

Eine gegen dieses Urteil erhobene Beschwerde in öffentlich-rechtlichen
Angelegenheiten hat das Bundesgericht am 10. Februar 2016 abgewiesen
(9C_604/2015).

200 14 411 KV
SCJ/SCM/JAA

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil des Einzelrichters vom 26. Juni 2015

Verwaltungsrichter Scheidegger
Gerichtsschreiberin Schädeli

A. _____
vertreten durch Fürsprecher B. _____
Beschwerdeführerin

gegen

KPT Krankenkasse AG
Recht, Postfach 8624, 3001 Bern
Beschwerdegegnerin

Spitex C. _____
Beigeladene

betreffend Einspracheentscheid vom 27. März 2014



Sachverhalt:

A.

Die 1927 geborene A. _____ (Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) war bis zum 31. Dezember 2013 bei der KPT Krankenkasse AG (KPT bzw. Beschwerdegegnerin) obligatorisch krankenkasseversichert und beansprucht Spitexleistungen (vgl. Akten der KPT [act. II] 1, 18 S. 4 Ziff. 2). Mit Bedarfsmeldeformular vom 25. Oktober 2012 bzw. 25. Januar 2013 stellte die SPITEX C. _____ (Spitex bzw. Beigeladene), bei der KPT für die Versicherte für die Zeit vom 17. Oktober 2012 bis 16. Januar 2013 ein Gesuch um Bewilligung von 156 Stunden und 45 Minuten bzw. 99 Stunden und 22 Minuten Pflegeleistungen im Quartal, woraufhin die KPT Kostengutsprache im Umfang von 82.25 Stunden pro Quartal erteilte (vgl. act. II 3 f.). Auf weitere Bedarfsmeldungen der Spitex, der daraufhin erteilten Kostengutsprachen (vgl. act. II 5, 7) sowie auf Ersuchen der Versicherten (act. II 10), verfügte die KPT am 8. August 2013 (act. II 12) für den Zeitraum vom 17. Oktober 2012 bis 16. Januar 2013 82.25 Stunden Pflegeleistungen pro Quartal bzw. für den Zeitraum vom 16. Februar bis 16. Mai 2013 solche von 72 Stunden pro Quartal.

Die dagegen erhobene Einsprache (act. II 14) lehnte die KPT – nach Eingang weiterer Bedarfsmeldungen der Spitex, erteilten Kostengutsprachen (act. II 13, 16) und einer gescheiterten aussergerichtlichen Einigung (vgl. act. II 17) – mit Entscheid vom 27. März 2014 (act. II 18) ab. Sie erwog im Wesentlichen, mit Einverständnis der Versicherten sei der Zeitraum vom 17. Oktober 2012 bis 31. Dezember 2013 zu beurteilen, wobei der Bereich „Abklärung und Beratung“ nicht umstritten sei. Die Massnahmen der Behandlungs- sowie der Grundpflege wurden im Umfang der erteilten Kostengutsprachen (vgl. act. II 4 f., 7 f., 13, 16) bestätigt.

B.

Hiergegen erhob die Versicherte, vertreten durch Fürsprecher B. _____, am 29. April 2014 Beschwerde. Unter Kosten- und Entschädigungsfolge beantragt sie die Aufhebung des angefochtenen Entscheids sowie, dass die Beschwerdegegnerin zu verpflichten sei, die Kosten für die erbrachten Spitexleistungen im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung gemäss den Rechnungen der Leistungserbringerin ab dem 17. Oktober 2012 zu übernehmen.

Mit Beschwerdeantwort vom 2. Juli 2014 beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde.

Mit prozessleitender Verfügung vom 22. August 2014 lud der Instruktionsrichter die Spitex zum Verfahren bei, welche am 22. September 2014 aufforderungsgemäss für das Verfahren dienliche Auskünfte erteilte.

Am 16. September 2014 bestätigte die Beschwerdeführerin ihre bisherigen Anträge und verzichtete am 12. November 2014 auf die Einreichung allfälliger Schlussbemerkungen. Gleichzeitig reichte Fürsprecher B. _____ seine auf das Verfahren vor Verwaltungsgericht beschränkte Kostennote ein.

Die Beschwerdegegnerin bestätigte ihre bisherigen Ausführungen mit Eingabe vom 15. Januar 2015.

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 27. März 2014 (act. II 18), mit welchem über den Zeitraum vom 17. Oktober 2012 bis 31. Dezember 2013 befunden wurde. Die diesem vorausgehende Verfügung vom 8. August 2013 (act. II 12) betrifft einzig den Zeitraum vom 17. Oktober 2012 bis 16. Mai 2013, womit es für die Zeit ab 17. Mai 2013 an einer Verfügung als Voraussetzung für den Erlass eines Einspracheentscheides fehlt. Es kann offen bleiben, ob das im Schreiben der Beschwerdeführerin vom 18. November 2013 (Beschwerdebeilage [act. I] 6) erklärte Einverständnis, dass der Einspracheentscheid den gesamten Zeitraum bis 31. Dezember 2013 mitumfasse, genügen würde, um den Mangel einer vorgängigen Verfügung zu beheben. Die Voraussetzungen für eine Ausdehnung des Anfechtungsgegenstandes auf eine ausserhalb des durch die Verfügung bestimmten Rechtsverhältnisses (vgl. BGE 130 V 501 E. 1.2 S. 503) sind zweifellos erfüllt, weshalb einer gerichtlichen Beurteilung der gesamten Periode nichts im Wege steht. Streitig und zu prüfen ist demnach der Anspruch der Versicherten auf Kostenvergütung von Spitexleistungen für die Zeit vom 17. Oktober 2012 bis 31. Dezember 2013.

1.3 Gemäss der von der Beschwerdegegnerin in der Beschwerdeantwort vorgenommenen Aufstellung der umstrittenen Beträge (im Gerichts-dossier), erreicht 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) Fr. 20'000.-- nicht, 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.

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 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.

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 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 Anforderung 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 Für die Beurteilung der Leistungspflicht liegen insbesondere die nachstehenden Unterlagen bei den Akten: die von Dr. med. D. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin FMH, visierten Bedarfsmeldeformulare vom 25. Oktober 2012, 10. Januar, 25. Januar, 7. März, 2. Mai, 8. August und 15. November 2013 samt den dazugehörigen Leistungsplanungsblättern gemäss RAI-HC (Resident Assessment Instrument – Home-Care; act. II 3 - 5, 7 f., 13, 16, act. I 7), die Medikamentenpläne (act. I 3, act. II 3, 7 f.), die Pflegeplanung (act. I 9, act. II 3, 5, 13) sowie die Pflege- und Betreuungsberichte (act. I 8, act. II 7 f., 13) der Spitex.

Die von der Spitex ausgestellten Rechnungen sind nicht aktenkundig. Aus der Beschwerdeantwort vom 2. Juli 2014 geht indessen hervor, in welchem Umfang von der Spitex im Zeitraum ab 17. Oktober 2012 bis 31. Dezember 2013 für erbrachte Leistungen Rechnung gestellt worden und welches die Differenz zu den von der Beschwerdegegnerin geleisteten Vergütungen ist. Diese Aufstellung wird nicht bestritten. Auf eine Edition der Rechnungen kann deshalb verzichtet werden.

3.2 Streitig und zu prüfen ist in erster Linie, ob die Beschwerdegegnerin den mit den Bedarfsmeldeformularen sowie den Leistungsplanungsblättern für die Zeit ab 17. Oktober 2012 bis 31. Dezember 2013 geltend gemachten Anspruch auf Spitexleistungen im Rahmen der von ihr wiederholt erteilten Kostengutsprachen (act. II 3 - 5, 7 f., 13, 16) – welche mit der Verfügung vom 8. August 2013 (act. II 12) sowie dem Einspracheentscheid vom 27. März 2014 (act. II 18) vollumfänglich bestätigt worden sind – zu Recht gekürzt hat. Sind diese Kürzungen zu bestätigen, so bleibt es dabei, dass die Beschwerdegegnerin ihre Leistungspflicht im Rahmen der erteilten Kostengutsprachen erfüllt hat. Aufgrund der Akten besteht kein Anlass, die

Kostengutsprachen zu Ungunsten der Beschwerdeführerin abzuändern. Nicht in diesem Verfahren zu prüfen ist die weitere Frage, wer für die Differenz zwischen den von der Beschwerdegegnerin anerkannten und offensichtlich bereits vergüteten und den von der Spitex in Rechnung gestellten Leistungen aufzukommen hat. Erweisen sich dagegen die Kürzungen ganz oder teilweise als unzulässig, so sind die bereits erteilten Kostengutsprachen entsprechend zu erhöhen mit der Folge, dass die Beschwerdegegnerin die von der Spitex eingereichten Rechnungen im Rahmen der – erhöhten – Kostengutsprachen zu vergüten und insoweit eine Nachzahlung zu erfolgen hat.

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

3.3 Hinsichtlich der Massnahmen der Abklärung, Beratung und Koordination (Art. 7 Abs. 2 lit. a KLV) besteht kein schützenswertes Interesse an einer gerichtlichen Überprüfung der diesbezüglich erteilten Kostengutsprachen (vgl. act. II 3 - 5, 7 f., 13, 16), da die von der Spitex in Rechnung gestellten Leistungen den Betrag der Kostengutsprache offenbar regelmässig unterschritten haben (vgl. act. II 18 S. 7 f.), weshalb die Beschwerdeführerin auch bei einer Erhöhung der Kostengutsprachen keinen Anspruch auf zusätzliche Leistungen hätte. Zu Recht hat deshalb die Beschwerdeführerin in der Beschwerde erklärt, Massnahmen der Abklärung und Beratung seien nicht streitig (S. 4 Ziff. 2).

3.4 Was die Massnahmen der Untersuchung und Behandlung (Art. 7 Abs. 2 lit. b KLV) anbelangt, so ist insbesondere der Aufwand für das Richten der Medikamente und für deren Verabreichung streitig. Im Einzelnen zu prüfen sind die nachstehenden Bereiche:

3.4.1 Für die Verabreichung von Medikamenten anerkennt die Beschwerdegegnerin durchgehend einen Aufwand von dreimal 6 Minuten pro Tag (vgl. act. II 18 S. 9 Ziff. 24). Es ist nicht ausreichend begründet, wenn die Spitex in den Leistungsplanungsblättern für gewisse Perioden einen höheren zeitlichen Aufwand geltend macht (vgl. act. II 3 - 5, 13, 16). Auch wenn unbestritten ist, dass die Medikation der Beschwerdeführerin laufend angepasst werden musste und auch der Einsatz von Schmerzmitteln der Kate-

gorie Opiode einen erhöhten Aufwand bedeuten dürfte, betrifft dies in erster Linie den Aufwand für das Richten der Medikamente (siehe E. 3.4.2 hiernach) und kann unter dem Titel „Verabreichung von Medikamenten“ nicht berücksichtigt werden. Somit ist der Beschwerdeführerin im gesamten hier relevanten Zeitraum ein monatlicher Aufwand für das Verabreichen von Medikamenten von 9 Stunden (3 x pro Tag 6 Minuten x 30 Tage) zu entschädigen.

3.4.2 Für das Richten der Medikamente anerkennt die Beschwerdegegnerin teilweise einen Aufwand von 10 Minuten (act. II 3, 13), teilweise von 20 Minuten pro Woche (act. II 7). Dagegen wird von der Spitex bis 16. Januar 2013 zunächst ein Aufwand von 40 Minuten pro Woche plus 10 Minuten pro Tag für die Zubereitung der Tropfen (vgl. act. II 3) bzw. mit neuer Bedarfsmeldung vom 25. Januar 2013 ein solcher von 30 Minuten pro Woche plus 10 Minuten pro Tag (Tropfen richten vom 10. September bis 23. November 2012; act. II 4) und für die Zeit vom 17. Januar bis 16. Februar 2013 ein Bedarf von 40 Minuten pro Woche geltend gemacht (act. II 5). Ab 17. Februar 2013 beantragt die Spitex einen wöchentlichen Bedarf von 30 Minuten (act. II 7 f., 13, 16).

Diesbezüglich überzeugt das Argument der Beschwerdeführerin, wonach insbesondere die Bereitstellung von opiathaltigen Medikamenten einen besonderen Aufwand verursache, weshalb der in den Leistungsplanungsblättern enthaltene Aufwand vollumfänglich zu entschädigen ist (vgl. Beschwerde S. 6). Demnach ist der Beschwerdeführerin unter dem Titel „Richten der Medikamente“ vom 17. Oktober bis 23. November 2012 ein Bedarf von 7 Stunden (1 x pro Woche 30 Minuten x 4 Wochen [= 2 Stunden] + 1 x pro Tag 10 Minuten [Tropfen zubereiten] x 30 Tage [= 5 Stunden]), vom 24. November 2012 bis 16. Januar 2013 ein Bedarf von 2 Stunden (1 x pro Woche 30 Minuten), vom 17. Januar bis 16. Februar 2013 ein solcher von 2 Stunden und 40 Minuten (1 x pro Woche 40 Minuten) und vom 17. Februar bis 31. Dezember 2013 wiederum ein solcher von 2 Stunden pro Monat (1 x pro Woche 30 Minuten) zuzusprechen.

3.4.3 Der von der Beschwerdegegnerin angenommene zeitliche Aufwand zur Messung der Vitalzeichen (act. II 18 S. 8 Ziff. 19) ist aufgrund der von der Beschwerdeführerin im Einspracheverfahren gemachten Angaben

(act. II 14 S. 6) nachvollziehbar und wird in der Beschwerde zu Recht nicht beanstandet. Mit Bedarfsmeldung vom 10. bzw. 25. Januar 2013 (act. II 4 f.) machte die Spitex für die Zeit vom 17. Oktober 2012 bis 16. Februar 2013 die Messung der Vitalzeichen einmal wöchentlich geltend, wohingegen eine solche ab 17. Februar 2013 lediglich noch einmal pro Monat vorgenommen wurde (vgl. act. II 7). Folglich ist der Beschwerdeführerin für den Zeitraum vom 17. Oktober 2012 bis 16. Februar 2013 ein monatlicher Bedarf von einer Stunde (1 x pro Woche 15 Minuten x 4 Wochen) und vom 17. Februar bis 31. Dezember 2013 ein solcher von 0.25 Stunden (1 x pro Monat 15 Minuten) zuzuerkennen.

3.4.4 Dass die Beschwerdegegnerin den ab 17. Februar 2013 für Kontrollbesuche am Mittag eingesetzten Aufwand von 10 Minuten täglich (act. II 7 f., 13, 16) nicht akzeptiert (vgl. act. II 18 S. 8 Ziff. 20, S. 11 Ziff. 30), ist aufgrund des fehlenden Pflichtleistungscharakters dieser Leistung nachvollziehbar und nicht zu beanstanden. Gleiches gilt für den ab 16. August 2013 geltend gemachten Aufwand für Haut einreiben ohne therapeutische Verordnung im Umfang von 10 Minuten täglich (act. II 13, 16). Diese Aufwände wurden in der Beschwerde zu Recht nicht mehr beanstandet und sind in der Folge auch nicht zu vergüten.

3.4.5 Bei diesen Gegebenheiten ist der Beschwerdeführerin unter dem Titel „Behandlungspflege“ vom 17. Oktober bis 23. November 2012 ein monatlicher Aufwand von 17 Stunden (9 Stunden [Verabreichen von Medikamenten] + 7 Stunden [Richten der Medikamente] + 1 Stunde [Messung der Vitalzeichen]), vom 24. November 2012 bis 16. Januar 2013 ein solcher von 12 Stunden (9 Stunden [Verabreichen von Medikamenten] + 2 Stunden [Richten der Medikamente] + 1 Stunde [Messung der Vitalzeichen]), vom 17. Januar bis 16. Februar 2013 ein solcher von 12 Stunden und 40 Minuten (9 Stunden [Verabreichen von Medikamenten] + 2 Stunden und 40 Minuten [Richten der Medikamente] + 1 Stunde [Messung der Vitalzeichen]) sowie vom 17. Februar bis 31. Dezember 2013 ein monatlicher Aufwand von 11.25 Stunden (9 Stunden [Verabreichen von Medikamenten] + 2 Stunden [Richten der Medikamente] + 0.25 Stunden [Messung der Vitalzeichen]) zu vergüten.

3.5 Für Massnahmen der Grundpflege (Art. 7 Abs. 2 lit. c KLV) ist zwischen den Parteien insbesondere der Aufwand für die Hilfe beim Trinken umstritten (vgl. act. II 18 S. 10 Ziff. 27, Beschwerde S. 7, Beschwerdeantwort S. 7 Ziff. 9). Die Beschwerdegegnerin anerkennt diesbezüglich durchgehend einen Aufwand von dreimal 5 Minuten pro Tag, wogegen in den Leistungsplanblättern regelmässig ein höherer Aufwand geltend gemacht wird (vgl. act. II 3 - 5, 7 f.). Der Bedarf gestaltet sich wie folgt:

3.5.1 Es ist unbestritten, dass die Beschwerdeführerin unter anderem an Demenz und massiver Obstipation leidet (vgl. act. II 8, Pflegedokumentation) und es deshalb unumgänglich ist, dafür zu sorgen, dass sie Hilfe beim Trinken erhält und insbesondere nicht vergisst, genügend Flüssigkeit zu sich zu nehmen. Allerdings ist nicht schlüssig nachvollziehbar, weshalb der von der Beschwerdegegnerin anerkannte Aufwand von dreimal täglich 5 Minuten (vgl. act. II 3 - 5, 7 f., 13) nicht ausreichend sein soll, geht es doch in erster Linie um eine Kontrolle, dass die Beschwerdeführerin genügend trinkt, wogegen sie die Flüssigkeit ohne Hilfe zu sich nehmen kann. Das Führen einer Ausscheidungsbilanz ist gemäss den überzeugenden Erklärungen in der Beschwerde (S. 7) nicht erforderlich. Insoweit erweisen sich die von der Beschwerdegegnerin vorgenommenen Kürzungen als korrekt und der Beschwerdeführerin ist für die Hilfe beim Trinken über den ganzen Zeitraum gesehen ein monatlicher Bedarf von 7.5 Stunden (3 x pro Tag 5 Minuten x 30 Tage) zuzusprechen.

3.5.2 Der von der Beschwerdegegnerin anerkannte Aufwand für Duschen/Baden von 40 Minuten pro Woche (vgl. act. II 3, 7) ist nicht bestritten und gibt im Übrigen zu keinen Beanstandungen Anlass. Demnach ist der Beschwerdeführerin, gemäss den Anträgen der Spitex (vgl. act. II 3, 5, 7 f.), vom 17. Oktober 2012 bis 16. August 2013 ein monatlicher Bedarf von 2 Stunden und 40 Minuten zuzuerkennen.

3.5.3 Zusammenfassend ist der Beschwerdeführerin für Massnahmen der Grundpflege für die Zeit vom 17. Oktober 2012 bis 16. August 2013 ein monatlicher Aufwand von 10 Stunden und 10 Minuten (7.5 Stunden [Hilfe beim Trinken] + 2 Stunden und 40 Minuten [Duschen/Baden]) und vom 17. August bis 31. Dezember 2013 ein solcher von 7.5 Stunden (Hilfe beim Trinken) zu entschädigen.

3.6 Somit ist – ohne Berücksichtigung der hier nicht streitigen Massnahmen für Abklärung und Beratung (vgl. E. 3.3 hiervor) – folgender monatliche Bedarf ausgewiesen:

- Ab 17. Oktober 2012: 27 Stunden und 10 Minuten (17 Stunden Behandlungspflege, 10 Stunden und 10 Minuten Grundpflege)
- Ab 24. November 2012: 22 Stunden und 10 Minuten (12 Stunden Behandlungspflege, 10 Stunden und 10 Minuten Grundpflege)
- Ab 17. Januar 2013: 22 Stunden und 50 Minuten (12 Stunden und 40 Minuten Behandlungspflege, 10 Stunden und 10 Minuten Grundpflege)
- Ab 17. Februar 2013: 21 Stunden und 25 Minuten (11.25 Stunden Behandlungspflege, 10 Stunden und 10 Minuten Grundpflege)
- Ab 17. August 2013: 18.75 Stunden (11.25 Stunden Behandlungspflege, 7.5 Stunden Grundpflege)

4.

Nach dem Dargelegten ist der von der Beschwerdegegnerin gemäss Kostengutsprachen anerkannte Aufwand einzig im Bereich „Richten der Medikamente“ im Sinne des von der Spitex geltend gemachten Aufwandes zu erhöhen; soweit weitergehend erweisen sich die Kürzungen gegenüber dem von der Spitex geltend gemachten Aufwand als zulässig. Demnach ist die gegen den Einspracheentscheid vom 27. März 2014 (act. II 18) erhobene Beschwerde insoweit gutzuheissen und soweit weitergehend 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 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 Streit-sache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen (Art. 61 lit. g ATSG). Nach der Rechtsprechung hat die beschwerdeführende Partei bei teilweisem Obsiegen mindestens Anspruch auf eine reduzierte Parteien-schädigung (BGE 110 V 54 E. 3a S. 57; SVR 2003 EL Nr. 5 S. 14 E. 4.1).

Fürsprecher B. _____ macht mit Kostennote vom 12. November 2014 ein Honorar von Fr. 4'200.-- zuzüglich Mehrwertsteuer von 8 % im Betrag von Fr. 336.--, ausmachend total Fr. 4'536.--, geltend.

Mit Blick auf das teilweise Obsiegen der Beschwerdeführerin wird die Par-teientschädigung pauschal auf Fr. 500.-- (inkl. Auslagen und Mehrwert-steuer) festgesetzt; diesen Betrag hat die Beschwerdegegnerin der Be-schwerdeführerin zu ersetzen.

Demnach entscheidet der Einzelrichter:

1. In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird der angefochtene Ein-spracheentscheid der KPT Krankenkasse AG vom 27. März 2014 auf-gehoben und Kostengutsprache für Leistungen der Spitex zugunsten der Beschwerdeführerin für die Zeit ab 17. Oktober 2012 bis 31. De-zember 2013 im Sinne der Erwägungen erteilt. Die Sache geht zurück an die Beschwerdegegnerin zwecks Festlegung und Ausrichtung der Vergütung für Spitexleistungen anhand des vorstehend ermittelten Be-darfs. Im Übrigen wird die Beschwerde abgewiesen.
2. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.
3. Die Beschwerdegegnerin hat der Beschwerdeführerin die Parteikosten im Umfang von pauschal Fr. 500.-- (inkl. Auslagen und MWSt.) zu er-setzen.

4. Zu eröffnen (R):

- Fürsprecher B. _____ z.H. der Beschwerdeführerin
- KPT Krankenkasse AG, Recht
- Spitex C. _____
- 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.