

200 14 347 KV
KNB/JAP/KRK

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil des Einzelrichters vom 29. Juli 2014

Verwaltungsrichter Knapp
Gerichtsschreiber Jakob

A. _____
vertreten durch Rechtsanwältin B. _____ und Fürsprecher C. _____
Beschwerdeführerin



gegen

Agrisano Krankenkasse AG
Laurstrasse 10, 5201 Brugg AG
Beschwerdegegnerin

betreffend Einspracheentscheid vom 10. März 2014

Sachverhalt:

A.

Die 1924 geborene A. _____ (fortan Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) ist bei der Agrisano Krankenkasse AG (fortan Agrisano bzw. Beschwerdegegnerin) obligatorisch krankenkasseversichert. Die Versicherte beanspruchte vom 21. September 2007 bis zum Übertritt ins «Alters- und Leichtpflegeheim D. _____» in ... am 14. Januar 2014 Hauspflegeleistungen des Vereins «E. _____» (fortan Spitex; vgl. Akten der Agrisano [act. II], A16, M1 ff., [act. IIB] 3).

Im Rahmen einer Kostengutsprache vom 26. November 2012 (act. II A7) teilte die Agrisano der Spitex mit, sie werde im Falle einer weiteren Zunahme des Pflegebedarfs der Versicherte die Pflege zu Hause nur noch analog der höchsten Pflegestufe im örtlichen Alters- und Pflegeheim vergüten. Mit Schreiben vom 3. Juli 2013 (act. II A9) orientierte die Agrisano die Spitex, dass die angekündigte Regelung per sofort in Kraft trete, womit sich die Spitex in der Folge nicht einverstanden erklärte (vgl. act. II A10). Nach weiterer Korrespondenz zwischen der Agrisano und der Spitex (vgl. act. II A11-15) verfügte erstere am 28. November 2013 gegenüber der Versicherten, dass sie die Spitex-Leistungen maximal im Umfang der höchsten Pflegeheimstufe, für das Jahr 2013 ausmachend Fr. 3'376.25 pro Monat, vergüte (vgl. act. II A16). Daran hielt sie auf Einsprache der Versicherten vom 30. Dezember 2013 (act. II A18) hin im Entscheid vom 10. März 2014 (act. II A19) fest. Sie erwog hauptsächlich, die Hauspflege sei weniger zweckmässig als die Heimpflege, allein der Aspekt der möglicherweise höheren Lebensqualität zu Hause vermöge rechtsprechungsgemäss keinen höheren Nutzen zu begründen.

B.

Mit Eingabe vom 9. April 2014 erhob die Versicherte, vertreten durch Rechtsanwältin B. _____ und Fürsprecher C. _____, Beschwerde und beantragte, der angefochtene Einspracheentscheid sei kostenfällig

aufzuheben und die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, die Kosten für die von der Spitex erbrachten Leistungen seit 15. Mai 2013 gemäss den eingereichten Bedarfsmeldungen vom 30. Mai, 16. August und 13. November 2013 zu übernehmen.

In ihrer Beschwerdeantwort vom 9. Mai 2014 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde.

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. 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 Angefochten ist der Einspracheentscheid vom 10. März 2014 (act. II A19). Durch den Verweis auf die Bedarfsmeldung vom 13. November 2013 (act. II M36) beantragt die Beschwerdeführerin in zeitlicher Hinsicht Leistungen bis 14. Februar 2014, der Heimübertritt erfolgte indes bereits am 14. Januar 2014 (vgl. Beschwerdeantwort S. 3 Ziff. III Ziff. 2). Bis

zu diesem Zeitpunkt wurden die Leistungen seitens der Spitex und ab 14. Januar 2014 vom Alters- und Leichtpflegeheim fakturiert (vgl. act. II M38; act. IIB 3). Streitig und zu prüfen ist somit die Höhe der Übernahme von Spitex-Leistungen für die Zeit von 15. Mai 2013 bis 14. Januar 2014.

1.3 Umstritten ist, ob die Beschwerdegegnerin die Spitex-Kosten lediglich im Umfang der maximalen hypothetischen Pflegeheimkosten von Fr. 27'153.-- (Fr. 25'641.-- [231 Tage {15. Mai bis 31. Dezember 2013} x Fr. 111.-- {Krankenkassenbeitrag Pflege 2013 pro Tag}] + Fr. 1'512.-- [14 Tage {1. Januar bis 14. Januar 2014} x Fr. 108.-- {Krankenkassenbeitrag Pflege 2014}]) oder die geltend gemachten höheren Pflegekosten zu Hause (Spitex [ohne Mittel und Gegenstände]) von Fr. 31'653.05 (Fr. 1'921.85 [15. bis 31. Mai 2013; vgl. act. II M27], Fr. 4'112.25 [Juni 2013; act. II M28], Fr. 4'485.25 [Juli 2013; act. II M29], Fr. 4'195.15 [August 2013; act. II M30], Fr. 3'525.40 [September 2013; act. II M32], Fr. 3'899.05 [Oktober 2013; act. II M34], Fr. 3'754.30 [November 2013; act. II M35], Fr. 4'032.05 [Dezember 2013; act. II M37], Fr. 1'727.75 [Januar 2014; act. II M38]) zu übernehmen hat (zum Krankenkassenbeitrag Pflege: vgl. Art. 7a Abs. 3 lit. I der Verordnung des EDI über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung vom 29. September 1995 [Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV; SR 832.112.31]; <www.gef.be.ch> [Thema: Neuordnung Pflegefinanzierung, Informationsschreiben 2013 bzw. 2014]). Der Streitwert liegt daher unter Fr. 20'000.--, weshalb die Beurteilung der Beschwerde in die einzelrichterliche Zuständigkeit fällt (Art. 57 Abs. 1 GSOG).

1.4 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.

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 Bei Aufenthalt in einem Pflegeheim (Art. 39 Abs. 3 KVG) vergütet der Versicherer die gleichen Leistungen wie bei ambulanter Krankenpflege nach Art. 25a 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).

2.3 Die Leistungen nach Art. 25 bis 31 KVG müssen wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sein.

2.3.1 Eine medizinische Leistung ist im Sinne von Art. 32 Abs. 1 KVG wirksam, wenn sie objektiv den Erfolg der Behandlung der Krankheit erwarten lässt, mit anderen Worten muss sie objektiv geeignet sein, auf den angestrebten diagnostischen, therapeutischen oder pflegerischen Nutzen hinzuwirken. Wirksamkeit bezeichnet die kausale Verknüpfung von Ursache (medizinische Massnahme) und Wirkung (medizinischer Erfolg; BGE 139 V 135 E. 4.4.1 S. 139, 133 V 115 E. 3.1 S. 116, 130 V 299 E. 6.1 S. 304; SVR 2005 KV Nr. 6 S. 21 E. 1.2).

2.3.2 Die Zweckmässigkeit einer Leistung setzt deren Wirksamkeit voraus. Ob eine Leistung zweckmässig ist, muss anhand des diagnostischen oder therapeutischen Nutzens der Anwendung im Einzelfall, unter Berücksichtigung der damit verbundenen Risiken, gemessen am angestrebten Heilerfolg der möglichst vollständigen Beseitigung der körperlichen oder psychischen Beeinträchtigung beurteilt werden (BGE 137 V 295 E. 6.2 S. 306, 130 V 299 E. 6.1 S. 304). Die Frage der Zweckmässigkeit hängt daher von medizinischen Kriterien ab und deckt sich mit derjenigen nach der medizinischen Indikation. Ist die medizinische Indikation einer wirksamen Behandlungsmethode gegeben, ist auch die Zweckmässigkeit zu bejahen. Umgekehrt sind medizinisch nicht indizierte therapeutische oder diagnostische Vorkehren regelmässig auch unzweckmässig (BGE 139 V 135 E. 4.4.2 S. 140, 130 V 532 E. 2.2 S. 536; SVR 2001 KV Nr. 21 S. 62 E. 2c).

2.3.3 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. Das bedeutet aber nicht, dass dort, wo es nur eine einzige Behandlungsmöglichkeit gibt, diese ungeachtet der Kosten in jedem Fall als wirtschaftlich zu betrachten wäre. Unter dem allgemeinen Gesichtspunkt der Verhältnismässigkeit, die für das gesamte Staatshandeln gilt (Art. 5 Abs. 2 BV), ist eine Leistung zu verweigern, wenn zwischen Aufwand und Heilerfolg ein grobes Missverhältnis besteht, was eine Beurteilung des Verhältnisses von Kosten und Nutzen voraussetzt. Es können somit weder die hohe therapeutische Wirksamkeit noch die Wirtschaftlichkeit je getrennt voneinander betrachtet werden in dem Sinne, dass die Frage nach dem hohen therapeutischen Nutzen mit einem kategorialen Ja oder Nein beantwortet werden könnte und bejahendenfalls die Kosten in beliebiger Höhe zu übernehmen wären. Vielmehr ist die Frage nach dem hohen therapeutischen Nutzen graduell und in Relation zu den Behandlungskosten zu beurteilen: Je höher der Nutzen ist, desto höhere Kosten sind gerechtfertigt (BGE 139 V 135 E. 4.4.3 S. 140, 136 V 395 E. 7.4 S. 407).

Die Frage, ob für Fälle gleicher Wirksamkeit und Zweckmässigkeit der Massnahmen eine Wirtschaftlichkeitsgrenze in dem Sinne festzusetzen sei, dass ab einer bestimmten Kostendifferenz generell ein grobes Missverhältnis zwischen Spitex- und Heimpflege anzunehmen sei, hat das Bundesgericht bis heute offen gelassen. Bei Gleichwertigkeit von Spitex- und Heimpflege wurde der Anspruch auf Spitex-Leistungen bejaht bei Mehrkosten von 48 % und verneint bei drei- bis viermal sowie fünfmal höheren Kosten. In Fällen, in welchen sich die Spitex-Pflege als wirksamer und zweckmässiger erwies, wurde die Leistungspflicht unter Berücksichtigung der konkreten Umstände bejaht bei 1.9-mal bzw. 2.86-mal höheren Kosten. Namentlich bei versicherten Personen, welche noch einer Erwerbstätigkeit nachgingen oder aktiv am gesellschaftlichen und sozialen Leben teilnahmen, wurde der Anspruch in Fällen bejaht, wo die Spitex-Pflege bis zu 3.5-mal höhere Kosten verursachte (Entscheid des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG; heute: Bundesgericht] vom 11. Mai 2004, K 95/03, E. 2.2 mit Hinweisen; vgl. auch HARDY LANDOLT, Pflegebedürftigkeit im Spannungsfeld zwischen Grundrechtsschutz und Kosteneffizienz, SZS 2007 S. 126 f.).

In BGE 139 V 135 wurde ein Anspruch auf Spitex-Leistungen 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. Dies sei nicht gegeben bei der versicherten Person, welche an einer Alzheimerdemenz im fortgeschrittenen Stadium litt, bettlägerig war, sich in einem Zustand totaler Abhängigkeit betreffend sämtliche täglichen Lebensverrichtungen befand und über keine ausreichenden Möglichkeiten mehr verfügte, aktiv am sozialen oder familiären Leben teilzunehmen. Folglich wurde die ambulante Pflege, deren Kosten sich auf über Fr. 100'000.-- pro Jahr beliefen, als nicht mehr vereinbar mit dem Kriterium der Wirtschaftlichkeit erachtet (BGE 139 V 135 E. 5 S. 141 f.).

2.3.4 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 zu-

ständigen Arztes. Bei der Beurteilung des konkreten Bedarfs kommt den zuständigen Personen ein gewisser Spielraum zu. Darüber hinaus gilt die gesetzliche Vermutung, dass ärztlich verordnete Leistungen im Sinne von Art. 32 Abs. 1 KVG wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sind. Obwohl Art. 8a Abs. 3 KLV vorsieht, dass im Rahmen des Kontroll- und Schlichtungsverfahrens der Vertrauensarzt oder die Vertrauensärztin die ärztlichen Aufträge und Anordnungen überprüfen können, kann daraus nicht abgeleitet werden, dass der Einschätzung des Vertrauensarztes generell Vorrang zukommt. Die vertrauensärztliche Einschätzung ist in der Regel nicht geeignet, die Anordnung des mit den gesundheitlichen Verhältnissen der versicherten Person vertrauten (Haus-) Arztes in Frage zu stellen, wenn sie ohne vorgängige persönliche Begutachtung erfolgte und lediglich auf Erfahrungen beruht (Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 31. Oktober 2012, 9C_365/2012 E. 4; BLUM-SCHNEIDER/FILIPPO, Bedarfsmeldung - Kostengutsprache, in Pfleregerecht 2014, S. 76 ff.).

3.

3.1 Zu prüfen ist zunächst, ob die Hauspflege mittels Spitex mindestens gleich wirksam und zweckmässig war wie ein Pflegeheimaufenthalt oder ob der Spitex-Einsatz hier von vornherein als wirksamer und zweckmässiger zu betrachten ist.

3.2 Die Frage nach der Wirksamkeit und Zweckmässigkeit der Massnahme beurteilt sich primär nach medizinischen Gesichtspunkten. Persönliche, familiäre und soziale Umstände (z.B. Ausübung einer Erwerbstätigkeit, Anstreben einer Berufsbildung, politisches oder soziales Engagement, Rolle als Ehefrau und Mutter) sind jedoch mit zu berücksichtigen (BGE 139 V 135 E. 4.5 S. 140 f.; Entscheid des BGer vom 21. Januar 2014, 9C_343/2013, E. 4.1).

Die Beschwerdeführerin litt nach der Aktenlage vor und während dem zu beurteilenden Zeitraum der Inanspruchnahme von Spitex-Leistungen hauptsächlich an kardiopulmonalen Beschwerden sowie an einer beginnenden Demenz. Sie wohnte in einem Bauernhaus, wobei sie nebst der Spitex durch die im selben Gebäude lebende Tochter betreut wurde (vgl.

act. II M17, 22). Die Wirksamkeit der Hauspflege wird seitens der Beschwerdegegnerin anerkannt (vgl. act. II A16/2, A19/3 lit. B Ziff. 4), wogegen sie eine mindestens gleiche Zweckmässigkeit gegenüber der Heimpflege bestreitet. Sie bringt sinngemäss vor, die Beschwerdeführerin sei sehr betagt und es könnten kurzzeitig grosse gesundheitliche Probleme auftreten, auf die sehr rasch reagiert werden müsse. Bei der Betreuung zu Hause fehlten bei Abwesenheit der Spitex-Betreuung das medizinische Fachwissen und die nötigen technischen Vorrichtungen. Demgegenüber sei ein Pflegeheim auf betagte Patienten ausgerichtet und biete eine ununterbrochene Betreuung, weshalb die Behandlung in einer solchen Institution aus medizinischer Sicht als zweckmässiger als die Behandlung zu Hause zu betrachten sei (vgl. Beschwerdeantwort S. 3 Ziff. III Ziff. 4). Aus der Betreuung zu Hause lasse sich auch aus sozialen und persönlichen Aspekten kein besonderer Vorteil ableiten, die Beschwerdeführerin sei bettlägerig und könne ausser Haus keine gesellschaftlichen und sozialen Kontakte pflegen, sie könne auch keine besonders starken Bindungen zu einer bestimmten Person im Haushalt belegen.

3.2.1 Eine theoretisch ununterbrochene Verfügbarkeit von Pflegeleistungen im Rahmen einer Heimpflege wäre im vorliegenden Kontext insoweit unmassgeblich, als sich das Kriterium der Zweckmässigkeit primär am tatsächlichen Pflegebedarf orientiert und nicht mit Blick auf eine hypothetische Exazerbation der gesundheitlichen Beschwerden zu beurteilen ist. Zudem könnte eine medizinische Hilfestellung auch zu Hause – beispielsweise über tragbare Sanitätsnotruf-Systeme – zeitnah avisiert werden und bedurfte die Beschwerdeführerin nach unbestritten gebliebener Darlegung in der Beschwerde (S. 6 Ziff. III Ziff. 3.2) auch keiner nächtlichen Überwachung. Anders kann es sich selbstredend bei einer Person verhalten, deren Zustand sich stetig verschlechtert (vgl. BGE 139 V 135 E. 3.2 S. 138; ANDREA DOMANIG, Hauspflege vs. Heimpflege - Wirtschaftlichkeitsgebot, in hill 2013 Nr. 115 N. 4). Ob ein Pflegeheim – wie beispielsweise das von der Beschwerdeführerin bewohnte und von einer Privatperson als Einzelunternehmen betriebene familiäre «D. _____» in ... (vgl. SHAB Nr. ... vom ...) – über eine bessere technische Infrastruktur verfügt, kann vor diesem Hintergrund offen bleiben. Kommt hinzu, dass nicht allein auf die Behandlungspflege abgestellt werden kann, zumal der Grundpflege in zeitlicher

Hinsicht eine weitaus höhere Bedeutung zukommt (vgl. act. II M27-M30, M32, M34-M38). Des Weiteren kontrastiert die Behauptung, dass die Beschwerdeführerin bettlägerig sei, mit der Aktenlage. So soll die Beschwerdeführerin zumindest im Jahr 2012 mit Hilfsmitteln (zwei Rollatoren, Amerikanerstöcken, Elektromobil) sowohl im Haus als auch draussen (wenn auch mit beschränktem Radius) mobil gewesen sein (vgl. act. II M17, M22). Der Sachverhalt präsentiert sich somit auch diesbezüglich anders als jener, der BGE 139 V 135 zugrunde lag. Überdies ist vorliegend eine beginnende Demenz dokumentiert (vgl. act. II M17, M22), während im besagten Entscheid eine Person mit fortgeschrittener Alzheimer-Erkrankung betroffen war. Dass die Heimpflege während der Beurteilungsperiode zweckmässiger gewesen wäre als die ambulante Pflege durch die Spitex, ist mit den Argumenten der Beschwerdegegnerin jedenfalls nicht klar ausgewiesen.

3.2.2 Die Beschwerdeführerin wohnte im elterlichen Bauernhaus und wurde von einer im selben Haus lebenden Tochter betreut. Sie soll zudem regen Kontakt zu der auf demselben Stockwerk wohnenden Enkelin gehabt haben und regelmässig von ihren beiden anderen Töchtern, den Nachbarn und den ehemaligen Mitgliedern der ... besucht worden sein (S. 5 Ziff. III Ziff. 3.2). Diese sozialen Kontakte hätten prinzipiell auch in einem nahegelegenen Pflegeheim aufrechterhalten werden können, zudem ist weder aktenkundig noch wird geltend gemacht, dass die Beschwerdeführerin Aktivitäten betrieb, welche sie in einem Pflegeheim nicht hätte ausüben können. Sie bringt letztlich nichts vor, was hier einen Ausschlag zugunsten der ambulanten Pflege zu Hause gäbe. So war die Beschwerdeführerin nicht mehr erwerbstätig und nahm offensichtlich auch nicht mehr am ausserhäuslichen gesellschaftlichen Leben teil. In persönlicher Hinsicht hätten einzig die emotionale Verbundenheit zum elterlichen Bauernhof sowie die Nähe zu der im selben Gebäude lebenden Tochter bzw. Enkelin gegen einen Heimaufenthalt gesprochen. Eine gegenüber der Heimpflege erhöhte Zweckmässigkeit der Hauspflege lässt sich damit nicht begründen. Schliesslich wies die Beschwerdegegnerin im angefochtenen Einspracheentscheid vom 10. März 2014 (act. II A19/3 lit. B Ziff. 2) zu Recht darauf hin, dass allein eine höhere Lebensqualität zu Hause rechtsprechungsgemäss nicht genügt, um einen höheren Nutzen zu begründen (BGE 139 V 135 E. 4.5 S. 141).

3.3 Als Zwischenergebnis ist festzustellen, dass im hier massgebenden Zeitraum keine Aspekte ersichtlich sind, welche eine der beiden Massnahmen als gegenüber der anderen klar zweckmässiger hätte erscheinen lassen. Die Heim- und Hauspflege sind demgemäss als gleichermaßen wirksam und zweckmässig zu qualifizieren.

4.

4.1 Im Weiteren ist zu klären, ob die wirksame und zweckmässige Spitexpflege gegenüber einer Heimpflege nicht mehr als wirtschaftlich zu betrachten war, weil zwischen den Kosten der beiden Massnahmen ein grobes Missverhältnis bestand (vgl. E. 2.3.3 hievor).

4.2 Während gemäss den Ausführungen der Beschwerdeführerin die Spitex-Kosten zirka 33 % höher als die Heimpflege ausgefallen sein sollen (vgl. Beschwerde S. 7 Ziff. III Ziff. 3.3), lag das Kostenverhältnis nach Ansicht der Beschwerdegegnerin bei einem Faktor von 2.4 zulasten der Spitex-Pflege (vgl. Beschwerdeantwort S. 5 Ziff. III Ziff. 5).

4.2.1 Die Spitex stellte im Zeitraum vom 15. Mai 2013 bis 14. Januar 2014 insgesamt eine Summe von Fr. 31'653.05 (ohne Mittel und Gegenstände) in Rechnung (vgl. E. 1.2 hievor), was einem durchschnittlichen Monatsbetrag von rund Fr. 3'930.-- entspricht (Fr. 31'653.05 / 245 Tage x 365 Tage / 12).

4.2.2 Bei der Ermittlung der Kostendifferenz ist für die Heimpflegekosten – entgegen der offensichtlich seitens der Beschwerdeführerin vertretenen Ansicht – nicht auf die von der Beschwerdegegnerin als Kostendach anerkannten Beiträge der höchsten Pflegestufe abzustellen (diese sind hier lediglich für die Streitwertbemessung relevant), vielmehr ist zu prüfen, welche Kosten der Trägerin der obligatorischen Krankenpflegeversicherung im entsprechenden Zeitraum bei einer hypothetischen Heimpflege angefallen wären. Es können den Spitex-Kosten somit auch unter Herrschaft der neuen Pflegefinanzierung nicht in jedem Fall die Heimpflegekosten gemäss höchster Pflegestufe gegenübergestellt werden (vgl. z.B. Entscheid des BGer vom 21. Januar 2014, 9C_343/2013, lit. A und E. 4.2.1). Die Be-

schwerdegegnerin geht davon aus, dass sich der Gesundheitszustand nach dem Heimeintritt im Januar 2014 nicht verschlechterte und zieht folglich die anhand der Pflegestufe 6 seitens des «Alters- und Leichtpflegeheims D. _____» effektiv fakturierten Beträge von Fr. 54.-- pro Tag (vgl. act. IIB 3; Art. 7a Abs. 3 lit. f KLV) heran, was monatlich rund Fr. 1'643.-- ausmacht (Fr. 54.-- x 365 Tage / 12 Monate). Dieses Vorgehen ist nicht zu beanstanden, zumal auch die Beschwerdeführerin keine seit dem Heimübertritt eingetretene wesentliche gesundheitliche Veränderung geltend macht und die anhand des BESA Einstufungs- und Abrechnungssystems durchgeführte Ressourcenabklärung (act. IIB 4) nicht in Frage stellt.

4.3 Die Spitex-Kosten entsprechen demnach rund 239 % der Heimpflegekosten (100 / Fr. 1'643.-- x Fr. 3'930.--), mithin beträgt der Faktor 2.39. In einer Konstellation wie der vorliegenden, in welcher die Hauspflege gleich zweckmässig ist wie die Heimpflege (vgl. E. 3.3 hievore), schützte das Bundesgericht die vorinstanzliche Feststellung, dass Spitex-Leistungen bei einem Faktor von 2.35 «gerade noch» als wirtschaftlich zu qualifizieren seien (vgl. Entscheid des BGer vom 21. September 2012, 9C_940/2011, E. 3.4). In BGE 139 V 135 wurde ein Anspruch auf Spitex-Leistungen bei einem Faktor von 2.56 hingegen abgelehnt, obschon die ambulante Pflege als leicht wirksamer und zweckmässiger eingestuft wurde (vgl. zur höchstrichterlichen Kasuistik: GEBHARD EUGSTER, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum KVG, 2010, Art. 25 N. 29; DERSELBE, Krankenversicherung, in ULRICH MEYER [Hrsg.], Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Band XIV, Soziale Sicherheit, 2. Aufl. 2007, S. 522 N. 377; ANDREA DOMANIG, a.a.O., N. 64). Das Verwaltungsgericht des Kantons Bern verneinte die Wirtschaftlichkeit der Spitex-Pflege und damit einen Leistungsanspruch mit Urteil KV/2011/361 vom 21. September 2011 bei einem Faktor von 2.1 (diesbezüglich blieb das Urteil unangefochten [vgl. Entscheid des BGer vom 28. Februar 2012, 9C_794/2011]). Vor diesem Hintergrund und weil im vorliegenden Einzelfall keine Aspekte zu würdigen sind, die eine abweichende Schlussfolgerung zuliessen, ist beim Faktor von 2.39 ebenfalls von einem groben Missverhältnis auszugehen und das Kriterium der Wirtschaftlichkeit zu verneinen. Weil die Spitex-Pflege in der fraglichen Periode zwar wirksam und zweckmässig, nicht jedoch wirtschaftlich war, ist der angefochtene Einspracheentscheid vom 10. März 2014 (act. II

A19) im Ergebnis nicht zu beanstanden. Daran vermögen auch die geltend gemachten Grundrechtseinschränkungen (vgl. Beschwerde S. 7 Ziff. III Ziff. 3.4) nichts zu ändern, da sie mit Blick auf die Eingriffsvoraussetzungen von Art. 36 der Bundesverfassung (BV; SR 101) ohne weiteres gerechtfertigt wären. Eine Übergangsfrist war nicht zu gewähren (vgl. BGer 9C_794/2011, E. 2.2), zumal die Beschwerdegegnerin die Leistungskürzung bereits mit Schreiben vom 26. November 2012 (act. II A7) gegenüber der Spitex angekündigt hatte. Die Beschwerde vom 9. April 2014 erweist sich somit als unbegründet und ist abzuweisen.

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 Bei diesem Ausgang des Verfahrens ist der Beschwerdeführerin keine Parteientschädigung zuzusprechen (Art. 1 Abs. 1 KVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG [Umkehrschluss]).

Demnach entscheidet der Einzelrichter:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Es werden weder Verfahrenskosten erhoben noch eine Parteientschädigung zugesprochen.

3. Zu eröffnen (R):

- Rechtsanwältin B._____ und Fürsprecher C._____
z.H. der Beschwerdeführerin
- Agrisano Krankenkasse AG
- 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 Bundesgesetzes vom 17. Juni 2005 über das Bundesgericht (BGG; SR 173.110) geführt werden.