

200 15 917 KV  
GRD/SCM/ARJ

**Verwaltungsgericht des Kantons Bern**  
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

**Urteil des Einzelrichters vom 21. Juni 2016**

Verwaltungsrichter Grütter  
Gerichtsschreiberin Schädeli

**A.** \_\_\_\_\_  
vertreten durch Rechtsanwältin B. \_\_\_\_\_  
Beschwerdeführerin

gegen

**Atupri Krankenkasse**  
vertreten durch Fürsprecher C. \_\_\_\_\_  
Beschwerdegegnerin

betreffend Einspracheentscheid vom 24. September 2015



## **Sachverhalt:**

### **A.**

Die 1938 geborene A. \_\_\_\_\_ (Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) ist bei der Atupri Krankenkasse (Atupri bzw. Beschwerdegegnerin) obligatorisch krankenpflegeversichert und beansprucht Spitexleistungen. Mit Bedarfsmeldeformular vom 29. August 2013 stellte die SPITEX ... (Spitex) bei der Atupri für die Versicherte betreffend die Zeit vom 21. August bis 30. November 2013 ein Gesuch um Bewilligung von 87 Stunden Pflegeleistungen im Quartal (Akten der Atupri, Antwortbeilagen [AB] 1), welchem die Atupri mit Kostengutsprache vom 6. November 2013 (AB 6) im Umfang von 23 Stunden und 35 Minuten pro Monat entsprach. Auf weitere Bedarfsmeldungen der Spitex (AB 7, 16, 20, 22, 31, 38), der daraufhin erteilten Kostengutsprachen (AB 9, 13, 17, 21, 33) sowie auf Ersuchen der Versicherten (AB 36) verfügte die Atupri am 13. Mai 2015 (AB 44) über die Pflegeleistungen im Zeitraum vom 21. August 2013 bis 28. Februar 2015. Nach Durchführung eines Hausbesuchs bei der Versicherten (AB 75) erliess die Atupri eine weitere Kostengutsprache bzw. am 1. Juli 2015 eine Verfügung betreffend die Zeit vom 6. März bis 5. Juni 2015 (AB 59 f.).

Die gegen die beiden Verfügungen erhobenen Einsprachen (AB 50, 65) lehnte die Atupri – unter Hinweis auf die Stellungnahmen ihres vertrauensärztlichen Dienstes (AB 70 - 76) – mit Entscheid vom 24. September 2015 (AB 69) ab. Dabei sprach sie monatlich folgende Pflegeleistungen zu: für die Zeit vom 21. August bis 6. November 2013 23 Stunden und 35 Minuten, vom 7. November 2013 bis 31. Mai 2014 30 Stunden, vom 11. Juli bis 30. September 2014 23 Stunden und 15 Minuten (plus 1 Stunde Abklärung und Beratung pro Quartal), im Oktober 2014 28 Stunden und 15 Minuten (plus 1 Stunde Abklärung und Beratung pro Quartal), vom 1. November bis 31. Dezember 2014 25 Stunden und 45 Minuten (plus 1 Stunde Abklärung und Beratung pro Quartal), vom 1. Januar bis 5. März 2015 23 Stunden und 15 Minuten (plus 1 Stunde Abklärung und Beratung pro Quartal), vom 6. März bis 5. Juni 2015 70 Stunden und 45 Minuten.

## **B.**

Hiergegen erhob die Versicherte, vertreten durch Rechtsanwältin B.\_\_\_\_\_, am 23. Oktober 2015 Beschwerde. Sie lässt die folgenden Anträge stellen:

Der angefochtene Einspracheentscheid vom 24. September 2015 sei aufzuheben.

Die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, die Kosten für die von der SPITEX ... im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung erbrachten Leistungen für die Zeit vom 21. August 2013 bis 5. Juni 2015 gemäss den eingereichten Bedarfsmeldungen bzw. Monatsrechnungen zu übernehmen.

Mit Beschwerdeantwort vom 10. Februar 2016 schliesst die Beschwerdegegnerin, vertreten durch Fürsprecher und Notar C.\_\_\_\_\_, auf Abweisung der Beschwerde.

In den weiteren Stellungnahmen vom 22. Februar und 15. März 2016 hielten die Parteien an ihren jeweiligen 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 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 24. September 2015 (AB 69), mit welchem über den Zeitraum vom 21. August 2013 bis 5. Juni 2015 befunden wurde. Die diesem vorausgehenden Verfügungen vom 13. Mai 2015 (AB 44) und 1. Juli 2015 (AB 60) betreffen die Zeiträume vom 21. August 2013 bis 28. Februar 2015 sowie vom 6. März bis 5. Juni 2015, womit es für die Zeit vom 1. bis 5. März 2015 an einer Verfügung als Voraussetzung für den Erlass des Einspracheentscheids fehlt. Die Voraussetzungen für eine Ausdehnung des Anfechtungsgegenstandes auf eine ausserhalb des durch die Verfügungen bestimmten Rechtsverhältnisses (vgl. BGE 130 V 501 E. 1.2 S. 503) sind zweifellos erfüllt, weshalb einer gerichtlichen Beurteilung der gesamten Periode nichts im Wege steht. Streitig und zu prüfen ist demnach der Anspruch der Beschwerdeführerin auf Kostenvergütung von Spitexleistungen für die Zeit vom 21. August 2013 bis 5. Juni 2015.

**1.3** Unter Berücksichtigung des „Kontoauszuges Atupri betr. A. \_\_\_\_\_“ vom 11. Februar 2016 (Kontoauszug; Beschwerdebeilage [BB] 6) mit Überblick über die von der Spitex eingereichten Rechnungen und die von der Beschwerdegegnerin bereits vergüteten Beträge bis am 5. Juni 2015 liegt der Streitwert 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 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung vom 18. März 1994 (KVG; SR 832.10) übernimmt die obligatorische Kran-

kenpflegeversicherung die Kosten für die Leistungen gemäss den Art. 25 bis 31 nach Massgabe der in den Art. 32 bis 34 KVG festgelegten Voraussetzungen. Insbesondere leistet die obligatorische Krankenpflegeversicherung gemäss Art. 25a Abs. 1 KVG einen Beitrag an die Pflegeleistungen, welche aufgrund einer ärztlichen Anordnung und eines ausgewiesenen Pflegebedarfs ambulant, auch in Tages- oder Nachtstrukturen, oder im Pflegeheim erbracht werden.

**2.2** Gestützt auf Art. 25a Abs. 3 KVG i.V.m. Art. 33 lit. b der Verordnung über die Krankenversicherung vom 27. Juni 1995 (KVV, SR 832.102) hat das Eidgenössische Departement des Innern in Art. 7 der Verordnung über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung vom 29. September 1995 (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.

**2.2.1** Die Massnahmen der Abklärung, Beratung und Koordination (lit. a) umfassen die Abklärung des Pflegebedarfs und des Umfelds des Patienten sowie die Planung der notwendigen Massnahmen zusammen mit dem Arzt und dem Patienten. Des Weiteren umfassen sie die Beratung des Patienten sowie gegebenenfalls der nichtberuflich an der Krankenpflege Mitwirkenden bei der Durchführung der Krankenpflege, insbesondere im Umgang mit Krankheitssymptomen bei der Einnahme von Medikamenten oder beim Gebrauch medizinischer Geräte, und Vornahme der notwendigen Kontrollen. Schliesslich sind die Koordination der Massnahmen sowie Vorkehrungen im Hinblick auf Komplikationen in komplexen und instabilen Pflegesituationen durch spezialisierte Pflegefachpersonen umfasst.

**2.2.2** Die Untersuchungs- und Behandlungsmassnahmen nach lit. b sind in einem 14 Positionen umfassenden Leistungskatalog spezifiziert. Sie umfassen:

1. Messung der Vitalzeichen (Puls, Blutdruck, Temperatur, Atem, Gewicht),

2. einfache Bestimmung des Zuckers in Blut und Urin,
3. Entnahme von Untersuchungsmaterial zu Laborzwecken,
4. Massnahmen zur Atemtherapie (wie O<sup>2</sup>-Verabreichung, Inhalation, einfache Atemübungen, Absaugen),
5. Einführen von Sonden oder Kathetern und die damit verbundenen pflegerischen Massnahmen,
6. Massnahmen bei Hämö- oder Peritonealdialyse,
7. Verabreichung von Medikamenten sowie die Dokumentation der damit verbundenen Tätigkeiten,
8. enterale oder parenterale Verabreichung von Nährlösungen,
9. Massnahmen zur Überwachung von Infusionen, Transfusionen und Geräten, die der Behandlung oder der Kontrolle und Erhaltung von vitalen Funktionen dienen,
10. Spülen, Reinigen und Versorgen von Wunden (inkl. Dekubitus- und Ulcus-cruris-Pflege) und von Körperhöhlen (inkl. Stoma- und Tracheostomiepflege) sowie Fusspflege bei Diabetikern,
11. pflegerische Massnahmen bei Störungen der Blasen- oder Darmentleerung, inkl. Rehabilitationsgymnastik bei Inkontinenz,
12. Hilfe bei Medizinal-Teil- oder -Vollbädern; die Anwendung von Wickeln, Packungen und Fangopackungen,
13. pflegerische Massnahmen zur Umsetzung der ärztlichen Therapie im Alltag, wie Einüben von Bewältigungsstrategien und Anleitung im Umgang mit Aggression, Angst, Wahnvorstellungen,
14. Unterstützung für psychisch kranke Personen in Krisensituationen, insbesondere zur Vermeidung von akuter Selbst- oder Fremdgefährdung.

**2.2.3** Zu den Massnahmen der Grundpflege (lit. c) gehört einerseits die allgemeine Grundpflege bei Patienten, welche die Tätigkeiten nicht selber ausführen können, wie Beine einbinden, Kompressionsstrümpfe anlegen; Betten, Lagern; Bewegungsübungen, Mobilisieren; Dekubitusprophylaxe, Massnahmen zur Verhütung und Behebung von behandlungsbedingten Schädigungen der Haut; Hilfe bei der Mund- und Körperpflege, beim An- und Auskleiden, beim Essen und Trinken. Andererseits gehören dazu Massnahmen zur Überwachung und Unterstützung psychisch kranker Personen in der grundlegenden Alltagsbewältigung.

**2.3** Für die Beurteilung der Leistungspflicht in grundsätzlicher und masslicher Hinsicht bedarf es eindeutiger Angaben bezüglich der im Einzelfall angeordneten und durchgeführten Massnahmen (Art. 42 Abs. 3 Satz 2 KVG). Vorauszusetzen ist ein klarer ärztlicher Auftrag oder eine ärztliche Anordnung hinsichtlich der erforderlichen Massnahmen, welche aufgrund der Bedarfsabklärung und der gemeinsamen Planung näher zu umschreiben sind (Art. 8 Abs. 1 KLV). Die Bedarfsabklärung umfasst die Beurteilung der Gesamtsituation des Patienten sowie die Abklärung des Umfeldes und

des individuellen Pflege- und Hilfebedarfs (Art. 8 Abs. 2 KLV). Sie erfolgt aufgrund einheitlicher Kriterien. Das Ergebnis wird auf einem von den Tarifpartnern geschaffenen Formular festgehalten, worin insbesondere der voraussichtliche Zeitbedarf anzugeben ist (Art. 8 Abs. 3 KLV). Der Versicherer kann verlangen, dass ihm die relevanten Elemente der Bedarfsabklärung mitgeteilt werden (Art. 8 Abs. 5 KLV). Erforderlichenfalls ist ihm zuhanden des Vertrauensarztes (Art. 57 KVG) eine umfassende Dokumentation der erbrachten Leistungen (Pflegedokumentation) einzureichen. Schliesslich ist eine detaillierte und verständliche Rechnungsstellung 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** 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. Bei der Beurteilung des konkreten Bedarfs kommt den zuständigen Personen ein gewisser Spielraum zu. 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 (Entscheidung 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.).

**2.5** Da Art. 56 Abs. 1 KVG als *lex specialis* zu Art. 32 Abs. 1 KVG zu verstehen ist, muss sich der Leistungserbringer in seinen Leistungen auf das Mass beschränken, das im Interesse der Versicherten liegt und für den Behandlungszweck erforderlich ist (Abs. 1). Gehen die Leistungen über dieses Mass hinaus, kann die Versicherung die Vergütung verweigern (Abs. 2); mit anderen Worten bildet der ausgewiesene Bedarf die Obergrenze der vom Krankenversicherer zu vergütenden Pflegeleistungen (vgl. BLUM-SCHNEIDER/FILIPPO, a.a.O., S. 76 f., RUDOLF LUGINBÜHL, Wirtschaftlichkeitsüberlegungen in der Krankenversicherung aus juristischer Sicht / I.-II., in: RIEMER-KAFKA/SCHMID [Hrsg.], Wirtschaftlichkeitsüberlegungen in der Sozialversicherung, Zürich 2012, S. 137).

**2.6** Die Verwaltung als verfügende Instanz und – im Beschwerdefall – das Gericht dürfen eine Tatsache nur dann als bewiesen annehmen, wenn sie von ihrem Bestehen überzeugt sind. Im Sozialversicherungsrecht hat das Gericht seinen Entscheid, sofern das Gesetz nichts Abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen. Die blosse Möglichkeit eines bestimmten Sachverhaltes genügt diesen Beweisanforderungen nicht. Das Gericht hat vielmehr jener Sachverhaltsdarstellung zu folgen, die es von allen möglichen Geschehensabläufen als die wahrscheinlichste würdigt (BGE 138 V 218 E. 6 S. 221).

### **3.**

**3.1** Für die Beurteilung der Leistungspflicht liegen insbesondere die nachstehenden Unterlagen bei den Akten: die von Dr. med. D.\_\_\_\_\_, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin FMH, visierten Bedarfsmeldeformulare vom 29. August und 2. Dezember 2013, vom 15. Mai, 11. Juli, 7. und 20. Oktober 2014 sowie vom 8. Januar und 14. März 2015 (AB 1, 7, 16, 20, 22, 31, 38, BB 3), die dazugehörigen Leistungsplanungsblätter gemäss RAI-HC (Resident Assessment Instrument – Home-Care) bzw. die ärztliche „Begründung für Spitexleistungen > 60 Stunden pro Quartal“, der individuelle Massnahmenplan inklusive Fotoprotokoll (AB 12, Fotoprotokoll siehe auch AB 64), die Einsatzverlaufsblätter, Verlaufsberichte sowie Wundprotokolle der Spitex (AB 24, 30, 41), deren Pflegeplanung (AB 26,

30, 43) sowie Medikamentenblätter (AB 30, 62) und Tabellen für Messwerte (AB 30, 63).

Dem angefochtenen Entscheid vom 24. September 2015 (AB 69) lagen zudem die Stellungnahmen des vertrauensärztlichen Dienstes der Beschwerdegegnerin vom 8. August, 1. September und 14. Oktober 2014, vom 14. Januar, 2. März, 20./26. Mai und 27. Juli 2015 (AB 70 - 74, 76) sowie dessen Bericht vom 12. Juni 2015 betreffend den Hausbesuch vom 10. Juni 2015 (AB 75) zugrunde.

Die von der Spitex ausgestellten Rechnungen sind nicht aktenkundig. Aus dem Kontoauszug (BB 6) geht indessen hervor, in welchem Umfang von der Spitex im Zeitraum vom 9. September 2013 bis 31. Dezember 2015 für erbrachte Leistungen Rechnung gestellt worden und welches die Differenz zu den von der Beschwerdegegnerin geleisteten Vergütungen ist. Diese Aufstellung wird nicht bestritten. Auf eine Edition der Rechnungen kann deshalb verzichtet werden.

**3.2** Die Spitex ... erfüllt unbestrittenermassen die für die Zulassung als Leistungserbringerin für die Krankenversicherung geltenden Anforderungen (Art. 51 KVV). Die formellen Voraussetzungen für eine Vergütung der streitigen Massnahmen durch den Krankenversicherer sind damit erfüllt. Weiter ist aufgrund der Akten erstellt, dass die Beschwerdeführerin insbesondere unter einer Adipositas, einer chronisch venösen Insuffizienz, einem Diabetes mellitus sowie einer arteriellen Insuffizienz leidet (vgl. AB 3, 7, 16, 38). Es liegt somit ein Gesundheitsschaden mit Krankheitswert vor, welcher grundsätzlich Anspruch auf Leistungen nach Art. 7 KLV zu begründen vermag. Einigkeit besteht sodann über die Zweckmässigkeit der Pflege zu Hause. Streitig und zu prüfen ist in erster Linie, ob die Beschwerdegegnerin den mit den Bedarfsmeldeformularen für die Zeit ab 21. August 2013 bis 5. Juni 2015 geltend gemachten Anspruch auf Spitexleistungen mit Einspracheentscheid vom 24. September 2015 (AB 69) zu Recht gekürzt hat.

**3.3** Vorab ist zum von Dr. med. D. \_\_\_\_\_ unterzeichneten Bedarfsmeldeformular vom 15. Mai 2014 (BB 3) Folgendes zu beachten: Soweit die Beschwerdegegnerin ausführt dieses nie erhalten zu haben (Beschwerdeantwort S. 3, vgl. AB 44 S. 9 Ziff. 14 sowie AB 69 S. 13 Ziff. 15

[für die Zeit vom 1. Juni bis 10. Juli 2014 liege keine ärztliche Anordnung vor]), korreliert dies zwar mit ihrem Schreiben vom 24. Juli 2014 (BB 5), in welchem sie um eine entsprechende Zustellung bat. Bereits nach einem Telefongespräch mit der Beschwerdegegnerin vom 7. Juli 2014 hat eine Spitex-Mitarbeiterin jedoch vermerkt, dieses erneut zu senden (BB 4). Am 6. August 2014 wurde nochmals eine handschriftliche Notiz angebracht, dass das Formular direkt an die zuständige Person der Beschwerdegegnerin gesendet worden sei (BB 5). Insoweit ist davon auszugehen, dass die Beschwerdegegnerin das Bedarfsmeldeformular vom 15. Mai 2014 (wenn auch nicht beim ersten Zustellversuch) erhalten hat und demnach auch der darin geltend gemachte Bedarf für den Zeitraum vom 24. April bis 23. Juli 2014 (bzw. bis 10. Juli 2014 [vgl. das „überholende“ Bedarfsmeldeformular vom 11. Juli 2014; AB 16]) einer gerichtlichen Überprüfung zu unterziehen ist.

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

**3.4** Hinsichtlich der Massnahmen der Abklärung, Beratung und Koordination (Art. 7 Abs. 2 lit. a KLV) hat die Beschwerdegegnerin in der ersten Periode vom 21. August bis 6. November 2013 den von der Spitex am 29. August 2013 (AB 1) beantragten Leistungen von 3 Stunden pro Monat vollumfänglich entsprochen (AB 44 S. 10, AB 69 S. 15). Anhaltspunkte, welche eine andere Betrachtungsweise rechtfertigen könnten, liegen nicht vor. Soweit die Beschwerdegegnerin dagegen den ab 7. November 2013 geltend gemachten Bedarf zunächst auf 1 Stunde pro Monat bzw. ab 11. Juli 2014 auf 1 Stunde pro Quartal kürzte (AB 69 S. 15), kann dieser Auffassung nicht gefolgt werden. Der Umfang an Abklärung, Beratung und Koordination wurde von der behandelnden Ärztin unter Hinweis auf die jeweils veränderte gesundheitliche Situation unterschrieben bestätigt und ist aufgrund der vorliegenden Einsatzverlaufsberichte (AB 24) mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt (vgl. E. 2.6 hiervor), woran die Stellungnahme des vertrauensärztlichen Dienstes der Beschwerdegegnerin vom 27. Juli 2015 (AB 76 S. 8 f. und 15) nichts zu ändern vermag. Zunächst machte der veränderte Umfang an Bedarf jeweils neue Abklärungen durch Rücksprache bei der Hausärztin notwendig. Weiter unterliegt die gesund-

heitliche Situation laufenden Veränderungen, so dass ein entsprechender Aufwand für Abklärung, Beratung und Koordination überzeugt. So sei – unter zahlreichen ähnlichen Einträgen – nur beispielhaft aufgeführt, dass die Spitex am 7. November 2013 mit der Beschwerdeführerin die neue Medikamentenverordnung besprochen, daraufhin einen neuen Massnahmenplan und ein neues Medikamentenblatt erstellt, in diesem Monat zudem mehrfach die Situation hinsichtlich der Inkontinenz besprochen, am 28. November 2013 einen Termin für eine Lymphdrainage vereinbart, nach dem Spitalaustritt vom 24. April 2014 eine weitere Anpassung des Massnahmenplanes vorgenommen und ein Telefongespräch mit dem Spital E.\_\_\_\_\_ zur Klärung der neuen Verordnung geführt hat (AB 24).

Demnach ist für diese Massnahmen – entsprechend den jeweiligen Bedarfsmeldeformularen (AB 1, 7, 16, 20, 22, 31, 38, BB 3) – monatlich folgender zeitlicher Bedarf ausgewiesen: vom 21. August bis 6. November 2013 3 Stunden, vom 7. November 2013 bis 23. April 2014 4 Stunden, vom 24. April bis 6. Oktober 2014 2 Stunden und 51 Minuten, vom 7. bis 19. Oktober 2014 2 Stunden und 31 Minuten, vom 20. Oktober 2014 bis 19. Januar 2015 3 Stunden und 18 Minuten, vom 20. Januar bis 5. März 2015 4 Stunden und 28 Minuten sowie vom 6. März bis 5. Juni 2015 4 Stunden und 53 Minuten.

**3.5** Was die Massnahmen der Untersuchung und Behandlung (Art. 7 Abs. 2 lit. b KLV) anbelangt, so ist insbesondere der Aufwand für das Richten der Medikamente und für deren Verabreichung, für die Gewichtskontrollen, die Hautpflege sowie die Insulininjektionen streitig (vgl. AB 69 S. 9 f., Beschwerde S. 11 - 14). Im Einzelnen zu prüfen sind die nachstehenden Bereiche:

**3.5.1** Für das Richten der Medikamente veranschlagte die Spitex in ihrer Einsatzplanung (AB 12) bzw. in den Leistungsplanungsblättern vom 11. Juli, 7. und 20. Oktober 2014, 8. Januar sowie 14. März 2015 (AB 16, 20, 22, 31, 38) einen wöchentlichen Aufwand von 20 Minuten. Mit Blick auf die wechselnden Diagnosen (vgl. AB 1, 7, 16, 20, jeweils „Begründung für Spitexleistungen > 60 Stunden pro Quartal“) sowie die Medikamentenblätter der Spitex (AB 30) überzeugt dieser Aufwand. So gab es denn auch mehrfach neue ärztliche Verordnungen (AB 24, vgl. Einträge vom 12. und

24. Oktober 2013, 5. Februar, 1. und 19. März, 24. April 2014) und Dr. med. D.\_\_\_\_\_ bezeichnete die Pflegesituation im Bedarfsmeldeformular vom 20. Oktober 2014 als komplex und instabil (AB 22), was mit der Dokumentation der Spitex bestätigt wird.

**3.5.2** Den zeitlichen Bedarf für die Medikamentenverabreichung veranschlagte die Spitex mit einem täglichen Aufwand von 10 Minuten (AB 16, 20, 22, 31, 38), was unter Berücksichtigung der Medikamentenblätter und Dokumentation der Spitex (AB 62, 24) ebenfalls überzeugt. Dabei ist zu beachten, dass der Beschwerdeführerin nach einem Spitalaufenthalt ab 24. April befristet bis Mitte Mai 2014 täglich zwei Infusionen nach Verordnung angelegt wurden (AB 24) – Dr. med. D.\_\_\_\_\_ führte im Bedarfsmeldeformular eine venöse Antibiotika-Therapie drei Mal täglich auf (BB 3) –, womit sich ein erhöhter Aufwand rechtfertigt. Zudem wird der Beschwerdeführerin seit 28. Januar 2014 nach Verordnung von Dr. med. D.\_\_\_\_\_ täglich Insulin verabreicht (AB 12, vgl. Einträge in den Einsatzverlaufsblättern [AB 24]).

**3.5.3** Die Wundprotokolle Nr. 1 und 2 (AB 24), die diesbezüglich vorhandene Fotodokumentation (AB 64) sowie die jeweiligen Einträge in den Einsatzverlaufsblättern (AB 24) vermögen auch den unterschiedlichen Aufwand für das Reinigen und Versorgen von Wunden sowie das Anlegen von Verbänden (AB 1, 7, 16, 20, 22, 31) schlüssig zu begründen. Es ist auf den von der Spitex gemeldeten Bedarf abzustellen.

**3.5.4** Das therapeutisch verordnete Einreiben der Haut (vgl. AB 1) mit einem Aufwand von zunächst 10 Minuten an zwei Tagen pro Woche (AB 16, 20, 22), später 10 Minuten pro Woche (AB 31) ist schlüssig dokumentiert (AB 24) und gibt somit ebenfalls zu keinen Beanstandungen Anlass. Insoweit ist auch dieser Bedarf ausgewiesen.

**3.5.5** Mit Blick auf die vorhandene Adipositas und den diagnostizierten Diabetes mellitus (vgl. AB 7) sind tägliche bzw. wöchentliche Gewichtskontrollen (AB 22, 31, 38, 63) sowie der damit verbundene Aufwand der Spitex grundsätzlich nachvollziehbar begründet. Eine Abweichung des von der Spitex gemeldeten Bedarfs rechtfertigt sich nur insofern, als dass im Leistungsplanungsblatt vom 8./20. Januar 2015 (AB 31) die Gewichtskontrolle

zweimal aufgeführt ist. Eine solche von 10 Minuten täglich erscheint plausibel, selbst wenn die Beschwerdeführerin und ihr Ehegatte das Gewicht teilweise selbst gemessen haben, denn eine regelmässige Kontrolle durch die Spitex ist beim vorhandenen Krankheitsbild unabdingbar. Hingegen überzeugt die Geltendmachung einer einmal wöchentlich stattfindenden weiteren Kontrolle mit einem zusätzlichen Aufwand von 10 Minuten nicht und kann in der Folge keine Berücksichtigung finden.

**3.5.6** Bei diesen Gegebenheiten ist der Beschwerdeführerin unter dem Titel der „Behandlungspflege“ – entsprechend den jeweiligen Bedarfsmeld formularen (AB 1, 7, 16, 20, 22, 31, 38, BB 3) – vom 21. August bis 6. November 2013 ein monatlicher Aufwand von 20 Stunden, vom 7. November 2013 bis 23. April 2014 ein solcher von 19 Stunden, vom 24. April bis 10. Juli 2014 von 107 Stunden und 52 Minuten, vom 11. Juli bis 6. Oktober 2014 von 17 Stunden und 52 Minuten, vom 7. bis 19. Oktober 2014 von 14 Stunden und 43 Minuten, vom 20. Oktober 2014 bis 19. Januar 2015 von 18 Stunden und 51 Minuten, vom 20. Januar bis 5. März 2015 von 17 Stunden und 16 Minuten (AB 31 minus Gewichtskontrolle [vgl. E. 3.5.5 hiervor]) und vom 6. März bis 5. Juni 2015 von 12 Stunden und 9 Minuten zu vergüten.

**3.6** Für Massnahmen der Grundpflege (Art. 7 Abs. 2 lit. c KLV) ist zwischen den Parteien insbesondere der Aufwand für das An- und Ausziehen der Kompressionsstrümpfe, der Körperpflege (Ganz- und Teilwäsche) sowie der aktiven und passiven Bewegungsunterstützung umstritten (vgl. AB 69 S. 10 f., Beschwerde S. 14 - 17). Der Bedarf gestaltet sich wie folgt:

**3.6.1** Aufgrund der chronisch venösen Insuffizienz sowie der massiven Beinödeme (AB 16) ist der ab 7. Oktober 2014 bis 19. April 2015 geltend gemachte Aufwand von 20 Minuten täglich bzw. ab 6. März 2015 von 10 Minuten täglich unter dem Titel „Kompressionsstrümpfe / -verband“ (AB 20, 22, 31, 38) überzeugend. Auch der ab 7. Oktober 2014 geltend gemachte viermal wöchentliche Bedarf von je 24 Minuten für einen mittleren Verband (AB 20) bzw. ab 20. Oktober 2014 15-mal monatlich von je 24 Minuten (AB 22) sowie ab 20. Januar 2015 dreimal pro Woche à 24 Minuten (AB 31) ist insbesondere auch mit dem Hinweis auf eine neue Wunde nach Pleuradrainage (AB 20) nachvollziehbar. Die Stellungnahme des vertrau-

ensärztlichen Dienstes vom 27. Juli 2015 (AB 76 S. 16) vermag dagegen nicht zu überzeugen und kann daher nicht zu einer Kürzung des gemeldeten Bedarfs führen.

**3.6.2** Die einmal wöchentliche Ganzwäsche in Bad, Dusche oder Lavabo mit einem zeitlichen Aufwand von zunächst 40 Minuten (AB 16, 20) bzw. aufgrund der zunehmenden Verlangsamung und Einschränkung in der Mobilität ab 20. Oktober 2014 von 55 Minuten (AB 22, 31) und ab 6. März 2015 von 45 Minuten pro Ganzwäsche (AB 38) erscheint den Verhältnissen sowie den Feststellungen von Dr. med. D. \_\_\_\_\_ (AB 22, 31, 38, jeweils lit. A, Besonderes) angemessen. Daran ändert nichts, dass anlässlich des Hausbesuchs des vertrauensärztlichen Dienstes vom 10. Juni 2015 die Beschwerdeführerin offenbar auf ihrem Stuhl bzw. stehend ganz gewaschen wurde (AB 75 S. 16), handelte es sich hierbei doch lediglich um eine Momentaufnahme. Ebenfalls schlüssig ist der geltend gemachte Aufwand von 20 bzw. 30 Minuten an sechs Tagen pro Woche für die Teilwäsche im Bett (inkl. Intimpflege; AB 16, 20, 22, 31, 38). Dass die Beschwerdegegnerin während des gesamten hier relevanten Zeitraumes vereinzelt selbst geduscht hat (AB 76 S. 12 i.V.m. AB 24), führt nicht zu einer Kürzung des gemeldeten Bedarfs, betrifft dies doch die Frage der Rechnungsstellung durch die Spitex.

**3.6.3** Für die aktive / passive Bewegungsunterstützung macht die Spitex ab 11. Juli 2014 durchgehend einen Aufwand von 34 Minuten pro Woche (2 x 17 Minuten) geltend (AB 16, 20, 22, 31, 38). Hierzu führte sie im Schreiben vom 20. August 2014 (AB 18) aus, die Bewegungsübungen würden durchgeführt, damit die Beschwerdeführerin weniger sturzgefährdet sei, mithin beweglicher und selbständiger werde. Aus der detaillierten Beschreibung des Übungsprogramms in der Pflegeplanung (AB 43 S. 6, Eintrag vom 10. Juli 2014) ergibt sich, dass diese Übungen als Massnahme im Sinne von Art. 7 Abs. 2 lit. c Ziff. 1 KLV („Bewegungsübungen, Mobilisieren“) zu qualifizieren sind. Dass die Beschwerdeführerin die Übungen teilweise wegen Krankheit oder aus sonstigen Gründen nicht ausgeführt hat (vgl. AB 75 S. 11 i.V.m. AB 24), ändert nichts am durch Dr. med. D. \_\_\_\_\_ bzw. der Pflegefachperson ermittelten grundsätzlichen Bedarf an Mobilisationsübungen. Deren fehlende Durchführung betrifft die Rech-

nungsstellung, was nicht Gegenstand des vorliegenden Verfahrens ist. Es steht deshalb nichts entgegen, einen entsprechenden Aufwand im mittels den jeweiligen Bedarfsmeldeformularen geltend gemachten Umfang zu akzeptieren.

**3.6.4** Soweit von der Spitex unter dem Titel „Grundpflege“ ab 6. März bis 5. Juni 2015 neu ein täglicher Kontrollbesuch aufgeführt wird und hierfür jeweils 5 Minuten eingesetzt werden (AB 38), stellt dies – wie die Beschwerdegegnerin zu Recht festgestellt hat (vgl. AB 69 S. 11 Ziff. 14) – keine Pflichtleistung dar. Somit kann der entsprechende Spitexaufwand nicht der Krankenkasse angelastet werden.

**3.6.5** Demnach ist unter dem Titel „Grundpflege“ – entsprechend den jeweiligen Bedarfsmeldeformularen (AB 1, 7, 16, 20, 22, 31, 38, BB 3) – vom 21. August bis 6. November 2013 ein monatlicher Aufwand von 6 Stunden, vom 7. November 2013 bis 23. April 2014 von 12 Stunden, vom 24. April bis 10. Juli 2014 von 12 Stunden und 51 Minuten, vom 11. Juli bis 6. Oktober 2014 von 13 Stunden und 51 Minuten, vom 7. bis 19. Oktober 2014 von 23 Stunden und 52 Minuten, vom 20. Oktober 2014 bis 5. März 2015 von 24 Stunden und 56 Minuten und vom 6. März bis 5. Juni 2015 von 28 Stunden und 30 Minuten (AB 38 minus Kontrollbesuch [vgl. E. 3.6.4 hiervor]) zu entschädigen.

**3.7** Zusammenfassend ist folgender monatlicher Bedarf als Obergrenze der zu vergütenden Leistungen (vgl. E. 2.5 hiervor) ausgewiesen:

- vom 21. August bis 6. November 2013: 29 Stunden (3 Stunden Abklärung und Beratung, 20 Stunden Behandlungspflege, 6 Stunden Grundpflege)
- vom 7. November 2013 bis 23. April 2014: 35 Stunden (4 Stunden Abklärung und Beratung, 19 Stunden Behandlungspflege, 12 Stunden Grundpflege)
- vom 24. April bis 10. Juli 2014: 123 Stunden und 34 Minuten (2 Stunden und 51 Minuten Abklärung und Beratung, 107 Stunden und 52 Minuten Behandlungspflege, 12 Stunden und 51 Minuten Grundpflege)

- vom 11. Juli bis 6. Oktober 2014: 34 Stunden und 34 Minuten (2 Stunden und 51 Minuten Abklärung und Beratung, 17 Stunden und 52 Minuten Behandlungspflege, 13 Stunden und 51 Minuten Grundpflege)
- vom 7. bis 19. Oktober 2014: 41 Stunden und 5 Minuten (2 Stunden und 31 Minuten Abklärung und Beratung, 14 Stunden und 43 Minuten Behandlungspflege, 23 Stunden und 52 Minuten Grundpflege)
- vom 20. Oktober 2014 bis 19. Januar 2015: 47 Stunden und 5 Minuten (3 Stunden und 18 Minuten Abklärung und Beratung, 18 Stunden und 51 Minuten Behandlungspflege, 24 Stunden und 56 Minuten Grundpflege)
- vom 20. Januar bis 5. März 2015: 46 Stunden und 40 Minuten (4 Stunden und 28 Minuten Abklärung und Beratung, 17 Stunden und 16 Minuten Behandlungspflege, 24 Stunden und 56 Minuten Grundpflege)
- vom 6. März bis 5. Juni 2015: 45 Stunden und 36 Minuten (4 Stunden und 57 Minuten Abklärung und Beratung, 12 Stunden und 9 Minuten Behandlungspflege, 28 Stunden und 30 Minuten Grundpflege)

#### 4.

Nach dem Ausgeführten ist die Beschwerde insoweit gutzuheissen, als der Einspracheentscheid vom 24. September 2015 (AB 69) aufzuheben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen ist, damit sie den der Beschwerdeführerin unter dem Titel „Spitexleistungen“ zustehenden Betrag für die Zeit vom 21. August 2013 bis 5. Juni 2015 im Sinne der vorstehenden Erwägungen neu ermittle (Kontrolle des ausgewiesenen Bedarfs [E. 3.7 hiervor] mit den jeweiligen Rechnungsstellungen in den entsprechenden Zeiträumen). Der daraus resultierende Betrag ist der Beschwerdeführerin – unter Berücksichtigung der bereits erbrachten Leistungen – so- dann samt allfälligen Verzugszinsen (Art. 26 ATSG) auszurichten.

## 5.

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

**5.2** Nach der Rechtsprechung hat die beschwerdeführende Partei bei teilweisem Obsiegen mindestens Anspruch auf eine reduzierte Parteientschädigung (BGE 110 V 54 E. 3a S. 57; SVR 2003 EL Nr. 5 S. 14 E. 4.1). 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 (Entscheid des BGer vom 16. November 2010, 9C\_580/2010, E. 4.1). Diese im Bereich von Rentenansprüchen entwickelte Rechtsprechung ist auch bei Streitigkeiten betreffend die Leistungspflicht der obligatorischen Krankenpflegeversicherung anwendbar (Entscheid des BGer vom 20. Mai 2011, 9C\_178/2011, E. 3.3.1).

Vorliegend hat die für den Zeitraum vom 20. Januar bis 5. März 2015 beantragte geringfügig höhere Leistung in der Behandlungspflege (10 Minuten pro Woche, Gewichtskontrolle [vgl. E. 3.5.5. hiervor]) und vom 6. März bis 5. Mai 2015 in der Grundpflege (5 Minuten pro Tag, Kontrollbesuch [vgl. E. 3.6.4 hiervor]) den Prozessaufwand nicht beeinflusst. Eine Reduktion der Parteientschädigung ist nicht vorzunehmen.

Mit Kostennote vom 15. Juni 2016, welche mit Blick auf vergleichbare Fälle, die Wichtigkeit der Streitsache und den gebotenen Aufwand zu keinen Beanstandungen Anlass bietet, macht Rechtsanwältin B. \_\_\_\_\_ ein Honorar von Fr. 4'675.-- zuzüglich Mehrwertsteuer von Fr. 374.--, ausmachend total Fr. 5'049.--, geltend. Diesen Betrag hat die Beschwerdegegnerin der Beschwerdeführerin zu ersetzen.

**Demnach entscheidet der Einzelrichter:**

1. In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird der angefochtene Einspracheentscheid der Atupri Krankenkasse vom 24. September 2015 aufgehoben und Kostengutsprache für Leistungen der Spitex zugunsten der Beschwerdeführerin für die Zeit vom 21. August 2013 bis 5. Juni 2015 im Sinne der vorstehenden Erwägungen erteilt. Die Sache geht zurück an die Beschwerdegegnerin zwecks Festlegung und Ausrichtung der Vergütung für Spitexleistungen anhand des vorstehend ermittelten Bedarfs. Im Übrigen wird die Beschwerde abgewiesen.
2. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.
3. Die Beschwerdegegnerin hat der Beschwerdeführerin die Parteikosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 5'049.-- (inkl. Auslagen und MWSt.), zu ersetzen.
4. Zu eröffnen (R):
  - Rechtsanwältin B. \_\_\_\_\_ z.H. der Beschwerdeführerin
  - 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.