

200 15 1040 KV
LOU/JAP/SEE

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil des Einzelrichters vom 24. November 2016

Verwaltungsrichter Loosli
Gerichtsschreiber Jakob

A. _____
gesetzlich vertreten durch B. _____
vertreten durch Rechtsanwältin D. _____ und E. _____
Beschwerdeführerin

gegen

Atupri Krankenkasse
Leistungsmanagement, Zieglerstrasse 29, 3000 Bern 65
Beschwerdegegnerin

betreffend Einspracheentscheid vom 27. Oktober 2015



Sachverhalt:

A.

Die 1932 geborene A. _____ (Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) ist bei der Atupri Krankenkasse (Atupri bzw. Beschwerdegegnerin) obligatorisch krankpflegeversichert. Bis zum 5. Juni 2015 beanspruchte sie Hauspflege, danach stand sie in stationärer Behandlung und trat schliesslich in ein Pflegeheim ein. Nachdem die ... (fortan Spitex) mit zwei separaten Formularen (Akten der Atupri, Antwortbeilagen [AB] 1.1, 1.3) einen (weiteren) Pflegeleistungsbedarf gemeldet hatte, lehnte die Atupri mit Verfügung vom 1. Juli 2015 (AB 1.7) gegenüber der Versicherten eine Leistungspflicht im beantragten Rahmen ab. In teilweiser Gutheissung einer hiergegen erhobenen Einsprache (AB 1.8) gewährte die Atupri mit Entscheidung vom 27. Oktober 2015 (AB 1) für die Zeit vom 18. Februar bis 23. April 2015 Spitexleistungen im Umfang von 7h50min pro Monat (40min Abklärung und Beratung, 5h Behandlungspflege, 2h10min Grundpflege) bzw. vom 24. April bis 5. Juni 2015 solche im Umfang von 8h35min pro Monat (40min Abklärung und Beratung, 5h45min Behandlungspflege, 2h10min Grundpflege).

B.

Mit Eingabe vom 25. November 2015 erhob die Versicherte, vertreten durch Rechtsanwältin D. _____ und E. _____, Beschwerde und beantragte, der angefochtene Einspracheentscheid sei kostenfällig aufzuheben und die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, die von der Spitex gemäss Monatsabrechnungen vom 18. Februar bis 23. Juli 2015 erbrachten Leistungen zu vergüten.

In ihrer Beschwerdeantwort vom 11. Januar 2016 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde, soweit darauf einzutreten sei.

Mit Replik vom 8. Februar 2016 bzw. Duplik vom 8. März 2016 hielten die Parteien an ihren Anträgen fest.

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 27. Oktober 2015 (AB 1). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch der Versicherten auf Kostenvergütung von Spitexleistungen. In zeitlicher Hinsicht bezieht sich das Rechtsbegehren entsprechend den Bedarfsmeldeformularen (AB 1.1, 1.3) auf die Leistungsdauer vom 18. Februar bis 23. Juli 2015. Der Einspracheentscheid beschlägt dagegen nur die Zeit bis 5. Juni 2015 (AB 1/2, 1/10 Ziff. 2), denn infolge der Hospitalisation mit konsekutivem Heimeintritt endeten die Spitexleistungen faktisch bereits per dato (AB 1/2; Akten der Beschwerdeführerin, Beschwerdebeilage [BB] 2e/2; Beschwerde S. 3 Ziff. III Ziff. 1). Soweit sich die Beschwerde auf die Periode vom 6. Juni bis 23. Juli 2015 bezieht, ist darauf mangels Anfechtungsgegenstand (vgl. BGE 131 V 164 E. 2.1 S. 164; SVR 2011 UV Nr. 4 S. 13 E. 2.1) somit nicht einzutreten.

1.3 Der Streitwert liegt unter Fr. 20'000.-- (BB 2a-2e), 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 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 der Verordnung vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV; SR 832.112.31) 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 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. Vorbereitung und 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 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.

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/2012/2, E. 3.1).

Hier lagen den Bedarfsmeldeformularen (AB 1.1, 1.3) Leistungsplanblätter gemäss RAI-HC (Resident Assessment Instrument – Home-Care) vom 2. März 2015 (AB 1.1/3) sowie vom 28. April 2015 (AB 1.3/2) bei. Zudem liegen die Pflegeplanung (AB 3.6) sowie die Pflegedokumentation (Pflege- und Betreuungsbericht [AB 3.5]) der Spitex betreffend die erste Periode (vom 22. Dezember 2014 bis 21. März 2015 [AB 3.2]) vor. Dass die Folgeanordnungen nicht mehr vom Hausarzt Dr. med. C. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin FMH (AB 3.2), sondern von den behandelnden Ärzten der Psychiatrischen Dienste F. _____ ausgingen (AB 1.1, 1.3), ist nicht zu beanstanden und wird seitens der Beschwerdegegnerin auch nicht formell bestritten (Beschwerdeantwort S. 3 Ziff. IV Art. 4; Replik S. 2 Ziff. III Ziff. 1).

3.2 In beiden Bedarfsmeldeformularen (AB 1.1, 1.3) deklarierte die Spitex für Massnahmen der Abklärung, Beratung und Koordination (Art. 7 Abs. 2 lit. a KLV) zusammen mit den Psychiatrischen Diensten F. _____ einen Aufwand von 8h22min pro Quartal. Dieser Wert beinhaltetete gemäss den Leistungsplanblättern (AB 1.1/3, 1.3/2) unter anderem zweimal wöchentlich «Beratung/Anleitung mit Person» (RAI-HC Nr. 10001; Art. 7 Abs. 2 lit. a Ziff. 2 KLV) von je 15min.

Die Beschwerdegegnerin bewilligte unter diesem Titel zu Recht keine Leistungen. Zwar sollen die Gespräche dem Umgang der an einer Schizophrenie leidenden Beschwerdeführerin mit den Halluzinationen und den Wahnvorstellungen sowie der Ausarbeitung möglicher Strategien gedient haben (Beschwerde S. 6 Ziff. III Ziff. 2.2). Indes wurden derartige Massnahmen weder in die Pflegeplanung (AB 3.6) aufgenommen noch finden sich entsprechende Vermerke im früheren Pflege- und Betreuungsbericht (AB 3.5), obwohl in der ersten Anordnung (Periode vom 22. Dezember 2014 bis 21. März 2015) diesbezüglich sogar noch ein doppelt so hoher Aufwand veranschlagt worden war (AB 3.4). Die replicando (S. 3 Ziff. III Ziff. 2) auszugsweise wiedergegebenen Einträge (zwischen 20. Februar und 18. Mai 2015) aus dem Pflege- und Betreuungsbericht lassen sich anhand der amtlichen Akten nicht verifizieren. Offenbar verfügt die Beschwerdeführerin über eine aktuellere Pflegedokumentation, welche sie aber nicht ins Recht gelegt hat. Die Edition weiterer Unterlagen im Rahmen der Untersuchungsmaxime (Art. 43 Abs. 1 ATSG) kann jedoch in antizipierter Beweiswürdigung (BGE 122 V 157 E. 1d S. 162) unterbleiben, denn die Beschwerdegegnerin wies mit Blick auf die Leistungsbeschreibung aus dem RAI-HC-Handbuch (AB 5) richtigerweise darauf hin, dass sich die erwähnten Beispiele (Aufwand zur Gewährung des Wohnungszugangs, Telefonate mit den Psychiatrischen Diensten F. _____ etc.) ohnehin nicht unter die Pflichtleistung gemäss Art. 7 Abs. 2 lit. a Ziff. 2 KLV subsumieren lassen (Duplik S. 2 Ziff. III ad Punkt 2). Vor diesem Hintergrund ist der in den Fortsetzungsanordnungen festgelegte Beratungsaufwand nicht ausgewiesen.

3.3 Im Rahmen der Massnahmen der Untersuchung und der Behandlung (Art. 7 Abs. 2 lit. b KLV) kürzte die Beschwerdegegnerin den beantragten Aufwand (AB 1.1/3, 1.3/2) sowohl für «Verabreichen und/oder Kontrolle der Medikamente» (RAI-HC Nr. 10008) als auch für «Anleitung im Umfang mit Aggression, Angst und Wahnvorstellungen» (RAI-HC Nr. 10014).

3.3.1 Für die Periode vom 18. Februar bis 17. Mai 2015 wurde im Planungsblatt ein täglicher Bedarf von 10min für das Verabreichen bzw. die Kontrolle der Medikamente (Art. 7 Abs. 2 lit. b Ziff. 7 KLV) vorgesehen (AB 1.1/3), während in jenem betreffend die Zeit ab 24. April 2015 ein sol-

cher von 15min figuriert (AB 1.3/2). Die Beschwerdegegnerin erwog im Einspracheentscheid (AB 1), die Differenz zur Richtzeit von 6min für die Medikamentenverabreichung gemäss Instrumentarium RAI-HC sei nicht nachvollziehbar begründet. In teilweiser Gutheissung der Einsprache anerkannte sie aber einen Aufwand von 10min an fünf Wochentagen – mithin 50min pro Woche –, da die Spitex jeweils eigens für die Medikamentenabgabe erschienen sei. Für die zwei übrigen Wochentage ging die Beschwerdegegnerin demgegenüber von der Richtzeit – also 12min pro Woche – aus, weil die Spitex auch weitere Pflegeleistungen erbracht habe (Spitex-Betreuung bis zum Transfer in die Psychiatrischen Dienste F._____). Insgesamt ermittelte die Verwaltung für die gesamte Dauer vom 18. Februar bis 5. Juni 2015 somit einen Bedarf von 62min pro Woche oder 4h30min monatlich (AB 1/7 E. 15).

Die hiergegen seitens der Beschwerdeführerin vorgebrachte Kritik verfängt nicht. Zwar ist eine Malcompliance bezüglich der Medikation aktenkundig (AB 3.6/2) und es leuchtet ein, dass die (orale) Einnahmen von drei Präparaten (Duplik S. 2 Ziff. III lit. a) aufgrund der psychischen Verfassung bzw. fehlenden Krankheitseinsicht der Beschwerdeführerin mitunter etwas mehr Zeit in Anspruch nahm (Beschwerde S. 7 Ziff. III Ziff. 2.3; Replik S. 4 Ziff. III Ziff. 3). So lässt sich der Pflegedokumentation (AB 3.5) entnehmen, dass sie bereits früher teilweise die Medikamenteneinnahme verweigerte. Die Beschwerdegegnerin trug diesen besonderen Umständen durch die Erhöhung des Bedarfs auf 10min gegenüber dem Richtwert gemäss RAI-HC (vgl. zur Natur dieses Instrumentariums: Entscheide des Bundesgerichts [BGer] vom 12. Juli 2013, 8C_1037/2012, E. 5.2.1, sowie vom 20. Juni 2013, 9C_528/2012, E. 4) während fünf Tagen wöchentlich indes hinreichend Rechnung. Dies zumal bei der Bedarfsfestlegung von Durchschnittswerten auszugehen ist und die Beschwerdeführerin die Medikamente nach den Erfahrungen in der ersten Periode unbestrittenermassen gelegentlich selbst einnahm (AB 3.5). Im Übrigen hat das Bundesgericht in einem ähnlich gelagerten Fall, in welchem die Versicherte Gedächtnisprobleme hatte und zur Medikamentenverabreichung «Überzeugungsarbeit» geleistet werden musste, die Annahme eines täglichen Aufwands von 10min geschützt (vgl. Entscheid des BGer vom 31. Oktober 2012, 9C_365/2012, E. 3.1 und 4.2).

3.3.2 Der Bedarf für die «Anleitung im Umgang mit Aggression, Angst und Wahnvorstellungen» (RAI-HC Nr. 10014; Art. 7 Abs. 2 lit. b Ziff. 13 KLV) wurde in den Leistungsplanblättern (AB 1.1/3, 1.3/2) auf zweimal 30min pro Woche geschätzt. Die Beschwerdegegnerin erachtet diesen Zeitbedarf als nicht rechtsgenügend nachgewiesen. Ihre Behauptung, dass diese Massnahme weder als Problem noch als Pflegeziel in der Pflegeplanung (AB 3.6) enthalten sei und auch im Pflege- und Betreuungsbericht (AB 3.5) keinen Niederschlag gefunden haben soll (AB 1/6 E. 15, 1/9 E. 19), ist zu relativieren. Immerhin wurde in der Pflegeplanung bereits am 29. Dezember 2014 als Problem «Beeinträchtigte Gedankengänge» erwähnt bzw. das Pflegeziel formuliert, die Gedankengänge und die Handlungen der Beschwerdeführerin seien vermehrt realitätsbezogen (AB 3.6/2; Beschwerde S. 7 Ziff. III Ziff. 2.3). Allerdings ist in den im vorhandenen Pflege- und Betreuungsbericht (AB 3.5) beschriebenen Situationen tatsächlich keine Behandlungspflege im Sinne der besagten Verordnungsbestimmung zu erblicken (Beschwerdeantwort S. 5 Ziff. IV Art. 6). Des Weiteren brachte der Vertrauensarzt Dr. med. G._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin FMH, zu Recht Zweifel an der Wirksamkeit und Zweckmässigkeit der Massnahme an, da die Beschwerdeführerin parallel wöchentlich zweimal in den spezialisierten Psychiatrischen Dienste F._____-Tagesklinik behandelt wurde. Zudem wies er zutreffend darauf hin, dass ein Gespräch an einem zum voraus geplanten Termin angesichts des Schwankungen unterworfenen Beschwerdebilds (vgl. DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], Klinisch diagnostische Leitlinien, 9. Aufl. 2014, S. 128; Replik S. 2 Ziff. III Ziff. 2) nicht zielführend ist (AB 4/2 Lemma 2). Das Argument, dass auch die Psychiatrischen Dienste F._____ Termine fix im Voraus geplant worden seien (Replik S. 5 Ziff. III Ziff. 3), ist nicht stichhaltig, denn den Fachpersonen der Tagesklinik stand im Rahmen des ambulanten Settings eine weitaus grössere Zeitspanne zur Verfügung, um beispielsweise bei einer episodenhaft auftretenden Symptomatik therapeutisch gezielt zu intervenieren.

3.4 Für die Grundpflege nach Art. 7 Abs. 2 lit. c KLV sah die Spitex betreffend die Verordnungsperiode vom 18. Februar bis 17. Mai 2015 ein wöchentlicher Bedarf von zweimal 25min für «Anleiten/Unterstützung bei

der Körperpflege» (RAI-HC Nr. 10010; AB 1.1/3) im Sinne einer allgemeinen Grundpflege vor (Art. 7 Abs. 2 lit. c Ziff. 1 KLV; AB 1.1/1 lit. A lit. c Ziff. 1). In der Folgeperiode ab 24. April 2015 vermerkte sie sodann einen täglichen Bedarf von zweimal 15min (AB 1.3/2), diesmal allerdings im Sinne von Massnahmen zur Überwachung und Unterstützung psychisch kranker Personen in der grundlegenden Alltagsbewältigung (Art. 7 Abs. 2 lit. c Ziff. 2 KLV; AB 1.3/1 lit. A lit. c Ziff. 2). Die Beschwerdeführerin anerkannte für den gesamten Zeitraum vom 18. Februar bis 5. Juni 2015 demgegenüber einen Bedarf von zweimal 15min pro Woche im Sinne einer allgemeinen Grundpflege (AB 1/7 E. 15, 1/10 Ziff. 1).

Die Finanzierung von Massnahmen der Grundpflege in Anwendung von Art. 7 Abs. 2 lit. c Ziff. 1 KLV ist mit Blick auf den Pflege- und Betreuungsbericht (AB 3.5) in sachlicher und masslicher Hinsicht nicht zu beanstanden. Dass die Einschränkung der Beschwerdeführerin als Teil des krankheitsbedingten Selbstpflegedefizits auftrat (Beschwerde S. 7 Ziff. III Ziff. 2.4; Replik S. 5 Ziff. III Ziff. 4), vermag daran nichts zu ändern. Die Körperpflege musste nicht konsequent durch das Spitex-Personal durchgeführt werden, teilweise konnte sich die Beschwerdeführerin selbst pflegen und musste lediglich angeleitet bzw. überwacht werden. Der zweimal tägliche Bedarf für die Grundpflege ist nicht nachvollziehbar und wurde von Dr. med. G. _____ denn auch nicht als medizinisch indiziert erachtet (AB 4/2 Lemma 4). Der geltend gemachte Bedarf findet zudem keinen Rückhalt in der Pflegeplanung (AB 3.6); dass den seitens der Spitex ab 24. April bis 5. Juni 2015 fakturierten Beträgen fast tägliche Grundpflegeleistungen zu Grunde lagen (BB 2c-2e), ist dabei ohne Belang.

3.5 Nach dem Gesagten sind die beschwerdeweise vorgebrachten Rügen unbegründet. Der angefochtene Einspracheentscheid vom 27. Oktober 2015 (AB 1) erweist sich weder als rechtsfehlerhaft noch als unangemessen, zumal aufgrund der Akten kein Anlass besteht, die übrigen unbestritten gebliebenen Punkte in die richterliche Beurteilung einzubeziehen. Die Beschwerde ist abzuweisen.

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

Demnach entscheidet der Einzelrichter:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen, soweit darauf einzutreten ist.
2. Es werden weder Verfahrenskosten erhoben noch eine Parteientschädigung zugesprochen.
3. Zu eröffnen (R):
 - Rechtsanwältin D._____ und E._____ z.H. der Beschwerdeführerin
 - Atupri Krankenkasse
 - 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.