

200 15 334 KV
KOJ/SAW/SEE

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil des Einzelrichters vom 12. November 2015

Verwaltungsrichter Kölliker
Gerichtsschreiberin Winiger

A. _____
gesetzlich vertreten durch ihren Beistand B. _____
vertreten durch Rechtsanwältin C. _____ und Fürsprecher D. _____
Beschwerdeführerin

gegen

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

betreffend Einspracheentscheid vom 27. Februar 2015



Sachverhalt:

A.

Die 1932 geborene A. _____ (Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) ist bei der Atupri Krankenkasse (Atupri bzw. Beschwerdegegnerin) obligatorisch krankenpflegeversichert und beansprucht Spitexleistungen. Mit Bedarfsmeldeformular stellte die Spitex F. _____ (fortan Spitex) am 14. Juli 2014 bei der Atupri für die Versicherte betreffend die Zeit vom 1. Juni bis 6. September 2014 ein Gesuch um Bewilligung von 92 Stunden und 52 Minuten Pflegeleistungen im Quartal (Akten der Atupri [act. IIA] 1). In der Folge edierte die Atupri bei der Spitex weitere Unterlagen (act. IIA 3) und erteilte am 13. August 2014 (act. IIA 4) Kostengutsprache im Rahmen von 37 Stunden pro Quartal (Abklärung und Beratung vier Stunden, Behandlungspflege 33 Stunden, keine Stunden für Grundpflege). Damit zeigte sich die Versicherte nicht einverstanden und erhob am 30. September 2014 Einwand (act. IIA 5). Mit Schreiben vom 6. Oktober 2014 (act. IIA 6) hielt die Atupri an ihrer Beurteilung fest und teilte der Versicherten mit, die Spitex habe am 23. September 2014 mit einem weiteren Bedarfsmeldeformular für die Zeit vom 7. September bis 6. Dezember 2014 die Übernahme von Leistungen im Umfang von 91 Stunden und neun Minuten im Quartal beantragt.

Auf Ersuchen der Versicherten hin (vgl. Schreiben vom 17. Oktober 2014, act. IIA 6 [Dokument 3]) wies die Atupri mit Verfügung vom 27. Oktober 2014 (act. IIA 7) die Übernahme der Spitexleistungen im beantragten Rahmen ab und bestätigte die Kostengutsprache vom 13. August 2014. Ferner gewährte sie für die Zeitperiode ab dem 7. September 2014 die Vergütung von Leistungen im Umfang von 31 Stunden pro Quartal (Abklärung und Beratung eine Stunde, Behandlungspflege 30 Stunden, keine Stunden für Grundpflege).

B.

Hiergegen erhob die Versicherte, vertreten durch Rechtsanwältin C._____, am 19. November 2014 Einsprache (act. IIA 9) und beantragte, die Verfügung vom 27. Oktober 2014 sei aufzuheben und ihr seien ab dem 1. Juni 2014 die Spitexleistungen gemäss den eingereichten Bedarfsmeldungen bzw. den erfolgten Abrechnungen zu vergüten. Daraufhin holte die Atupri bei G._____, dipl. Gesundheitsschwester und dipl. Pflegefachfrau, CM FH, des vertrauensärztlichen Dienstes (VAD) eine Zahlenempfehlung vom 22. Oktober 2014 (act. IIA 15) für die Periode 7. September bis 6. Dezember 2014 ein, welche Dr. med. H._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin FMH, des VAD am 23. Oktober 2014 einsah und bestätigte. Ferner beauftragte sie G._____ mit einem Hausbesuch bei der Versicherten (vgl. Bericht vom 17. Dezember 2014, act. IIA 16). Mit Entscheid vom 27. Februar 2015 (act. IIA 19) hiess die Atupri die Einsprache teilweise gut und sprach für die Zeitperiode vom 7. September bis 6. Dezember 2014 Leistungen im Rahmen von 53 Stunden und 30 Minuten pro Quartal zu. Dabei ging sie neben den bereits zugesprochenen Leistungen für Abklärung und Beratung sowie für Behandlungspflege neu auch von einer psychiatrischen Grundpflege im Umfang von 22 Stunden und 30 Minuten pro Quartal aus. Im Übrigen wies sie die Einsprache ab.

C.

Hiergegen erhob die Versicherte, weiterhin vertreten durch Rechtsanwältin C._____, mit Eingabe vom 13. April 2015 Beschwerde und beantragte, der angefochtene Einspracheentscheid vom 27. Februar 2015 sei kostenfällig aufzuheben und die Kosten für die von der Spitex erbrachten Leistungen seien seit dem 1. Juni 2014 gemäss den eingereichten Bedarfsmeldungen bzw. Monatsrechnungen zu übernehmen.

In der Beschwerdeantwort vom 9. Juni 2015 schloss die Beschwerdegegnerin, vertreten durch Fürsprecher und Notar E._____, auf Abweisung der Beschwerde.

Erwägungen:

1.

1.1 Der angefochtene Entscheid ist in Anwendung von Sozialversicherungsrecht ergangen. Die Sozialversicherungsrechtliche Abteilung des Verwaltungsgerichts beurteilt gemäss Art. 57 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom 6. Oktober 2000 (ATSG; SR 830.1) i.V.m. Art. 54 Abs. 1 lit. a des kantonalen Gesetzes über die Organisation der Gerichtsbehörden und der Staatsanwaltschaft vom 11. Juni 2009 (GSOG; BSG 161.1) Beschwerden gegen solche Entscheide. Die Beschwerdeführerin ist im vorinstanzlichen Verfahren mit ihren Anträgen nicht durchgedrungen, durch den angefochtenen Entscheid berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an dessen Aufhebung, weshalb sie zur Beschwerde befugt ist (Art. 59 ATSG). Die örtliche Zuständigkeit ist gegeben (Art. 58 ATSG). Da auch die Bestimmungen über Frist (Art. 60 ATSG) sowie Form (Art. 61 lit. b ATSG; Art. 81 Abs. 1 i.V.m. Art. 32 des kantonalen Gesetzes über die Verwaltungsrechtspflege vom 23. Mai 1989 [VRPG; BSG 155.21]) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde einzutreten.

1.2 Angefochten ist der Einspracheentscheid vom 27. Februar 2015 (act. IIA 19). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch der Versicherten auf Kostenvergütung von Spitexleistungen für die Zeit vom 1. Juni bis 6. Dezember 2014 sowie für die Periode vom 7. September bis 6. Dezember 2014. Über die darüber hinaus in der Beschwerde (vgl. S. 4 Ziff. 2) geltend gemachten Leistungen betreffend den Zeitraum 7. Dezember 2014 bis 6. Juni 2015 wurde im angefochtenen Entscheid nicht verfügt, weshalb insoweit auf die Beschwerde nicht einzutreten ist (BGE 131 V 164 E. 2.1 S. 164; SVR 2011 UV Nr. 4 S. 13 E. 2.1).

1.3 Seitens der Beschwerdegegnerin wurde für die Zeit vom 1. Juni bis 6. September 2014 die Vergütung von Pflegeleistungen im Umfang von 37 Stunden pro Quartal (resp. von rund 24 Minuten pro Tag [37 Stunden x 60 Minuten : 3 Monate : 30,4 Tage]) und für die Zeitspanne vom 7. September bis 6. Dezember 2014 eine solche in der Höhe von 53 Stunden und 30 Minuten pro Quartal (resp. von rund 35 Minuten pro Tag) zugesprochen,

während von der Beschwerdeführerin gemäss den Bedarfsmeldeformularen (act. IIA 1, 6 [Dokument 1]) in der ersten Periode 92 Stunden und 52 Minuten pro Quartal (resp. rund 61 Minuten pro Tag) und ab dem 7. September 2014 91 Stunden und neun Minuten pro Quartal (resp. rund 60 Minuten pro Tag) beantragt wurden. Damit resultiert eine Differenz in der ersten Zeitspanne von 37 Minuten pro Tag (61 Minuten - 24 Minuten) und in der zweiten Periode von 25 Minuten pro Tag (60 Minuten - 35 Minuten). Für die drei Massnahmenbereiche Abklärung, Beratung und Koordination, Behandlungspflege sowie Grundpflege sieht der Tarif der F._____ für Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (vgl. Tarife für pflegerische Leistungen gemäss Bundesgesetz über die Krankenversicherung vom 18. März 1994 [KVG; SR 832.10] ab 1. April 2012, abrufbar unter: www.....ch) in Übereinstimmung mit Art. 7a Abs. 1 lit. a-c der Verordnung des Eidgenössischen Departements des Innern (EDI) über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV; SR 832.112.31) vom 29. September 1995 Ansätze von maximal Fr. 79.80 pro Stunde (resp. von rund Fr. 1.35 pro Minute) vor. Der Streitwert beträgt demnach maximal Fr. 7'966.35 (erste Periode: Fr. 4'895.10 [98 Tage {1. Juni bis 6. September 2014} x 37 Minuten x Fr. 1.35] + zweite Periode: Fr. 3'071.25 [91 Tage {7. September bis 6. Dezember 2014} x 25 Minuten x Fr. 1.35]) und liegt damit unter Fr. 20'000.--, weshalb die Beurteilung der Beschwerde in die einzelrichterliche Zuständigkeit fällt (Art. 57 Abs. 1 GSOG).

1.4 Das Gericht überprüft den angefochtenen Entscheid frei und ist an die Begehren der Parteien nicht gebunden (Art. 61 lit. c und d ATSG; Art. 80 lit. c Ziff. 1 und Art. 84 Abs. 3 VRPG).

2.

2.1 Nach Art. 24 KVG übernimmt die obligatorische Krankenpflegeversicherung die Kosten für die Leistungen gemäss den Art. 25 bis 31 KVG 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 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 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 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 die Vornahme der notwendigen Kontrollen. Schliesslich sind die Koordination der Massnahmen sowie die 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. Vorbereitung und Verabreichung von Medikamenten sowie 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; 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, 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 zuhanden 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 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).

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 [BGer] vom 20. Juni 2013, 9C_528/2012, E. 4). Art. 8a Abs. 3 KLV sieht zwar vor, dass im Rahmen des Kontroll- und Schlichtungsverfahrens der Vertrauensarzt oder die Vertrauensärztin die ärztlichen Aufträge oder Anordnungen überprüfen können, wenn voraussichtlich mehr als 60 Stunden pro Quartal benötigt werden; indes 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

cherten Person vertrauten (Haus-) Arztes in Frage zu stellen, wenn sie ohne vorgängige persönliche Begutachtung erfolgt und lediglich auf Erfahrungswerten beruht (vgl. Entscheid des BGer vom 31. Oktober 2012, 9C_365/2012, E. 4.1).

Soweit der RAI-HC-Katalog (Resident Assessment Instrument – Home-Care), der zwar keinen normativen Charakter hat und für den Richter nicht verbindlich ist, eine dem Einzelfall angepasste und gerecht werdende Auslegung der anwendbaren gesetzlichen Bestimmungen zulässt, können die Gerichte diesen bei ihrer Entscheidung mitberücksichtigen (vgl. BGer 9C_528/2012, E. 4).

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 Dokumente (vgl. Urteil des Verwaltungsgerichts des Kantons Bern vom 10. Oktober 2012, KV/2012/2, E. 3.1).

3.2 Für die Beurteilung der hier streitigen Leistungspflicht liegen insbesondere folgende Unterlagen bei den Akten: die von Dr. med. I. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin FMH, am 16. Juli 2015 und am 13. Oktober 2014 visierten Bedarfsmeldeformulare samt den dazugehörigen Leistungsplanungsblättern gemäss RAI-HC-Katalog (act. IIA 1, 6 [Dokumente 1, 2]), die Pflegemassnahmenpläne, die Medikamentenblätter, der Pflege- und Betreuungsbericht ab Mai bis Dezember 2014, die Kontrollwerte (Stuhlprotokoll), die Kontrollblätter betreffend Verabreichung der Augenmedikamente sowie eine Wochenübersicht der geplanten Einsätze (act. IIA 3, 9 [Beilagen 2 ff.], 11, 12).

Im angefochtenen Entscheid vom 27. Februar 2015 (act. IIA 19) hat sich die Beschwerdegegnerin zudem auf die Zahlenempfehlung von G. _____ vom 22. Oktober 2014 (act. IIA 15) sowie auf deren Bericht

vom 17. Dezember 2014 über den Hausbesuch vom 9. Dezember 2014 (act. IIA 16) gestützt.

3.3 Die beantragten Leistungen wurden in den entsprechenden Bedarfsmeldungen von der Spitex in Zusammenarbeit mit dem behandelnden Hausarzt der Beschwerdeführerin, Dr. med. I. _____, festgelegt und bestimmt. Dabei gilt zu berücksichtigen, dass die Anordnung der notwendigen Massnahmen in zeitlicher Hinsicht wie auch in Bezug auf Form und Inhalt gemäss Rechtsprechung im pflichtgemässen Ermessen dieser Personen liegt und ihnen ein gewisser Spielraum zusteht, in welchen praxisgemäss nur zurückhaltend einzugreifen ist (vgl. E. 2.4 hiervor). Im Weiteren ist festzustellen, dass die in den Bedarfsmeldeformularen, in den Leistungsplanungsblättern sowie auch in den Pflegemassnahmenplanungen definierten Leistungen vom zuständigen Pflegepersonal gemäss dem Pflege- und Betreuungsbericht und den entsprechenden Kontrollblättern grösstenteils umgesetzt wurden (act. IIA 1, 3, 6, 9 [Beilagen 2 ff.], 11, 12). Die Bedarfsmeldungen der Spitex und des Hausarztes sind somit grundsätzlich massgebend. Daran ändern die Ausführungen der Beschwerdegegnerin (vgl. Beschwerdeantwort S. 5 f.) nichts. Insbesondere hat die von G. _____ erstellte und von Dr. med. H. _____ eingesehene Zahlenempfehlung vom 22. Oktober 2014 (act. IIA 15) nicht ohne weiteres Vorrang, zumal diese ohne vorgängige persönliche Begutachtung durch den Vertrauensarzt erfolgte (vgl. E. 2.4 hiervor). Gleiches gilt betreffend den Bericht vom 17. Dezember 2014 (act. IIA 16) bezüglich des Hausbesuches vom 9. Dezember 2014, welcher gemäss den Akten gar keinem Vertrauensarzt zur Kenntnis und Beurteilung unterbreitet wurde. Dies umso mehr, als die Überprüfung der Beurteilung des konkreten Leistungsbedarfs den Vertrauensärzten vorbehalten ist (vgl. Art. 8a Abs. 3 KLV i.V. m. Art. 57 KVG).

Nachfolgend sind die zugesprochenen bzw. beantragten Spitexleistungen im Einzelnen zu prüfen.

3.4 Für Massnahmen der Abklärung, Beratung und Koordination (Art. 7 Abs. 2 lit. a KLV) hat die Beschwerdegegnerin ab 1. Juni bis 6. September 2014 – wie von der Beschwerdeführerin beantragt (bzw. erhöht um eine Minute; vgl. act. IIA 1) – Leistungen im Umfang von einer Stunde und 20

Minuten pro Monat bewilligt (act. IIA 19 S. 10 Ziff. 2). Für die anschliessende Zeit ab 7. September bis 6. Dezember 2014 gewährte sie noch 20 Minuten (vgl. act. IIA 19 S. 10 Ziff. 2), wohingegen die Spitex im Bedarfsmeldformular am 23. September 2014 zunächst einen zeitlichen Aufwand von vier Stunden und 23 Minuten pro Monat geltend machte (act. IIA 6 [Dokument 1]). In der Einsprache vom 19. November 2014 (act. IIA 9 S. 5) wies sie sodann darauf hin, dass die Position Nr. 10909 (Anleitung zur Medikamentenverabreichung rektal bei kognitivem Defizit) im Umfang von zehn Minuten an fünf Tagen in der Woche (resp. von drei Stunden und 34 Minuten pro Monat; vgl. Leistungsplanungsblatt, act. IIA 6 [Dokument 2]) falsch codiert worden sei und es sich dabei um Behandlungspflege handle. Abzüglich dieser Position beantragte sie folglich für die Massnahmen der Abklärung, Beratung und Koordination 49 Minuten pro Monat (vier Stunden und 23 Minuten - drei Stunden und 34 Minuten).

3.4.1 Betreffend die erste Periode besteht kein schützenswertes Interesse an einer gerichtlichen Überprüfung der diesbezüglich erteilten Kostengutsprache, da diese den von der Spitex am 14. Juli 2014 (act. IIA 1) beantragten Leistungen vollumfänglich entspricht. Anhaltspunkte, welche eine andere Betrachtungsweise rechtfertigen könnten, liegen zudem nicht vor.

Hinsichtlich der zweiten Periode ergeht aus den Akten, dass der Pflegebedarf in dieser Zeitspanne mehrmals abgeklärt wurde und der Pflegemassnahmenplan (act. IIA 12) am 13. September sowie am 8. und 13. November 2014 angepasst wurde. Dies korreliert mit den Arztterminen der Beschwerdeführerin, war sie doch u.a. am 7. November 2014 bei ihrem Hausarzt und am 12. November 2014 bei einem Augenarzt in Behandlung (vgl. Pflegeplanung vom Juni 2014 S. 2, act. IIA 9 [Beilage 4]). Damit einhergehend ist demnach auch ausgewiesen, dass wiederholt eine Planung der notwendigen Massnahmen zusammen mit den entsprechenden Ärzten und der Beschwerdeführerin resp. mit deren Sohn, der sie jeweils zu den diversen Arztterminen begleitet und die Beobachtungen aus dem Alltag mit den Ärzten bespricht (vgl. act. IIA 16 S. 6 Bst. A), erforderlich war und die neuen Massnahmen – wie aus dem Pflege- und Betreuungsbericht ersichtlich (act. IIA 9 [Beilage 5, Blatt Nr. 41 S. 1 {13.10.2014}], 11 Blatt Nr. 44 S. 1 f. [7. und 12.11.2014]) – entsprechend koordiniert werden mussten.

Schliesslich ist dem Pflege- und Betreuungsbericht zu entnehmen, dass die Medikamenteneinnahme stets kontrolliert wurde und – entgegen den Ausführungen im Bericht von G. _____ vom 22. Oktober 2014 (act. IIA 15 S. 3) – auch Beratungsleistungen durchgeführt wurden. So hat insbesondere am 10. September 2014 eine Besprechung der Pflegeplanung mit der Beschwerdeführerin stattgefunden (act. IIA 9 [Beilage 5, Blatt Nr. 37 S. 1]). Die beantragten 49 Minuten pro Monat erscheinen gestützt auf das Dargelegte und unter Berücksichtigung der Gesamtsituation daher ohne weiteres als plausibel. Dies um so mehr, als G. _____ im Bericht vom 17. Dezember 2014 (act. IIA 16 S. 3) den Zustand der Beschwerdeführerin als Gratwanderung bezeichnete und festhielt, ihre Situation könne von einem Tag auf den anderen in sich zusammenfallen und notfallmässig eine andere Lösung erfordern. Dagegen vermag die gestützt auf die Zahlenempfehlung vom 22. Oktober 2014 (act. IIA 15 S. 3) ab dem 7. September 2014 beabsichtigte Leistungskürzung der Beschwerdegegnerin auf 20 Minuten pro Monat (vgl. Einspracheentscheid, act. IIA 19 S. 5 Ziff. 12) nicht zu überzeugen, wurde diese doch weder schlüssig begründet noch nachvollziehbar belegt; sie entspricht auch nicht den vorliegenden Gegebenheiten.

3.4.2 Nach dem Ausgeführten ist betreffend die Massnahmen Abklärung, Beratung und Koordination für die zu beurteilende Zeitspanne vom 7. September bis 6. Dezember 2014 ein Aufwand von 49 Minuten pro Monat zu vergüten.

3.5 Die Beschwerdegegnerin anerkannte für die Behandlungspflege (Art. 7 Abs. 2 lit. b KLV) im Zeitraum 1. Juni bis 6. September 2014 einen Aufwand von 11 Stunden pro Monat und für die anschliessende Periode bis zum 6. Dezember 2014 einen solchen von zehn Stunden (act. IIA 19 S. 10 Ziff. 2). Dabei streitig sind insbesondere das Nachrichten sowie Verabreichen der Medikamente und betreffend die zweite Periode die Gewichtskontrolle.

3.5.1 Für das Nachrichten der Medikamente bei neuen Verordnungen und Änderungen der Medikamente machte die Spitex in beiden Perioden einen Zeitaufwand von wöchentlich zehn Minuten geltend (vgl. Leistungsplanungsblätter, act. IIA 1, 6 [Dokument 2]). Dem Medikamentenblatt (kontrolliert am 15. August 2014, act. IIA 9 [Beilage 2]) ist hingegen zu entnehmen,

dass die meisten Medikamente am 7. September 2012 verordnet wurden und bis im März 2014 keine weiteren Änderungen erfolgten. In der Periode vom 1. Juni bis 6. September 2014 kam es sodann am 3. Juni, 15. August und 1. September 2014 zu Veränderungen in der Medikation (vgl. auch die Verordnungen von Dr. med. I. _____, act. IIA 9 [Beilage 3]) und in der zweiten Periode am 10. Oktober 2014 sowie gemäss dem Pflege- und Betreuungsbericht am 7. und 12. November 2014 (act. IIA 11 Blatt Nr. 44 S. 1 f.). Häufige Änderungen oder neue Verordnungen, die ein Nachrichten der Medikamente im beantragten Rahmen von zehn Minuten wöchentlich begründen würden, sind demgemäss entgegen der Auffassung der Beschwerdeführerin (vgl. Beschwerde S. 8) nicht ausgewiesen. Da es sich zudem nur um kleine Veränderungen in der Medikation gehandelt hat und für das Richten der Medikamente (Einzelleistung) ohnehin bereits 20 Minuten pro Woche gewährt werden (vgl. E. 3.5.3 hiernach), rechtfertigt es sich nicht, für das Nachrichten eine eigene Position zu berechnen. Der entsprechende geltend gemachte Aufwand von 43 Minuten pro Monat ist nicht zu entschädigen.

3.5.2 Betreffend Verabreichung der Medikamente machte die Spitex im ersten Zeitraum vom 1. Juni bis 6. September 2014 morgens und abends sechs Minuten, mittags zehn Minuten und speziell für die Abgabe der Augentropfen morgens und abends je zehn Minuten geltend (vgl. Leistungsplanungsblatt, act. IIA 1). In der zweiten Periode beantragte sie keinen Mittagseinsatz mehr, führte zusätzlich jedoch die Anleitung zur Medikamentenverabreichung rektal (bei kognitivem Defizit) von zehn Minuten an fünf Tagen in der Woche auf (vgl. Leistungsplanungsblatt, act. IIA 6 [Dokument 2]; betreffend Codierung dieser Position E. 3.4 hiervor). Die Beschwerdegegnerin vertritt hiergegen die Ansicht, die einzelnen Leistungen seien zu hoch veranschlagt. Während dem Hausbesuch vom 9. Dezember 2014 habe die Verabreichung der Medikamente und der Augentropfen keine fünf Minuten gedauert. Dem Pflege- und Betreuungsbericht sei zudem zu entnehmen, dass die Medikamente unter Aufsicht ohne Probleme eingenommen worden seien, also keine Überzeugungsarbeit zu leisten sei. In der ersten Zeitspanne seien daher 11 und in der zweiten Periode zehn Stunden für die Behandlungspflege zu vergüten (act. IIA 19 S. 6, 10 Ziff. 2). Dieser Ansicht kann nicht gefolgt werden. Laut dem Medikamentenblatt (act. IIA 9

[Beilage 2]) hat die Beschwerdeführerin mehrere Medikamente einzunehmen, die eine unterschiedliche Verabreichungsform (Augentropfen, Augensalben, Tabletten, Kapseln, Granulat und Zäpfchen) erfordern, wobei insbesondere das Verabreichen von Augentropfen und Zäpfchen mit einem erhöhten Zeitaufwand verbunden sein kann. G._____ führte im Bericht vom 17. Dezember 2014 zudem aus, die Beschwerdeführerin zeige krankheitsbedingte Ängste sowie Orientierungsprobleme und benötige sehr viel geduldige Zuwendung, Betreuung, liebevolle Aufforderungen sowie ein diplomiertes Pflegepersonal, das die Situation täglich und laufend einschätzen könne. Das Krankheitsbild (Demenz) lasse typischerweise Hilfe willkürlich zu oder eben auch nicht, wobei das Letztere die Regel sei (act. IIA 16 S. 2). Demnach kann entgegen der Auffassung der Beschwerdegegnerin nicht davon ausgegangen werden, dass die Verabreichung der Medikamente immer problemlos und ohne Widerstand verläuft, zumal im Pflege- und Betreuungsbericht auch Situationen beschrieben sind, bei welchen sich die Beschwerdeführerin zunächst gegen die Augentropfen gewehrt oder diese ganz verweigert hat (act. IIA 11 Blatt Nr. 45 S. 1 [16.11.2014], 46 S. 2 [19.11.2014], 48 S. 2 [24.11.2014]). Im Weiteren ist zu berücksichtigen, dass die Demenzerkrankung gemäss dem Pflegepersonal seit dem Sommer 2014 stark zugenommen hat (act. IIA 16 S. 2). Da es sich bei den beantragten Zeiten um voraussichtliche Werte handelt, die auf dem RAI-HC-Katalog (vgl. E. 2.4 hiervor) basieren, ist der von der Spitex geltend gemachte Rahmen für den Aufwand der Medikamentenabgabe nicht zu beanstanden. Zu entschädigen sind somit ab 1. Juni 2014 21 Stunden pro Monat und ab 7. September 2014 insgesamt 19 Stunden und 34 Minuten (16 Stunden [act. IIA 6] + 3 Stunden und 34 Minuten [vgl. E. 3.4 hiervor]) pro Monat.

3.5.3 Im Weiteren ist unabhängig von der Verabreichung der Medikamente während beiden Perioden die Position Nr. 10601 Medikamente richten (Einzelleistung) im Rahmen von 20 Minuten wöchentlich bzw. eine Stunde und 26 Minuten pro Monat zu entschädigen (vgl. Leistungsplanungsblätter, act. IIA 1, 6 [Dokument 2]). Gestützt auf das oben Dargelegte und in Anbetracht der gesundheitlichen Gesamtsituation, die täglich und laufend neu eingestuft werden muss, ist vollumfänglich auf die Bedarfsmeldeformulare abzustellen (act. IIA 1, 6 [Dokument 1]).

3.5.4 Ab dem 7. September 2014 beantragte die Spitex die Übernahme der Leistungen für eine Gewichtskontrolle im Umfang von fünf Minuten wöchentlich, welche im Pflegemassnahmenplan angeordnet wurde (act. IIA 12 S. 2). Der Pflege- und Betreuungsbericht zeigt, dass entgegen den Ausführungen in der Beschwerdeantwort (S. 9) nicht „keine“ Gewichtsmessungen durchgeführt wurden, sondern diese ab dem 15. Oktober 2014 rund jede zweite Woche stattgefunden haben (vgl. act. IIA 9 [Beilage 5 Blatt Nr. 41 S. 2]; act. IIA 11 Blatt Nr. 42 S. 2 [27.10.2014], 44 S. 2 [12.11.2014], 48 S. 2 [26.11.2014]). Der beantragte Aufwand ist demnach den ausgewiesenen Leistungen entsprechend auf fünf Minuten pro zwei Wochen bzw. elf Minuten pro Monat zu kürzen.

3.5.5 Bei diesen Gegebenheiten ist der Beschwerdeführerin unter dem Titel „Behandlungspflege“ vom 1. Juni bis 6. September 2014 ein monatlicher Aufwand von 22 Stunden und 26 Minuten (eine Stunde und 26 Minuten [Richten der Medikamente] + 21 Stunden [Verabreichen der Medikamente]) und vom 7. September bis 6. Dezember 2014 ein solcher von 21 Stunden und elf Minuten (eine Stunde und 26 Minuten [Richten der Medikamente] + 19 Stunden und 34 Minuten [Verabreichen der Medikamente und Anleitung zur Medikamentenverabreichung rektal] + elf Minuten [Gewichtskontrolle]) zu vergüten.

3.6 Für Massnahmen der allgemeinen Grundpflege (Art. 7 Abs. 2 lit. c KLV) anerkannte die Beschwerdegegnerin zunächst in beiden Perioden keine Leistungen (vgl. Verfügung vom 27. Oktober 2014, act. IIA 7 S. 6). Im Einspracheentscheid vom 27. Februar 2015 (act. IIA 19 S. 9 Ziff. 1) wurden sodann ab dem 7. September bis 6. Dezember 2014 für die psychiatrische Grundpflege – wie von der Beschwerdeführerin beantragt (act. IIA 6 [Dokument 2]) – sieben Stunden und 30 Minuten pro Monat zugesprochen. Den von der Spitex für die erste Periode geltend gemachten Aufwand für unterstützende Gespräche im Umfang von täglich 13 Minuten wies die Beschwerdegegnerin hingegen weiterhin ab.

3.6.1 Gemäss Rechtsprechung sind zur psychiatrischen und psychogeriatrischen Grundpflege Massnahmen zu rechnen, die der Überwachung und Unterstützung psychisch kranker Personen bei der Alltagsbewältigung dienen, soweit es sich um Beeinträchtigungen in den grundlegenden alltägli-

chen Lebensverrichtungen handelt und soweit sie krankheitsbedingt sind. Es muss sich um Massnahmen der Personenhilfe und nicht der Sachhilfe handeln (BGE 131 V 178 E. 2.2.3 S. 185; BGer 9C_528/2012, E. 5.4.2).

Im vorliegenden Fall ist unbestritten, dass die Beschwerdeführerin an Demenz leidet und als Alleinlebende, die für Unfälle (z.B. Stürze) und für die typischen Erkrankungen in ihrer Situation (wie Dehydratation mit Blutdruckabfällen, Infekte oder Hautprobleme) sehr gefährdet ist, auf professionelle Betreuung angewiesen ist (vgl. Bericht von G. _____ vom 17. Dezember 2014, act. IIA 16 S. 4). Korrelierend damit wurden im Pflegemassnahmenplan ab dem 1. Juni 2014 insbesondere Massnahmen zur Verbesserung der zwischenmenschlichen Interaktion und der Orientierungsstörung festgehalten (act. IIA 3 [Dokument 1]). Mit dem Pflege- und Betreuungsbericht ist zudem ausgewiesen, dass sich die Beschwerdeführerin an manchen Tagen sehr verwirrt zeigte und z.B. für ihren verstorbenen Mann kochen wollte, zum Teil desorientiert sowie vergesslich war und einige Male eine Tag-/Nachtumkehr hatte (vgl. dazu u.a. act. IIA 3 [Dokument 7 Blatt Nr. 28 S. 2 {27.06.2014}, 29 S. 2 {10.07.2014}, 30 S. 1 {14.07.2014}, 32 S. 1 {01.08.2014}]; act. IIA 9 [Beilage 5 Blatt Nr. 33 S. 2 {15. und 17.08.2014}, 34 S. 1 {18.08.2014}, 35 S. 2 {1.09.2014}]). Mit den von der Spitex für die erste Periode geltend gemachten Gesprächen (vgl. Leistungsplanungsblatt, act. IIA 1) wurde die Beschwerdeführerin somit vom Pflegepersonal unterstützt, überwacht, kontrolliert sowie bei allfälligen Problemen, z.B. bei der Tag-/Nachtumkehr, entsprechend angewiesen und mit verschiedenen Therapiemethoden gefördert. Gestützt auf das Dargelegte ist demnach nicht nachvollziehbar, weshalb in der ersten Periode überhaupt keine Leistungen der Grundpflege zugesprochen worden sind, handelt es sich hierbei doch um Hilfestellungen zur Bewältigung des Alltages, die im Rahmen der Personenhilfe ohne weiteres zu vergüten sind. Der gemäss dem Leistungsplanungsblatt (act. IIA 1) geltend gemachte Aufwand im Umfang von 13 Minuten an sieben Tagen in der Woche (resp. von sechs Stunden und 30 Minuten pro Monat) ist somit nicht zu beanstanden und in diesem Rahmen zu entschädigen.

3.6.2 Mit der Kostengutsprache im Einspracheentscheid betreffend die zweite Periode wurde der von der Spitex beantragte Aufwand für die

Grundpflege vollumfänglich gutgeheissen. Diesbezüglich besteht somit kein schützenswertes Interesse mehr an einer gerichtlichen Überprüfung, zumal die Beschwerdeführerin im vorliegenden Verfahren keinen weiteren Aufwand geltend gemacht hat und in den Akten denn auch keine Hinweise vorliegen, welche eine höhere Kostengutsprache rechtfertigen würden.

3.6.3 Gestützt auf das Dargelegte ist der Beschwerdeführerin für Massnahmen der Grundpflege in der hier zu beurteilenden Periode vom 1. Juni bis 6. September 2014 ein monatlicher Aufwand von sechs Stunden und 30 Minuten zu gewähren.

3.7 Insgesamt besteht für die Zeit vom 1. Juni bis 6. September 2014 Anspruch auf Kostenvergütung der Spitexleistungen von monatlich 30 Stunden und 16 Minuten (eine Stunde und 20 Minuten Abklärung, Beratung und Koordination, 22 Stunden und 26 Minuten Behandlungspflege, sechs Stunden und 30 Minuten Grundpflege) resp. von 90 Stunden und 48 Minuten pro Quartal. Betreffend die Zeitspanne ab dem 7. September bis zum 6. Dezember 2014 sind der Beschwerdeführerin Leistungen in der Höhe von monatlich 29 Stunden und 30 Minuten (49 Minuten Abklärung, Beratung und Koordination, 21 Stunden und 11 Minuten Behandlungspflege, sieben Stunden und 30 Minuten Grundpflege) resp. von 88 Stunden und 30 Minuten pro Quartal zu gewähren. Soweit auf die Beschwerde vom 13. April 2015 einzutreten ist, erweist sich diese 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).

In der Kostennote vom 17. Juni 2015 machten Rechtsanwältin C. _____ und Fürsprecher D. _____ einen zu entschädigenden Betrag von insgesamt Fr. 4'617.-- geltend. Beim vorerwähnten Verfahrensausgang obsiegt die Beschwerdeführerin bezogen auf die geltend gemachten Kosten der Pflegeleistungen weit überwiegend. Für das bloss marginale Unterliegen im Bereich der Behandlungspflege rechtfertigt sich deshalb keine Kürzung der Parteientschädigung. Hingegen erscheint die Kostennote mit Blick auf den nicht sehr komplexen Sachverhalt, die sich stellenden Rechtsfragen und den lediglich einfachen Schriftenwechsel als zu hoch; zudem ist im Umfang des Nichteintretens eine leichte Kürzung vorzunehmen. Angemessen erscheint daher eine Parteientschädigung für das vorliegende Verfahren von pauschal Fr. 3'500.-- (inkl. Auslagen und Mehrwertsteuer).

Demnach entscheidet der Einzelrichter:

1. In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird der angefochtene Einspracheentscheid der Atupri Krankenkasse vom 27. Februar 2015 dahingehend abgeändert, als die Beschwerdegegnerin betreffend die Zeit vom 1. Juni 2014 bis 6. September 2014 Spitexkosten im Umfang von 90 Stunden und 48 Minuten pro Quartal und betreffend die Zeit vom 7. September 2014 bis 6. Dezember 2014 solche im Umfang von 88 Stunden und 30 Minuten pro Quartal zu vergüten hat. Im Übrigen wird die Beschwerde abgewiesen, soweit darauf einzutreten ist.
2. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.
3. Die Beschwerdegegnerin hat der Beschwerdeführerin die Parteikosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 3'500.-- (inkl. Auslagen und MWSt.), zu ersetzen.

4. Zu eröffnen (R):

- Rechtsanwältin C._____ und Fürsprecher D._____ z.H. der Beschwerdeführerin
- Fürsprecher und Notar E._____ 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.