

200 14 405 KV
GRD/JAP/SEE

Verwaltungsgericht des Kantons Bern Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil des Einzelrichters vom 16. Januar 2015

Verwaltungsrichter Grütter
Gerichtsschreiber Jakob

A. _____
vertreten durch Fürsprecher B. _____
Beschwerdeführerin



gegen

Atupri Krankenkasse
Leistungsmanagement, Zieglerstrasse 29, 3000 Bern 65
vertreten durch Fürsprecher und Notar C. _____
Beschwerdegegnerin

betreffend Einspracheentscheid vom 24. März 2014

Sachverhalt:

A.

Die 1927 geborene A. _____ (fortan Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) ist bei der Atupri Krankenkasse (fortan Atupri bzw. Beschwerdegegnerin) obligatorisch krankpflegeversichert und beansprucht Hauspflege. Mit Bedarfsmeldeformular stellte die SPITEX ... (fortan Spitex), am 5. Dezember 2012 betreffend die Zeit vom 1. Dezember 2012 bis 31. Mai 2013 bei der Atupri für die Versicherte ein Gesuch um Bewilligung von 88 Stunden und 32 Minuten Pflegeleistungen im Quartal (Akten der Atupri, Antwortbeilagen [AB] 1).

Nachdem sich die Versicherte mit einer am 31. Januar 2013 erteilten Kostengutsprache (AB 4) für maximal 49 Stunden und 25 Minuten pro Quartal nicht einverstanden erklärt hatte (AB 5), bestätigte die Atupri mit Verfügung vom 5. März 2013 (AB 6) ihre Kostengutsprache und wies das Leistungsgesuch bezüglich der darüber hinaus beantragten Pflegeleistungen ab.

B.

Hiergegen erhob die Versicherte am 28. März 2013 Einsprache (AB 7). In der Folge machte die Spitex betreffend die Zeit vom 1. Juni bis 1. Dezember 2013 für die Versicherte einen Pflegeleistungsbedarf von 89 Stunden und sechs Minuten geltend (AB 9), worauf die Atupri am 15. Mai 2013 lediglich im Umfang der Vorperiode Kostengutsprache erteilte (AB 10).

Mit Entscheid vom 27. Juni 2013 (AB 13) dehnte die Atupri den Anfechtungsgegenstand auf den gesamten Zeitraum bis 1. Dezember 2013 aus und sprach in teilweiser Gutheissung der Einsprache die Kostenübernahme im Umfang von 64 Stunden und 47 Minuten pro Quartal zu. Dabei ging sie von einem höheren Aufwand für die Grund- und Behandlungspflege aus, während sie jenen für Abklärung und Beratung tiefer ansetzte als in der Verfügung. Diesen Einspracheentscheid hob sie während des vor dem Verwaltungsgericht des Kantons Bern hängigen gewesenen Beschwerde-

verfahrens KV/13/684 wiedererwägungsweise mit der Begründung auf, hinsichtlich der Abklärung und Beratung habe sie im Einspracheentscheid ohne Anhörung der Versicherten – und damit unzulässigerweise – eine Schlechterstellung (sog. *reformatio in peius*) vorgenommen (Schreiben vom 15. Oktober 2013 [in den Gerichtsakten KV/13/684]).

C.

In der weiteren Korrespondenz drohte die Atupri der Versicherten hinsichtlich der Abklärung und Beratung betreffend die Periode vom 1. Dezember 2012 bis 31. Mai 2013 eine *reformatio in peius* an (AB 18), worauf die letztere an ihrer Einsprache festhielt und sie ergänzte (AB 27). Auf einen daraufhin seitens der Spitex betreffend die Zeit vom 1. Dezember 2013 bis 1. Juni 2014 für die Versicherte geltend gemachten Pflegeaufwand von 89 Stunden und sechs Minuten (AB 28) reagierte die Atupri abermals mit einer Kostengutsprache für 49 Stunden und 25 Minuten pro Quartal (AB 29).

Mit Verfügung vom 29. Januar 2014 (AB 34), betreffend die Zeit vom 1. Juni 2013 bis 1. Dezember 2013, und Verfügung vom 31. Januar 2014 (AB 35), betreffend die Zeit vom 1. Dezember 2013 bis 1. Juni 2014, lehnte die Atupri die Kostenübernahme im beantragten Umfang ab und sprach Pflegeleistungen von insgesamt 51 Stunden und 30 Minuten pro Quartal zu.

D.

Nachdem die Versicherte hiergegen am 20. Februar 2014 Einsprache erhoben hatte (AB 38), vereinigte die Atupri die Einspracheverfahren betreffend die drei Verfügungen (AB 6, 34 f.), hiess die Einsprache vom 28. März 2013 (AB 7) mit Entscheid vom 24. März 2014 (AB 40) teilweise gut und wies jene vom 20. Februar 2014 (AB 38) ab. Für die gesamte Periode vom 1. Dezember 2012 bis 1. Juni 2014 gewährte die Atupri eine Kostenvergütung für Pflegeleistungen im Umfang bis 51 Stunden und 30 Minuten pro

Quartal (30 Minuten Abklärung und Beratung, vier Stunden und 30 Minuten Behandlungspflege, 46 Stunden und 30 Minuten Grundpflege).

E.

Mit Eingabe vom 29. April 2014 erhob die Versicherte, vertreten durch Fürsprecher B._____, Beschwerde und beantragte, der angefochtene Einspracheentscheid vom 24. März 2014 sei kostenfällig aufzuheben und die Kosten für die von der Spitex erbrachten Leistungen seien seit 1. Dezember 2012 gemäss den eingereichten Bedarfsmeldungen bzw. Monatsrechnungen zu übernehmen.

In ihrer Beschwerdeantwort vom 26. Mai 2014 schloss die Beschwerdegegnerin, vertreten durch Fürsprecher und Notar C._____, auf Abweisung der Beschwerde.

Während die Beschwerdegegnerin am 17. Juni 2014 auf Schlussbemerkungen verzichtete, hielt die Beschwerdeführerin gleichentags am gestellten Rechtsbegehren fest und legte den Pflege- und Betreuungsbericht der Spitex ins Recht (Akten der Beschwerdeführerin, Beschwerdebeilagen [BB] 7).

Am 14. August 2014 nahm die Beschwerdegegnerin zum aufgelegten Bericht der Spitex Stellung und bestätigte ihren Antrag auf Beschwerdeabweisung.

Nachdem ihr Rechtsvertreter am 9. September 2014 aufforderungsgemäss die Kostennote eingereicht hatte, bestätigte die Beschwerdeführerin mit Zuschrift vom 12. September 2014 ihr Rechtsbegehren.

Erwägungen:

1.

1.1 Der angefochtene Entscheid ist in Anwendung von Sozialversicherungsrecht ergangen. Die Sozialversicherungsrechtliche Abteilung des Verwaltungsgerichts beurteilt gemäss Art. 57 des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) i.V.m. Art. 54 Abs. 1 lit. a des kantonalen Gesetzes vom 11. Juni 2009 über die Organisation der Gerichtsbehörden und der Staatsanwaltschaft (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 vom 23. Mai 1989 über die Verwaltungsrechtspflege [VRPG; BSG 155.21]) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde einzutreten.

1.2 Angefochten ist der Einspracheentscheid vom 24. März 2014 (AB 40). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch der Versicherten auf Kostenvergütung von Spitexleistungen für die Zeit vom 1. Dezember 2012 bis 1. Juni 2014. Seitens der Beschwerdegegnerin wurde die Vergütung von Pflegeleistungen bis zum Umfang von 51 Stunden und 30 Minuten pro Quartal zugesprochen, während von der Beschwerdeführerin gemäss den Bedarfsmeldeformularen (AB 1, 9, 28) im ersten halben Jahr 88 Stunden und 32 Minuten pro Quartal und für die restliche Zeit 89 Stunden und sechs Minuten pro Quartal beantragt wurden. Gestützt auf die Stundenansätze gemäss Art. 7a Abs. 1 lit. a der Verordnung des Eidgenössischen Departements des Innern (EDI) vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV; SR 832.112.31) steht damit ein anerkannter Betrag bis Fr. 17'238.60 (Fr. 239.40 Abklärung und Beratung [30 Minuten pro Quartal x Fr. 79.80 pro Stunde x sechs Quartale] + Fr. 1'765.80 Behandlungspflege [vier Stunden und 30 Minuten pro Quartal x Fr. 65.40 pro Stunde x sechs

Quartale] + Fr. 15'233.40 Grundpflege [46 Stunden und 30 Minuten pro Quartal x Fr. 54.60 pro Stunde) einem solchen von bis zu Fr. 29'665.10 (Fr. 678.30 Abklärung und Beratung [eine Stunde 45 Minuten pro Quartal x Fr. 79.80 pro Stunde x zwei Quartale {AB 1} bzw. eine Stunde 15 Minuten pro Quartal x Fr. 79.80 pro Stunde x vier Quartale {AB 9, 28}] + Fr. 1'959.80 Behandlungspflege [vier Stunden und 17 Minuten pro Quartal x Fr. 65.40 pro Stunde x zwei Quartale {AB 1} bzw. fünf Stunden 21 Minuten x Fr. 65.40 pro Stunde x vier Quartale {AB 9, 28}] + Fr. 27'027.-- Grundpflege [82 Stunden und 30 Minuten pro Quartal x Fr. 54.60 pro Stunde x sechs Quartale {AB 1, 9, 28}]) gegenüber. Der Streitwert beträgt Fr. 12'426.50 (Fr. 29'665.10 ./ Fr. 17'238.60) und liegt damit unter Fr. 20'000.--, weshalb die Beurteilung der Beschwerde in die einzelrichterliche Zuständigkeit fällt (Art. 57 Abs. 1 GSOG).

1.3 Die Beschwerdegegnerin zog den ursprünglichen Einspracheentscheid vom 27. Juni 2013 (AB 13) im Beschwerdeverfahren KV/13/684 pendente lite in Wiedererwägung (vgl. Art. 53 Abs. 3 ATSG), weil sie darin im Zusammenhang mit der Abklärung und Beratung ohne vorgängige Gewährung des rechtlichen Gehörs eine Schlechterstellung vorgenommen hatte (vgl. Art. 12 Abs. 2 der Verordnung vom 11. September 2002 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSV; SR 830.11). Bezüglich der Behandlungs- und Grundpflege wurde mit dem besagten Einspracheentscheid die Rechtsstellung der Beschwerdeführerin im Vergleich zur damals angefochtenen Verfügung vom 5. März 2013 (AB 6) verbessert. Dadurch, dass die Beschwerdegegnerin den Entscheid aber insgesamt aufhob, konnte sie im neuen Einspracheentscheid über sämtliche Pflegeleistungen nach Art. 7 Abs. 2 lit. a bis c KLV neu und ohne Bindung an den früheren Einspracheentscheid befinden. Dieses Vorgehen erscheint insoweit bemerkenswert, als die Verwaltung unter Berufung auf den besagten formellen Mangel schliesslich hinsichtlich der (betragsmässig weitaus gewichtigsten) Grundpflege materiell deutlich weniger zusprach als sie im ersten Entscheid (AB 13) zunächst noch anerkannt hatte.

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 Die obligatorische Krankenversicherung übernimmt die Kosten für die Leistungen gemäss Art. 25 – 31 des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG; SR 832.10) nach Massgabe der in den Art. 32 – 34 KVG festgelegten Voraussetzungen. Nach Art. 25 Abs. 2 lit. a Ziff. 3 KVG umfassen diese unter anderem 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 zudem 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 vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV, SR 832.102) hat das EDI 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. Gemäss Art. 7 Abs. 2 KLV in der ab 1. Januar 2012 gültigen, hier anwendbaren Fassung fallen darunter Massnahmen der Abklärung, Beratung und Koordination (lit. a), der Untersuchung und Behandlung (lit. b) sowie der Grundpflege (lit. c).

Die Massnahmen der Abklärung, Beratung und Koordination (lit. a) umfassen die Abklärung des Pflegebedarfs und des Umfelds des Patienten oder der Patientin sowie die Planung der notwendigen Massnahmen zusammen mit dem Arzt oder der Ärztin und dem Patienten oder der Patientin. Des Weiteren umfassen sie die Beratung des Patienten oder der Patientin 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.

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 O²-Verabreichung, Inhalation, einfache Atemübungen, Absaugen),
5. Einführen von Sonden oder Kathetern und die damit verbundenen pflegerischen Massnahmen,
6. Massnahmen bei Hämo- 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.

Zu den Massnahmen der Grundpflege (lit. c) gehört einerseits die allgemeine Grundpflege bei Patienten und Patientinnen, 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 psy-

chisch kranker Personen in der grundlegenden Alltagsbewältigung, wie: Erarbeitung und Einübung einer angepassten Tagesstruktur, zielgerichtetes Training zur Gestaltung und Förderung sozialer Kontakte, Unterstützung beim Einsatz von Orientierungshilfen und Sicherheitsmassnahmen.

Die Leistungen können ambulant oder in einem Pflegeheim erbracht werden. Sie können auch ausschliesslich während des Tages oder der Nacht erbracht werden (Art. 7 Abs. 2^{ter} KLV).

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 oder der Patientin 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 zuhanden des Vertrauensarztes (Art. 57 KVG) eine umfassende Dokumentation der erbrachten Leistungen (Pflegedokumentation) einzureichen. Schliesslich ist eine detaillierte und verständliche Rechnungsstellung vorauszusetzen (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).

3.

3.1 Die Frage der Berechtigung der geltend gemachten Leistungen im Bereich der obligatorischen Krankenversicherung ist in erster Linie von Unterlagen des Leistungserbringers bzw. der Leistungsbezieherin abhängig. In diesem Sinne erschöpft sich die Untersuchungspflicht des Krankenversicherers im Wesentlichen im Einholen und Prüfen der entsprechenden Unterlagen (vgl. Urteil des Verwaltungsgerichts des Kantons Bern vom 10. Oktober 2012, KV/12/2, E. 3.1).

Hier lagen den Bedarfsmeldeformularen (AB 1, 9, 28) Leistungsplanblätter gemäss RAI-HC (Resident Assessment Instrument – Home-Care) vom 5. Dezember 2012 (AB 1/3 f.), vom 2. Mai 2013 (AB 9/2) sowie vom 23. Dezember 2013 (AB 28/3) bei. Zudem liegen die Medikamentenpläne (AB 15/2 f.), die Pflegeplanung (AB 3) sowie die Pflegedokumentation der Spitex vor (BB 7). D. _____, dipl. Gesundheitsschwester und dipl. Pflegefachfrau, führte (für den vertrauensärztlichen Dienst der Beschwerdegegnerin) zusammen mit E. _____, Pflegeexpertin und RAI-Supervisorin (für die Spitex), am 18. Oktober 2013 schliesslich einen Hausbesuch bei der Beschwerdeführerin durch (vgl. AB 41, 26).

3.2 Im Bedarfsmeldeformular für die Zeit vom 1. Dezember 2012 bis 31. Mai 2013 (AB 1) deklarierte die Spitex für Massnahmen der Bedarfsabklärung (Art. 7 Abs. 2 lit. a KLV) zusammen mit der Ärztin bzw. des Arztes und der Patientin einen Aufwand von einer Stunde und 45 Minuten pro Quartal. Für die restlichen Perioden bezifferte sie diesen Aufwand in den nachfolgenden Formularen (AB 9, 29) auf eine Stunde 15 Minuten pro Quartal. Die Beschwerdegegnerin ging im angefochtenen Einspracheentscheid gestützt auf die Einschätzung ihres vertrauensärztlichen Dienstes (AB 41/7 f.) demgegenüber von einem Aufwand von 30 Minuten pro Quartal aus (AB 40/6 E. 11 f.). Sie erwog dabei hauptsächlich, die Situation der Beschwerdeführerin sei stabil und es würden seit der Pflegeübernahme stets die gleichen Leistungen erbracht. Die Pflegeplanung mit Eintragungen vom Dezember 2012 und einer Eintragung vom Januar 2013 sei dürftig und erst ab Dezember 2012 angelegt. In keinem Jahr sei eine Evaluation der geplanten bzw. umgesetzten Massnahmen erfolgt bzw. dokumentiert worden. Abklärungsarbeit mit anderen Leistungserbringern sei seit Juli 2010

kaum erbracht worden. Die Biographie der Patientin sei unzureichend aufgenommen worden (vgl. auch AB 41/7, 44/2 lit. A).

Gemäss den RAI-HC-Leistungsplanblättern (AB 1/3 f., 9/2, 28/3) umfassten die Massnahmen der Abklärung pro Quartal einen Zeitaufwand von 60 Minuten für das «Reassessment» sowie im Rahmen der Bedarfsabklärung 30 Minuten Pflegeplanung bzw. 15 Minuten das Bestimmen des Dienstleistungsbedarfs Pflege (Leistungskatalog). In der Beschwerde (S. 4 f. Ziff. III Ziff. 2.1) wurde ergänzt, dass bei Bedarf (zirka ein- bis zweimal monatlich) ein telefonischer Kontakt mit dem behandelnden Arzt stattfinde, um die Situation zu prüfen und allenfalls Anpassungen in der Pflege vorzunehmen. Die Bedarfsabklärung zusammen mit Dr. med. F. _____, Facharzt für Hämatologie FMH und Allgemeine Innere Medizin FMH, wurde in den Bedarfsmeldeformularen (AB 1, 9, 28) von diesem unterschriftlich bestätigt und ist deshalb nicht in Zweifel zu ziehen. Nicht entscheidend ist dabei, ob der Arzt seinerseits die diesbezüglichen Leistungen gegenüber der Beschwerdegegnerin (vollumfänglich) fakturierte (vgl. Beschwerdeantwort S. 5 Ziff. III Art. 3 Lemma 4). Zudem bekräftigte die Spitex in ihrer Stellungnahme vom 14. November 2013 (AB 26), dass regelmässige telefonische Abklärungen mit dem behandelnden Dr. med. F. _____ stattfinden und sie erklärte, dieser überprüfe die verordnete medikamentöse Therapie standardmässig. Vor diesem Hintergrund ist der Aufwand für die Bedarfsabklärung prinzipiell ausgewiesen, zumal die seitens der Beschwerdegegnerin in diesem Zusammenhang erhobene Kritik nicht verfängt: So ist mit Blick auf den hier massgebenden Anfechtungs- und Streitgegenstand irrelevant, wie es sich mit dem diesbezüglichen Aufwand und der Dokumentation in der Zeit vor 1. Dezember 2012 verhielt (vgl. AB 40/6 E. 12, 42/7, 44/2 lit. A). Des Weiteren handelt es sich bei der Beschwerdeführerin um eine chronischkranke hochbetagte Versicherte; dass sich ihre Situation (auf einem pflegerisch anspruchsvollen Niveau) mehr oder weniger stabil präsentiert und «immer die gleichen Leistungen erbracht» werden (AB 40/6 E. 12), entbindet die Spitex nicht von einer regelmässigen eingehenden Analyse des Pflege- und Dienstleistungsbedarfs. Dass die Dokumentation der Pflegeplanung mangels festgestellten erheblichen Änderungen dabei weniger umfassend ausfällt als bei einer Person mit dauernd wechselndem Bedarf, lässt nicht per se auf einen geringeren Planungsaufwand schlies-

sen. Wenngleich es sich beim RAI-HC als Bedarfsabklärungs-Instrumentarium der Spitex um Empfehlungen im Bereich der Hauspflege ohne normativen Charakter handelt und die darauf basierenden Werte für die Gerichte nicht verbindlich sind, können sie von diesen bei ihrer Entscheidung mitberücksichtigt werden (vgl. Entscheide des Bundesgerichts vom 12. Juli 2013, 8C_1037/2012, E. 5.2.1, sowie vom 20. Juni 2013, 9C_528/2012, E. 4). Vorliegend erscheinen die in den RAI-HC-Leistungsplanblättern vermerkten Zeiten für die Bedarfsabklärung dem Einzelfall angepasst und angemessen. Einzig die erstmalige Pflegeplanung von 30 Minuten gemäss Leistungsplanblatt vom 5. Dezember 2012 (AB 1/3 f.) betreffend der Zeit vom 1. Dezember 2012 bis 31. Mai 2013 kann nicht in diesem Ausmass als ausgewiesen gelten, handelte es sich doch um eine Fortsetzungsanordnung und es ist nicht ersichtlich, weshalb dieser Aufwand in den zwei aufeinanderfolgenden Quartalen je einmal erforderlich gewesen sein soll, während er in den nachfolgenden Perioden überflüssig war. Vor diesem Hintergrund rechtfertigt es sich, für den gesamten Zeitraum vom 1. Dezember 2012 bis 1. Juni 2014 von einem angemessenen Aufwand von 25 Minuten pro Monat bzw. einer Stunde und 15 Minuten pro Quartal auszugehen.

3.3 Hinsichtlich der Behandlungspflege (Art. 7 Abs. 2 lit. b KLV) im Umfang von vier Stunden und 17 Minuten pro Quartal (AB 1) in der Zeit bis 31. Mai 2013 besteht zwischen den Parteien keine grosse Diskrepanz (vgl. AB 40/7 E. 12). Die Beschwerdegegnerin anerkannte im angefochtenen Einspracheentscheid (AB 40) für den gesamten Zeitraum bis 1. Juni 2014 einen Aufwand von vier Stunden 30 Minuten und ging damit bezüglich der ersten Periode vom 1. Dezember 2012 bis 31. Mai 2013 zugunsten der Beschwerdeführerin über ihre Anträge hinaus (sog. *reformatio in melius*). Unter Berücksichtigung der Medikamentenpläne (AB 15) sowie des Umstands, dass die Beschwerdeführerin sich teilweise selbst wiegt und die Spitex diesfalls lediglich das Gewicht zu dokumentieren hat (AB 41/8; vgl. Art. 7 Abs. 2 lit. b Ziff. 1 KLV), ist der im Einspracheentscheid angenommene Quartalsaufwand für das wöchentliche Richten der Heilmittel (Füllen des Dispensers, ggf. Organisieren und Bestellung von ärztlichen Rezepten [AB 1/3 f.]; vgl. Art. 7 Abs. 2 lit. b Ziff. 7 KLV) auch unter Einbezug des nunmehr ärztlich verordneten wöchentlichen Wiegens (BB 3) nachvollzieh-

bar und angemessen. Hingegen ist die ab 1. Juni 2013 in den Bedarfsmeldeformularen (AB 9, 28) geltend gemachte Erhöhung des Aufwands auf fünf Stunden 21 Minuten pro Quartal nicht durch eine entsprechende Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen schlüssig begründet. Damit ist unter dem Titel der Behandlungspflege für den gesamten hier massgebenden Zeitraum ein Aufwand bis vier Stunden und 30 Minuten zu vergüten.

3.4 Die beantragte Grundpflege (Art. 7 Abs. 2 lit. c KLV) von 82 Stunden und 30 Minuten pro Quartal ab 1. Dezember 2012 entspricht einem täglichen Aufwand von 55 Minuten und setzt sich aus Teilwäsche am Lavabo (inkl. Intimpflege; 15 Minuten), der Hilfe beim An- und Auskleiden (zehn Minuten) sowie dem An- und Ausziehen der Kompressionsstrümpfe (zweimal pro Tag 15 Minuten) zusammen (AB 1/3 f., 9/2, 28/3). Gestützt auf die Abklärung an Ort und Stelle vom 18. Oktober 2013 ermittelte die Spitex einen Grundpflegebedarf von 56 Minuten pro Tag (Teilwäsche am Lavabo: 26 Minuten; Hilfe Auskleiden: zehn Minuten; Kompressionsstrümpfe: zweimal zehn Minuten; AB 26/5). Während die Beschwerdegegnerin im aufgehobenen Einspracheentscheid vom 27. Juni 2013 (AB 13) zunächst einen Aufwand von 60 Stunden anerkannt hatte, erachtete sie im hier angefochtenen Entscheid vom 24. März 2014 (AB 40) lediglich noch einen solchen von 46 Stunden und 30 Minuten als gerechtfertigt.

Die Angaben in den Bedarfsmeldeformularen (AB 1, 9, 28) sowie den RAIHC-Leistungsplanblättern (AB 1/3 f., 9/2, 28/3) überzeugen und korrelieren – zumindest was den täglichen Gesamtaufwand für die Grundpflege anbelangt –, bei einer marginalen Differenz von einer Minute pro Tag, mit den Feststellungen im Bericht von E. _____ (AB 26/4 f.). Die Divergenz ist darauf zurückzuführen, dass die Letztere die Teilwäsche am Lavabo von 15 auf 26 Minuten erhöhte und gleichzeitig betreffend die Kompressionsstrümpfe lediglich einen Aufwand von zehn statt 15 Minuten (zweimal pro Tag) einsetzte. Diese Verschiebung des täglichen Grundpflegeaufwands zwischen den beiden Leistungen ist insofern nicht einleuchtend, als die Pflegeexpertin der Spitex im Widerspruch dazu einen Zeitbedarf von zehn Minuten für die Kompressionsstrümpfe bei einer in der Mobilität beeinträchtigten Versicherten als nicht realistisch erachtete (AB 26/5) und eine Abweichung von diesem Richtwert bzw. eine Erhöhung auf 15 Minuten postu-

lierte (AB 26/4). Beim An- und Ausziehen der Oberschenkelstützstrümpfe werden gemäss dem Pflege- und Betreuungsbericht (BB 7) bzw. Pflegeplanung (AB 3) der Spitex zusätzlich (als Massnahme zur Verhütung oder Behebung von behandlungsbedingten Schädigungen der Haut [Art. 7 Abs. 2 lit. c Ziff. 1 KLV]) die Beine/Füsse eingecremt und leicht massiert, was die Beschwerdegegnerin nicht bestreitet (AB 42/2 lit. C, 44/4 lit. C Lemma 3). Der für den gesamten zeitintensiven Vorgang veranschlagte Aufwand von je 15 Minuten erscheint im hier zu beurteilenden Einzelfall durchaus als realistisch und angemessen. Daran ändert der Umstand nichts, dass die prospektiv geschätzte Durchschnittsaufwand faktisch variiert und – wie offenbar anlässlich des Hausbesuchs vom 18. Oktober 2013 – an einzelnen Tagen unterboten werden kann (vgl. Beschwerdeantwort S. 6 f. Ziff. III Art. 5) bzw. der Aufwand in der Pflegepraxis bei bloss allgemeiner Betrachtung allenfalls als hoch zu werten wäre (vgl. AB 43/2).

Auf die abweichenden Einschätzungen von Frau D. _____ (AB 41-44) kann demgegenüber nicht abgestellt werden, zumal ihr der Pflege- und Betreuungsbericht der Spitex (BB 7) offenbar nicht (vollumfänglich) vorlag und sie in ihrer Argumentation die damals aktuelle Situation mit früheren, vorliegend nicht massgeblichen Spitexleistungen verglich und ihre Schlüsse daraus zog. Hinzu kommt, dass im aufgehobenen Einspracheentscheid vom 27. Juni 2013 (AB 13) bereits ein höherer Aufwand anerkannt wurde und nicht schlüssig begründet wurde, aus welchen konkreten Überlegungen diese frühere Beurteilung nicht mehr zutreffen soll. Im Übrigen zeigte die Beschwerdeführerin nachvollziehbar auf, dass die Spitex die diversen nicht kassenpflichtigen Handreichungen im Haushalt verrichtet um Leerzeiten zu füllen und dadurch kein zusätzlicher fakturierbarer Zeitaufwand entsteht (vgl. Eingabe der Beschwerdeführerin vom 11. September 2014, S. 3 Ziff. III Ziff. 2). Der Vorwurf, dass die Spitex einen überhöhten Aufwand ausweist, um letztlich auch die erbrachten Haushaltsleistungen im Zeitbedarf gemäss Art. 7 KLV «zu verpacken» (vgl. Eingabe der Beschwerdegegnerin vom 14. August 2014 S. 2 f. Ziff. III Art. 2) ist bei dieser Ausgangslage nicht stichhaltig.

Nach dem massgebenden Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 138 V 218 E. 6 S. 221) ist somit in tatsächlicher Hinsicht vom

deklarierten täglichen Grundpflegeaufwand von 55 Minuten auszugehen. Dies führt zu einem Aufwand von 27 Stunden und 30 Minuten im Monat (0.917 Stunden x 30 Tage) bzw. 82 Stunden und 30 Minuten pro Quartal.

3.5 Insgesamt besteht für die Zeit vom 1. Dezember 2012 bis 1. Juni 2014 Anspruch auf Kostenvergütung der Spitexleistungen bis zum Umfang von 88 Stunden und 15 Minuten pro Quartal (eine Stunde und 15 Minuten Abklärung und Beratung [vgl. E. 3.2 hievov], vier Stunden und 30 Minuten Behandlungspflege [vgl. E. 3.3 hievov], 82 Stunden und 30 Minuten Grundpflege [vgl. E. 3.4 hievov]). Die Beschwerde vom 29. April 2014 erweist sich insoweit als begründet und ist grösstenteils gutzuheissen.

4.

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

4.2 Die obsiegende Beschwerde führende Person hat Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Diese werden vom Versicherungsgericht festgesetzt und ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen (Art. 61 lit. g ATSG).

Bei diesem Verfahrensausgang obsiegt die Beschwerdeführerin bezogen auf die mit den zugesprochenen Pflegeleistungen verbundenen Kosten weit überwiegend. Für das bloss marginale Unterliegen im Zusammenhang mit der Abklärung und der Behandlungspflege rechtfertigt sich keine Kürzung der Parteientschädigung. In der Kostennote vom 9. September 2014 hat Fürsprecher B. _____ ein Honorar sowie Auslagen von Fr. 3'725.-- und die Mehrwertsteuer von Fr. 298.-- geltend gemacht. Diese Beträge sind nicht zu beanstanden. Der gesamte Parteikostenersatz wird somit auf Fr. 4'023.-- (inkl. Auslagen und Mehrwertsteuer) festgesetzt. Diesen Betrag hat die Beschwerdegegnerin der Beschwerdeführerin zu ersetzen.

Demnach entscheidet der Einzelrichter:

1. In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird der angefochtene Einspracheentscheid der Atupri Krankenkasse vom 24. März 2014 aufgehoben und die Beschwerdegegnerin verurteilt, betreffend die Zeit vom 1. Dezember 2012 bis 1. Juni 2014 die Spitexkosten bis zum Umfang von einer Stunde und 15 Minuten Abklärung und Beratung, vier Stunden und 30 Minuten Behandlungspflege, sowie 82 Stunden und 30 Minuten Grundpflege pro Quartal zu vergüten. Im Übrigen wird die Beschwerde abgewiesen.
2. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.
3. Die Beschwerdegegnerin hat der Beschwerdeführerin die Parteikosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 4'023.-- (inkl. Auslagen und MWSt.), zu ersetzen.
4. Zu eröffnen (R):
 - Fürsprecher B. _____ z.H. der Beschwerdeführerin
 - Fürsprecher und Notar C. _____ z.H. der Beschwerdegegnerin
 - 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.