

200 14 879 KV
KNB/ABE/SEE

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil des Einzelrichters vom 24. Februar 2017

Verwaltungsrichter Knapp
Gerichtsschreiberin Abenheim

A. _____
vertreten durch Rechtsanwalt B. _____
Beschwerdeführer

gegen

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

betreffend Einspracheentscheid vom 28. Juli 2014



Sachverhalt:

A.

Der 1948 geborene A._____ (nachfolgend: Versicherter bzw. Beschwerdeführer) bezieht – zufolge eines Autounfalls im Jahr 1981 – seit April 1985 eine 50%-ige bzw. seit September 2001 eine 100%-ige Komplementärrente der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (nachfolgend: Suva) zur Rente der Invalidenversicherung bzw. nun der AHV (Akten der IV-Stelle Bern [act. III] 11, 27; Akten der Suva [act. IIIA] 62, 159).

Am 12. September 2002 erlitt der Versicherte bei einem Sturz von einer Leiter u.a. eine sensomotorisch komplette Paraplegie sub Th8 (Beschwerdebeilage [act. I] 6). Er nimmt spitalexterne Krankenpflegeleistungen in Anspruch. Bis November 2012 wurden diese von der Spitex E._____ erbracht; seit dem 26. November 2012 erfolgt die Pflege durch die D._____AG (nachfolgend: Spitex; vgl. Antwortbeilagen [act. II-IID]).

Mit Verfügung vom 23. November 2011 (act. IIC [unpaginiert]) sprach die Atupri Krankenkasse (nachfolgend: Atupri bzw. Beschwerdegegnerin), bei welcher der Versicherte bis zum 31. Dezember 2013 obligatorisch krankenversichert war (act. IIA 21, S. 2), geringere Spitexleistungen (pro 2011) zu als mit ärztlichen Bedarfsmeldungen geltend gemacht wurden. Daran hielt sie mit Einspracheentscheid vom 23. April 2012 (act. IIC [unpaginiert]) fest, worauf der Versicherte an das Verwaltungsgericht des Kantons Bern gelangte. Das entsprechende Beschwerdeverfahren KV/2012/504 wurde mit Urteil vom 13. August 2012 als gegenstandslos abgeschrieben, nachdem die Atupri das Anfechtungsobjekt am 9. Juli 2012 wiedererwägungsweise lite pendente aufgehoben hatte (vgl. act. IIB).

Mit Verfügung vom 24. April 2012 bzw. mit unangefochten gebliebenem Einspracheentscheid vom 3. Mai 2013 (act. IID [unpaginiert]) legte die Atupri die Spitexleistungen bis zum 25. November 2012 fest.

B.

Mit Verfügung vom 11. November 2013 (act. IIA 17) anerkannte die Atupri auch für die Zeit vom 26. November 2012 bis zum 11. Dezember 2013 einen Anspruch auf spitalexterne Krankenpflegeleistungen, jedoch (erneut) in geringerem Umfang als mit Bedarfsmeldungen (act. IIA 1, 4, 9) beantragt wurde. Am 4. Dezember 2013 erteilte sie der Spitex eine entsprechende Kostengutsprache (act. IIA 18).

Die dagegen erhobene Einsprache (act. IIA 19) wies die Atupri mit Entscheidung vom 28. Juli 2014 (act. IIA 21) ab.

C.

Hiergegen erhob der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt B. _____, am 15. September 2014 Beschwerde mit folgenden Anträgen:

1. Der Einspracheentscheid der Beschwerdegegnerin vom 28. Juli 2014 sei aufzuheben.
2. Die Beschwerdegegnerin sei zu verurteilen, für die Zeitspanne vom 26. November 2012 bis und mit 25. Februar 2013 die ärztlich angeordneten kassenpflichtigen Spitex-Pflegeleistungen der Grundversicherung (Art. 7 KLV) gemäss dem Bedarfsmeldeformular vom 18. bzw. 29. Dezember 2012 vollständig zu übernehmen.
3. Die Beschwerdegegnerin sei zu verurteilen, für die Zeitspanne vom 26. Februar 2013 bis und mit 10. Juni 2013 die ärztlich angeordneten kassenpflichtigen Spitex-Pflegeleistungen der Grundversicherung (Art. 7 KLV) gemäss dem Bedarfsmeldeformular vom 14. März 2013 vollständig zu übernehmen.
4. Die Beschwerdegegnerin sei zu verurteilen, für die Zeitspanne vom 11. Juni 2013 bis und mit 11. Dezember 2013 die ärztlich angeordneten kassenpflichtigen Spitex-Pflegeleistungen der Grundversicherung (Art. 7 KLV) gemäss dem Bedarfsmeldeformular vom 11. Juni 2013 vollständig zu übernehmen.
5. Eventualiter: Der Einspracheentscheid der Beschwerdegegnerin sei aufzuheben und aufzuheben und die Sache sei zur Vornahme weiterer Abklärungen des spitalexternen Pflegebedarfs des Beschwerdeführers für die Zeitspanne vom 26. November 2012 bis 11. Dezember 2013 an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen verbunden mit der Anordnung, eine neue Verfügung im Sinne der Beschwerde zu erlassen.

- unter Kosten- und Entschädigungsfolgen

Zur Begründung wird im Wesentlichen geltend gemacht, der Pflegebedarf für die Zeitspanne vom 26. November 2012 bis zum 11. Dezember 2013 sei ausgewiesen resp. medizinisch begründet. Die entsprechenden Kosten der spitalexternen Krankenpflege seien deshalb von der Beschwerdegegnerin zu übernehmen.

Mit Beschwerdeantwort vom 21. November 2014 beantragt die Beschwerdegegnerin, vertreten durch Fürsprecher C. _____, die kostenfällige Abweisung der Beschwerde.

Mit prozessleitender Verfügung vom 14. September 2015 zog der Instruktionsrichter das Gerichtsossier KV/2012/504 bei.

Mit Replik vom 11. Dezember 2015 und Duplik vom 16. Februar 2016 hielten die Parteien an ihren bisherigen Anträgen und Ausführungen fest.

Mit prozessleitender Verfügung vom 8. August 2016 stellte der Instruktionsrichter fest, dass die Akten unvollständig sind und forderte die Beschwerdegegnerin zur Vervollständigung sowie den Beschwerdeführer zur Veranlassung der Einreichung der Unfallakten auf. Sodann wurde die IV-Stelle Bern mit separatem Schreiben vom 8. August 2016 um Aktenzustellung ersucht.

Die IV-Akten (act. III) gingen am 15. August 2016, zusätzliche Unterlagen der Beschwerdegegnerin (act. IIA 30; act. IIB, IIC, IID) gingen am 26. August 2016 und Unfallakten der Suva (act. IIIA) gingen am 19. September 2016 beim Gericht ein.

Mit prozessleitender Verfügung vom 20. September 2016 stellte der Instruktionsrichter fest, dass die Suva-Akten (act. IIIA) ein Unfallereignis von 1981 betreffen und dass für das im vorliegenden Verfahren zur Diskussion stehende Unfallereignis von 2002 weder bei der Suva noch bei einem anderen Unfallversicherer Unfallversicherungsdeckung bestand.

Am 22. September 2016 ging schliesslich eine ergänzte Kostennote von Rechtsanwalt B. _____ ein.

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. Der Beschwerdeführer ist im vorinstanzlichen Verfahren mit seinen Anträgen nicht durchgedrungen, durch den angefochtenen Entscheid berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an dessen Aufhebung, weshalb er 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 Anfechtungsobjekt bildet der Einspracheentscheid vom 28. Juli 2014 (act. IIA 21). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch des Beschwerdeführers auf Vergütung der Spitexleistungen durch die Beschwerdegegnerin im Zeitraum vom 26. November 2012 bis 11. Dezember 2013. Von der Beschwerdegegnerin anerkannt sind 39.5 Stunden pro Monat (26. November 2012 bis 25. Februar 2013) bzw. 35.5 Stunden pro Monat (26. Februar bis 11. Dezember 2013 [AB 21, S. 13]). Verlangt werden 57 Stunden pro Monat (26. November 2012 bis 25. Februar 2013) bzw. 41.7 Stunden pro Monat (26. Februar bis 10. Juni 2013) bzw. 52.1 Stunden pro Monat (11. Juni bis 11. Dezember 2013). Selbst bei Berücksichtigung des höchsten Stundenansatzes von Fr. 79.80 (Art. 7a Abs. 1 lit. a der Verordnung vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung [Krankenpflege-Leistungsverordnung KLV; SR 832.112.31]) für alle Differenzstunden liegt der Streitwert unter Fr. 20'000.--, weshalb die Beurteilung der Beschwerde in die einzelrichterliche Zuständigkeit fällt (Art. 57 Abs. 1 GSOG).

1.3 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 Abs. 1 des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (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 vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (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 Gemäss Art. 7 Abs. 2 KLV in der seit 1. Januar 2012 gültigen Fassung fallen darunter Massnahmen der Abklärung, Beratung und Koordination (lit. a), der Untersuchung und Behandlung (lit. b) sowie der Grundpflege (lit. c).

2.2.1 Die Massnahmen der Abklärung, Beratung und Koordination (lit. a) umfassen zum einen die Abklärung des Pflegebedarfs und des Umfelds des Patienten sowie die Planung der notwendigen Massnahmen zusammen mit dem Arzt und dem Patienten (Ziff. 1). Zum anderen 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 (Ziff. 2). Schliesslich umfassen sie die Koordination der Massnahmen sowie Vorkehrungen im Hinblick auf Komplikationen in komplexen und instabilen Pflegesituationen durch spezialisierte Pflegefachpersonen (Ziff. 3).

2.2.2 Die Untersuchungs- und Behandlungsmassnahmen nach lit. b sind in einem 14 Positionen umfassenden Leistungskatalog spezifiziert. Sie umfassen in der seit 1. Januar 2012 gültigen, hier anwendbaren Fassung:

1. die Messung der Vitalzeichen (Puls, Blutdruck, Temperatur, Atem, Gewicht),
2. die einfache Bestimmung des Zuckers in Blut und Urin,
3. die Entnahme von Untersuchungsmaterial zu Laborzwecken,
4. Massnahmen zur Atemtherapie (wie O²-Verabreichung, Inhalation, einfache Atemübungen, Absaugen),
5. das Einführen von Sonden oder Kathetern und die damit verbundenen pflegerischen Massnahmen,
6. Massnahmen bei Hämo- oder Peritonealdialyse,
7. die Vorbereitung und Verabreichung von Medikamenten sowie Dokumentation der damit verbundenen Tätigkeiten,
8. die 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. das 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. die 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. die 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, wie: Erarbeitung und Einübung einer angepassten Tagesstruktur, zielgerichtetes Training zur Gestaltung und Förderung sozialer Kontakte, Unterstützung beim Einsatz von Orientierungshilfen und Sicherheitsmassnahmen.

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 (Pflegedokumentation) 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 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 Die Leistungen nach den Art. 25-31 KVG müssen wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sein (Art. 32 Abs. 1 Satz 1 KVG).

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. Obwohl Art. 8a Abs. 3 KLV vorsieht, dass im Rahmen des Kontroll- und Schlichtungsverfahrens der Vertrauensarzt 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. 4.1; vgl. auch BLUM-SCHNEIDER/FILIPPO, Bedarfsmeldung - Kostengutsprache, in Pflegerecht 2014, S. 76 ff.).

3.

Zu Recht unbestritten ist, dass der Beschwerdeführer Anspruch auf Übernahme von Kosten der Spitexpflege hat resp. die Beschwerdegegnerin im Grundsatz leistungspflichtig ist (vgl. Beschwerdeantwort, S. 4 und 8). Uneinig sind sich die Parteien über den konkreten Umfang der zu übernehmenden spitalexternen Krankenpflege. Während die Beschwerdegegnerin die ärztlich verordneten Leistungen kürzte, macht der Beschwerdeführer geltend, jene seien medizinisch indiziert und vollständig zu übernehmen.

3.1 Zum Gesundheitszustand des Beschwerdeführers resp. im Zusammenhang mit dem Bedarf an Pflege ist den Akten im Wesentlichen Folgendes zu entnehmen:

3.1.1 Im Bericht des Spitals F. _____ vom 11. Juli 2011 (act. I 6) wurden folgende Diagnosen aufgeführt:

- Sensomotorisch komplette Paraplegie sub Th8 bei St.n. Frakturen von BWK10-12, Typ C nach Sturz von der Leiter am 12.09.2002
 - St.n. dorsaler Stabilisierung Th9-L2 und Laminectomie Th11 am 12.09.2002, Metallentfernung am 22.06.2004
 - offenes Schädelhirntrauma mit Kalotten-Impressionsfraktur sowie Kontusionsherd occipital rechts
 - Rippenserienfraktur bilateral mit V.a. Herz- und Lungenkontusion
- Autonome Dysregulation mit Blasen-, Darm- und Sexualfunktionsstörungen
 - infranukleäre Neuronläsion mit schlaffer Blasenlähmung
- St.n. Schädelhirntrauma mit posttraumatischer psychoorganischer Störung 1981
- Diabetes mellitus Typ II
 - insulinpflichtig, zusätzlich medikamentös eingestellt
- Lokal fortgeschrittenes Adeno-Carcinom der Prostata T3a Nx M1 G3 Gleason Score 7 (ED 3/2008)
 - St. n. subcapsulärer Orchiectomie beidseits 28.04.2008
 - St. n. Lithotripsie bei Blasenkonkrement 09/2009
- St.n. Myositis ossificans im Becken und Oberschenkel

Anlässlich der ambulanten Jahreskontrolle vom 17. Juni 2011 bestehe ein stabiler Allgemein- und Rehabilitationszustand. Das neurologische Defizit sei stationär geblieben; der Gelenkstatus zeige eine leichte Verschlechterung der Hüftgelenksbeweglichkeit beidseits. Aus neuro-urologischer Sicht zeige sich eine zufriedenstellende Situation. Seitens des Prostatakarzinoms bestehe zurzeit Beschwerdefreiheit.

3.1.2 Der Hausarzt Dr. med. G._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, gab in der Begründung der Bedarfsmeldung vom Dezember 2012 (act. IIA 1) an, es seien insbesondere folgende Untersuchungs- und Behandlungsmassnahmen nötig: Spülen, Reinigen und Versorgen von Wunden (inkl. Dekubitus- und Ulcus-cruris-Pflege) und von Körperhöhlen (inkl. Stoma- und Tracheostomiepflege) und Fusspflege bei Diabetikern (Ziff. 10) sowie pflegerische Massnahmen bei Störungen der Blasen- oder Darmentleerung, inkl. Rehabilitationsgymnastik bei Inkontinenz (Ziff. 11) bzw. manuelle Ampullenausräumung und Urostomapflege.

In der Bedarfsmeldung vom 14. März 2013 (act. IIA 4) bzw. in der dazugehörigen „Begründung für Leistungen über 60 Stunden pro Quartal“ gab Dr. med. G._____ an, es sei ein „sehr hoher Pflegeaufwand zuhause“ nötig. Als Hauptprobleme nannte er den Status nach Schädelhirntrauma und Rückenmarkquerschnittverletzung mit Paraplegie, den Diabetes mellitus, das Prostatakarzinom, die Stuhlinkontinenz und den Blasenkatheter.

Im Bedarfsmeldeformular vom 11. Juni 2013 (act. IIA 9) vermerkte der Hausarzt wiederum, der Bedarf an Pflege sei sehr hoch.

3.1.3 Im „Bericht nach einem Abklärungsbesuch“ vom 23. Juli 2012 (act. IIA 22) legte H._____, dipl. Gesundheitsschwester, CM FH (Case Managerin Fachhochschule), dar, im Sommer erhalte der Beschwerdeführer dreimal, in den übrigen Jahreszeiten zweimal wöchentlich Unterstützung beim Duschen. Die Pflegende wasche ihn kurz intim im Bett, dann werde der Transfer vom Bett in den mobilen Duschstuhl durchgeführt. Dies gehe blitzschnell und zeuge von optimaler, gut eingespielter, vertrauensvoller Teamarbeit. Während sich der Beschwerdeführer selbständig dusche, entsorge die Pflegende die Abfälle vom vorgängigen rektalen manuellen Ausräumen und bereite die nächste Pflegehandlung, den Verbandwechsel um das Cystofix, vor. Das manuelle rektale Ausräumen geschehe täglich, davon dreimal wöchentlich durch die Spitex, an den anderen Tagen durch die Gattin des Beschwerdeführers. Diese Arbeit benötige buchstäblich Fingerpitzengefühl, Sorgfalt (Verletzungsgefahr) und eine professionelle Erfahrung. Nach jeder Dusche wechsele die Pflegende den Verband um die Einstichstelle des suprapubischen Katheters. Nachdem die Pflegende die

Spritze mit Wasser gefüllt habe, spüle sich der Beschwerdeführer seine Blase. Nach der Dusche liege er wieder auf dem Bett (auf dem Bauch) und die Pflegenden führe die Hautpflege des Gesässes durch.

Folgende Verrichtungen führe der Beschwerdeführer selbständig durch: das Richten der Medikamente, die tägliche Insulininjektion, sich duschen, teilweise sich trocken (exkl. Rücken, Beine, Füsse und Zehen), das Anziehen der Kleider oben, der Stützstrümpfe, Socken und Schuhe. Dem Beschwerdeführer sei es wichtig, seine Eigenständigkeit im Rahmen des Möglichen beizubehalten. Es sei auffallend, wie professionell und umsichtig er seine eigenen Pflegeverrichtungen durchführe.

Die Spitexpflegende sei um 8.35 Uhr gekommen und habe das Haus etwa 80 Minuten später wieder verlassen. Bei Abwesenheit der Spitexpflegenden werde der Beschwerdeführer durch seine Ehegattin gepflegt. Es falle auf, dass die Ehefrau eine grosse Verantwortung für die Durchführung der Pflege übernehme. Sie wisse um die Gefahren. Es sei zu empfehlen, dass die Grund- und Behandlungspflege des Beschwerdeführers ausschliesslich durch ausgewiesenes, erfahrenes Pflegepersonal (mindestens Niveau FASRK, FAGE und höhere Pflegeausbildung) erfolge, weil die Grundpflegeleistungen immer auch mit Behandlungspflege (rektales manuelles Ausräumen, Klistier oder Blasenspülungen) und mit professionellen Beobachtungen verbunden seien; zudem würden Pflegeeinsätze durch Pflegepersonal langfristig erfahrungsgemäss zu anderen Ergebnissen führen (Stichwort Prävention).

3.2 Das Prinzip inhaltlich einwandfreier Beweiswürdigung besagt, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel objektiv zu prüfen hat, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf das Gericht bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352; SVR 2015 IV Nr. 28 S. 86 E. 4.1).

Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten, sondern dessen Inhalt (BGE 137 V 210 E. 6.2.2 S. 269, 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352).

3.3 Nicht zu beanstanden ist, dass Beschwerdegegnerin den Pflegebedarf einer Prüfung unterzogen hat, wurde in den Bedarfsmeldungen (act. IIA 1, 4, 9) doch jeweils ein Zeitbedarf von über 60 Stunden pro Quartal geltend gemacht (vgl. Art. 8a Abs. 3 KLV). Vorliegend erfolgte diese Überprüfung jedoch nicht – wie in Art. 8a Abs. 3 KLV vorgesehen – durch einen (Vertrauens-)Arzt (vgl. Art. 57 KVG), sondern durch eine dipl. Gesundheitschwester, was bei der Beweiswürdigung (E. 3.2 hiavor) bzw. namentlich bei der Gegenüberstellung mit der hausärztlichen Anordnung zu berücksichtigen ist. Weiter ist zu beachten, dass selbst bei einer Bedarfsüberprüfung durch eine Arztperson einer entsprechenden Einschätzung nicht generell Vorrang zukommt: Ohne vorgängige persönliche Begutachtung ist eine vertrauensärztliche Einschätzung in der Regel nicht geeignet, die Anordnung des Hausarztes in Frage zu stellen (BGer 9C_365/2012, E. 4.1; vgl. E. 2.4 hiavor). Im vorliegenden Fall erfolgte weder eine vertrauensärztliche Untersuchung noch war ein Arzt beim Besuch am 23. Juli 2012 zugegen (vgl. act. IIA 22). Der Vertrauensarzt der Beschwerdegegnerin, Dr. med. I. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, hat allein die (nachträglichen) Stellungnahmen der dipl. Gesundheitsschwester (act. IIA 25-28) mit dem Vermerk „eingesehen + einverstanden“ visiert. Ob jene damit als *ärztliche* Einschätzungen gelten, braucht nicht abschliessend geprüft zu werden. Denn auch bejahendenfalls vermögen sie die gesetzliche Vermutung, dass die hausärztlich verordnete Pflege indiziert ist (vgl. E. 2.4 hiavor), nicht per se umzustossen: Abgesehen von den erwähnten formellen Unklarheiten überzeugt die Begründung

für die Reduktion des Pflegeaufwands auch inhaltlich nicht in allen Teilen (vgl. sogleich).

3.4 Im Einzelnen ergibt sich was folgt:

3.4.1 Was zunächst die Massnahmen der Abklärung, Beratung und Koordination (Art. 7 Abs. 2 lit. a KLV; vgl. E. 2.2.1 hiervor) anbelangt, anerkannte die Beschwerdegegnerin in der Anfangsphase vom 26. November 2012 bis zum 25. Februar 2013 die geltend gemachten 2 Stunden pro Monat. Ab dem 26. Februar 2013 akzeptiert sie hingegen allein noch einen Aufwand von 0.5 Stunden – statt der geltend gemachten 1.3 Stunden – pro Monat. Dies ist nicht zu beanstanden. Nach dem Wechsel der leistungserbringenden Spitexorganisation wurde der ab dem 26. November 2012 zuständigen Institution eine Übergangs- bzw. Eingewöhnungsphase von drei Monaten mit entsprechend erhöhtem Zeitaufwand zugestanden. Da die Pflegesituation aber als weitgehend stabil bezeichnet werden kann und nach drei Monaten von einer gewissen Routine und eingespielten Pflegeabläufen ausgegangen werden kann, ist die Kürzung ab dem 26. Februar 2013 auf 0.5 Stunden pro Monat gerechtfertigt. Daran ändern die Ausführungen des Beschwerdeführers in der Replik (S. 5 f.) nichts: Dass seine Ehefrau nur gebrochen deutsch spricht und über keine pflegerische Ausbildung verfügt (dazu vgl. auch E. 3.4.2 hiernach), wirkt sich im Rahmen der Beratung des Umfelds bzw. der Ehefrau zwar in der Tat aus, jedoch ebenfalls allein im Rahmen einer ersten Eingewöhnungsphase. In diesem Punkt ist die Beschwerde somit abzuweisen.

3.4.2 Weiter ist unter dem Aspekt der Untersuchung und Behandlung (Art. 7 Abs. 2 lit. b KLV; vgl. E. 2.2.2 hiervor) festzustellen, dass die Darmentleerung hier durch manuelle Entfernung (Ausräumung) von Stuhl aus dem Rektum erfolgt und diese Behandlung täglich vorgenommen wird. Entgegen den Ausführungen der dipl. Gesundheitsschwester wird diese Massnahme jedoch nicht bloss dreimal pro Woche durch die Spitex und an den anderen Tagen durch die Gattin vorgenommen (vgl. act. IIA 22). Vielmehr erfolgt sie jeden Tag durch die Spitexpflegende (vgl. auch die detaillierten Pflegerapporte [act. IIA 16]). Dieser Diskrepanz ist bei der Bedarfsermittlung im Sinne eines höheren Zeitbedarfs Rechnung zu tragen. Dass diese Handlung nicht (mehr) durch die Ehefrau des Beschwerdefüh-

ers erfolgt, wird seitens der Beschwerdegegnerin zu Recht nicht beanstandet. So hat denn auch die von ihr mandatierte dipl. Gesundheitschwester mit nachvollziehbarer Begründung explizit empfohlen, diese heikle Pflegehandlung ausschliesslich durch professionell geschultes und erfahrenes Pflegefachpersonal ausführen zu lassen (vgl. act. IIA 22). Selbst unter Berücksichtigung der im Sozialversicherungsrecht geltenden allgemeinen Schadenminderungspflicht, welche grundsätzlich auch Angehörigen obliegt, kann von der medizinisch nicht ausgebildeten Ehefrau des Beschwerdeführers nicht erwartet werden, dass sie die professionelle Behandlungspflege übernimmt, um Kosten der Krankenversicherung zu senken (vgl. dazu auch act. IIA 23). Eine Kürzung des Aufwands unter diesem Aspekt ist folglich nicht vorzunehmen. Diesbezüglich ist die Beschwerde gutzuheissen, d.h. im Zeitraum vom 26. November 2012 bis zum 25. Februar 2013 sind – statt 15 Stunden – 17.5 Stunden Untersuchungs- und Behandlungspflege zu vergüten. Betreffend die folgende Zeit besteht kein Anlass, die unstreitigen 12.5 Stunden pro Monat von Amtes wegen näher zu beleuchten.

3.4.3 Was schliesslich die Grundpflege (Art. 7 Abs. 2 lit. c KLV; vgl. E. 2.2.3 hiervor) anbelangt, ist wie folgt zu differenzieren:

Hinsichtlich der Körperpflege erachtet es die Beschwerdegegnerin als nicht nachvollziehbar, dass bei zwei wöchentlichen Duschen „auch noch 7 Teilwaschungen pro Woche“ geltend gemacht werden (act. IIA 21, S. 7). Entgegen den Ausführungen der dipl. Gesundheitsschwester können die täglichen Teilwaschungen jedoch nicht als unlogisch (vgl. act. IIA 25) bezeichnet werden: Angesichts der Stuhlinkontinenz bzw. der damit verbundenen (regelmässigen) Verunreinigungen im Intimbereich ist ohne weiteres nachvollziehbar, dass zusätzlich zu den zwei Duschen pro Woche weitere Intimtoiletten erforderlich sind. Insbesondere wegen der Rollstuhlabhängigkeit bzw. wegen der aufgrund des dauernden Sitzens bestehenden Dekubitusgefahr, die hier zufolge des Übergewichts und des Diabetes sogar noch erhöht ist, ist der Beschwerdeführer auf einen sauberen Gesässbereich angewiesen. Dass jeder Hautkontakt von Stuhl oder Urin einer Reinigung bedarf, um Hautläsionen und/oder Infektionen vorzubeugen, ist denn auch zu Recht unbestritten (vgl. act. IIA 24). Wenn die Indikation von zusätzli-

chen Intimtoiletten mit der Tatsache bestritten wird, dass der Beschwerdeführer „DK-Träger“ ist (act. IIA 24), wird verkannt, dass dem Dauerkatheter im Zusammenhang mit Stuhlverunreinigungen keine Bedeutung zukommt, leitet jener doch einzig den Urin ab. Bei dieser Ausgangslage kann – entgegen den Ausführungen im angefochtenen Einspracheentscheid (act. IIA 21, S. 8 oben) – nicht gesagt werden, bei den abendlichen Intimtoiletten handle es sich allein um „einen Wunsch der Ehefrau“ des Beschwerdeführers. Vielmehr ergibt sich der zusätzliche Intimpflegebedarf auch aus der ausführlichen Pflegedokumentation der Spitex (Verlaufsberichte [vgl. Beilagen zu act. IIA 16]). Die Pflegenden haben abends jeweils nicht allein den Transfer ins Bett durchgeführt, sondern nebst der Unterstützung beim Umziehen auch regelmässig Dekubitusprophylaxe betrieben, das Gesäss nochmals gereinigt und eingesalbt sowie die verschmutzte Einlage gewechselt (vgl. z.B. Einträge vom 11., 21. und 31. Juli 2013, 3. August 2013). Dass der Beschwerdeführer regelmässig unkontrollierten Stuhlabgang hat, geht im Übrigen auch aus dem Abklärungsbericht Hilflosigkeit der Invalidenversicherung hervor (act. III 54/6), zumal die von der Beschwerdegegnerin mandatierte Case Managerin in der vertrauensärztlich visierten Stellungnahme vom 1. Februar 2013 (act. IIA 26) einräumte, bei Bedarf sei abends eine Intimpflege zu leisten, damit nässende Einlagen keine Pilze oder Dekubiti provozieren würden. Jedenfalls kann nicht gesagt werden, es werde einfach versucht, diese Leistungen der Beschwerdegegnerin „schmackhaft zu machen“ (act. IIA 27). Diesbezüglich hat keine Reduktion des geltend gemachten Zeitbedarfs zu erfolgen. Dass der Beschwerdeführer anlässlich des Kontrollbesuchs vom 23. Juli 2012 gesagt hat, er wolle einen Grossteil der Grundpflege selber durchführen (vgl. act. IIA 22), ändert daran nichts (vgl. aber act. IIA 21, S. 7). Daraus erhellt höchstens, dass der Beschwerdeführer gewillt und motiviert ist, der ihm obliegenden Schadenminderungspflicht soweit möglich nachzukommen und sich gleichzeitig eine grösstmögliche Selbständigkeit zu bewahren, was unter jedem Aspekt zu begrüssen ist.

Hingegen ist eine Kürzung vorzunehmen, soweit die Position der Grundpflege nicht kassenpflichtige Leistungen beinhaltet. Der vertrauensärztlich visierten Stellungnahme der Case Managerin vom 15. November 2013 (act. IIA 28) ist zu entnehmen, dass sich diese Problematik auf die Zeit ab dem

11. Juni 2013 beschränkt (vgl. S. 5 oben). Demgemäss seien für die „aktuelle Bedarfsabklärung“ vom 11. Juni 2013 pro Monat „10 Stunden Grundpflege mehr geltend gemacht“ worden „als in ihrer Vorperiode“ (vgl. act. IIA 4 [32.9 Stunden] bzw. act. IIA 9 [42.3 Stunden]). Dabei handle es sich beispielsweise um die Reinigung des Bades, die Zubereitung des Nachtessens während der Ferienabwesenheit seiner Familie oder „Kaffeetinken mit dem vereinsamten Patienten“ und Wartezeiten der Pflegenden während der Beschwerdeführer noch schnell die Kaninchen füttere oder die Blumen giesse (act. IIA 28). Mit der Beschwerdegegnerin ist festzuhalten, dass diese Betreuungs- und Hauswirtschaftsleistungen zwar durchaus im Interesse des Beschwerdeführers liegen; dies sind Handlungen, die der sozialen Beziehung dienen (vgl. BGE 136 V 172 E. 5.3.1 S. 180), aber nicht kassenpflichtig sind. Die Spitex muss sich nicht vorwerfen lassen, sie habe jene Leistungen aus einem wirtschaftlichen Eigeninteresse erbracht (vgl. dazu THOMAS GÄCHTER, Urteil des Bundesgerichts, II. sozialrechtliche Abteilung, vom 31. Oktober 2012 [9C_365/2012], in *Pflegerecht* 2013, S. 124). Indessen ist in diesem Bereich vom Leistungskatalog abzuweichen. Dass der entsprechende Bedarf mittels RAI-HC (Resident Assessment Instrument Homecare), einem vom Branchenverband der Krankenversicherer grundsätzlich anerkannten Instrumentarium zur Bedarfsabklärung (vgl. Replik, S. 8), kalkuliert wurde, ändert daran nichts. Denn die Empfehlungen gemäss RAI-HC haben keinen normativen Charakter (Entscheid des BGer vom 21. Dezember 2010, 9C_702/2010, E. 4.2.3), worauf die Beschwerdegegnerin zu Recht hinweist (vgl. Beschwerdeantwort, S. 7; Duplik, S. 5), zumal ihr vertrauensärztlicher Dienst nachvollziehbar begründet hat, dass und inwieweit der für die Grundpflege berechnete Bedarf zu hoch ist. Die nicht kassenpflichtigen Leistungen sind gemäss Einschätzung der dipl. Gesundheitsschwester (act. IIA 28, S. 5 oben) mit 10 Stunden pro Monat zu veranschlagen und vom geltend gemachten Bedarf für die Periode vom 11. Juni 2013 bis zum 11. Dezember 2013 (42.3 Stunden) in Abzug zu bringen. Folglich hat die Beschwerdegegnerin für den genannten Zeitraum 32.3 Stunden an Grundpflege zu übernehmen. Für die Zeitperiode vom 26. November 2012 bis zum 25. Februar 2013 sind für die Grundpflege antragsgemäss 37.5 Stunden pro Monat und für die Zeit vom 26. Februar 2013 bis zum 10. Juni 2013 sind für die Grundpflege 32.9 Stunden pro Monat zu vergüten.

3.5 Zusammenfassend ist der angefochtene Einspracheentscheid vom 28. Juli 2014 (AB 21) in teilweiser Guttheissung der Beschwerde insoweit abzuändern, als die Beschwerdegegernerin für die Zeit vom 26. November 2012 bis zum 25. Februar 2013 für die Behandlungspflege 17.5 Stunden pro Monat, für die Zeit vom 26. November 2012 bis zum 25. Februar 2013 für die Grundpflege 37.5 Stunden pro Monat, für die Zeit vom 26. Februar 2013 bis zum 10. Juni 2013 für die Grundpflege 32.9 Stunden pro Monat und vom 11. Juni 2013 bis zum 11. Dezember 2013 für die Grundpflege 32.3 Stunden pro Monat zu vergüten hat. Soweit weitergehend ist die Beschwerde abzuweisen.

4.

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

4.2 Bei teilweisem Obsiegen hat die beschwerdeführende Partei mindestens Anspruch auf eine reduzierte Parteientschädigung (BGE 110 V 54 E. 3a S. 57). Ist das Quantitative einer Leistung streitig, rechtfertigt eine „Überklagung“ eine Reduktion der Parteientschädigung nur, wenn das Rechtsbegehren den Prozessaufwand beeinflusst hat. Indessen kommt die Zusprechung einer vollen Parteientschädigung bei teilweisem Obsiegen nur in Frage, wenn die Beschwerde führende Person im Grundsatz obsiegt und lediglich im Masslichen (teilweise) unterliegt (vgl. Entscheide des BGer vom 16. November 2010, 9C_580/2010, E. 4.1, und vom 20. Mai 2011, 9C_178/2011, E. 3.3.1 [für Streitigkeiten betreffend die Leistungspflicht der obligatorischen Krankenpflegeversicherung]).

Im vorliegenden Fall obsiegt der Beschwerdeführer teilweise. Die von Rechtsanwalt B._____ mit Kostennote vom 21. September 2016 geltend gemachte Entschädigung von Fr. 8'181.--, basierend auf einem Honorar von Fr. 7'357.50 (27.25 Stunden à Fr. 270.--), zuzüglich Auslagen von Fr. 217.-- und Mehrwertsteuer von Fr. 606.--, erscheint unter Berücksichtigung des im Vergleich zu ähnlich gelagerten Fällen gebotenen Aufwandes und des Umstands, dass der Rechtsvertreter schon länger mit der Angelegenheit betraut ist, mithin in erheblichem Umfang Vorkenntnisse mitbrach-

te, als zu hoch. Die dem Beschwerdeführer von der Beschwerdegegnerin zu bezahlende Parteientschädigung ist pauschal auf Fr. 3'000.-- (inkl. Auslagen und MWSt.) festzusetzen. Der Beschwerdegegnerin steht kein Anspruch auf Parteikostenersatz zu (vgl. BGE 128 V 124 E. 5b S. 133).

Demnach entscheidet der Einzelrichter:

1. In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird der angefochtene Einspracheentscheid der Atupri Krankenkasse vom 28. Juli 2014 insoweit abgeändert, als für die Untersuchung und Behandlung vom 26. November 2012 bis zum 25. Februar 2013 17.5 Stunden pro Monat und für die Grundpflege vom 26. November 2012 bis zum 25. Februar 2013 37.5 Stunden pro Monat, vom 26. Februar 2013 bis zum 10. Juni 2013 32.9 Stunden pro Monat und vom 11. Juni 2013 bis zum 11. Dezember 2013 32.3 Stunden pro Monat zu vergüten sind. Soweit weitergehend wird die Beschwerde abgewiesen.
2. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.
3. Die Beschwerdegegnerin hat dem Beschwerdeführer Parteikosten im Umfang von pauschal Fr. 3'000.-- (inkl. Auslagen und MWSt.) zu ersetzen.
4. Zu eröffnen (R):
 - Rechtsanwalt B. _____ z.H. des Beschwerdeführers
 - Fürsprecher C. _____ z.H. der Beschwerdegegnerin
 - 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.