

200 16 964 KV  
SCI/IMD/LAB

**Verwaltungsgericht des Kantons Bern**  
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

**Urteil des Einzelrichters vom 19. April 2017**

Verwaltungsrichter Schwegler  
Gerichtsschreiber Imhasly

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

gegen

**Atupri Krankenkasse**  
Leistungsmanagement, Zieglerstrasse 29, 3000 Bern 65  
Beschwerdegegnerin

betreffend Einspracheentscheid vom 9. September 2016



## **Sachverhalt:**

### **A.**

Der 1948 geborene A.\_\_\_\_\_ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer) ist bei der Atupri Krankenkasse (Atupri bzw. Beschwerdegegnerin) obligatorisch krankpflegeversichert. Er wird wegen Krankheit durch die Spitex unterstützt. Letztere ersuchte mit Bedarfsmeldeformular vom 21. Februar 2016 um Kostengutsprache für Pflegeleistungen von total 89h 31min pro Quartal für den Zeitraum vom 10. Februar bis zum 9. August 2016 (Akten der Atupri [act. II] 3.2). Mit Kostengutsprache vom 30. März 2016 (act. II 1.2) sprach die Atupri für Abklärung und Beratung 2h 30min, für Behandlungspflege 12h 15min und für die Grundpflege 25h pro Quartal zu. Dem Ersuchen des Versicherten nach einer einsprachefähigen Verfügung (act. II 1.3) kam die Atupri am 10. Mai 2016 nach. In der entsprechenden Verfügung (act. II 1.4) sprach sie zusätzlich zu den bereits gewährten 39h 45min pro Quartal wöchentlich eine Stunde für die Umsetzung der ärztlichen Therapie im Alltag zu. Die gegen die Verfügung erhobene Einsprache (act. II 1.5) wies die Atupri mit Einspracheentscheid vom 9. September 2016 ab (act. II 1).

### **B.**

Hiergegen erhob die Versicherte, vertreten durch Rechtsanwältin B.\_\_\_\_\_, mit Eingabe vom 10. Oktober 2016 Beschwerde mit dem Antrag, der angefochtene Einspracheentscheid sei aufzuheben und die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, dem Beschwerdeführer die Kosten für die Spitexleistungen seit dem 10. Februar 2016 gemäss den eingereichten Bedarfsmeldungen bzw. Monatsrechnungen zu bezahlen.

Die Beschwerdegegnerin schloss mit Beschwerdeantwort vom 11. November 2016 auf Abweisung der Beschwerde, soweit darauf einzutreten sei.

Mit Replik vom 1. Dezember 2016 bzw. Duplik vom 23. Dezember 2016 hielten die Parteien an den bisherigen Anträgen fest.

Der Instruktionsrichter edierte mit prozessleitender Verfügung vom 24. Januar 2017 bei der Beschwerdegegnerin ein vollständiges Handbuch RAI-HC Schweiz (Resident Assessment Instrument – Home-Care) und beim behandelnden Arzt des Beschwerdeführers das vollständige Patientendossier inkl. Krankengeschichte. Die entsprechenden Unterlagen gingen am 3. (Krankengeschichte [act. III]) bzw. am 16. Februar 2017 (RAI-HC Schweiz [act. IIB]) beim Verwaltungsgericht ein.

Von der mit prozessleitender Verfügung vom 20. Februar 2017 eingeräumten Möglichkeit zur Einreichung von Schlussbemerkungen machte der Beschwerdeführer mit Eingabe vom 6. März 2017 Gebrauch. Die Beschwerdegegnerin liess sich nicht mehr vernehmen.

### **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. Der Beschwerdeführer ist im vorinstanzlichen Verfahren mit seinen Anträgen nicht durchgedrungen, durch den angefochtenen Entscheid berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an dessen Aufhebung, weshalb er zur Beschwerde befugt ist (Art. 59 ATSG). Die Beschwerdegegnerin hat in den Raum gestellt (Beschwerdeantwort S. 1 Ziff. II), das Gericht könne mangels Streitwert nicht auf die Beschwerde eintreten. Dem kann nicht gefolgt werden. Der von ihr erwähnte Tarifschutz gemäss Art. 44 des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG; SR 832.10) schützt den Beschwerdeführer innerhalb ihm zugespochener

Leistungen. Vorliegend geht es hingegen um die Frage, ob die Beschwerdegegnerin zu Recht die (unter den Tarifschutz fallenden) Leistungen beschränkt hat. Damit hat der Beschwerdeführer ohne weiteres ein rechtlich geschütztes Interesse an seiner Beschwerde, würde mit einer Gutheissung doch die Beschwerdegegnerin unmittelbar verurteilt, die entsprechenden – allenfalls auf privatrechtlicher Basis bezogenen (vgl. Art. 44 Abs. 2 KVG) – Leistungen zu bezahlen. 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 grundsätzlich – siehe jedoch sogleich E. 1.2 – einzutreten.

**1.2** Angefochten ist der Einspracheentscheid vom 9. September 2016 (act. II 1). Streitig und zu prüfen ist die Höhe der Übernahme von Spitex-Leistungen für den Zeitraum vom 10. Februar bis zum 9. August 2016. Zur nachfolgenden Zeitperiode hat sich die Beschwerdegegnerin im angefochtenen Entscheid nicht geäußert bzw. hat sie darüber offenbar noch nicht verfügt (Beschwerde S. 4 Ziff. 2). Entsprechend können die mit Bedarfsmeldeformular vom 1. August 2016 (act. II 3.3) beantragten Leistungen ab dem 10. August 2016 nicht Gegenstand des vorliegenden Verfahrens bilden und ist auf die Beschwerde insoweit nicht einzutreten.

**1.3** Mit Bedarfsmeldeformular vom 21. Februar 2016 (act. II 3.2) wurde um Kostengutsprache für Pflegeleistungen von total 89h 31min pro Quartal ersucht. Damit erreicht der Streitwert Fr. 20'000.-- offensichtlich nicht: Bereits der Wert der insgesamt beantragten Leistungen von 89h 31min pro Quartal bzw. 179h 2min für den gesamten verfügbaren Zeitraum liegt unter Berücksichtigung des höchsten – nicht für alle Leistungen zutreffenden – Beitrags von Fr. 79.80 pro Stunde gemäss Art. 7a Abs. 1 lit. a der Verordnung vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Krankenpflege-Leistungsverordnung KLV; SR 832.112.31) unter Fr. 20'000.--. Die Beurteilung der Beschwerde fällt damit in die einzelrichterliche Zuständigkeit (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 KVG 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 über die Krankenversicherung vom 27. Juni 1995 (KVV; SR 832.102) hat das Eidgenössische Departement des Innern in Art. 7 KLV festgelegt, für welche Untersuchungen, Behandlungen und Pflegemassnahmen, die aufgrund einer Bedarfsabklärung von Pflegefachleuten, Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause oder von Pflegeheimen auf ärztliche Anordnung hin oder im ärztlichen Auftrag ambulant oder im Pflegeheim erbracht werden, die obligatorische Krankenpflegeversicherung Beiträge zu leisten hat. 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 Mitwir-

kenden 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 unter anderem:

[...]

7. Verabreichung von Medikamenten sowie die Dokumentation der damit verbundenen Tätigkeiten,

[...]

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 Anforderung nicht oder nur ungenügend nachgekommen, ist er befugt, die Leistungspflicht für die beantragten Massnahmen abzulehnen (BGE 131 V 178 E. 2.4 S. 188).

**2.4** Welche Massnahmen in zeitlicher Hinsicht wie auch in Bezug auf Form und Inhalt angebracht sind, steht im pflichtgemässen Ermessen der Leitung der leistungserbringenden Spitex-Organisation 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. Soweit der RAI-HC-Katalog, 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 mitberück-

sichtigen (vgl. Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 20. Juni 2013, 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. des Leistungsbeziehers 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).

Dem Bedarfsmeldeformular (act. II 3.2) lag das Leistungsplanblatt gemäss RAI-HC Schweiz vom 21. Februar 2016 (act. II 3.2) bei. Zudem liegen die Pflegeplanung mit Einträgen bis zum 20. August 2016 (act. II 3.5) sowie die Pflegedokumentation (Pflege- und Betreuungsbericht [act. II 3.4]) der Spitex betreffend den Zeitraum vom 17. Januar bis 13. September 2016 vor. Das Gericht hat zudem die Krankenakten des Beschwerdeführers beim Hausarzt erhoben.

**3.2** Die Beschwerdegegnerin hat für Massnahmen der Abklärung und Beratung (Art. 7 Abs. 2 lit. a KLV) 2h 30min pro Quartal zugesprochen (act. II 1.4 S. 2 Ziff. III), während der Beschwerdeführer hierfür die Kostengutsprache im Rahmen von 5h 31min pro Quartal beantragt (Beschwerde S. 3 Ziff. 1/2; act. II 3.2). Im Einzelnen stellt sich die Ausgangslage innerhalb des Leistungskomplexes wie folgt dar:

	Beschwerdeführer	Beschwerdegegnerin
Reassessment	60 (einmalig pro Quartal)	60 (einmalig pro Quartal)
Pflegeplanung erstmalig im Rahmen der Bedarfsabklärung	30 (einmalig pro Quartal)	0
Dienstleistungsbedarf Pflege bestimmen im Rahmen der Bedarfsabklärung (Leistungskata-	15 (einmalig pro Quartal)	15 (einmalig pro Quartal)

log)		
Konsultation Arzt – Spi- tex zur Bedarfsklärung	11 (monatlich)	11 (monatlich)
Pflegeanleitung/Beratung Klient oder Angehörige	15 (wöchentlich)	15 (monatlich)

**3.2.1** Gemäss RAI-HC Nr. 10902 sind für ein Reassessment 60min vorgesehen. Diese können allein einmal pro Quartal berücksichtigt werden, was letztlich zwischen den Parteien denn auch unbestritten ist.

**3.2.2** Wenn die Beschwerdegegnerin hinsichtlich der sich auf der Basis des Assessments bzw. des Reassessments zu erstellenden Pflegeplanung ausführt, die "Pflegeplanung erstmalig" (RAI-HC Nr. 10904) von 30min könne – da es sich um eine Fortsetzungsanordnung handle – nicht mehr berücksichtigt werden (act. II 1 S. 2 Ziff. 2), so ist ihr zu folgen. Ergibt ein Reassessment einen unveränderten Zustand, so muss spätestens im Rahmen der (zusätzlich entschädigten) einmaligen Erhebung des Dienstleistungsbedarfs, welcher unbestrittenermassen mit 15min abgegolten wird, erkannt werden, dass eine neue Pflegeplanung gar nicht nötig ist. Die entsprechende Position Nr. 10906 im RAI-HC beinhaltet denn auch explizit die "Evaluation und Anpassung der fortlaufenden Pflegeplanung". In diesem Sinne ist es nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin den Bedarf für eine (neue) Pflegeplanung verneint hat. Der diesbezügliche Einwand des Beschwerdeführers, die von der Beschwerdegegnerin in der Einsprache erwähnte Position "Pflegebedarf evaluieren" existiere nicht (Beschwerde S. 6 Ziff. 7), bezieht sich offenbar auf eine veraltete Version des RAI-HC-Leistungskatalogs (November 2009/1 [act. IA 3] statt November 2009/3 [act. IIB Anhang F]) und zielt damit ins Leere.

**3.2.3** Unbestritten ist der Aufwand für die Konsultation des Arztes von monatlich 11min, was denn auch den Vorgaben des RAI-HC in zeitlicher Hinsicht entspricht (Nr. 10907).

**3.2.4** Umstritten ist hingegen die Position "Pflegeanleitung/Beratung Klient oder Angehöriger" (RAI-HC Nr. 10909). Während der Beschwerdeführer wöchentlich 15min beantragt, bewilligte die Beschwerdegegnerin monatlich 15min. Dass die Beschwerdegegnerin hinsichtlich dieser Position

nicht einen wöchentlichen, sondern allein einen monatlichen Aufwand von 15min anerkannt hat, überzeugt. Wenn letztlich im vorliegenden Verfahren der Beschwerdeführer selbst von relativ stabilen Verhältnissen spricht (Replik S. 3 Ziff. 4), was die Dokumentation (auch des behandelnden Arztes [act. III]) durchaus bestätigt, so unterstreicht dies die Korrektheit der Festlegung der Beschwerdegegnerin. Insoweit hat der Beschwerdeführer denn auch nicht dargelegt, dass effektiv (in der Periode vorher wie dann auch in der hier strittigen Periode) solche Leistungen zu erbringen gewesen wären. Solche sind in der Pflegedokumentation (act. II 3.4) auch nicht ausgewiesen bzw. in der Pflegeplanung (act. II 3.5) nicht vorgesehen, worauf die Beschwerdegegnerin im Einspracheentscheid zu Recht hingewiesen hat (act. II 1 S. 2 Ziff. 2). Die im Pflege- und Betreuungsbericht (act. II 3.4) dokumentierte Beratung war jeweils situativ auf die konkreten Behandlungen bezogen und in den Leistungen nach Art. 7 Abs. 2 lit. b KLV enthalten. Ob die Beschwerdegegnerin diesbezüglich hinreichende Leistungen zugesprochen hat, wird bei der Prüfung des entsprechenden Komplexes zu klären sein (vgl. E. 3.3 hiernach). Insofern ist die Kostengutsprache die Position Nr. 10909 des RAI-HC betreffend von monatlich 15min durch die Beschwerdegegnerin sicherlich nicht zu Ungunsten des Beschwerdeführers ausgefallen.

**3.3** Für Massnahmen der Untersuchung und der Behandlung (Art. 7 Abs. 2 lit. b KLV) hat die Beschwerdegegnerin mit der Kostengutsprache vom 30. März 2016 12h 15min pro Quartal zugesprochen (act. II 1.2) bzw. in der Verfügung vom 10. Mai 2016 noch 60min wöchentlich zusätzlich unter dem Titel "Pflegerische Massnahmen zur Umsetzung der ärztlichen Therapie im Alltag, wie Einüben von Bewältigungsstrategien und Anleitung im Umgang mit Aggression, Angst, Wahnvorstellungen" (Art. 7 Abs. 2 lit. b Ziff. 13 KLV) anerkannt (act. II 1.4). Der Beschwerdeführer verlangt hingegen insgesamt die Zusprache von 55h 43min (act. II 3.2). Im Einzelnen sieht dies wie folgt aus:

	Beschwerdeführer	Beschwerdegegnerin
Anleitung im Umgang mit Aggression, Angst und Wahnvorstellungen (nur bei Bedarf)	60 (wöchentlich)	60 (wöchentlich)

Unterstützung zur Vermeidung von akuter Selbst- oder Fremdgefährdung (nur bei Bedarf)	60 (wöchentlich)	0
Medikamente richten	30 (wöchentlich)	10 (wöchentlich)
Medikamente verabreichen	15 (täglich) = 105 (wöchentlich)	6 (täglich) = 42 (wöchentlich)
Gewichtskontrolle	5 (wöchentlich)	5 (wöchentlich)

**3.3.1** Die von der Beschwerdegegnerin erteilte Kostengutsprache hinsichtlich der Medikamente entspricht den im RAI-HC vorgegebenen Richtwerten von 10min für das Richten der Medikamente (Nr. 10601) und 6min für deren Verabreichung (Nr. 10602). Sie hat überzeugend dargelegt, weshalb ein Abweichen von den entsprechenden Werten um den Faktor 3 bzw. 2.5 nicht geboten ist:

Bezüglich des *Richtens der Medikamente* vermag der Umstand, dass diese nicht in einem Wochendosett gerichtet, sondern für jeden Tag ein separates Dosett vorbereitet wird (Replik S. 7 Ziff. 14), eine Überschreitung des Richtwertes nicht zu rechtfertigen. Wie die Beschwerdegegnerin zu Recht ausführt, sieht Position Nr. 10601 des RAI-HC u.a. die Leistung "Medikamente in der geeigneten Form für den täglichen oder wöchentlichen Bedarf gemäss Arztverordnung bereit machen" vor, womit die von der Spitex erbrachte (tägliche) Leistung abgedeckt ist. Auch wenn Tagesdosetten verwendet werden, so verhindert dies ein effizientes (wöchentlich einmaliges) Richten nicht. Ebenfalls korrekt ist der Hinweis der Beschwerdegegnerin, wonach weder von einer Häufigkeit der Verordnungsänderungen noch von einer überdurchschnittlichen Anzahl der Medikamente auszugehen ist (Beschwerdeantwort S. 4 Ziff. 4.2; act. II 4).

Was die *Verabreichung der Medikamente* betrifft, begründet der Beschwerdeführer den erhöhten Zeitbedarf von 15min täglich einerseits mit der Missbrauchsgefahr, was eine engmaschige Kontrolle mittels Verabreichung per Tagesdosett erforderlich mache und andererseits mit der grossen Anzahl von einzunehmenden Medikamenten (Replik S. 6 Ziff. 13). Der Missbrauchsgefahr hinsichtlich der Einnahme von Temesta wird – gemäss Einschätzung des Vertrauensarztes Dr. med. C. \_\_\_\_\_ (act. IIA 2) durchaus

adäquat – mit der täglichen Abgabe der vorgesehenen Tagesdosis reagiert. Woraus sich hieraus bezüglich der Verabreichung der Medikamente ein Mehraufwand ergibt, ist nicht ersichtlich. Ob die Medikamente zur Verabreichung einem Tages- oder einem Wochendosett entnommen werden, kann in zeitlicher Hinsicht keine Rolle spielen. Wie sich aus den Akten ergibt und bereits dargelegt wurde, ist zudem nicht von einer überdurchschnittlich hohen Anzahl von Medikamenten auszugehen.

**3.3.2** Mit Blick auf die medizinischen Akten (act. III) und die Medikation (act. II 4) ist auf das Vorliegen einer psychiatrischen Problematik zu schliessen. Im vorliegenden Verfahren ist nicht dazu Stellung zu nehmen, ob bzw. wie lange die vom Hausarzt verschriebene diesbezügliche Medikation medizinisch noch indiziert ist. Immerhin meldet der Vertrauensarzt Dr. med. C. \_\_\_\_\_ hier Zweifel an (act. IIA 2) und hat das Spital Tiefenau im Bericht vom 19. August 2016 ein komplettes Ausschleichen des Temestas zufolge des erhöhten Abhängigkeitspotentials und des erhöhten Sturzrisikos empfohlen (act. III, unpaginiert). Gemäss Krankengeschichte thematisiert im Übrigen auch der Hausarzt diesen Konsum bei Hausbesuchen. Was die Darstellung in der Replik betrifft, der Beschwerdeführer sei im August 2016 wegen Selbstgefährdung stationär in den Psychiatrischen Dienste D. \_\_\_\_\_ behandelt worden (S. 7 Ziff. 17), so ist diese nicht korrekt. Diese angebliche psychiatrische Behandlung ist bis heute nicht ausgewiesen. Vielmehr liegen Arztberichte vom 19. August und 14. September 2016 zu einer Behandlung aufgrund einer Inguinalhernie im Spital E. \_\_\_\_\_ vor (act. III, unpaginiert). Hingegen waren psychiatrische Konsultationen im Dezember 2013 (Aufenthalt über Festtage) in den Psychiatrischen Dienste D. \_\_\_\_\_ und im Februar 2015 beim Notfallpsychiater erfolgt (act. III, unpaginiert). Die Beschwerdegegnerin hat auf der Basis der Pflegeberichte (anders als noch in der Kostengutsprache [act. II 1.2]) mit der Verfügung vom 10. Mai 2016 (act. II 1.4) Leistungen unter dem Titel "Anleitung im Umgang mit Aggression, Ängsten und Wahnvorstellungen" zugesprochen. Aus der echtzeitlich ausgefüllten Dokumentation ergibt sich, dass derartige Unterstützung geleistet wurde (insb. Expositionsübungen). Nachdem die entsprechende Leistung (Art. 7 Abs. 2 lit. b Ziff. 13 KLV) wie im Gesuch um Kostengutsprache beantragt zugesprochen wurde, können diesbezüglich Weiterungen unterbleiben.

Dass die Beschwerdegegnerin darüber hinaus Leistungen der Psychiatrie-Spitex unter dem Titel "Unterstützung zur Vermeidung von akuter Selbst- oder Fremdgefährdung" (Art. 7 Abs. 2 lit. b Ziff. 14 KLV) verweigert hat, überzeugt. Es sind keine entsprechenden akuten Probleme aktenkundig, die nicht im Rahmen der "Anleitung im Umgang mit Aggression, Ängsten und Wahnvorstellungen" aufgefangen worden wären. Die Tatsache, dass der Beschwerdeführer alleine ist und eine Vereinsamung droht, begründet keinen Anspruch auf Kostengutsprache für diesbezügliche Spitex-Leistungen. Der einmalige Medikamentenmissbrauch im Februar 2016 (Eintrag vom 10. Februar 2016 [act. II 3.4]; Replik S. 7 Ziff. 17) ändert daran nichts. Dieser Gefahr ist nicht im Rahmen einer intensiveren Psychiatrie-Spitex, sondern mit der konsequent täglichen, d.h. einer beschränkten Medikamentenabgabe zu begegnen. Hierfür hat die Beschwerdegegnerin (wie bereits dargelegt) korrekt Kostengutsprache erteilt. Die Frage nach der Anpassung der Medikation (Ausschleichen von Temesta) hat diesbezüglich ebenfalls keine weitere Relevanz. Damit ist die Einschätzung der Beschwerdegegnerin auch in diesem Bereich nicht zu beanstanden.

**3.4** Für Massnahmen der Grundpflege (Art. 7 Abs. 2 lit. c KLV) hat die Beschwerdegegnerin 25h pro Quartal zugesprochen (act. II 1.2). Der Beschwerdeführer beantragt diesbezüglich Kostengutsprache für 28h 17min (act. II 3.2). Die Differenzen stellen sich wie folgt dar:

	Beschwerdeführer	Beschwerdegegnerin
Erarbeitung und Einüben einer angepassten Tagesstruktur	10 (wöchentlich)	0
Ganzwäsche in Bad, Dusche oder am Lavabo	40 (2 x wöchentlich)	40 (2 x wöchentlich)
Rasur (in Kombination mit Ganz- oder Teilwäsche)	10 (2 x wöchentlich)	10 (2 x wöchentlich)
Haare waschen	15 (wöchentlich)	10 (wöchentlich)
Nägel schneiden Finger	15 (2 x monatlich)	15 (2 x monatlich)

**3.4.1** Hinsichtlich der Position "Erarbeiten und Einüben einer angepassten Tagesstruktur" hat die Beschwerdegegnerin ausgeführt, dass eigentliche Pflegeziele nicht formuliert wurden (act. II 1 S. 3 Ziff. 4). War zunächst

– worauf die Beschwerdegegnerin zu Recht hinweist (Beschwerdeantwort S. 7 Ziff. 5.3) – anlässlich des Einspracheverfahrens noch geltend gemacht worden, diese Position betreffend würden die Alltagsstrukturen "Einkäufe erledigen, Rechnungen bezahlen oder Post holen" gezielt wieder aufgebaut und eingeübt (act. II 1.5 S. 7 Ziff. 2.4), wurde in der Beschwerde nun geltend gemacht, es gehe um die Unterstützung bei der Nahrungsaufnahme. Im Vorfeld habe die Beschwerdegegnerin die Übernahme der Kosten für begleitete Einkäufe abgelehnt. Weil der Beschwerdeführer kontinuierlich abnehme, sei es wichtig, dass er bei der Nahrungsaufnahme unterstützt werde (S. 10 Ziff. 17). Damit hat (weit nach Ablauf der massgeblichen Periode) eine Änderung in der Begründung stattgefunden. Gerade dies ist jedoch nicht möglich, ist doch die Kostengutsprache prognostisch zu erteilen. Bei veränderten Verhältnissen müsste eine neue Kostengutsprache eingeholt werden. Vorliegend bestehen jedoch auch keine Anzeichen dafür, dass sich die Sachlage wesentlich verändert hätte und der offensichtlich nach wie vor durchaus selbstständige Beschwerdeführer bei der Nahrungsaufnahme der Hilfe bedürfte. In der Replik wird nun diesbezüglich gar eine weitere Variante der Erklärung in den Raum gestellt, wonach mit dem Kunden mit dem Pflegeziel der Normalisierung des Kontaktes zur Aussenwelt geplant sei, die Tagesstruktur zu besprechen, Beschäftigungs- und Entspannungstechniken auszuarbeiten und in den Tagesablauf zu integrieren. Der Kunde werde ermutigt, seine Ressourcen zu nutzen, täglich nach draussen zu gehen, einzukaufen, spazieren zu gehen, den Nachbarn zu besuchen etc. (S. 8 Ziff. 8). Bei allem Verständnis dafür, dass die Spitex eine grösstmögliche Bedürfnisabdeckung erreichen möchte, überzeugt die vorgetragene Begründung in keiner Weise. Abgesehen davon, dass die Begründung nun zum dritten Mal und offensichtlich aus versicherungsrechtlichen Überlegungen angepasst wurde, ist zudem gerade die letzte oberflächlich und ohne Beleg für entsprechende Defizite, womit eine Leistungsverweigerung nicht zu beanstanden ist. Dabei haben der Beschwerdeführer wie die Leistungserbringerin zur Kenntnis zu nehmen, dass die vom Kollektiv der Krankenpflegeversicherten in Solidarität finanzierten Spitex-Leistungen nicht seine ideale, sondern allein die gebotene Versorgung sicherstellen können und müssen (vgl. Art. 32 Abs. 1 KVG).

**3.4.2** Der Beschwerdeführer scheint nunmehr die von der Bedarfsmeldung abweichende Kostengutsprache bezüglich der Position "Haare waschen" (10min anstatt der beantragten 15min) zu akzeptieren (Replik S. 8 Ziff. 19). Dies mit Blick darauf, dass die Haarwäsche gleichzeitig mit der Ganzwäsche vorgenommen wird und sich dadurch zum Teil deckungsgleiche Teilleistungen ergeben. Wenn der Beschwerdeführer jedoch ausführt, es sei nicht Aufgabe der Beschwerdegegnerin, der Leistungserbringerin vorzuschreiben, wie und wann sie die Leistungen zu erbringen hat, verkennt er, dass es die Leistungserbringerin selbst war, die in der Pflegeplanung vorgesehen hat, die Haarwäsche zusammen mit der Ganzwäsche vorzunehmen (act. II 3.5).

**3.5** Nach dem Gesagten sind die beschwerdeweise vorgebrachten Rügen unbegründet. Der Einspracheentscheid vom 9. September 2016 (act. II 1) ist nicht zu beanstanden und die dagegen erhobene Beschwerde ist abzuweisen, soweit darauf einzutreten ist.

#### **4.**

**4.1** In Anwendung von Art. 1 Abs.1 KVG i.V.m. Art. 61 lit. a ATSG werden keine Verfahrenskosten erhoben.

**4.2** Bei diesem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung (Umkehrschluss aus Art. 1 Abs. 1 KVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG).

#### **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 B. \_\_\_\_\_ z.H. des Beschwerdeführers
- Atupri Krankenkasse, Leistungsmanagement
- 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.