

200 14 229 KV und  
200 14 684 KV (2)  
SCJ/SCM/JAA

**Verwaltungsgericht des Kantons Bern**  
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

**Urteil des Einzelrichters vom 26. Juni 2015**

Verwaltungsrichter Scheidegger  
Gerichtsschreiberin Schädeli

**A.** \_\_\_\_\_  
Beschwerdeführerin

gegen

**Atupri Krankenkasse**  
Leistungsmanagement, Zieglerstrasse 29, 3000 Bern 65  
vertreten durch Fürsprecher und Notar B. \_\_\_\_\_  
Beschwerdegegnerin

**Spitex C.** \_\_\_\_\_  
vertreten durch Fürsprecher D. \_\_\_\_\_  
Beigeladene

betreffend Einspracheentscheide vom 21. Februar 2014 und 20. Juni 2014



## **Sachverhalt:**

### **A.**

Die 1927 geborene A. \_\_\_\_\_ (Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) ist bei der Atupri Krankenkasse (Atupri bzw. Beschwerdegegnerin) obligatorisch krankenpflegeversichert und beansprucht Spitexleistungen. Mit Bedarfsmeldeformular vom 11. August bzw. 20. September 2012 stellte die Spitex C. \_\_\_\_\_ (Spitex bzw. Beigeladene) bei der Atupri für die Versicherte betreffend die Zeit vom 11. August bis 31. Oktober 2012 ein Gesuch um Bewilligung von 111 Stunden und 22 Minuten bzw. betreffend die Zeit vom 1. September 2012 bis 28. Februar 2013 von 154 Stunden und 25 Minuten Pflegeleistungen im Quartal (Akten der Atupri [act. IIA] 1, 4).

Nachdem sich die Versicherte mit einer am 4. Oktober 2012 erteilten Kostengutsprache (act. IIA 6) für maximal 14 Stunden pro Monat nicht einverstanden erklärt hatte (vgl. act. IIA 7, 12 f.), bestätigte die Atupri diese mit Verfügung vom 21. März 2013 (act. IIA 15). Auf Einsprache hin (act. IIA 20) sprach sie der Versicherten mit Entscheid vom 21. Februar 2014 (Beschwerdebeilage [act. I] 1) – nach Eingang weiterer Bedarfsmeldungen der Spitex (act. IIA 16, 25, 28, 30) und hierzu erteilten Kostengutsprachen (act. IIA 19, 24, 31) – folgende Pflegeleistungen zu: vom 11. August 2012 bis 28. Februar 2013 11.5 Stunden bzw. ab November 2012 10 Stunden und 50 Minuten und ab 1. März 2013 8 Stunden und 50 Minuten pro Monat.

### **B.**

Hiergegen erhob die Versicherte am 8. März 2014 Beschwerde. Sie beantragt sinngemäss die Aufhebung des angefochtenen Entscheids sowie die vollumfängliche Übernahme der verordneten Spitexleistungen durch die Beschwerdegegnerin.

Mit Beschwerdeantwort vom 4. April 2014 beantragt die Beschwerdegegnerin, vertreten durch Fürsprecher und Notar B. \_\_\_\_\_, unter Kosten- und Entschädigungsfolge Nachstehendes:

- «1. Es sei festzustellen, dass die Beschwerdegegnerin ihren Einspracheentscheid in Bezug auf die Zeitspanne ab 1.3.2013 lite pendente aufhebt;
2. Das Verfahren sei in Bezug auf die Kostenübernahme der Spitexleistungen ab 1.3.2013 als erledigt abzuschreiben;
3. Die Beschwerde sei in Bezug auf die Kostenübernahme der Spitexleistungen für die Zeit ab 11.8.2012 bis 28.2.2013 abzuweisen.»

In ihrer Replik vom 27. Mai 2014 bzw. deren Ergänzung vom 13. Juli 2014 hielt die Beschwerdeführerin – nachdem die Beschwerdegegnerin betreffend den Zeitraum vom 1. März 2013 bis 30. Juni 2014 am 17. April 2014 eine Verfügung (act. I 2) und am 20. Juni 2014 einen Einspracheentscheid (act. I 4) erlassen hatte – an ihren bisherigen Ausführungen fest. Die Beschwerdegegnerin duplizierte am 25. Juni 2014.

Auf Aufforderung des Instruktionsrichters erteilte die Beschwerdegegnerin am 12. August bzw. 18. September 2014 weitere Auskünfte hinsichtlich der von der Spitex in Rechnung gestellten Leistungen.

Nachdem der Instruktionsrichter die Spitex mit prozessleitender Verfügung vom 25. August 2014 zum Verfahren beigeladen und zu einer Stellungnahme aufgefordert hatte, machte diese am 1. Oktober 2014 verschiedene Angaben zum Sachverhalt. Hierzu äusserte sich die Beschwerdegegnerin mit Eingabe vom 21. Oktober 2014. Gleichentags reichte auch die Beschwerdeführerin eine weitere Stellungnahme zu den Akten.

Die Beigeladene machte am 23. Oktober 2014 eine weitere Eingabe und beantragte am 12. März 2015, nunmehr vertreten durch Fürsprecher D. \_\_\_\_\_, die Gutheissung der Beschwerde.

Abschliessend äusserten sich die Beschwerdeführerin am 16. März und die Beschwerdegegnerin am 26. März 2015 zum vorliegenden Verfahren.

## **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) i.V.m. 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.

**1.1.1** Aus den Unterlagen geht hervor, dass die Beschwerdegegnerin für die Zeit ab 11. August 2012 bis 30. Juni 2013 mehrmals Kostengutsprachen für Spitexleistungen erbracht und darin die Übernahme von Leistungen zugesichert hat (vgl. act. IIA 6, 19, 24, 31), welche das in den beiden Einspracheentscheiden vom 21. Februar (act. I 1) und 20. Juni 2014 (act. I 4) festgelegte Ausmass zum Teil deutlich übersteigen. So wurde beispielsweise mit Kostengutsprache vom 3. Mai 2013 (act. IIA 24), gültig ab 1. Februar 2013, zugesichert, dass Kosten von maximal 21 Stunden und 30 Minuten pro Monat als Pflichtleistungen übernommen würden. In der Folge hat die Beschwerdegegnerin ab April bis Oktober 2013 sowie ab Februar bis Juni 2014 – mit Ausnahme von April 2014 – die von der Spitex in Rechnung gestellten Leistungen vollumfänglich übernommen (vgl. Akten der Beschwerdegegnerin [act. II] 37).

**1.1.2** Unter diesen Umständen ist fraglich, ob überhaupt ein schützenswertes Interesse an der Feststellung des Umfangs der von der Beschwerdegegnerin für diese Zeit geschuldeten Pflichtleistungen besteht, da die Beschwerdegegnerin die Rechnungen der Spitex bereits bezahlt hat und die Beschwerdeführerin insofern nicht mehr beschwert erscheint.

Es kann der Beschwerdegegnerin indessen nicht verwehrt werden, den Umfang der Pflichtleistungen gestützt auf zusätzliche Abklärungen im Nachhinein und abweichend von bereits erfolgten Kostengutsprachen definitiv festzulegen, zumal aufgrund der Unterlagen nicht nachvollziehbar ist, wie der gemäss Kostengutsprachen ermittelte maximale Bedarf an Spitex-

leistungen ursprünglich festgestellt worden ist. Somit ist der Anspruch der Beschwerdeführerin auf Spitexleistungen auch für die Zeit zu prüfen, da die entsprechenden Rechnungen von der Beschwerdegegnerin bereits vergütet worden sind.

**1.1.3** Die Beschwerdeführerin ist im vorinstanzlichen Verfahren mit ihren Anträgen nicht durchgedrungen, durch den angefochtenen Entscheid berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an dessen Aufhebung, 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 i.V.m. 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** Für den Zeitraum ab 1. März 2013 hob die Beschwerdegegnerin den Einspracheentscheid vom 21. Februar 2014 (act. I 1) im vorliegenden Verfahren mit Beschwerdeantwort vom 4. April 2014 pendente lite auf (vgl. Art. 53 Abs. 2 und 3 ATSG), da sie vorgängig keine Verfügung erlassen hatte. Insoweit ist das Verfahren antragsgemäss als gegenstandslos geworden abzuschreiben.

**1.3** Angefochten sind die beiden Einspracheentscheide vom 21. Februar 2014 (act. I 1) und 20. Juni 2014 (act. I 4), nachdem die diesbezüglichen Beschwerdeverfahren mit prozessleitender Verfügung vom 15. Juli 2014 (im Gerichtsossier) förmlich vereinigt wurden. Zu beurteilen ist demnach der Zeitraum vom 11. August 2012 bis 30. Juni 2014. Die Beschwerdegegnerin hat sich in den beiden Einspracheentscheiden bereit erklärt, für die Zeit ab 11. August bis 31. Oktober 2012 Pflegeleistungen der Spitex im Umfang von 11.5 Stunden und ab November 2012 solche von 10 Stunden und 50 Minuten pro Monat zu vergüten. Streitig und zu prüfen ist in erster Linie, ob die Beschwerdeführerin zusätzlich zu dem von der Beschwerdegegnerin mittlerweile anerkannten Bedarf Anspruch auf weitere Spitexleistungen hat. Aufgrund der Akten besteht kein Anlass, die von der Beschwerdegegnerin in den Einspracheentscheiden anerkannten Leistungen in Frage zu stellen.

Die Spitex hat in der Zeit ab 11. August 2012 bis 31. März 2013 denjenigen Betrag, welcher die von der Beschwerdegegnerin erteilte Kostengutsprache überschritten hat, von ihrer Rechnung an die Beschwerdegegnerin abgezogen und der Beschwerdeführerin belastet. Diese hat die entsprechenden Differenzrechnungen der Spitex bereits bezahlt, womit die Parteien insofern vollständig auseinandergesetzt sind (vgl. Akten der Beschwerdegegnerin [act. II] 37, beschwerdegegnerische Eingaben vom 12. August und 18. September 2014 sowie Eingabe der Beschwerdeführerin vom 21. Oktober 2014). Dieser Umstand ändert indessen nichts daran, wonach die Beschwerdeführerin Anspruch darauf hat, dass der ihr für diese Zeit korrekterweise zustehende Umfang der Pflichtleistungen der Beschwerdegegnerin ermittelt und ihr gegebenenfalls durch die Beschwerdegegnerin eine Nachzahlung erbracht wird.

**1.4** Unter Berücksichtigung der von der Beschwerdegegnerin am 12. August 2014 eingereichten Zusammenstellung der Spitexleistungen und -rechnungen sowie der von der Beschwerdegegnerin bereits vergüteten Beträge (act. II 37) liegt der Streitwert gestützt auf die Stundenansätze gemäss Art. 7a Abs. 1 der Verordnung des Eidgenössischen Departements des Innern (EDI) über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung vom 29. September 1995 (Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV; SR 832.112.31) unter Fr. 20'000.--, weshalb die Beurteilung der Beschwerde in die einzelrichterliche Zuständigkeit fällt (Art. 57 Abs. 1 GSOG).

**1.5** Das Gericht überprüft den angefochtenen Entscheid frei 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.**

**2.1** 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. Insbesondere leistet die obligatorische Krankenpflegeversicherung gemäss Art. 25a Abs. 1 KVG 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.

**2.2** Gestützt auf Art. 25a Abs. 3 KVG i.V.m. 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 KLV festgelegt, für welche 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.

**2.2.1** Die Massnahmen der Abklärung, Beratung und Koordination (lit. a) umfassen die Abklärung des Pflegebedarfs und des Umfelds des Patienten sowie die Planung der notwendigen Massnahmen zusammen mit dem Arzt und dem Patienten. Des Weiteren umfassen sie die Beratung des Patienten sowie gegebenenfalls der nichtberuflich an der Krankenpflege Mitwirkenden bei der Durchführung der Krankenpflege, insbesondere im Umgang mit Krankheitssymptomen bei der Einnahme von Medikamenten oder beim Gebrauch medizinischer Geräte, und Vornahme der notwendigen Kontrollen. Schliesslich sind die Koordination der Massnahmen sowie Vorkehrungen im Hinblick auf Komplikationen in komplexen und instabilen Pflegesituationen durch spezialisierte Pflegefachpersonen umfasst.

**2.2.2** Die Untersuchungs- und Behandlungsmassnahmen nach lit. b sind in einem 14 Positionen umfassenden Leistungskatalog spezifiziert. Sie umfassen:

1. Messung der Vitalzeichen (Puls, Blutdruck, Temperatur, Atem, Gewicht),
2. einfache Bestimmung des Zuckers in Blut und Urin,
3. Entnahme von Untersuchungsmaterial zu Laborzwecken,
4. Massnahmen zur Atemtherapie (wie O<sup>2</sup>-Verabreichung, Inhalation, einfache Atemübungen, Absaugen),
5. Einführen von Sonden oder Kathetern und die damit verbundenen pflegerischen Massnahmen,
6. Massnahmen bei Hämö- oder Peritonealdialyse,
7. Verabreichung von Medikamenten sowie die Dokumentation der damit verbundenen Tätigkeiten,
8. enterale oder parenterale Verabreichung von Nährlösungen,

9. Massnahmen zur Überwachung von Infusionen, Transfusionen und Geräten, die der Behandlung oder der Kontrolle und Erhaltung von vitalen Funktionen dienen,
10. Spülen, Reinigen und Versorgen von Wunden (inkl. Dekubitus- und Ulcus-cruris-Pflege) und von Körperhöhlen (inkl. Stoma- und Tracheostomiepflege) sowie Fusspflege bei Diabetikern,
11. pflegerische Massnahmen bei Störungen der Blasen- oder Darmentleerung, inkl. Rehabilitationsgymnastik bei Inkontinenz,
12. Hilfe bei Medizinal-Teil- oder -Vollbädern; die Anwendung von Wickeln, Packungen und Fangopackungen,
13. pflegerische Massnahmen zur Umsetzung der ärztlichen Therapie im Alltag, wie Einüben von Bewältigungsstrategien und Anleitung im Umgang mit Aggression, Angst, Wahnvorstellungen,
14. Unterstützung für psychisch kranke Personen in Krisensituationen, insbesondere zur Vermeidung von akuter Selbst- oder Fremdgefährdung.

**2.2.3** Zu den Massnahmen der Grundpflege (lit. c) gehört einerseits die allgemeine Grundpflege bei Patienten, welche die Tätigkeiten nicht selber ausführen können, wie Beine einbinden, Kompressionsstrümpfe anlegen; Betten, Lagern; Bewegungsübungen, Mobilisieren; Dekubitusprophylaxe, Massnahmen zur Verhütung und Behebung von behandlungsbedingten Schädigungen der Haut; Hilfe bei der Mund- und Körperpflege, beim An- und Auskleiden, beim Essen und Trinken. Andererseits gehören dazu Massnahmen zur Überwachung und Unterstützung psychisch kranker Personen in der grundlegenden Alltagsbewältigung.

**2.3** Für die Beurteilung der Leistungspflicht in grundsätzlicher und masslicher Hinsicht bedarf es eindeutiger Angaben bezüglich der im Einzelfall angeordneten und durchgeführten Massnahmen (Art. 42 Abs. 3 Satz 2 KVG). Vorauszusetzen ist ein klarer ärztlicher Auftrag oder eine ärztliche Anordnung hinsichtlich der erforderlichen Massnahmen, welche aufgrund der Bedarfsabklärung und der gemeinsamen Planung näher zu umschreiben sind (Art. 8 Abs. 1 KLV). Die Bedarfsabklärung umfasst die Beurteilung der Gesamtsituation des Patienten sowie die Abklärung des Umfeldes und des individuellen Pflege- und Hilfebedarfs (Art. 8 Abs. 2 KLV). Sie erfolgt aufgrund einheitlicher Kriterien. Das Ergebnis wird auf einem von den Tarifpartnern geschaffenen Formular festgehalten, worin insbesondere der voraussichtliche Zeitbedarf anzugeben ist (Art. 8 Abs. 3 KLV). Der Versicherer kann verlangen, dass ihm die relevanten Elemente der Bedarfsabklärung mitgeteilt werden (Art. 8 Abs. 5 KLV). Erforderlichenfalls ist ihm zuhänden des Vertrauensarztes (Art. 57 KVG) eine umfassende Dokumentation der erbrachten Leistungen (Pflagedokumentation) einzureichen.

Schliesslich ist eine detaillierte und verständliche Rechnungsstellung vorzusetzen (Art. 42 Abs. 3 Satz 1 KVG). Genügen die vorhandenen Angaben nicht für eine zuverlässige Beurteilung der Leistungspflicht, hat der Krankenversicherer ergänzende Unterlagen einzufordern. Wird dieser Aufforderung nicht oder nur ungenügend nachgekommen, ist er befugt, die Leistungspflicht für die beantragten Massnahmen abzulehnen (BGE 131 V 178 E. 2.4 S. 188).

**2.4** Welche Massnahmen in zeitlicher Hinsicht wie auch in Bezug auf Form und Inhalt angebracht sind, steht im pflichtgemässen Ermessen der Leitung des Spitex-Vereins und des für die Anordnung der Leistungen zuständigen Arztes. Diese Bedarfsabklärung ist in der Regel massgebend für die Kostenübernahme der Krankenversicherung und nur im Hinblick auf die abschliessende Aufzählung gemäss Art. 7 bis 7b KLV überprüfbar. Bei der Beurteilung des konkreten Bedarfs kommt den zuständigen Personen ein gewisser Spielraum zu, in welchen namentlich dann nur zurückhaltend einzugreifen ist, wenn es sich beim Leistungen anordnenden Arzt um den Hausarzt der versicherten Person handelt, der jederzeit über deren Gesundheitszustand im Bilde ist. Darüber hinaus gilt die gesetzliche Vermutung, dass ärztlich verordnete Leistungen im Sinne von Art. 32 Abs. 1 KVG wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sind (vgl. Entscheid des Bundesgerichts vom 20. Juni 2013, 9C\_528/2012, E. 4).

### **3.**

**3.1** In der Beschwerde begnügt sich die – nicht anwaltlich vertretene – Beschwerdeführerin mit dem Antrag, die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, die Rechnungen der Spitex vollumfänglich zu übernehmen, ohne diesen Antrag näher zu begründen und konkret auszuführen, in welchen Punkten die Beschwerdegegnerin die von der Spitex vorgelegten Rechnungen zu Unrecht gekürzt habe. Eine Aufforderung zur Ergänzung der Beschwerde im Sinne einer ausreichenden Begründung kann indessen unterbleiben, da aus den vorliegenden Unterlagen mit hinreichender Deutlichkeit hervor geht, dass und inwiefern eine Differenz zwischen den von der Spitex eingereichten Rechnungen und dem von der Beschwerdegegnerin

rin anerkannten Bedarf an Spitexleistungen besteht und wie diese Differenz von beiden Seiten begründet wird (siehe sogleich).

**3.2** Für die Beurteilung der Leistungspflicht liegen insbesondere die nachstehenden Unterlagen bei den Akten: die von Dr. med. E.\_\_\_\_\_, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin FMH, visierten Bedarfsmeldeformulare vom 11. August und 20. September 2012 sowie vom 8. März, 6. Juni, 26. September und 5. Dezember 2013 samt den dazugehörigen Leistungsplanungsblättern gemäss RAI-HC (Resident Assessment Instrument – Home-Care; act. IIA 1, 4, 16, 25, 28, 30), die individuellen Massnahmenpläne und Verlaufsberichte bzw. die Klientendokumentation (act. IIA 3, 9, 21), die Messwerttabellen (act. IIA 27) sowie die Rechnungen mit Leistungsübersicht der Spitex (act. II 37). Zudem liegen die Leistungsabrechnungen der Beschwerdegegnerin vor (act. II 37).

In den hier angefochtenen Einspracheentscheiden vom 21. Februar 2014 (act. I 1) und 20. Juni 2014 (act. I 4) hat sich die Beschwerdegegnerin hauptsächlich auf die Berichte von F.\_\_\_\_\_, dipl. Gesundheitschwester und dipl. Pflegefachfrau, vom 10. Juni 2013 (act. II 34) und 15. Februar 2014 (act. II 35) gestützt, welche in Zusammenarbeit mit dem Vertrauensarzt der Beschwerdegegnerin, Dr. med. G.\_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin FMH, zuhanden der Beschwerdegegnerin verfasst wurden.

Die Rechts- und Sachlage präsentiert sich hinsichtlich der zugesprochenen bzw. beantragten Spitexleistungen wie folgt:

**3.3** Für Massnahmen der Abklärung, Beratung und Koordination (Art. 7 Abs. 2 lit. a KLV) hat die Beschwerdegegnerin ab 11. August bis 31. Oktober 2012 eine Stunde und für die anschliessende Zeit ab 1. November 2012 20 Minuten pro Monat bewilligt (vgl. act. I 1 S. 6, act. I 4 S. 5, 8). Dagegen macht die Spitex gemäss Leistungsplanungsblättern für die Zeit ab 1. Februar 2013, insbesondere ab 22. September bis 31. Dezember 2013, einen höheren zeitlichen Aufwand von über zwei resp. vier Stunden pro Monat geltend (vgl. act. IIA 16, 28, 30).

**3.3.1** Es ist aufgrund des weitgehend unveränderten Gesundheitszustandes nicht ersichtlich, weshalb für die Zeit ab Februar 2013 plötzlich ein we-

sentlich höherer Bedarf an Abklärung und Beratung entstanden sein soll als für die vorangegangene Zeit ab 1. September 2012 bis 28. Februar 2013 (vgl. act. IIA 4). Dafür spricht auch, dass beispielsweise in den Monaten Oktober bis Dezember 2013 gemäss den eingereichten Rechnungen unter diesem Titel kein oder bloss ein geringer Aufwand entstanden ist (Oktober 2013: 0 Stunden; November 2013: 20 Minuten; Dezember 2013: 1 Stunde und 5 Minuten [vgl. act. II 37]). Dagegen vermag die gemäss vertrauensärztlicher Stellungnahme ab 1. November 2012 erfolgte Kürzung auf 20 Minuten pro Monat (vgl. act. II 34 S. 4, act. II 35 S. 4) nicht zu überzeugen, zumal sie nicht schlüssig begründet worden ist.

**3.3.2** Nach dem Dargelegten ist unter dem Titel „Abklärung und Beratung“ für den gesamten zur Beurteilung stehenden Zeitraum vom 11. August 2012 bis 30. Juni 2014 ein Aufwand von einer Stunde pro Monat zu vergüten.

**3.4** Die Beschwerdegegnerin akzeptiert für Massnahmen der Untersuchung und Behandlung (Art. 7 Abs. 2 lit. b KLV) für die gesamte Periode einen Zeitbedarf für das Richten der Medikamente von 45 Minuten, für die Verabreichung gerichteter Medikamente von 2.5 Stunden sowie für die Blutdruckmessung von ebenfalls 2.5 Stunden, insgesamt ausmachend 5 Stunden und 45 Minuten pro Monat (vgl. act. I 1 S. 7, act. I 4 S. 6).

**3.4.1** Für das Richten der Medikamente macht die Spitex einen Zeitaufwand zwischen 40 und 120 Minuten pro Monat geltend. Sie begründet dies in den jeweiligen Leistungsplanungsblättern dahingehend, dass bezüglich Medikamente ein unwirksames Therapiemanagement bestehe und eine permanente Anpassung der komplexen Medikation erforderlich sei (vgl. act. IIA 1, 4, 16, 25, 28, 30). Die im Einspracheentscheid vom 20. Juni 2014 und gestützt auf den vertrauensärztlichen Bericht vom 15. Februar 2014 veranschlagten 45 Minuten pro Monat für das lediglich einmal pro Woche vorgenommene Richten der Medikamente (vgl. act. I 4 S. 5 f., act. II 35 S. 4), überzeugen und können übernommen werden.

**3.4.2** Unter dem Titel „Verabreichung gerichteter Medikamente“ macht die Spitex in den jeweiligen Leistungsplanungsblättern bis Ende Februar 2013 einen Aufwand von dreimal täglich, bis Ende Juni 2013 einen solchen von

zweimal täglich und anschliessend einen solchen von einmal täglich geltend. Zur Begründung für den entsprechenden Aufwand verweist die Spitex auch diesbezüglich auf ein unwirksames Therapiemanagement, die Führung eines Schmerzprotokolls, die Ausschöpfung der Schmerzreserve sowie die Notwendigkeit, die Versicherte an die Einnahme der Medikamente zu erinnern (vgl. act. IIA 1, 4, 16, 25, 28, 30). Dieser zeitlich abgestufte Aufwand überzeugt. Der Hinweis in der Stellungnahme des vertrauensärztlichen Dienstes vom 10. Juni 2013, wonach sich Pflegende und Patientin kennen würden und die Pflegende auf Grund von gezielten professionellen Beobachtungen Schmerzsymptome beobachten könne (vgl. act. II 34 S. 4), ändert nichts daran, dass anfänglich ein höherer Aufwand entstanden sein dürfte als im späteren Verlauf, zumal sich ein gegenseitiges Vertrautsein wohl erst mit der Zeit entwickelt hat.

Unter diesen Umständen rechtfertigt sich für die Verabreichung gerichteter Medikamente bis Ende Februar 2013 die Annahme eines Zeitaufwandes von 7.5 Stunden pro Monat (3 x pro Tag 5 Minuten x 30 Tage), bis Ende Juni 2013 eines solchen von 5 Stunden pro Monat (2 x pro Tag 5 Minuten x 30 Tage) und ab Juli 2013 – wie von der Beschwerdegegnerin akzeptiert (act. I 4 S. 8) – eines solchen von 2.5 Stunden pro Monat (1 x pro Tag 5 Minuten x 30 Tage).

**3.4.3** Für Blutdruckmessung resp. Messung der Vitalzeichen anerkennt die Beschwerdegegnerin einen Aufwand von 5 Minuten pro Tag oder umgerechnet 2.5 Stunden pro Monat (act. I 4 S. 8), was den Verhältnissen angemessen erscheint.

**3.4.4** Weiter wird im Leistungsplanungsblatt, gültig ab 1. Februar bis 30. Juni 2013, ein Aufwand für – therapeutisch verordnetes – Einreiben der Haut von zweimal täglich 5 Minuten geltend gemacht (vgl. act. IIA 16), was in der Kostengutsprache vom 3. Mai 2013 (act. IIA 24) dem Grundsatz nach anerkannt worden ist. Es steht nichts entgegen, diesen Aufwand in der erwähnten Periode mit 5 Stunden pro Monat (2 x pro Tag 5 Minuten x 30 Tage) zu entschädigen.

**3.4.5** Bei diesen Gegebenheiten ist der Beschwerdeführerin unter dem Titel „Behandlungspflege“ vom 11. August 2012 bis 31. Januar 2013 ein

monatlicher Aufwand von 10.75 Stunden (0.75 Stunden [Medikamente Richten] + 7.5 Stunden [Verabreichung gerichteter Medikamente] + 2.5 Stunden [Messung der Vitalzeichen]), für den Monat Februar 2013 ein solcher von 15.75 Stunden (0.75 Stunden [Medikamente Richten] + 7.5 Stunden [Verabreichung gerichteter Medikamente] + 2.5 Stunden [Messung der Vitalzeichen] + 5 Stunden [Einreiben der Haut]), vom 1. März bis 30. Juni 2013 ein solcher von 13.25 Stunden (0.75 Stunden [Medikamente Richten] + 5 Stunden [Verabreichung gerichteter Medikamente] + 2.5 Stunden [Messung der Vitalzeichen] + 5 Stunden [Einreiben der Haut]) und ab 1. Juli 2013 ein solcher von 5.75 Stunden (0.75 Stunden [Medikamente Richten] + 2.5 Stunden [Verabreichung gerichteter Medikamente] + 2.5 Stunden [Messung der Vitalzeichen]) zu vergüten.

**3.5** Für Massnahmen der allgemeinen Grundpflege (Art. 7 Abs. 2 lit. c Ziff. 1 KLV) anerkennt die Beschwerdegegnerin für den gesamten Zeitraum einen Aufwand von 4.75 Stunden pro Monat (act. I 4 S. 6 - 8).

**3.5.1** Dabei berücksichtigt sie einmal wöchentlich Ganzwäsche in Bad, Dusche oder am Lavabo zu einem Aufwand von insgesamt 2.25 Stunden pro Monat, was angemessen scheint und insoweit übernommen werden kann. Soweit von der Spitex teilweise ein zusätzlicher Aufwand für das Waschen der Haare geltend gemacht wird (vgl. act. IIA 4, 16), vermag dies nicht zu überzeugen. Ein solcher wurde im Verlaufsbericht der Spitex nicht dokumentiert bzw. mit Eintrag vom 17. September und 8. Oktober 2012 wurde indes festgehalten, dass die Haare nicht gewaschen worden seien. Zudem wollte die Beschwerdeführerin am 29. Oktober 2012 beispielsweise nicht duschen (vgl. act. IIA 3, 9). Die von der Spitex für den Zeitraum vom 22. September bis 31. Dezember 2013 zusätzlich geltend gemachte Teilwäsche am Lavabo von 20 Minuten täglich (act. IIA 28) kann mangels Dokumentation bzw. Nachweises ebenfalls keine Berücksichtigung finden (vgl. act. II 34 S. 5, act. II 35 S. 5).

**3.5.2** Die Beschwerdegegnerin akzeptiert für das Anziehen der Stützstrümpfe 5 Minuten pro Tag bzw. 2.5 Stunden pro Monat. Auch dies erscheint angemessen, zumal der vertrauensärztliche Dienst ausführt, dass die Beschwerdeführerin die Stützstrümpfe abends selber ausziehe (act. II 34 S. 4, act. II 35 S. 5). Ausserdem hielt die Spitex in ihrem Verlaufsbericht

fest, dass die Kompressionsstrümpfe nach Wunsch (der Beschwerdeführerin) an- und ausgezogen würden (vgl. act. IIA 3, Eintrag vom 9. August 2012, 16.00 Uhr).

**3.5.3** Weiter wird in den Leistungsplanungsblättern für die Zeit ab 1. Februar bis 31. Dezember 2013 ein Aufwand für die Behebung der Gefahr von Mangelernährung resp. Behebung eines Flüssigkeitsdefizits einmal täglich aufgeführt. Zur Begründung wird angegeben, aufgrund beeinträchtigter Gedächtnisleistung sei die Beschwerdeführerin auf Coaching und Anleitung zum Essen und Trinken angewiesen (vgl. act. IIA 16, 25). Die Beschwerdegegnerin hat diesen Aufwand nicht akzeptiert, ohne dies zu begründen. Gemäss Auszug aus der Klientendokumentation der Spitex vom 30. März 2013 (act. IIA 21) leidet die Beschwerdeführerin an Demenz. Sodann sollen die mehrmaligen Wechsel in verschiedene Institutionen die kognitiven Einschränkungen der Beschwerdeführerin verstärkt haben und es habe u.a. ein Flüssigkeitsdefizit bestanden. Es steht deshalb nichts entgegen, einen entsprechenden Aufwand, wie von der Spitex geltend gemacht im Umfange von 5 Minuten pro Tag, zu akzeptieren, was ab 1. Februar bis 31. Dezember 2013 einen monatlichen Aufwand von 2.5 Stunden ergibt.

**3.5.4** Soweit von der Spitex unter dem Titel „Grundpflege“ bis Ende Februar 2013 dreimal täglich ein Kontrollbesuch aufgeführt wird und hierfür jeweils 5 bzw. 10 Minuten eingesetzt werden (act. IIA 1, 4), stellt dies – wie die Beschwerdegegnerin zu Recht festgestellt hat (vgl. act. I 1 S. 8, act. I 4 S. 7) – keine Pflichtleistung dar. Somit kann der entsprechende Spitexaufwand nicht der Krankenkasse angelastet werden.

**3.5.5** Demnach ist unter dem Titel „Grundpflege“ ab 11. August 2012 bis 31. Januar 2013 ein monatlicher Aufwand von 4.75 Stunden (2.25 Stunden [Ganzwäsche] + 2.5 Stunden [Anziehen der Stützstrümpfe]), ab 1. Februar bis 31. Dezember 2013 ein solcher von 7.25 Stunden (2.25 Stunden [Ganzwäsche] + 2.5 Stunden [Anziehen der Stützstrümpfe] + 2.5 Stunden [Behebung der Gefahr von Mangelernährung resp. Behebung eines Flüssigkeitsdefizits]) und ab 1. Januar 2014 wiederum ein solcher von 4.75 Stunden (2.25 Stunden [Ganzwäsche] + 2.5 Stunden [Anziehen der Stützstrümpfe]) zu entschädigen.

**3.6** Zusammenfassend ist folgender monatliche Bedarf ausgewiesen:

- Ab 11. August 2012: 16.5 Stunden (1 Stunde Abklärung und Beratung, 10.75 Stunden Behandlungspflege, 4.75 Stunden Grundpflege)
- Ab 1. Februar 2013: 24 Stunden (1 Stunde Abklärung und Beratung, 15.75 Stunden Behandlungspflege, 7.25 Stunden Grundpflege)
- Ab 1. März 2013: 21.5 Stunden (1 Stunde Abklärung und Beratung, 13.25 Stunden Behandlungspflege, 7.25 Stunden Grundpflege)
- Ab 1. Juli 2013: 14 Stunden (1 Stunde Abklärung und Beratung, 5.75 Stunden Behandlungspflege, 7.25 Stunden Grundpflege)
- Ab 1. Januar 2014: 11.5 Stunden (1 Stunde Abklärung und Beratung, 5.75 Stunden Behandlungspflege, 4.75 Stunden Grundpflege)

**4.**

Soweit das Verfahren nicht als gegenstandslos geworden abzuschreiben ist (vgl. E. 1.2 hiervor), ist die Beschwerde teilweise gutzuheissen. Die beiden angefochtenen Einspracheentscheide vom 21. Februar 2014 (act. I 1) und 20. Juni 2014 (act. I 4) sind aufzuheben und die Sache ist an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit sie den der Beschwerdeführerin unter dem Titel „Spitexleistungen“ zustehenden Betrag für die Zeit ab 11. August 2012 bis 30. Juni 2014 im Sinne der vorstehenden Erwägungen neu ermittle und – unter Berücksichtigung der bereits erbrachten Leistungen – allenfalls einen zusätzlichen Betrag ausrichte.

Weiter ist darauf hinzuweisen, dass die Beschwerdegegnerin für die Zeit ab 11. August 2012 bis 28. Februar 2013 die Verfügung vom 21. März 2013 (act. IIA 15) im Einspracheentscheid vom 21. Februar 2014 (act. I 1) zu Ungunsten der Beschwerdeführerin abgeändert hat, ohne dieser vorher Gelegenheit zum Rückzug der Einsprache zu geben (vgl. Art. 12 Abs. 2 der Verordnung über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom 11. September 2002, ATSV; SR 830.11). Sollten deshalb die in dieser Zeitspanne verfügbarmässig anerkannten Leistungen den im vorliegenden

Urteil festgestellten Umfang an Pflichtleistungen übersteigen, so wird die Beschwerdegegnerin der Beschwerdeführerin zur Wahrung des rechtlichen Gehörs nachträglich Gelegenheit zum Rückzug der Einsprache zu geben haben.

## **5.**

**5.1** In Anwendung von Art. 1 Abs. 1 KVG i.V.m. Art. 61 lit. a ATSG sind keine Verfahrenskosten zu erheben.

**5.2** Trotz ihres teilweisen Obsiegens hat die nicht anwaltlich vertretene Beschwerdeführerin nach konstanter Praxis keinen Anspruch auf eine Parteienschädigung, da der Aufwand zur Wahrung ihrer Interessen den Rahmen dessen nicht überschreitet, was der Einzelne üblicher- und zumutbareweise nebenbei zur Besorgung seiner persönlichen Angelegenheiten auf sich zu nehmen hat (BGE 127 V 205 E. 4b S. 207). Die teilweise obsiegende Beschwerdegegnerin hat als Sozialversicherungsträgerin nach allgemeinem sozialversicherungsrechtlichem Prozessgrundsatz ebenfalls keinen Anspruch auf eine Parteienschädigung (vgl. BGE 128 V 124 E. 5b S. 133).

### **Demnach entscheidet der Einzelrichter:**

1. Soweit das Verfahren nicht als gegenstandslos geworden vom Protokoll abzuschreiben ist, wird die Beschwerde insoweit gutgeheissen, als die angefochtenen Einspracheentscheide der Atupri Krankenkasse vom 21. Februar 2014 und 20. Juni 2014 aufgehoben werden und Kostengutsprache für Leistungen der Spitex zugunsten der Beschwerdeführerin für die Zeit ab 11. August 2012 bis 30. Juni 2014 im Sinne der vorstehenden Erwägungen erteilt wird. Die Sache geht zurück an die Beschwerdegegnerin zwecks Festlegung und allfälliger Ausrichtung der Vergütung für Spitexleistungen

anhand des vorstehend ermittelten Bedarfs. Im Übrigen wird die Beschwerde abgewiesen.

2. Es werden weder Verfahrenskosten erhoben noch eine Parteientschädigung zugesprochen.

3. Zu eröffnen (R):

- A. \_\_\_\_\_
- Fürsprecher und Notar B. \_\_\_\_\_ z.H. der Beschwerdegegnerin
- Fürsprecher D. \_\_\_\_\_ z.H. der Beigeladenen
- Bundesamt für Gesundheit

Der Einzelrichter:

Die Gerichtsschreiberin:

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