

200 18 508 KV
LOU/PES/LAB

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil des Einzelrichters vom 30. Januar 2020

Verwaltungsrichter Loosli
Gerichtsschreiber Peter

A. _____,
B. _____,
C. _____,
alle vertreten durch Rechtsanwalt D. _____
Beschwerdeführer

gegen

Atupri Gesundheitsversicherung
Zieglerstrasse 29, 3000 Bern 65
Beschwerdegegnerin

Spitex E. _____
Beigeladene

in Sachen
F. _____ **sel.**

betreffend Einspracheentscheid vom 7. Juni 2018



Sachverhalt:

A.

Der 1933 geborene F. _____ sel. (nachfolgend Versicherter) war bei der Atupri Gesundheitsversicherung (nachfolgend Atupri bzw. Beschwerdegegnerin) obligatorisch krankpflegeversichert. Er wurde wegen Krankheit durch die Spitex E. _____ (nachfolgend Spitex bzw. Beigeladene) unterstützt. Letztere ersuchte mit Bedarfsmeldeformular vom 10. Juli 2017 um Kostengutsprache für Pflegeleistungen von total 158 h 48 min pro Quartal für den Zeitraum von 5. Juli 2017 bis 4. Januar 2018 (Akten der Atupri [act. II] 4). Mit an die Spitex adressierter Kostengutsprache vom 15. September 2017 sprach die Atupri für den Zeitraum von 27. Juli 2017 bis 26. Januar 2018 für Abklärung und Beratung 1 h, für Behandlungspflege 9 h und für die Grundpflege 60 h pro Quartal zu (act. II 1.1). Nach einer Überprüfung der Pflegesituation durch den vertrauensärztlichen Dienst der Atupri mit Hausbesuch vom 31. Oktober 2017 (vgl. AB 3) revidierte diese die Kostengutsprache vom 15. September 2017 mit neuer Kostengutsprache vom 18. Dezember 2017 und sprach für den Zeitraum von 5. Juli 2017 bis 4. Januar 2018 für Abklärung und Beratung neu 1.5 h, für Behandlungspflege 24 h und für die Grundpflege 29.25 h pro Quartal zu (act. II 1.3). Die gleiche Kostengutsprache erteilte sie am 12. Januar 2018 für den Zeitraum von 5. Januar bis 4. Juli 2018 (act. II 1.4), für welchen die Spitex mit Bedarfsmeldeformular vom 4. Januar 2018 (act. II 5) Kostengutsprache für Pflegeleistungen von total 142 h 21 min pro Quartal beantragt hatte.

Dem Ersuchen des Versicherten um eine anfechtbare Verfügung in Bezug auf beide Zeitperioden (act. II 1.5) kam die Atupri am 21. Februar 2018 nach (act. II 1.6). Die gegen diese Verfügung erhobene Einsprache des Versicherten (act. II 1.7) wies sie mit Einspracheentscheid vom 7. Juni 2018 (act. II 1) ab.

B.

Gegen diesen Einspracheentscheid erhob der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt D. _____, am 5. Juli 2018 Beschwerde mit dem Rechtsbegehren, der angefochtene Entscheid sei aufzuheben und es sei ihm Kostengutsprache für die Spitexperioden von 5. Juli 2017 bis 4. Januar 2018 und 5. Januar bis 4. Juli 2018 gemäss den Bedarfsmeldeformularen für Spitexleistungen zu gewähren – unter Kostenfolge.

Mit Beschwerdeantwort vom 7. August 2018 beantragt die Beschwerdegegnerin, die Beschwerde sei vollumfänglich abzuweisen.

Mit prozessleitender Verfügung vom 5. Juli 2019 wurde die Spitex E. _____ zum Verfahren beigelegt und ersucht mitzuteilen, ob und in welchem Umfang ihr die durch sie für den Versicherten erbrachten Leistungen durch die Beschwerdegegnerin direkt entschädigt worden seien oder noch offene Entschädigungsforderungen bestünden. Dabei habe sie die in Rechnung gestellten Leistungen und die von der Beschwerdegegnerin erbrachten Entschädigungen mit geeigneten Unterlagen zu belegen.

Hierauf reichte die Beigeladene eine Liste „offene Posten Debitoren“ (act. III 1) zu den Akten. Insgesamt seien von ihr für den Versicherten erbrachte Leistungen im Umfang von Fr. 16'047.30 von der Beschwerdegegnerin unentschädigt geblieben. Belege zu den in Rechnung gestellten Leistungen wurden nicht eingereicht. Die Beigeladene wurde deshalb mit prozessleitender Verfügung vom 28. August 2019 ersucht, Belege zu den in der hier fraglichen Zeit vom 5. Juli 2017 bis zum 4. Juli 2018 in Rechnung gestellten Leistungen nachzureichen und Stellung zu nehmen zu allfälligen von ihrer Forderung abweichenden Entschädigungszahlungen der Beschwerdegegnerin.

Am 15. Oktober 2019 ging dem Gericht eine Stellungnahme der Beigeladenen inkl. diverser Beilagen zu. Die Parteien erhielten hierauf Gelegenheit, in Kenntnis dieser Eingabe samt Beilagen Schlussbemerkungen einzureichen.

Im Rahmen der Schlussbemerkungen vom 29. Oktober resp. 25. November 2019 hielten die Parteien an ihren Anträgen fest.

Nachdem der Versicherte gemäss den Schlussbemerkungen der Beschwerdegegnerin am 12. Oktober 2018 verstorben war, wurde dessen Rechtsvertreter ersucht mitzuteilen, ob und wenn ja, wann genau der Versicherte verstorben ist (und dies gegebenenfalls mit geeigneten Urkunden zu belegen) sowie diesfalls bekannt zu geben und zu belegen, wer die Erben sind und ob diese bei Annahme der Erbschaft das Verfahren weiterführen wollen.

Mit Eingabe vom 3. Dezember 2019 bestätigte Rechtsanwalt D. _____, dass der Versicherte am 12. Oktober 2018 verstorben ist. Dessen drei Söhne seien die Erben. Diese hätten den Nachlass angenommen und wollten das Verfahren weiterführen.

Nach Feststellung des Gerichts, dass der Versicherte am 12. Oktober 2018 verstorben ist und als anerkannte gesetzliche Erben A. _____, B. _____ und C. _____ hinterliess, welche das vorliegende Verfahren fortführen wollen, wurden nach Aufforderung mit prozessleitender Verfügung vom 4. Dezember 2019 deren Vollmachten eingereicht. Sodann wurde das Beweisverfahren geschlossen.

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 Versicherte war im vorinstanzlichen Verfahren mit seinen Anträgen nicht durchgedrungen. Mit dem Erwerb der Erbschaft durch die gesetzli-

chen Erben sind diese nunmehr an die Stelle des am 12. Oktober 2018 verstorbenen Versicherten getreten (Art. 560 Abs. 1 und 2 des Schweizerischen Zivilgesetzbuches [ZGB; SR 210]; vgl. BGE 136 V 7 E. 2.1.2 S. 10; act. I 13 ff.) und demzufolge durch den angefochtenen Entscheid berührt. Da seitens der Spitex nach erfolgter direkter Entschädigung durch die Beschwerdegegnerin im Rahmen des Zahlungssystems des tiers payant noch ungedeckte Kosten für erbrachte Leistungen im Umfang von Fr. 16'047.30 bestehen (act. III 1) – wovon der grösste Teil auf den vorliegend zu beurteilenden Zeitraum entfällt (vgl. act. IIIA 1) – haben die Beschwerdeführer ohne weiteres ein schutzwürdiges Interesse an einer Aufhebung oder Änderung des angefochtenen Entscheids, würde mit einer Gutheissung der Beschwerde die Beschwerdegegnerin doch unmittelbar verurteilt, die entsprechenden Leistungen zu bezahlen, womit die Beschwerdeführer keine allfällige Nachforderung der Spitex mehr zu gewärtigen hätten. Die Beschwerdeführer sind somit zur Beschwerde berechtigt (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 in Verbindung mit Art. 32 des kantonalen Gesetzes vom 23. Mai 1989 über die Verwaltungsrechtspflege [VRPG; BSG 155.21]) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde einzutreten.

1.2 Angefochten ist der Einspracheentscheid der Beschwerdegegnerin vom 7. Juni 2018 (act. II 1). Streitig und zu prüfen ist der Umfang des Anspruchs des Versicherten auf Spitexleistungen für die Zeit von 5. Juli 2017 bis 4. Juli 2018. Bei von der Beschwerdegegnerin ungedeckt gebliebenen Spitexkosten von total Fr. 16'047.30 (act. III 1) liegt der Streitwert bezogen auf den vorliegend relevanten Zeitraum (5. Juli 2017 bis 4. Juli 2018) klareweise unter Fr. 20'000.-- (vgl. act. IIIA 1), weshalb die Beurteilung der Beschwerde in die einzelrichterliche Zuständigkeit fällt (Art. 57 Abs. 1 GSOG).

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

2.

2.1 Die obligatorische Krankenpflegeversicherung übernimmt die Kosten für die Leistungen, die der Diagnose oder Behandlung einer Krankheit und ihrer Folgen dienen (Art. 25 Abs. 1 des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung [KVG; SR 832.10]). Die Leistungen nach den Art. 25 – 31 KVG müssen wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sein (Art. 32 Abs. 1 Satz 1 KVG; BGE 145 V 116 E. 3.2 S. 119). Laut Art. 25a Abs. 1 KVG leistet die obligatorische Krankenpflegeversicherung 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. Der Bundesrat bezeichnet die Pflegeleistungen und regelt das Verfahren der Bedarfsermittlung (Art. 25a Abs. 3 KVG). Der Bundesrat setzt die Beiträge differenziert nach dem Pflegebedarf in Franken fest. Massgebend ist der Aufwand nach Pflegebedarf für Pflegeleistungen, die in der notwendigen Qualität, effizient und kostengünstig erbracht werden (Art. 25a Abs. 4 Satz 1 und 2 KVG).

2.2 Der entsprechende Leistungsbereich wird – gestützt auf Art. 33 lit. b, h und i der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV, SR 832.102) – in Art. 7 ff. der Verordnung des Eidgenössischen Departements des Innern (EDI) vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV; SR 832.112.31) näher umschrieben. Gemäss Art. 7 Abs. 1 KLV übernimmt die obligatorische Krankenpflegeversicherung Untersuchungen, Behandlungen und Pflegemassnahmen, die aufgrund der Bedarfsabklärung nach Art. 7 Abs. 2 lit. a KLV und nach Art. 8 KLV auf ärztliche Anordnung hin oder im ärztlichen Auftrag von Pflegefachfrauen und Pflegefachmännern (Art. 49 KVV), von Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause (Art. 51 KVV) oder von Pflegeheimen (Art. 39 Abs. 3 KVG) erbracht werden. Gemäss Art. 7 Abs. 2 KLV umfassen die Leistungen im Sinne von Abs. 1 der Bestimmung 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 Ermittlung des Pflegebedarfs und des Umfelds des Patienten

sowie die Planung der notwendigen Massnahmen. 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 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. 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 Tätigkeiten nicht selber ausführen können, wie Beine einbinden, Kompressionsstrümpfe anlegen;

Betten, Lagern; Bewegungsübungen, Mobilisieren; Dekubitusprophylaxe, Massnahmen zur Verhütung oder 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; BGE 131 V 178 E. 2.4 S. 188).

Grundlage des Entschädigungsanspruchs für Leistungen von Pflegefachfrauen und -männern oder der Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause bildet der ärztliche Auftrag oder die ärztliche Anordnung für die erforderlichen Massnahmen, welche aufgrund der Bedarfsabklärung und der gemeinsamen Planung näher zu umschreiben sind (Art. 8 Abs. 1 KLV in der vorliegend anwendbaren, bis 31. Dezember 2019 in Kraft gewesenen Fassung). Die Bedarfsabklärung umfasst die Beurteilung der Gesamtsituation des Patienten oder der Patientin sowie die Abklärung des Umfelds und des individuellen Pflege- und Hilfebedarfs (Art. 8 Abs. 2 KLV in der vorliegend anwendbaren, bis 31. Dezember 2019 in Kraft gewesenen Fassung). Sie erfolgt aufgrund einheitlicher Kriterien. Das Ergebnis wird auf einem von den Tarifpartnern geschaffenen einheitlichen Formular festgehalten, worin insbesondere der voraussichtliche Zeitbedarf anzugeben ist (Art. 8 Abs. 3 KLV in der vorliegend anwendbaren, bis 31. Dezember 2019 in Kraft gewesenen Fassung). Der Krankenversicherer kann verlangen, dass ihm die relevanten Elemente der Bedarfsabklärung mitgeteilt werden (Art. 8 Abs. 5 KLV in der vorliegend anwendbaren, bis 31. Dezember 2019 in Kraft gewesenen Fassung). Erforderlichenfalls ist ihm zuhanden des Vertrauensarztes (Art. 57 KVG) eine umfassende Dokumentation der erbrachten Leistungen (Pflegedokumentation) einzureichen. Es können nur Leistungen vergütet werden, die klar ausgewiesen und effektiv durchgeführt worden

sind (vgl. BGE 131 V 178 E. 2.4 S. 188 und E. 3.3 S. 190; Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 6. Dezember 2018, 9C_912/2017, E. 2.3.1).

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 der für die Anordnung der Leistungen zuständigen Arztperson. 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 bei der Leistungen anordnenden Arztperson um den Hausarzt oder die Hausärztin handelt, der oder die jederzeit über den Gesundheitszustand der versicherten Person 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 (Entscheide des BGer vom 6. Dezember 2018, 9C_912/2017, E. 4.3, vom 16. Oktober 2018, 9C_1/2018, E. 4.2.2.2, vom 20. Juni 2013, 9C_528/2012, E. 4). 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 mitberücksichtigen (BGer 9C_528/2012, E. 4).

3.

3.1 Die Beigeladene 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 der verstorbene Versicherte mit Jahrgang 1933 im vorliegend relevanten Zeitraum an zahlreichen Erkrankungen gelitten hat, vorab an Multiplem Myelom, Lungenproblemen (COPD, Pneumonien u.a.), Diabetes mellitus Typ 2, Gicht, Herz- und Niereninsuffizienz u.a.m. (vgl. act. I 6 und act. I 11). Es lag somit ein Gesund-

heitsschaden mit Krankheitswert vor, welcher grundsätzlich Anspruch auf Leistungen nach Art. 7 KLV zu begründen vermag. Einigkeit besteht sodann für den vorliegend relevanten Zeitraum über die Zweckmässigkeit der Pflege zu Hause. Uneinigkeit besteht hingegen hinsichtlich des Umfangs des Anspruchs auf Spitexleistungen resp. ob die Beschwerdegegnerin den mit den Bedarfsmeldeformularen für die Zeit vom 5. Juli 2017 bis 4. Juli 2018 geltend gemachten Anspruch (vgl. act. II 4 und act. II 5) zu Recht gekürzt hat (vgl. act. II 1).

3.2 Für Massnahmen der Abklärung, Beratung und Koordination (vgl. E. 2.2.1 hiervor) wird in den Bedarfsmeldeformularen für die Periode vom 5. Juli 2017 bis 4. Januar 2018 (nachfolgend Periode 1) ein Zeitbedarf von 7 h 5 min (act. II 4) und für die Periode vom 5. Januar bis 4. Juli 2018 (nachfolgend Periode 2) ein solcher von 7 h 9 min (act. II 5) pro Monat geltend gemacht. Die Beschwerdegegnerin anerkennt die drei Leistungspositionen Nr. 10907, 10912 und 10909 (vgl. dazu RAI-Home-Care Handbuch Schweiz; AB 7), jedoch nur im Rahmen der RAI-Home-Care Richtzeiten einmal monatlich statt wie beantragt einmal pro Woche (vgl. act. II 1 S. 3 Ziff. 8). Entgegen ihrer Darstellung und derjenigen im sehr knapp gehaltenen Bericht des Vertrauensarztes (act. II 3) ist aber der geltend gemachte Aufwand für Konsultationen Arzt – Spitex (Nr. 10907) dokumentiert, indem regelmässig telefonisch mit den behandelnden Ärzten koordiniert wurde (vgl. act. IIIA 6, Einträge vom 6., 20., 25. (2x), 27. Juli, 23., 27., 28., 31. August 2017 usw.). Mit Blick auf den unbestritten stetig schlechteren Gesundheitszustand des mittlerweile verstorbenen Versicherten, der palliativ betreut wurde, ist damit überwiegend wahrscheinlich ausgewiesen, dass die Konsultation und Koordination im geltend gemachten Umfang wöchentlich notwendig war, ebenso die Pflegeanleitungen, die auch infolge erheblicher und unbestrittener Ermüdung und komplexer Krankheit bei instabilem Allgemeinzustand (vgl. Diagnosen in act. I 6 und act. I 11 sowie die Eingabe der Beigeladenen vom 14. Oktober 2019) erforderlich und in palliativer Situation ausgewiesen ist (vgl. Bemerkungen in act. II 4 S. 2 und act. II 5 S. 2). Überdies ergaben sich immer wieder Komplikationen mit vorübergehenden Hospitalisationen, was einen über den Richtlinien gemäss RAI-HC-Katalog liegenden Koordinationsbedarf begründet (vgl. act. I 9). Insofern erscheint der von der Beschwerdegegnerin herangezogene Ansatz von

1.5 Stunden an sich korrekt, jedoch wöchentlich und nicht monatlich, insgesamt also ein zeitlicher Aufwand von 6 Stunden pro Monat für beide Perioden. Der Einspracheentscheid ist entsprechend zu korrigieren.

3.3 Hinsichtlich Massnahmen der Untersuchung und Behandlung (vgl. E. 2.2.2 hiervor) decken sich die Anpassungen der Beschwerdegegnerin für das Richten der Medikamente und deren Abgabe (vgl. act. II 1 S. 3 f. Ziff. 9) mit den Unterlagen der Beigeladenen (vgl. act. IIA) und den Erkenntnissen aus dem Hausbesuch wie auch mit der Beurteilung durch den Vertrauensarzt (vgl. act. II 3). Sie sind entsprechend zu schützen. Gleiches gilt bezüglich der Nagelpflege.

Die im Einspracheentscheid anerkannten Zeiten für die Messung der Vitalzeichen decken sich – ausser in Bezug auf die Gewichtsmessung und Ödemdokumentation im Sinne von Leistungsposition Nr. 10806 in der Periode 2 – mit den Bedarfsmeldeformularen (vgl. act. II 4 und act. II 5) und sind nicht zu beanstanden. Ein höherer Bedarf wird einzig in Bezug auf die Gewichtsmessung und Ödemdokumentation geltend gemacht. Diesbezüglich liegt eine ärztliche Verordnung vom 18. April 2018 (act. I 5) in den Akten, aus der eine rasant schnelle Wassereinlagerung in den Beinen mit Ödemen und die Notwendigkeit des Erreichens und Haltens eines Zielgewichts von – bei Muskelabbau – neu 77 kg hervorgehen. Mit der Verordnung vom 18. April 2018 ist die gemeldete Notwendigkeit einer dreimaligen Gewichtskontrolle pro Woche für die Periode 2 ohne weiteres ausgewiesen. Hiergegen wird vom Vertrauensarzt nichts eingewendet (vgl. act. II 3). Für die Periode 2 ist somit ein zeitlicher Zuschlag von 10 Minuten pro Woche (2 x 5 Minuten) resp. 40 Minuten pro Monat zusätzlich zu berücksichtigen. Der Einspracheentscheid ist entsprechend zu korrigieren.

Die Leistungsposition Nr. 10617 (Haut einreiben) lehnte die Beschwerdegegnerin mit nachvollziehbarer und den Akten übereinstimmender Begründung ab (vgl. act. II 1 S. 4). Von Seiten der Beschwerdeführenden wird hiergegen nichts vorgebracht. Für diese Leistungsposition liegt keine ärztliche Anordnung vor. Die Ablehnung ist somit zu schützen.

Ebenso zu schützen ist die Leistungsablehnung hinsichtlich der Position Nr. 10701 „Kleiner Verband“. Zwar hat die Beigeladene nachträglich eine

Wunddokumentation zum linken Fuss eingereicht (vgl. act. IIIA 4). Diese beginnt jedoch erst mit dem 8. Juli 2018 und belegt demnach die entsprechende Pflegeindikation erst für die Zeit nach dem hier massgebenden Zeitraum. Sie ist vorliegend somit unbeachtlich. Für den hier relevanten Zeitraum ist keine Wunde dokumentiert und die entsprechende Leistungsposition von der Beschwerdegegnerin somit zu Recht nicht übernommen worden.

Zusammenfassend ist im Vergleich zum Einspracheentscheid für Massnahmen der Untersuchung und Behandlung ein Zuschlag von 40 Minuten pro Monat für die Periode 2 wegen indizierter vermehrter Gewichtskontrolle zu gewähren.

3.4 Gemäss Diagnoseliste (act. I 6) war der Versicherte adipös und laut Bedarfsmeldung stark verlangsamt und schwer zu bewegen resp. zu positionieren (vgl. act. II 4 S. 2 und act. II 5 S. 2). Dies wird vom Hausarzt mit Bericht vom 11. Juli 2018 bestätigt, indem er darin die Mobilität infolge diverser Diagnosen als eingeschränkt bezeichnet (act. I 11). Bei dieser Ausgangslage kann auf die diametral abweichende Darstellung im vertrauensärztlichen Bericht (act. II 3) rechtsprechungsgemäss nicht abgestellt werden (vgl. Entscheide des BGer vom 6. Dezember 2018, 9C_912/2017, E. 4.3, vom 31. Oktober 2012, 9C_365/2012, E. 4.1 sowie Entscheid des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG; heute Bundesgericht] vom 25. Mai 2001, K 161/00, E. 4b). Sodann wurden dem Versicherten Kompressionsstrümpfe resp. -verbände ärztlich verordnet, weshalb die entsprechenden Leistungen von der Beschwerdegegnerin zu übernehmen sind. Die Beinverbände sind vom Hausarzt als sehr aufwendig bezeichnet worden und die Verbandswechsel gut dokumentiert (vgl. act. I 11 sowie act. IIIA 6). Hiergegen erhob der Vertrauensarzt denn auch keine Einwände (seine Kritik am gemeldeten Bedarf für Verbandswechsel bezieht sich allein auf die geltend gemachten Wundverbände im Rahmen der Behandlungspflege; vgl. E. 3.3 hiervor). Hinsichtlich Körperwäsche stimmen die Parteien darin überein, dass es sich nicht um eine Ganzwäsche im Bad, sondern grundsätzlich um Teilwaschungen im Bett handelte (vgl. act. II 4 S. 2 und act. II 5 S. 2 mit act. II 3 S. 2). Diesbezüglich ist jedoch zu beachten, dass beim Versicherten eine palliative Situation mit unbestritten grosser Müdig-

keit, stets wechselnden Verhältnissen und instabilem Allgemeinzustand vorlag (vgl. Eingabe der Beigeladenen vom 14. Oktober 2019 inkl. Beilagen). Vor diesem Hintergrund ist die vom Vertrauensarzt empfohlene Kostenübernahme von 9.75 Stunden pro Monat für die Grundpflege (vgl. act. III 3 S. 2) nicht nachvollziehbar. Abgestellt auf die beiden Bedarfsmeldungen ist die verordnete Grundpflege von 23 h 15 min pro Monat für die Periode 1 (vgl. act. II 4) und von 19 h 12 min pro Monat für die Periode 2 (vgl. act. II 5) durch die Beschwerdegegnerin zu übernehmen.

3.5 Zusammenfassend ist in teilweiser Gutheissung der Beschwerde der angefochtene Einspracheentscheid der Beschwerdegegnerin vom 7. Juni 2018 (act. II 1) dahingehend abzuändern, als für Massnahmen der Abklärung, Beratung und Koordination für die Zeit vom 5. Juli 2017 bis 4. Juli 2018 6 h pro Monat, für Massnahmen der Untersuchung und Behandlung für die Zeit vom 5. Juli 2017 bis 4. Januar 2018 8 h pro Monat und für die Zeit vom 5. Januar bis 4. Juli 2018 8 h 40 min pro Monat sowie für Massnahmen der Grundpflege für die Zeit vom 5. Juli 2017 bis 4. Januar 2018 23 h 15 min pro Monat und für die Zeit vom 5. Januar bis 4. Juli 2018 19 h 12 min pro Monat zu vergüten sind. Soweit weitergehend ist die Beschwerde abzuweisen.

4.

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

4.2 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. 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 das Rechtsbegehren den Prozessaufwand nicht beeinflusst. Eine Reduktion der Parteientschädigung wegen bloss teilweisen Obsiegens ist damit nicht gerechtfertigt. Die von Rechtsanwalt D. _____ eingereichte Kostennote vom 3. Dezember 2019 ist nicht zu beanstanden. Gestützt auf diese Kostennote wird die Parteientschädigung der Beschwerdeführer für das vorliegende Verfahren auf Fr. 2'175.55 (Honorar Fr. 1'915.--, Auslagen Fr. 105.--, MWSt. Fr. 155.55) festgesetzt. Diesen Betrag hat die Beschwerdegegnerin den Beschwerdeführern zu ersetzen.

Demnach entscheidet der Einzelrichter:

1. In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird der angefochtene Einspracheentscheid der Atupri Gesundheitsversicherung vom 7. Juni 2018 dahingehend abgeändert, als für Massnahmen der Abklärung, Beratung und Koordination für die Zeit vom 5. Juli 2017 bis 4. Juli 2018 6 Stunden pro Monat, für Massnahmen der Untersuchung und Behandlung für die Zeit vom 5. Juli 2017 bis 4. Januar 2018 8 Stunden pro Monat und für die Zeit vom 5. Januar bis 4. Juli 2018 8 Stunden 40 Minuten pro Monat sowie für Massnahmen der Grundpflege für die Zeit vom 5. Juli 2017 bis 4. Januar 2018 23 Stunden 15 Minuten pro Monat und für die Zeit vom 5. Januar bis 4. Juli 2018 19 Stunden 12 Minuten pro Monat zu vergüten sind. Soweit weitergehend wird die Beschwerde abgewiesen. Die Sache geht zurück an die Beschwerdegegnerin zur Bestimmung der betragsmässigen Entschädigung anhand des vorstehend festgelegten Bedarfs sowie zu deren Ausrichtung, soweit diese noch nicht bezahlt wurde.
2. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.
3. Die Beschwerdegegnerin hat den Beschwerdeführern die Parteikosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 2'175.55 (inkl. Auslagen und MWSt.), zu ersetzen.

4. Zu eröffnen (R):

- Rechtsanwalt D. _____ z.H. der Beschwerdeführer
- Atupri Gesundheitsversicherung (samt Eingabe der Beschwerdeführer vom 9. Dezember 2019)
- Spitex E. _____ (samt Eingabe der Beschwerdeführer vom 9. Dezember 2019)
- 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.