunden pro Quartal (act. II 15).

Mit Verfügung vom 15. November 2011 (act. II 20) sprach die Assura dem Versicherten ab dem 5. Oktober 2011 die Übernahme von Spitexleistungen im Umfang von 3 Stunden pro Tag zu; ferner erteilte sie Kostengutsprache für einen dreiwöchigen Rehabilitationsaufenthalt in der Rehaklinik

F._____, wobei sie gleichzeitig eine Kostenübernahme für einen Rehabilitationsaufenthalt in der Rehaklinik E._____ ablehnte; schliesslich verneinte sie die vorläufige Ausrichtung der Spitexleistungen „bis zum Abschluss des Rechtsstreites.“ Die dagegen erhobene Einsprache (act. II 25) wies die Assura – nachdem die Spitex mit einem weiteren Bedarfsmeldeformular vom 16. Dezember 2011 für die Zeit vom 1. Januar bis 30. Juni 2012 um Bewilligung von Pflegeleistungen im Umfang von rund 474 Stunden pro Quartal ersucht hatte (act. II 24) – mit Entscheid vom 30. Januar 2012 (act. II 27) ab.

B.

Dagegen liess der Versicherte, vertreten durch Fürsprecher D._____, mit Eingabe vom 1. März 2012 Beschwerde erheben und folgende Anträge stellen:

1. Der Einspracheentscheid vom 30. Januar 2012 und die Verfügung vom 15. November 2011 seien vollumfänglich aufzuheben und A._____ sei
 - a) auch für die Spitexleistungen nach dem 5. Oktober 2011 gemäss ärztlicher Verordnung sowie
 - b) für den Rehabilitationsaufenthalt in der Rehaklinik E._____ je eine vollumfängliche Kostengutsprache zuzusprechen.
2. Für die Dauer des Rechtsstreites sei mittels superprovisorischer Verfügung als vorsorgliche Massnahme die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, für die Spitexleistungen gemäss ärztlicher Verordnung rückwirkend per 6. Oktober 2011 die Kosten zu tragen.
3. Unter Kosten und Entschädigungsfolgen.

In der Begründung liess der Versicherte im Wesentlichen geltend machen, mit Bezug auf die Kostengutsprache für einen Rehabilitationsaufenthalt in der Rehaklinik F._____ (statt in der Rehaklinik E._____) übersehe die Assura, dass unter den Listenspitälern freie Spitalwahl bestehe. Zudem sei ein Aufenthalt in der Rehaklinik E._____ auch zweckmässig. Hinsichtlich der Spitexleistungen könne die Pflege durch die Spitex und die Lebenspartnerin in der bisherigen Lebensumgebung ohne Zweifel als die wirksamere und zweckmässiger als die Heimpflege taxiert werden. Werde die Vergleichsrechnung gemäss der bisherigen Rechtsprechung vorgenommen, so erweise sich die Hauspflege gerade noch als wirtschaftlich,

fielen doch Kosten von rund Fr. 100'000.-- jährlich an. Würden dagegen im Sinne der Lehre die tatsächlichen Heimkosten bei der Wirtschaftlichkeitsüberprüfung herangezogen, so sei die Hauspflege offensichtlich wirtschaftlicher als die Heimpflege.

Mit unangefochten gebliebener Verfügung vom 5. März 2012 wies die Instruktionsrichterin das Gesuch um Erlass einer superprovisorischen Verfügung (im Sinne von Antrag Ziffer 2 der Beschwerde) ab.

Mit Beschwerdeantwort vom 15. Mai 2012 beantragt die Beschwerdegegnerin Abweisung der Beschwerde, soweit darauf einzutreten sei. In der Begründung macht sie mit Bezug auf die Spitexpflege im Wesentlichen geltend, die erforderlichen Leistungen seien für den Versicherten momentan sowohl zu Hause wie auch im Pflegeheim möglich und zweckmässig, weshalb es vorliegend primär um die Frage gehe, welche Leistungen der Krankenversicherer unter dem Gesichtspunkt der Wirtschaftlichkeit zu übernehmen habe. Der Kostenvergleich habe anhand der vom Versicherer effektiv zu übernehmenden Leistungen zu erfolgen. Aufgrund der Abklärungen und des Hausbesuches beim Versicherten durch die Vertrauenspflegefachleute des vertrauensärztlichen Dienstes seien die Spitexleistungen beschränkt worden, wobei 3 Stunden pro Tag ausreichen, um die erforderlichen Massnahmen vorzunehmen. Selbst wenn ein höherer Bedarf als 3 Stunden Spitexleistungen pro Tag angezeigt wären, so müsste im Sinne eines Kostenvergleichs die Leistungspflicht nach KVG auf die Pflegeheimtaxe beschränkt werden, weshalb kein Anspruch auf die Vergütung der monatlichen Pflegekosten von über Fr. 9'000.-- bestehe. Schliesslich sei auch die verweigerte Kostengutsprache für den stationären Aufenthalt in der Rehaklinik E._____ nicht zu beanstanden.

Mit Replik vom 17. Oktober 2012 liess der Versicherte an den in der Beschwerde gestellten Rechtsbegehren festhalten. Im Übrigen liess er im Wesentlichen geltend machen, der Pflegebedarf ergebe sich aus seinem Behinderungsgrad – er sei praktisch immobil. Die erbrachten Leistungen dokumentiere die Spitex lückenlos und erläutere diese auch. Anlässlich der Besprechung im Haushalt des Beschwerdeführers am 27. September 2011 und hernach werde die medizinische Notwendigkeit der Spitexleistungen mit keinem Wort in Zweifel gezogen. Im Übrigen sei die „Beurteilung Assu-

ra vom 13. März 2012“ für das vorliegende Verfahren unbeachtlich, weil damit das rechtliche Gehör des Versicherten verletzt worden sei.

Mit gleichentags erfolgter Eingabe teilte Fürsprecher D._____ mit, dass der Versicherte am xx. xxxx 2012 verstorben sei. Die Erben wünschten die Fortführung des Prozesses.

Mit prozessleitender Verfügung vom 31. Januar 2013 sistierte die Instruktionsrichterin das Verfahren bis zum Vorliegen einer Erbenbescheinigung betreffend der möglichen Erben. Gleichzeitig hielt sie fest, mit der Einreichung der Erbenbescheinigung sei zum Rechtsbegehren Ziffer 1b (gemäss Beschwerde) Stellung zu nehmen.

Mit Eingabe vom 8. Oktober 2013 reichte Fürsprecher D._____ eine beglaubigte Kopie des Erbenscheins ein (act. I 10) und beantragte die Aufhebung der Sistierung. Zudem teilte er mit, dass das Rechtsbegehren gemäss Ziffer 1b der Beschwerde vom 1. März 2012 vollumfänglich zurückgezogen werde.

Mit prozessleitender Verfügung vom 9. Oktober 2013 hob die Instruktionsrichterin die Sistierung des Verfahrens auf.

Mit Duplik vom 7. November 2013 hält die Beschwerdegegnerin an ihren mit Beschwerdeantwort vom 15. Mai 2012 gestellten Rechtsbegehren fest und macht ergänzend geltend, die als Beurteilungsgrundlage beigezogene Pflegestufe 10 sei nicht zu beanstanden, nachdem sowohl das Alterspflegeheim G._____ wie auch die Stiftung H._____ nach dem jeweiligen Heimeintritt gemäss den drei beiliegenden Pflegeausweisen mit der Pflegestufe 9 sogar eine tiefere Einstufung vorgenommen hätten. Im Übrigen hielt die Beschwerdegegnerin an ihren Standpunkten fest.

Mit prozessleitender Verfügung vom 19. November 2013 wies die Instruktionsrichterin die Beschwerdeführerin unter Zustellung der Verfahrensakten an, innert Frist zur „Beurteilung Assura“ (act. II 28) sowie zum „Leistungsplanungsblatt“ (act. II 29) Stellung zu nehmen.

Mit Stellungnahme vom 31. März 2014 stellte die Beschwerdeführerin die folgenden Beweisanträge:

- Die Beschwerdegegnerin sei unter Strafandrohung zu verpflichten, sämtliche Akten des Versicherten A._____, welche die vorliegende Streitsache betreffen, dem Gericht vorzulegen, insbesondere das Protokoll der Abklärung der Pflegebedürftigkeit im Haushalt des A._____ im September 2011.
- Die Mitarbeiterin der Beschwerdegegnerin, Frau I._____, Vertrauenspflegefachfrau, sei als Zeugin gerichtlich zu befragen.
- Die Mitarbeiterin der Spitex, Frau J._____, Dipl. Pflegefachfrau, sei als Zeugin gerichtlich zu befragen.

In der Begründung bringt die Beschwerdeführerin vor, die Beschwerdegegnerin habe mit Schreiben vom 20. Juli 2010 an die Spitex den besonderen Pflegeaufwand für den Versicherten anerkannt. Im September 2011 habe die Beschwerdegegnerin vor Ort die Pflegebedürftigkeit und den -aufwand abgeklärt mit demselben Ergebnis, dass der ausgewiesene Pflegeaufwand von der Abklärungsperson (Frau I._____) anerkannt worden sei. Bis und mit September 2011 seien die Leistungsabrechnungen der Spitex denn auch in vollem Umfange vergütet worden. Zudem sei die „Beurteilung Assura“ (act. II 28) ohne die Spitex vorgenommen worden und stehe auch im Widerspruch zu den Ergebnissen der Abklärung vom September 2011. Auch daraus resultierten die beantragten Zeugenbefragungen. Im Weiteren nimmt die Beschwerdeführerin Stellung zum in der „Beurteilung Assura“ (act. II 28) betreffend einzelner Verrichtungen aufgeführten Behandlungsaufwand. Schliesslich macht sie geltend, das Leistungsplanungsblatt (act. II 29) korrespondiere zwar mit der „Beurteilung Assura“, stehe jedoch im Widerspruch zu den ärztlichen Verordnungen, den tatsächlichen Leistungsplanungsblättern sowie den tatsächlich erbrachten Leistungen.

Mit Stellungnahme vom 20. Juni 2014 reichte die Beschwerdegegnerin weitere Unterlagen ein (act. IIA a-d). Hierzu hält sie fest, ergänzend zu den Beschwerdebeilagen hätten noch persönliche Notizen der Mitarbeiterinnen des vertrauensärztlichen Dienstes besorgt werden können. Weitere Auskünfte hätten nicht mehr eingeholt werden können, da Frau I._____ nicht mehr bei der Beschwerdegegnerin arbeite. Ferner hätten von der Gegenpartei keine genügenden Argumente für einen höheren Pflegebedarf dargebracht werden können. Die bis anfangs 2011 garantierten 236.8 Stunden Spitex pro Quartal hätten keinen Anlass zur Reklamation gegeben. Selbst wenn dem Versicherten in einem oder anderen Bereich noch einige Pflegeminuten mehr pro Tag zugestanden worden wären, hätte sich

der tägliche Pflegebedarf nicht auf mehr als drei Stunden erhöht. Schliesslich sei nicht nachvollziehbar, inwiefern eine persönliche Befragung der Spitexmitarbeiterin weitere Erkenntnisse bringen sollte. Da Frau I. _____ mittlerweile nicht mehr bei der Beschwerdegegnerin arbeite, sei auch hier eine Vorladung kaum sinnvoll.

Mit Stellungnahme vom 25. Juni 2014 hielt die Beschwerdeführerin an den mit Eingabe vom 31. März 2014 beantragten Zeugenbefragungen fest.

Erwägungen:

1.

1.1 Der angefochtene Entscheid ist in Anwendung von Sozialversicherungsrecht ergangen. Die Sozialversicherungsrechtliche Abteilung des Verwaltungsgerichts beurteilt gemäss Art. 57 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom 6. Oktober 2000 (ATSG; SR 830.1) in Verbindung mit Art. 54 Abs. 1 lit. a des kantonalen Gesetzes über die Organisation der Gerichtsbehörden und der Staatsanwaltschaft vom 11. Juni 2009 (GSOG; BSG 161.1) Beschwerden gegen solche Entscheide. Der Versicherte war im vorinstanzlichen Verfahren nicht durchgedrungen. Mit dem Erwerb der Erbschaft ist die nunmehr beschwerdeführende Erbgemeinschaft an die Stelle des im Oktober 2012 verstorbenen Versicherten (vgl. Eingabe vom 17. Oktober 2012) getreten (Art. 560 Abs. 1 und 2 des Schweizerischen Zivilgesetzbuches [ZGB; SR 210]; vgl. BGE 136 V 7 E. 2.1.2 S. 10; act. I 10) und demzufolge durch den angefochtenen Entscheid berührt. Zudem hat sie ein schutzwürdiges Interesse an der Aufhebung des Entscheids, weshalb sie zur Beschwerde befugt ist (Art. 59 ATSG). Die örtliche Zuständigkeit ist gegeben (Art. 58 ATSG). Da auch die Bestimmungen über Frist (Art. 60 ATSG) sowie Form (Art. 61 lit. b ATSG; Art. 81 Abs. 1 in Verbindung mit Art. 32 des kantonalen Gesetzes über die Verwaltungsrechtspflege vom 23. Mai 1989 [VRPG; BSG 155.21]) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde einzutreten.

1.2 Anfechtungsobjekt bildet der Einspracheentscheid vom 30. Januar 2012 (act. II 27). Mit Bezug auf den Streitgegenstand steht fest, dass sowohl die Bedarfsmeldung vom 3. Oktober 2011 (act. II 15) als auch jene vom 3. Januar 2012 (act. II 24) Beurteilungsgegenstand bildeten (vgl. auch Duplik vom 7. November 2013). Im Weiteren folgt aus den Akten, dass der Versicherte Spitexleistungen bis am 31. März 2012 in Anspruch genommen hatte (act. II 34), wohingegen sich ein weitergehender Leistungsbezug bis zum Heimeintritt Ende Mai 2012 (act. IIA c) aus den vorliegenden Unterlagen nicht ergibt. Streitig und zu prüfen ist somit der Umfang der Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin für Spitexleistungen vom 5. Oktober 2011 bis 31. März 2012 im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung.

1.3 Mit den genannten Bedarfsmeldungen vom 3. Oktober 2011 (act. II 15) bzw. 3. Januar 2012 (act. II 24) machte die Spitex einen Pflegebedarf pro Quartal von 431 Stunden und 5 Minuten respektive 474 Stunden und 18 Minuten geltend. Dies entspricht Pflegekosten von Fr. 25'097.95 bzw. Fr. 27'397.05 pro Quartal und rund Fr. 8'366.-- respektive Fr. 9'132.-- pro Monat, ausmachend Fr. 52'495.-- für den Zeitraum vom 1. Oktober 2011 bis 31. März 2012 (zur Berechnung, vgl. E. 4.2.1 hinten). Indessen ist zu berücksichtigen, dass sich der Versicherte vom 16. Februar bis 8. März 2012 – mithin für 22 Tage – in einem Pflegeheim aufhielt (act. II 34), was unter den vorliegend gegebenen Umständen einem Spitexaufwand von rund Fr. 6'392.-- (0.7 x Fr. 9'132.--) entspricht und welcher Betrag in Abzug zu bringen ist. Somit belief sich der potentielle Gesamtaufwand an Spitexleistungen im relevanten Zeitraum (vgl. E. 1.2 hiervoor) auf rund Fr. 46'103.-- (Fr. 52'495.-- - Fr. 6'392.--).

Die Beschwerdegegnerin hat Spitexleistungen im Umfang von 3 Stunden pro Tag anerkannt (vgl. act. II 20), was für die Zeit vom 5. Oktober 2011 bis 31. März 2012 sowie unter Berücksichtigung des Heimaufenthalts vom 16. Februar bis 8. März 2012 einen Aufwand von insgesamt Fr. 27'237.60 (156 Tage x Fr. 174.60 [zur Berechnung, vgl. E. 4.4.2 hinten]) ergibt. Somit resultieren potentiell offene Spitexkosten von Fr. 18'865.40 (Fr. 46'103.-- - Fr. 27'237.60), weshalb der Streitwert unter Fr. 20'000.-- liegt. Damit fällt

die Beurteilung der Beschwerde in die einzelrichterliche Zuständigkeit (Art. 57 Abs. 1 GSOG).

1.4 Das Gericht überprüft den angefochtenen Entscheid K. _____ und ist an die Begehren der Parteien nicht gebunden (Art. 61 lit. c und d ATSG; Art. 80 lit. c Ziff. 1 und Art. 84 Abs. 3 VRPG).

2.

Die Beschwerdeführerin macht in ihrer Replik vom 17. Oktober 2012 eine Verletzung des rechtlichen Gehörs dahingehend geltend, die Beschwerdegegnerin habe erst nach Eröffnung des Einspracheentscheides und ohne den Versicherten oder die Spitex vor der Einreichung der Beschwerdeantwort darüber informiert zu haben, mit „der Aufstellung von Hypothesen“ eine „Beurteilung“ betreffend den Pflegeaufwand erstellt (vgl. act. II 28).

Soweit im Verhalten der Beschwerdegegnerin eine Verletzung des rechtlichen Gehörs zu erblicken wäre, so gälte sie jedenfalls im vorliegenden Verfahren mit der in der prozessleitenden Verfügung vom 19. November 2013 gewährten (und am 31. März 2014 auch in Anspruch genommenen) Möglichkeit zur Stellungnahme zur „Beurteilung Assura“ und dem „Leistungsplanungsblatt“ als geheilt. Im Übrigen geht aus dem Einspracheentscheid rechtsgenügend hervor, von welchen Überlegungen sich die Beschwerdegegnerin für die Beurteilung der Leistungspflicht hat leiten lassen, weshalb dem Versicherten eine sachgerechte Anfechtung des Einspracheentscheides ohne weiteres möglich war.

3.

3.1 Nach Art. 24 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung vom 18. März 1994 (KVG; SR 832.10) übernimmt die obligatorische Krankenpflegeversicherung die Kosten für die Leistungen gemäss den Art. 25 bis 31 nach Massgabe der in den Art. 32 bis 34 KVG festgelegten Voraussetzungen. Nach Art. 25 Abs. 2 lit. a Ziff. 3 KVG umfassen diese unter an-

derem die Untersuchungen und Behandlungen, die ambulant, stationär oder in einem Pflegeheim sowie die Pflegeleistungen, die in einem Spital durchgeführt werden durch Personen, die auf Anordnung oder im Auftrag eines Arztes oder einer Ärztin bzw. eines Chiropraktors oder einer Chiropraktorin Leistungen erbringen. Gemäss Art. 25a Abs. 1 KVG leistet die obligatorische Krankenpflegeversicherung einen Beitrag an die Pflegeleistungen, welche aufgrund einer ärztlichen Anordnung und eines ausgewiesenen Pflegebedarfs ambulant, auch in Tages- oder Nachtstrukturen, oder im Pflegeheim erbracht werden.

Gestützt auf Art. 25a Abs. 3 KVG in Verbindung mit Art. 33 lit. b der Verordnung über die Krankenversicherung vom 27. Juni 1995 (KVV, SR 832.102) hat das Eidgenössische Departement des Innern in Art. 7 und 7a der Verordnung über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung vom 29. September 1995 (Krankenpflege-Leistungsverordnung KLV; SR 832.112.31) festgelegt, für welche Abklärungen, Beratungen, Untersuchungen, Behandlungen und Pflegemassnahmen, die aufgrund einer Bedarfsabklärung von Pflegefachleuten, Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause oder von Pflegeheimen auf ärztliche Anordnung hin oder im ärztlichen Auftrag ambulant oder im Pflegeheim erbracht werden, die obligatorische Krankenpflegeversicherung Beiträge zu leisten hat.

3.2 Bei Aufenthalt in einem Pflegeheim (Art. 39 Abs. 3 KVG) vergütet der Versicherer die gleichen Leistungen wie bei ambulanter Krankenpflege nach Art. 25a KVG (Art. 50 KVG). Die Leistungen gemäss Art. 7 Abs. 2 KLV der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner oder der Organisation der Krankenpflege und Hilfe zu Hause müssen nach Art und Leistung in Rechnung gestellt werden, diejenigen der Pflegeheime müssen nach dem Pflegebedarf verrechnet werden (Art. 9 KLV).

3.3 Die Leistungen nach Art. 25 bis 31 KVG müssen – kumulativ – wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sein (Art. 32 Abs. 1 KVG).

Eine medizinische Leistung ist wirksam, wenn sie objektiv geeignet ist, auf den angestrebten diagnostischen, therapeutischen oder pflegerischen Nutzen hinzuwirken. Wirksamkeit bezeichnet die kausale Verknüpfung von

Ursache (medizinische Massnahme) und Wirkung (medizinischer Erfolg). Sie meint die einfache Tatsache der Eignung zur Zielerreichung (Entscheid des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG; heute Bundesgericht {BGer}] vom 24. Juni 2004, K 142/03, E. 1.2; BGE 133 V 115 E. 3.1 S. 116; vgl. GEBHARD EUGSTER, Bundesgesetz über die Krankenversicherung [KVG], 2010, S. 199).

Zweckmässigkeit setzt Wirksamkeit voraus (BGE 133 V 115 E. 2.2 S. 116) und versteht sich als „angemessene Eignung im Einzelfall“ (BGE 123 V 53 E. 2c/bb S. 63). Sie ist das massgebende Kriterium für die Auswahl unter den wirksamen Behandlungsalternativen (BGE 127 V 138 E. 5 S. 146). Zweckmässig ist jene Anwendung, welche gemessen am angestrebten Erfolg und unter Berücksichtigung der Risiken den besten diagnostischen und therapeutischen Nutzen aufweist (BGE 130 V 299 E. 6.1 S. 304; vgl. GEBHARD EUGSTER, a.a.O., S. 200).

3.4

3.4.1 Das Wirtschaftlichkeitserfordernis im Sinne von Art. 32 Abs. 1 KVG bezieht sich nach der Rechtsprechung auf die Wahl unter mehreren zweckmässigen Behandlungsalternativen: Bei vergleichbarem medizinischem Nutzen ist die kostengünstigste Variante bzw. diejenige mit dem besten Kosten-/Nutzen-Verhältnis zu wählen. Dem Grundsatz der Wirtschaftlichkeit der Behandlung kommt im Leistungsrecht der sozialen Krankenversicherung generelle Bedeutung zu. Somit kann sich – bei Langzeitpatienten – die Frage der Wirtschaftlichkeit der Behandlung auch im Verhältnis zwischen Hauspflege (Spitexleistungen) und der Pflege in einem Pflegeheim stellen. Entsprechend machen die Bestimmungen von Art. 8a KLV den erweiterten Spitexeinsatz von einer Wirtschaftlichkeitsprüfung im Sinne von Art. 56 Abs. 1 KVG abhängig (BGE 126 V 334 E. 2b S. 339, 136 V 395 E. 7.4 S. 407; Entscheid des BGer vom 5. Oktober 2000, K 61/00, E. 2b).

3.4.2 Nach der Rechtsprechung ist bei der Wirtschaftlichkeitsprüfung danach zu differenzieren, ob die Spitexpflege wirksamer und zweckmässiger ist als die Heimpflege (Entscheid des BGer vom 21. Dezember 2010, 9C_702/2010, E. 5.1). Indessen bedeutet die

Anwendbarkeit des Grundsatzes der Wirtschaftlichkeit der Behandlung nicht, dass die Krankenversicherer befugt sind, die Vergütung der Spitexdienste stets auf jene Leistungen zu beschränken, die sie bei Aufenthalt in einem Pflegeheim zu gewähren hätten. Die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit darf nicht anhand einer strikten Gegenüberstellung der dem Krankenversicherer entstehenden Kosten eines Spitexeinsatzes einerseits und eines Pflegeheimaufenthalts andererseits erfolgen. Wenn aber – bei gleicher Zweckmässigkeit der Massnahmen – zwischen den Kosten eines Spitexeinsatzes und denjenigen des Aufenthalts in einem Pflegeheim ein grobes Missverhältnis besteht, kann der Spitexeinsatz auch unter Berücksichtigung der berechtigten Interessen der versicherten Person nicht mehr als wirtschaftlich angesehen werden. Dies hat auch dann zu gelten, wenn der Spitexeinsatz im konkreten Fall als zweckmässiger und wirksamer zu betrachten ist als ein an sich ebenfalls zweckmässiger und wirksamer Heimaufenthalt (Entscheid des EVG vom 2. Dezember 2013, K 33/02, E. 1.3).

3.4.3 Die Rechtsprechung hat bei Gleichwertigkeit von Spitex- und Heimpflege den Anspruch auf Spitexleistungen bei Mehrkosten von 48% bejaht und verneint bei drei- bis viermal sowie fünfmal höheren Kosten. In Fällen, in welchen sich die Spitexpflege als wirksamer und zweckmässiger erwies, wurde die Leistungspflicht unter Berücksichtigung der konkreten Umstände bejaht bei 1,9mal bzw. 2,86mal höheren Kosten. War die Spitexpflege als erheblich wirksamer und zweckmässiger zu qualifizieren, was namentlich bei versicherten Personen zutraf, welche noch einer Erwerbstätigkeit nachgingen oder aktiv am gesellschaftlichen und sozialen Leben teilnahmen, wurde der Anspruch selbst in Fällen bejaht, wo die Spitexpflege bis zu 3,5mal höhere Kosten verursachte (BGer 9C_702/2010, E. 5.1). In einem neueren Entscheid hat das Bundesgericht einen Anspruch auf Spitexleistungen bei einem Faktor von 2,56 hingegen abgelehnt, obschon die ambulante Pflege als leicht wirksamer und zweckmässiger eingestuft wurde. Das Bundesgericht betonte, die Pflege zu Hause müsse einen klaren Vorteil (*bénéfice manifeste*) gegenüber der Heimpflege aufweisen (BGE 139 V 135 E. 4.5 S. 141). In absoluten Zahlen betrachtet liegt der noch als wirtschaftlich betrachtete Hauspflegeaufwand in der Grössenordnung von gegen Fr. 100'000.-- pro Jahr. Unverhältnismässig

bzw. unwirtschaftlich sind Kosten, die vier- bis fünfmal höher sind als diejenigen im Pflegeheim und absolut über etwa Fr. 100'000.-- pro Jahr betragen (BGer 9C_702/2010, E. 5.1).

3.4.4 Bei der Wirtschaftlichkeitsbeurteilung werden nach der Rechtsprechung nur die Kosten für die Krankenkassen erfasst, nicht die Gesamtkosten des Pflegeheimaufenthaltes oder die gesamtheitlichen volkswirtschaftlichen Kosten (BGE 126 V 334 E. 2c S. 339 f.).

4.

4.1 Die Frage nach der Wirksamkeit und Zweckmässigkeit der Massnahme (vgl. E. 3.3 vorne) beurteilt sich primär nach medizinischen Gesichtspunkten. Persönliche, familiäre und soziale Umstände (z.B. Ausübung einer Erwerbstätigkeit, Anstreben einer Berufsbildung, politisches oder soziales Engagement) sind jedoch mit zu berücksichtigen (Entscheid des BGer vom 21. Januar 2014, 9C_343/2013, E. 4.1 in SVR 2014 KV Nr. 2).

4.1.1 Es ist unbestritten, dass der Versicherte aufgrund einer Multisystematrophie – einer neurodegenerativen Erkrankung (Pschyrembel, 261. Auflage, S. 1253) – an multiplen Einschränkungen litt und dadurch umfangreicher Krankenpflege im Sinne von Art. 7 KLV bedurfte. Zudem war die Krankheit rasch progredient, wobei die Hausärztin des Versicherten, Dr. med. K._____, Praktische Ärztin FMH, in der „Begründung für Leistungen über 60 Stunden pro Quartal“ vom 16. Dezember 2011 festgehalten hatte, der Versicherte benötige „in beinahe allen Bereichen des täglichen Lebens“ Unterstützung und auch die Kommunikation sei erschwert (act. II 24; vgl. auch act. II 28 S. 2). Ferner attestierte sie am 1. März 2012 im Hinblick auf eine (zeitlich begrenzte) Einweisung in ein Pflegeheim mit Bezug auf die körperliche Funktionsfähigkeit eine maximale Abhängigkeit (vgl. act. II 35).

4.1.2 Aus den Akten geht weiter hervor, dass Dr. med. K._____ die (im Verlauf stets umfangreicher werdende) Spitexpflege jeweils verordnete (act. II 2; 8; 15; 24), womit rechtsprechungsgemäss Zweckmässigkeit und

Wirksamkeit derselben zu vermuten sind (vgl. Entscheid des BGer vom 31. Oktober 2012, 9C_365/2012, E. 4.1), was auch die Beschwerdegegnerin dem Grundsatz nach anerkennt (vgl. Beschwerdeantwort vom 15. Mai 2012, Art. 5, S. 5). Umgekehrt ergibt sich aus den Akten jedoch nicht, dass ein allfälliger Eintritt in ein Pflegeheim mit Bezug auf den pflegerischen Nutzen unwirksam und unzweckmässig gewesen wäre. Im Hinblick auf den bereits erwähnten (zeitlich beschränkten) Heimübertritt hielt Dr. med. K. _____ am 30. November 2011 zuhanden der Beschwerdegegnerin vielmehr fest (act. II 23), die Pflege sei sehr belastend, weshalb sie darum ersuche, dem Versicherten einen (von der Beschwerdegegnerin in der Folge gutgeheissenen) vierwöchigen Aufenthalt in einem Pflegeheim zu bewilligen, damit er und seine Lebenspartnerin entlastet werden könnten (vgl. auch act. II 26). Zwar kann aus diesem Schreiben keine (eindeutige) Präferenz zugunsten einer definitiven Heimpflege abgeleitet werden; umgekehrt aber bringt das Schreiben unmissverständlich zum Ausdruck, dass die Spitexpflege zu Hause an ihre Grenzen gestossen ist (vgl. auch Schreiben der Spitex vom 24. Oktober 2011 [act. II 19]).

In Würdigung des Dargelegten ist deshalb nicht überwiegend wahrscheinlich, dass die Spitexpflege in Anbetracht des sich laufend verschlechternden Gesundheitszustandes des Versicherten zweckmässiger und wirksamer war als eine allfällige Heimpflege. Hieran ändert auch der Verweis auf eine potentielle psychische Dekompensation im Falle eines Heimübertritts nichts (act. II 25 S. 3), wurde dies doch ärztlicherseits nie bestätigt. Ebenso wenig ergeben sich aus den Akten Anhaltspunkte, wonach die persönlichen und sozialen Verhältnisse einem Heimübertritt zwingend entgegengestanden hätten (vgl. auch act. I 12).

Insgesamt spricht somit einiges dafür, mit Bezug auf die Spitexpflege höchstens von einer im Vergleich zur Heimpflege äquivalenten Wirksam- und Zweckmässigkeit auszugehen.

4.2 Wie es sich damit verhält, braucht indes nicht abschliessend geklärt zu werden, weil es – wie nachstehend zu zeigen ist – hinsichtlich der Spitexpflege zumindest am Erfordernis der Wirtschaftlichkeit (vgl. E. 3.4 vorne) fehlt.

4.2.1 Mit Bedarfsmeldeformular vom 3. Oktober 2011 (act. II 15) machte die Spitex für den Zeitraum vom 19. September bis 31. Dezember 2011 einen Pflegeaufwand von 431 Stunden und 5 Minuten pro Quartal geltend. Davon entfallen 14.18 Stunden auf Massnahmen der Abklärung und der Beratung, 111.45 Stunden auf die Behandlungspflege (Art. 7 Abs. 2 lit. a und b KLV in der bis am 31. Dezember 2011 gültigen Fassung) und 305.45 Stunden auf die Grundpflege (Art. 7 Abs. 2 lit. c KLV). Ausgehend von den seit 1. Januar 2011 gültigen Tarifen gemäss Art. 7a Abs. 1 KLV entspricht der geltend gemachte Aufwand Beiträgen von insgesamt Fr. 25'097.95 pro Quartal ($[14.18 \times 79.80] + [111.45 \times 65.40] + [305.45 \times 54.60]$) bzw. rund Fr. 8'366.-- pro Monat.

Mit Bezug auf den Zeitraum vom 1. Januar bis 30. Juni 2012 meldete die Spitex am 3. Januar 2012 (act. II 24) einen Pflegebedarf pro Quartal von 474 Stunden und 18 Minuten, davon 11.77 Stunden für Massnahmen der Abklärung, Beratung und Koordination, 111.45 Stunden für Massnahmen der Untersuchung und der Behandlung (vgl. Art. 7 Abs. 2 lit. a und b KLV in der seit 1. Januar 2012 gültigen Fassung) sowie 351.08 Stunden für die Grundpflege. Hieraus resultieren nach Massgabe von Art. 7a Abs. 1 KLV Beiträge in der Höhe von Fr. 27'397.05 pro Quartal ($[11.77 \times 79.80] + [111.45 \times 65.40] + [351.08 \times 54.60]$) bzw. rund Fr. 9'132.-- pro Monat.

4.2.2 Für die Heimpflege hätten für den Zeitraum vom 1. Oktober bis 31. Dezember 2011 sowie unter Zugrundelegung von Pflegestufe 9 (vgl. act. II 32; E. 3.2 vorne) – was gemäss Bewohnerinnen-Einstufungs- und Abrechnungssystem (BESA) einem Pflegebedarf von 161-180 Minuten pro Tag entspricht – gestützt auf Art. 7a Abs. 3 lit. i KLV Kosten von Fr. 7'391.25 pro Quartal ($91.25 [365 / 4] \times 81.--$) bzw. rund Fr. 2'463.-- pro Monat resultiert. Würde – mit der Beschwerdegegnerin (act. II 6; 27 S. 7) – Pflegestufe 10 und damit ein täglicher Betreuungsaufwand von 181 - 200 Minuten berücksichtigt, so hätten sich die Kosten in Anwendung von Art. 7a Abs. 3 lit. j KLV auf Fr. 8'212.50 ($91.25 \times 90.--$) pro Quartal bzw. rund Fr. 2'738.-- pro Monat belaufen. Für die Zeit ab 1. Januar 2012 hätten die quartalsweisen Kosten Fr. 7'411.50 ($91.5 [366 / 4] \times 81$ [bei Pflegestufe 9]) bzw. Fr. 8'235.-- (91.5×90 [bei Pflegestufe 10]), mithin monatlich rund Fr. 2'471.-- respektive Fr. 2'745.-- betragen.

4.3 Ein Vergleich der hiervor aufgeführten Kosten ergibt, dass die Spitexpflege hinsichtlich des Zeitraums vom 1. Oktober bis 31. Dezember 2011 – je nach zugrunde gelegter Pflegestufe – 3.06 bis 3.4mal teurer als der potentielle Pflegeaufwand in einem Heim zu stehen kam; für den Zeitraum ab dem 1. Januar 2012 waren die Spitexkosten gar zwischen 3.33 und 3.7mal so hoch. Selbst wenn vorliegend die Hauspflege als mit der Heimpflege gleichwertig oder gar vorteilhafter einzustufen wäre – wobei Letzteres dem Gesagten zufolge nicht zutrifft (vgl. E. 4.1.2 vorne) – kommt die Spitexpflege gemäss den in Rechnung gestellten Kosten und gleichviel, ob der Heimkostenermittlung Pflegestufe 9 oder 10 zugrunde gelegt wird, erheblich teurer zu stehen und überschreitet das von der Praxis festgelegte Mass für die tolerierten höheren Kosten erheblich (vgl. dazu die in E. 3.4.3 vorne aufgeführte Kasuistik). Zu berücksichtigen ist insbesondere auch, dass die Pflege zu Hause dem Gesagten zufolge (vgl. E. 4.1.2 vorne) keinen klaren Vorteil gegenüber einer allfälligen Heimpflege aufzuweisen vermochte, zumal eine aktive Teilnahme am gesellschaftlichen und sozialen Leben oder gar eine Erwerbstätigkeit angesichts der Schwere der Erkrankung und der dadurch bedingten Abhängigkeit betreffend fast alle Tätigkeiten des täglichen Lebens nicht mehr zur Diskussion stand. Auch unter Mitberücksichtigung des nachvollziehbaren Wunsches des Versicherten, weiterhin in der privaten Wohnung verbleiben zu können, liegt mit Bezug auf die Spitexleistungen im Vergleich zu den potentiellen Heimkosten ein Missverhältnis vor bzw. können Erstere nicht mehr als wirtschaftlich im Sinne der Rechtsprechung taxiert werden. Schliesslich hätten sich die jährlich gesamthaft zu entrichtenden Beiträge bei fakturierten monatlichen Spitexkosten von (ab Dezember 2011) Fr. 9'000.-- und mehr (vgl. act. II 30) auf über Fr. 100'000.-- belaufen und damit die absolute Kostenlimite im nämlichen Betrag übertroffen (vgl. E. 3.4.3 vorne). Auch insofern rechtfertigte sich die Weiterführung der Spitexpflege aus wirtschaftlichen Gründen nicht und die Beschwerdegegnerin war berechtigt, die Vergütung der Spitexdienste unter dem Aspekt des Wirtschaftlichkeitserfordernisses (vgl. E. 3.4 vorne) zu beschränken.

4.4 Was die Beschwerdeführerin dagegen vorbringt, führt zu keiner anderen Beurteilung:

4.4.1 Soweit sie kritisiert, in der bisherigen Rechtsprechung seien bei der Wirtschaftlichkeitsprüfung nur die Kosten für die Krankenversicherung betrachtet und die Gesamtkosten des Pflegeheimaufenthaltes oder gar die volkswirtschaftlichen Kosten eines solchen ausser Acht gelassen worden, ist die Beschwerdeführerin auf die höchstrichterliche Praxis hinzuweisen, welche diesen Einwand in konstanter Praxis verwirft (vgl. E. 3.4.4 vorne; vgl. auch BGer K 61/00, E. 2c; 9C_702/2010 E. 5.2). Im Übrigen ist weder ersichtlich noch zeigt die Beschwerdeführerin auf, inwieweit eine neue Lösung besserer Erkenntnis der Ratio legis, veränderten äusseren Verhältnissen oder gewandelten Rechtsanschauungen entsprechen würde (zu den Voraussetzungen einer Änderung der Rechtsprechung, vgl. BGE 133 V 37 E. 5.3.3 S. 39).

4.4.2 Sodann bestreitet die Beschwerdeführerin den Beweiswert der beschwerdegegnerischen Beurteilung des Pflegeaufwandes (act. II 28 f.) und macht geltend, diese stehe in Widerspruch zu den ärztlichen Verordnungen, den tatsächlichen Leistungsplanungsblättern sowie den tatsächlich erbrachten Leistungen. Ferner beantragt sie diverse Beweismassnahmen, namentlich die Befragung von Zeugen (vgl. Stellungnahme vom 31. März 2014).

Dem Dargelegten zufolge (vgl. E. 4.3 vorne) wäre die Beschwerdegegnerin grundsätzlich befugt gewesen, die Vergütung der Spitexdienste auf jene Leistungen zu beschränken, die sie bei Aufenthalt in einem Pflegeheim zu gewähren gehabt hätte. Tatsächlich anerkannte sie gemäss Verfügung vom 15. November 2011 (act. II 20) jedoch einen Spitexpflegebedarf von 3 Stunden täglich, wobei 2 Stunden auf die Grundpflege und 1 Stunde auf die Behandlungspflege entfallen (vgl. Einspracheentscheid, Art. 5 [act. II 27 S. 5]). Dies entspricht einem Aufwand von Fr. 15'932.25 pro Quartal ($91.25 \times \{1 \times 65.40\} + \{2 \times 54.60\}$) bzw. rund Fr. 5'311.-- pro Monat und liegt damit betragsmässig deutlich über den potentiell anfallenden Heimkosten (vgl. E. 4.2.2 vorne). Damit kann offen bleiben, ob die „Beurteilung Assura“ (act. II 28) bzw. das gestützt darauf erstellte „Leistungsplanungsblatt“ (act. II 29) in einer den beweismässigen Anforderungen genügenden Weise die entsprechenden Bedarfsmeldungen der Spitex (act. II 15; 24) zu entkräften vermöchten. Ebenso wenig bedarf es der beantragten

Beweismassnahmen, da diese unter den gegebenen Umständen zum vornherein kaum neue sachdienliche Erkenntnisse zum rechtserheblichen Sachverhalt bzw. zur Frage der Wirtschaftlichkeit zu erbringen vermöchten.

4.4.3 Schliesslich ist auch nicht entscheidend, dass die Beschwerdegegnerin den von der Spitex geltend gemachten Pflegeaufwand zunächst nicht beanstandete (vgl. act. I 11) und – wie die Beschwerdeführerin in ihrer Stellungnahme vom 31. März 2014 weiter geltend macht – für die Leistungen der Spitex bis September 2011 höhere Vergütungen geleistet hat. Die Leistungsüberprüfung erfolgt quartalsweise (vgl. Art. 8a Abs. 3 KLV), weshalb die Beschwerdegegnerin gehalten war, den veranschlagten und im Übrigen stark gestiegenen Aufwand ab Oktober 2011 zu überprüfen.

4.5 Zusammenfassend erweist sich der angefochtene Einspracheentscheid als rechtmässig, weshalb die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen ist.

5.

5.1 In Anwendung von Art. 1 Abs. 1 KVG i.V.m. Art. 61 lit. a ATSG sind keine Verfahrenskosten zu erheben, was auch für das mit unangefochten gebliebener Verfügung vom 5. März 2012 abgewiesene Gesuch um vorsorgliche Massnahmen gilt (vgl. MERKLI THOMAS / AESCHLIMANN ARTHUR / HERZOG RUTH, Kommentar zum bernischen VRPG, 1997, Art. 27 N. 22).

5.2 Bei diesem Verfahrensausgang besteht sowohl hinsichtlich der Abweisung des Gesuchs um vorsorgliche Massnahmen wie auch bezüglich Abweisung in der Hauptsache kein Anspruch auf eine Parteientschädigung (Umkehrschluss aus Art. 1 Abs. 1 KVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG).

Demnach entscheidet der Einzelrichter:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Es werden weder Verfahrenskosten erhoben noch eine Parteientschädigung zugesprochen.
3. Zu eröffnen (R):
 - Fürsprecher D. _____ z.H. der Beschwerdeführerin
 - Assura-Basis SA
 - Bundesamt für Gesundheit

Der Einzelrichter:

Der Gerichtsschreiber:

Rechtsmittelbelehrung

Gegen dieses Urteil kann innert 30 Tagen seit Zustellung der schriftlichen Begründung beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten gemäss Art. 39 ff., 82 ff. und 90 ff. des Bun-

desgesetzes vom 17. Juni 2005 über das Bundesgericht (BGG; SR 173.110) geführt werden.