

200 18 575 KV und
200 18 901 KV (2)
KOJ/LUB/LAB

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil des Einzelrichters vom 4. März 2019

Verwaltungsrichter Kölliker
Gerichtsschreiber Lüthi

A. _____
vertreten durch B. _____
vertreten durch Rechtsanwältin C. _____
Beschwerdeführerin

gegen

SWICA Krankenversicherung AG
Rechtsdienst, Römerstrasse 38, 8401 Winterthur
Beschwerdegegnerin

betreffend Einspracheentscheide vom 2. Juli 2018 und 30. Oktober 2018



Sachverhalt:

A.

Die 1964 geborene A. _____ (Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) ist bei der SWICA Krankenversicherung AG (SWICA bzw. Beschwerdegegnerin) obligatorisch krankpflegeversichert (Akten der SWICA [act. II] 2). Sie wird wegen Krankheit durch die Spitex D. _____ (Spitex) unterstützt (act. II 4). Letztere ersuchte mit Bedarfsmeldeformular vom 15. bzw. 27. Dezember 2017 um Kostengutsprache für Pflegeleistungen von total 63 h 17 min. pro Quartal für den Zeitraum vom 1. Januar bis 31. März 2018 (act. II 5). Mit Kostengutsprache vom 16. Januar 2018 gewährte die SWICA Spitexleistungen von insgesamt 39 h, wovon für die Abklärung/Beratung 7 h, für die Untersuchung/Behandlung 24 h und für die Grundpflege 8 h (act. II 6). Dem Ersuchen um Erlass einer einsprachefähigen Verfügung (act. II 10) kam die SWICA am 12. März 2018 nach und verfügte dabei die Übernahme der Pflegeleistungen entsprechend der am 16. Januar 2018 erteilten Kostengutsprache (act. II 11). Daran hielt sie auf Einsprache hin (act. II 12) mit Entscheid vom 2. Juli 2018 fest (act. II 14).

Zwischenzeitlich ersuchte die Spitex mit Bedarfsmeldeformular vom 19. bzw. 23. März 2018 um Kostengutsprache von total 70 h 52 min. pro Quartal für den Zeitraum vom 1. April bis 30. Juni 2018 (Akten der SWICA [act. IIA] 5), woraufhin die SWICA am 18. April 2018 Kostengutsprache für die Abklärung/Beratung von 10 h, für die Untersuchung/Behandlung von 30 h und für die Grundpflege von 8 h, ausmachend insgesamt 48 h, erteilte (act. IIA 6). Nachdem die Versicherte wiederum eine einsprachefähige Verfügung verlangt hatte (act. IIA 9), bestätigte die SWICA mit Verfügung vom 26. Juni 2018 ihre Kostengutsprache (act. IIA 10). Eine dagegen erhobene Einsprache (act. IIA 11) wies die SWICA mit Entscheid vom 30. Oktober 2018 (act. IIA 13) ab.

B.

Gegen den Einspracheentscheid vom 2. Juli 2018 erhob die Versicherte, vertreten durch die B._____, vertreten durch Rechtsanwältin C._____, mit Eingabe vom 17. August 2018 Beschwerde (Verfahren KV/2018/575). Sie beantragt, der angefochtene Entscheid vom 3. (richtig: 2.) Juli 2018 sei aufzuheben und die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, die Kosten für die von der Spitex D._____ im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung erbrachten Leistungen seit dem 1. Januar 2018 gemäss der ärztlichen Verordnung bzw. gemäss den Monatsrechnungen der Leistungserbringerin zu vergüten. Zudem ersucht die Versicherte um unentgeltliche Rechtspflege und Beiordnung ihrer Rechtsvertreterin als amtliche Anwältin.

Die Beschwerdegegnerin beantragt mit Beschwerdeantwort vom 30. Oktober 2018 die Abweisung der Beschwerde vom 17. August 2018.

Mit Verfügung vom 31. Oktober 2018 hiess der Instruktionsrichter das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege und Verbeiständung, welches angesichts der grundsätzlichen Kostenlosigkeit des Beschwerdeverfahrens als Gesuch um unentgeltliche Verbeiständung entgegengenommen wurde, gut und ordnete der Versicherten Rechtsanwältin C._____ als amtliche Anwältin bei.

Gegen den Einspracheentscheid vom 30. Oktober 2018 erhob die Versicherte, wiederum vertreten durch die B._____, vertreten durch Rechtsanwältin C._____, mit Eingabe vom 29. November 2018 ebenfalls Beschwerde (Verfahren KV/2018/901). Sie beantragt, der angefochtene Entscheid vom 30. Oktober 2018 sei aufzuheben und die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, die Kosten für die von der Spitex D._____ im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung erbrachten Leistungen für die Zeit vom 1. April bis 30. Juni 2018 gemäss der ärztlichen Verordnung bzw. gemäss der Monatsabrechnung der Leistungserbringerin zu vergüten. Weiter ersucht sie um unentgeltliche Verbeiständung und Beiordnung ihrer Rechtsvertreterin als amtliche Anwältin und stellt den Verfahrens Antrag, das Verfahren sei mit dem Verfahren KV/2018/575 zu vereinigen.

Mit Verfügung vom 30. November 2018 vereinigte der Instruktionsrichter die Verfahren KV/2018/575 und KV/2018/901.

Die Beschwerdegegnerin schliesst mit Beschwerdeantwort vom 20. Dezember 2018 auf Abweisung der Beschwerde vom 29. November 2018.

Erwägungen:

1.

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

1.2 Anfechtungsobjekte bilden die Einspracheentscheide vom 2. Juli 2018 (act. II 14) und 30. Oktober 2018 (act. IIA 13). Streitig und zu prüfen ist die Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin betreffend Spitex-Leistungen in der Zeit vom 1. Januar bis 31. März 2018 (Verfahren KV/2018/575) bzw. vom 1. April bis 30. Juni 2018 (Verfahren KV/2018/901).

Für die Zeit vom 1. Januar bis 31. März 2018 wurde mit Bedarfsmeldeformular vom 15. bzw. 27. Dezember 2018 Kostengutsprache für Pflegeleistungen von total 63 h und 17 min. verlangt (act. II 5), wogegen von der Beschwerdegegnerin Leistungen im Umfang von 39 h zugesprochen wurden (act. II 6, 11, 14). Für die Zeit vom 1. April bis 30. Juni 2018 wurde Kostengutsprache von total 70 h 52 min. verlangt (act. IIA 5), wogegen die Beschwerdegegnerin Leistungen im Umfang von 48 h zusprach (act. IIA 6, 10, 13). Insgesamt beträgt die Differenz demnach 47 h 09 min., wobei diese im Wesentlichen Grundpflegeleistungen betrifft (beantragt 31 h 51 min. bzw. 30 h 25 min., zugesprochen jeweils 8 h, Differenz 46 h 16 min.; act. II 14 und act. IIA 13 jeweils S. 2 und S. 7 f. E. 4.2 f.). Die Parteien äussern sich in ihren Rechtsschriften denn auch ausschliesslich zu diesem Punkt (vgl. Beschwerde vom 17. August 2018 S. 5 ff. und Beschwerde vom 29. Oktober 2018 S. 5 f.; Beschwerdeantwort vom 30. Oktober 2018 und vom 20. Dezember 2018 jeweils S. 2 ff.).

Für die drei Massnahmenbereiche Abklärung/Beratung/Koordination, Untersuchung/Behandlung sowie Grundpflege sieht der Tarif der Spitex D. _____ für Pflichtleistungen der obligatorischen Krankenversicherung für Personen mit Wohnsitz im Kanton Bern in Übereinstimmung mit Art. 7a Abs. 1 lit. a – c der Verordnung vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV; SR 832.112.31) Stundenansätze von Fr. 79.80, Fr. 65.40 und Fr. 54.60 vor (vgl. <www.spitex....ch>, Rubrik: Leistungen/Pflege/Kosten). Damit liegt der Streitwert unter Fr. 20'000.--, 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 Krankenversicherung übernimmt die Kosten für die Leistungen gemäss Art. 25 – 31 des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG; SR 832.10) nach Massgabe der in den Art. 32 – 34 KVG festgelegten Voraussetzungen (Art. 24 Abs. 1 KVG). 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 (EDI) in Art. 7 KLV festgelegt, für welche Untersuchungen, Behandlungen und Pflegemassnahmen, die aufgrund einer Bedarfsabklärung von Pflegefachleuten, Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause oder von Pflegeheimen auf ärztliche Anordnung hin oder im ärztlichen Auftrag ambulant oder im Pflegeheim erbracht werden, die obligatorische Krankenpflegeversicherung Beiträge zu leisten hat. Gemäss Art. 7 Abs. 2 KLV fallen darunter Massnahmen der Abklärung, Beratung und Koordination (lit. a), der Untersuchung und Behandlung (lit. b) sowie der Grundpflege (lit. c).

2.3 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 (Ziff. 1). 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 (Ziff. 2).

2.4 Die Leistungspflicht nach Art. 7 KLV bei psychisch erkrankten Personen setzt voraus, dass ein behandlungsbedürftiger psychischer Gesundheitsschaden vorliegt. Aus dem Erfordernis des ärztlichen Auftrags oder der ärztlichen Anordnung (Art. 8 Abs. 1 KLV; vgl. auch E. 2.5 hiernach) folgt des Weiteren, dass die erkrankte Person in ärztlicher Behandlung stehen muss. Keine ärztliche Behandlung im Sinne des KVG bilden psychotherapeutische Massnahmen, die lediglich zum Zweck der Selbsterfahrung, der Selbstverwirklichung oder der Persönlichkeitsreifeung oder zu einem anderen nicht auf die Behandlung einer Krankheit gerichteten Zweck durchgeführt werden (Art. 2 Abs. 2 KLV). In solchen Fällen besteht auch kein Anspruch auf Pflegemassnahmen nach Art. 7 KLV. Entscheidend für die Leistungspflicht des Krankenversicherers ist somit, dass es sich um krankheitsbedingte Pflegemassnahmen und nicht um Massnahmen handelt, die aus andern persönlichen oder sozialen Gründen erforderlich sind (BGE 131 V 178 E. 2.2 S. 183 f. mit Hinweisen; vgl. auch RKUV 2005 Nr. KV 328 S. 186 ff. E. 3).

Zur psychiatrischen und psychogeriatrischen Grundpflege sind Massnahmen zu rechnen, welche der Überwachung und Unterstützung psychisch erkrankter Personen bei der Alltagsbewältigung dienen. Gegenstand von Massnahmen der Grundpflege nach Art. 7 Abs. 2 lit. c Ziff. 2 KLV können allerdings nur Beeinträchtigungen in den grundlegenden alltäglichen Lebensverrichtungen bilden und nur so weit, als sie krankheitsbedingt sind. Es muss sich zudem um Massnahmen der Personenhilfe und nicht der Sachhilfe (insbesondere Haushaltshilfe) handeln. Dabei geht es vorab darum, dass die psychisch erkrankte Person die alltäglichen Lebensverrichtungen wieder selbst zu besorgen vermag ("Hilfe zur Selbsthilfe"; BGE 131 V 178 E. 2.2.3 S. 187 mit Hinweisen).

2.5 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 vorauszusetzen (Art. 42 Abs. 3 Satz 1 KVG). Genügen die vorhandenen Angaben nicht für eine zuverlässige Beurteilung der Leistungspflicht, hat der Krankenversicherer ergänzende Unterlagen einzufordern. Wird dieser 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).

2.6 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 (als Bedarfsabklärungsinstrumentarium der Spitex dienende) 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 (vgl. Entscheidung des Bundesgerichts [BGer] vom 20. Juni 2013, 9C_528/2012, E. 4).

3.

3.1 Das Vorliegen eines behandlungsbedürftigen psychischen Gesundheitsschadens wie auch einer ärztlichen Behandlung ist zu Recht unbestritten. Gemäss den RAI-HC-Beobachtungsblättern vom 6. Oktober 2017 und 19. März 2018 leidet die Beschwerdeführerin (neben einem Diabetes mellitus Typ II) an einer Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) und einer emotional instabilen Persönlichkeitsstörung (act. II 5 S. 12, act. IIA 7 S. 11) und gemäss den bei den Akten liegenden Bedarfsmeldeformularen besteht eine instabile Pflegesituation bei Polymorbidität und damit einhergehend ein variabler Unterstützungsbedarf (vgl. act. II 5, act. IIA 5). Unbestritten ist ebenfalls, dass die Beschwerdeführerin Anspruch auf Übernahme von Kosten der Spitexpflege hat bzw. die Beschwerdegegnerin im Grundsatz leistungspflichtig ist, hat Letztere doch für Massnahmen der Abklärung/Beratung/Koordination, Untersuchung/Beratung sowie die Grundpflege am 16. Januar und 18. April 2018 Kostengutachten erteilt (act. II 6 und act. IIA 6). Dabei hat die Beschwerdeführerin hinsichtlich der für die Abklärung/Beratung/Koordination und die Untersuchung/Beratung zugesprochenen Vergütungen weder in den Einsprachen (act. II 12, act. IIA 11) noch im vorliegenden Beschwerdeverfahren (substantiierte) Einwendungen erhoben. Diese Vergütungen stimmen weitgehend mit den Angaben in den jeweiligen Bedarfsmeldeformularen überein und sind aufgrund der Akten nicht zu beanstanden. Die Beschwerdegegnerin hat demnach in der Zeit vom 1. Januar 2018 bis 31. März 2018 für die Abklärung/Beratung/Koordination einen Zeitaufwand von 7 h und für die Untersuchung/Beratung einen solchen von 24 h bzw. in der Zeit vom 1. April 2018 bis 30. Juni 2018 für die Abklärung/Beratung/Koordination einen Zeitaufwand von 10 h und für die Untersuchung/Beratung einen solchen von 30 h zu vergüten.

Uneinig sind sich die Parteien jedoch über Form und Inhalt der zu übernehmenden spitalexternen Grundpflegeleistungen (vgl. auch E. 1.2 hier-
vor), welche im Folgenden zu prüfen sind.

3.2 Nach Einschätzung der Beschwerdegegnerin ist vorliegend ein ei-
gentliches hauswirtschaftliches Training mit Zielen und Massnahmen als
Prozess aus den beigezogenen Unterlagen und den Abklärungen vor Ort
nicht erkennbar. Beschrieben würden stellvertretende Übernahmen von
hauswirtschaftlichen Leistungen, die Versicherte werde teilweise zur Mithil-
fe einbezogen. Es seien weder gezielte Trainings noch Trainingserfolge
ersichtlich. Es handle sich hier nicht um Personen-, sondern um Sachhilfe.
Bei einer Hilfe und Anleitung zur Wohnungspflege gehe es um die Hilfe zur
Selbsthilfe; hierfür beständen Leistungen seit Jahren und das, was möglich
ist, sei erreicht worden. Auch sei die Anleitung zur Entwicklung persönlicher
Fähigkeiten keine von der obligatorischen Krankenversicherung zu über-
nehmende Grundpflegeleistung. Soweit die Versicherte geltend mache, sie
könne durch die fraglichen Massnahmen selbstständig wohnen, handle es
sich um eine Unterstützung aus sozialen Gründen, was keine Leistungs-
pflicht begründe (act. II 14 und act. IIA 13 jeweils S. 7 f. Ziff. 4.3).

3.3 Die hier streitigen Massnahmen betreffen das Trainieren von Ver-
richtungen und Alltagsfertigkeiten sowie das Anleiten/Unterstützen bei der
Wohnungspflege (act. II 8 S. 3).

Aus den Pflegeaufträgen ergibt sich, dass die Pflegeperson der Spitex die
fraglichen Vorkehren nicht selber vornimmt, sondern die Beschwerdeführe-
rin zu deren Ausführung angehalten und motiviert wird (Akten der Be-
schwerdeführerin [act. I] 14a und 14b). So werden die Aufträge beispiels-
weise wie folgt umschrieben: „Begleiten und Sicherheit vermitteln beim
Einkaufen, Klientin motivieren frische und gesunde Lebensmittel einzukau-
fen (Diabetes), mit Klientin Ideen sammeln für einfache Gerichte, Begleiten
zu Entsorgen, Telefon mit Klientin zur Motivation der Erledigung ihrer Ta-
gesaufgabe im Haushalt, Klientin motivieren und an ihre Selbstverantwor-
tung zu appellieren“ (act. I 14a S. 6 und 14b S. 7); „Klientin motivieren
Haushalt Aufgabe in Anwesenheit der Pflegeperson wahrzunehmen, Eigen-
leistung der Klientin positiv verstärken, Klientin motivierend in der Verbes-
serung der Selbständigkeit in der Wohnungspflege unterstützen, Anleiten

bei Verrichtungen (Reinigung) im Haushalt“ (act. I 14a S. 7 und 14b S. 8). In den Leistungsplanungsblättern wird (neben dem Trainieren von Verrichtungen und Alltagsfertigkeiten wie Einkaufen und Essenszubereitung) denn auch das Anleiten/Unterstützen bei der Wohnungspflege aufgeführt und nicht etwa die Ausführung dieser Tätigkeit durch die Spitex selber (act. I 4 S. 4; Akten der Beschwerdeführerin [act. IA] 4 S. 3) und in den Bedarfsmeldeformularen werden keine hauswirtschaftlichen Leistungen deklariert (act. II 5 und act. IIA 5). Daraus erhellt, dass die Anwesenheit der Pflegeperson und die Motivierung der Beschwerdeführerin zur Wohnungspflege von zentraler Bedeutung sind, andernfalls letztere vernachlässigt wird und die Verwahrlosung der Beschwerdeführerin droht. Das wird ebenfalls durch die diversen Einträge im Verlaufsbericht der Spitex betreffend die psychiatrische Grundpflege bestätigt (act. I 15). Der Pflegende vermerkte etwa am 9. März 2018, die Beschwerdeführerin liesse sich dazu motivieren, schmutziges Geschirr in die Abwaschmaschine einzuräumen. Es scheine seine physische Präsenz zu benötigen, um nur schon diese kleine Aufgabe bewältigen zu können (act. I 15 S. 21). Am 19. März 2018 hielt er fest, die Beschwerdeführerin räume mit seiner Unterstützung den Abfall im Schlafzimmer zusammen. Durch seine Anwesenheit gelinge es ihr, die Aufgabe, die sie sich gestellt habe, zu Ende zu führen (act. I 15 S. 20). Die Anwesenheit von Pflegepersonen schaffe Verbindlichkeit und wirke sich motivierend aus. Die Tätigkeiten führe die Beschwerdeführerin selber aus. Gezieltes Anleiten helfe ihr zu fokussieren und Aufgaben zu Ende zu führen. Die Massnahme sei deshalb wirksam, um eine Verwahrlosung zu verhindern. Es handle sich nicht um Sachhilfe, da die Pflegepersonen keine hauswirtschaftlichen Tätigkeiten übernähmen (act. I 15 S. 19 f.). Weiter berichtete der Pflegende am 16. Juni 2018, die Präsenz bewirke, dass sich die Beschwerdeführerin besser fokussieren und auf eine Hausaltaufgabe konzentrieren könne. Dadurch könnten in einem Einsatz Teilziele erreicht werden, die die Beschwerdeführerin wiederum motivierten, weiterführend Hausarbeiten selbstständig wahrzunehmen. Die Massnahme fördere ein selbstständiges Bewältigen der Wohnungspflege (act. I 15 S. 4; vgl. auch die weiteren Einträge vom 9., 16., 19. und 23. März 2018, 19. und 26. April 2018, 15., 16., 18. und 29. Juni 2018; act. I 15 S. 1 – 5, 13 f., 17 – 21).

Unter diesen Umständen handelt es sich vorliegend – entgegen der Ansicht der Beschwerdegegnerin – um Massnahmen der Personenhilfe und nicht der Sachhilfe (insbesondere hauswirtschaftliche Leistungen).

3.4 Für die Annahme der Beschwerdegegnerin, im Rahmen der psychiatrischen Grundpflege sei erreicht worden was möglich ist, bieten die Akten keine hinreichende Grundlage. Im Gegenteil ergibt sich aus der Pflegedokumentation, dass immer wieder mit Rückschlägen zu rechnen ist. So notierte die Pflegeperson im Verlaufsbericht am 28. Februar 2018, die Wohnung sei chaotisch und schmutzig (act. I 15 24), und zuletzt am 29. Juni 2018 erwähnte sie, die Wohnung mache einen deutlich chaotischeren Eindruck. Abfall und ...sachen lägen im Wohnzimmer am Boden. Die Küche wirke ebenfalls überstellt, unordentlich und schmutzig. Bezogen auf die Wohnsituation äussere die Beschwerdeführerin, dass sie es diese Woche nicht geschafft habe, selbstständig jeden Tag ihre Haushaltsaufgaben zu erledigen (act. I 15 S. 1 f.; vgl. auch die Einträge vom 31. Januar 2018, 27. Februar 2018, 8. März 2018, 4. April 2018; act. I 15 S. 16, 24, 28). Entgegen der Darstellung in der Beschwerdeantwort vom 30. Oktober 2018 (S. 3 Mitte) kann sodann – soweit den hier interessierenden Zeitraum betreffend und aus den Akten ersichtlich – nicht gesagt werden, es sei im zeitlichen Verlauf „kein nennenswerter Erfolg“ eingetreten; vielmehr wechseln sich Phasen, in denen die Beschwerdeführerin die Haushaltarbeiten erledigt, ab mit Tagen, in denen sie damit überfordert ist. Bei der Evaluation der Massnahme wird denn auch darauf hingewiesen, dass die streitige Massnahme zur Vermeidung einer Verwahrlosung bzw. zur Förderung der diesbezüglichen Selbstständigkeit der Beschwerdeführerin wichtig ist (vgl. Einträge vom 19. März 2018 und 16. Juni 2018; act. I 15 S. 4 und 19). Ein ständiger Fortschritt der versicherten Person ist im Übrigen praxisgemäss nicht erforderlich. Weder der Wortlaut von Art. 7 Abs. 2 lit. c Ziff. 2 KLV noch der Normzweck (Vermeiden oder Verzögern einer stationären Pflege) verlangen, dass die Massnahmen die grundlegenden Fähigkeiten zur Alltagsbewältigung verbessern müssen. In vielen Fällen muss es genügen, dass eine Alltagsbewältigung mit Hilfe möglich bleibt, indem die Selbstpflege gefördert und unterstützt und eine – gesundheitsgefährdende – Selbstvernachlässigung verhindert wird. Auch BGE 131 V 178 ist nicht in dem Sinne zu verstehen, dass eine Leistungszusprache gestützt auf Art. 7

Abs. 2 lit. c Ziff. 2 KLV nur dann erfolgen könnte, wenn die versicherte Person durch die Pflegemassnahme wieder in die Lage versetzt wird, ihr Leben eigenständig zu führen. Sofern und soweit eine Person als Folge ihrer psychischen Erkrankung nicht (mehr) in der Lage ist, alltägliche Lebensverrichtungen allein, insbesondere ohne entsprechende Aufforderung oder Anleitung, vollständig oder zeitgerecht auszuführen, können unter Umständen auch entsprechende Anleitungen und Ermunterungen als Massnahmen der Grundpflege im Sinne von Art. 7 Abs. 2 lit. c Ziff. 2 KLV versichert sein. Dies gilt insbesondere, wenn es der versicherten Person dadurch ermöglicht wird, (weiterhin) in ihrem eigenen Zuhause zu wohnen (Entscheid des BGer vom 20. Juni 2013, 9C_528/2012, E. 5.4.4.1 mit Hinweisen).

In diesem Zusammenhang weist die Beschwerdeführerin am Beispiel der langfristig notwendigen Hautpflege – deren Sinnhaftigkeit nicht abgesprochen werde, wenn sie „lediglich“ die Verschlimmerung der Symptome verhindere (oder auch nur eine unabwendbare Verschlimmerung verlangsame) – zu Recht darauf hin, dass die Auffassung der Beschwerdegegnerin eine Schlechterstellung psychischer Erkrankungen gegenüber somatischen zur Folge hätte (vgl. Beschwerde vom 17. August 2018 S. 6 Rn. 23). Im Rahmen des KVG sind die psychischen Erkrankungen den körperlichen gleichgestellt, was auch bei der Auslegung von Art. 7 Abs. 2 KLV zu beachten ist (BGE 131 V 178 S. 184 E. 2.1). Eine solche Ungleichbehandlung wäre sachlich nicht gerechtfertigt.

3.5 Dass die Beschwerdeführerin wegen ihrer psychischen Erkrankung nicht in der Lage ist, alltägliche Lebensverrichtungen allein und ohne entsprechende Aufforderung bzw. Anleitung vollständig oder zeitgerecht auszuführen, wird von der Beschwerdegegnerin nicht substantiiert widerlegt. Es ist folglich auf die von Dr. med. E. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, am 27. Dezember 2017 und 23. März 2018 unterzeichneten Bedarfsmeldeformulare (act. II 5, act. IIA 5) abzustellen.

Soweit in der Beschwerdeantwort vom 30. Oktober 2018 die Wirtschaftlichkeit in Frage gestellt wird (S. 6 Mitte), wird dies nicht näher begründet. Mit Blick auf die Alternative einer Einweisung der Beschwerdeführerin in eine

stationäre Einrichtung ist die fehlende Wirtschaftlichkeit denn auch keineswegs erstellt.

3.6 Nach dem Dargelegten ist die Beschwerdegegnerin für die beantragte Grundpflege leistungspflichtig. In masslicher Hinsicht ist der Aufwand gemäss den Bedarfsmeldeformularen sowohl für die Zeit vom 1. Januar bis 31. März 2018 wie auch für das Quartal vom 1. April bis 30. Juni 2018 nicht bestritten. Anhaltspunkte, wonach der berechnete zeitliche Bedarf zu hoch wäre, sind nicht ersichtlich. Die beantragten Pflegeleistungen wurden in den entsprechenden Bedarfsmeldeformularen von der Spitex in Zusammenarbeit mit dem behandelnden Arzt der Beschwerdeführerin festgelegt und bestimmt. Dabei gilt es zu berücksichtigen, dass die Anordnung der notwendigen Massnahmen in zeitlicher Hinsicht gemäss Rechtsprechung im pflichtgemässen Ermessen dieser Personen liegt und ihnen ein gewisser Spielraum zusteht, in welchen praxismässig nur zurückhaltend einzugreifen ist (vgl. E. 2.5 hiervor). Folglich sind in Gutheissung der Beschwerden die angefochtenen Einspracheentscheide vom 2. Juli 2018 und 30. Oktober 2018 dahingehend abzuändern, als die Beschwerdegegnerin (nebst den Leistungen für Abklärung/Beratung/Koordination von 7 h bzw. 10 h und derjenigen für Untersuchung/Beratung von 24 h bzw. 30 h [vgl. E. 3.1 hiervor]) für die Grundpflegeleistungen in der Zeit vom 1. Januar 2018 bis 31. März 2018 einen Zeitaufwand von 31 h 51 min. und in der Zeit vom 1. April 2018 bis 30. Juni 2018 einen solchen von 30 h 25 min. zu vergüten hat.

4.

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

4.2 Die obsiegende Beschwerde führende Person hat Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Diese werden vom Versicherungsgericht festgesetzt und ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen (Art. 61 lit. g ATSG).

Rechtsanwältin C._____ macht im Verfahren KV/2018/575 mit Kostennote vom 9. November 2018 ein Honorar von Fr. 2'800.-- (14 h x Fr. 200.--) sowie die Mehrwertsteuer (MWSt.) von Fr. 215.60, insgesamt ausmachend einen Aufwand von Fr. 3'015.60, und im Verfahren KV/2018/901 mit Kostennote vom 3. Januar 2019 ein Honorar von Fr. 1'000.-- (5 h x Fr. 200.--) sowie die MWSt. von Fr. 77.--, insgesamt ausmachend einen Aufwand von Fr. 1'077.--, geltend, was nicht zu beanstanden ist. Demnach ist die Parteientschädigung auf Fr. 4'092.60 (Fr. 3'015.60 + Fr. 1'077.--) festzusetzen; diesen Betrag hat die Beschwerdegegnerin der Beschwerdeführerin zu ersetzen.

4.3 Bei diesem Verfahrensausgang erübrigt sich einerseits im Verfahren KV/2018/575 die Festsetzung des Anwaltshonorars im Rahmen der gewährten unentgeltlichen Verbeiständung und ist andererseits das Rechtsschutzinteresse an der Beurteilung des Gesuchs um Beiordnung von Rechtsanwältin C._____ als amtliche Anwältin im Verfahren KV/2018/901 dahingefallen. Folglich ist das entsprechende Verfahren als gegenstandslos geworden vom Geschäftsverzeichnis abzuschreiben (MERKLI/AESCHLI-MANN/HERZOG, Kommentar zum bernischen VRPG, 1997, Art. 39 N. 1).

Demnach entscheidet der Einzelrichter:

1. In Gutheissung der Beschwerden werden die angefochtenen Einspracheentscheide der SWICA vom 2. Juli 2018 und 30. Oktober 2018 dahingehend abgeändert, als die Beschwerdegegnerin die von der Beschwerdeführerin bezogenen Spitexleistungen für die Grundpflege in der Zeit vom 1. Januar 2018 bis 31. März 2018 im Umfang von 31 h 51 min. und in der Zeit vom 1. April 2018 bis 30. Juni 2018 im Umfang von 30 h 25 min. zu vergüten hat.
2. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.

3. Die Beschwerdegegnerin hat der Beschwerdeführerin die Parteikosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 4'092.60 (inkl. Auslagen und MWSt.), zu ersetzen.
4. Das Verfahren betreffend das Gesuch um Beiordnung von Rechtsanwältin C._____ als amtliche Anwältin im Verfahren KV/2018/901 wird vom Geschäftsverzeichnis abgeschrieben.
5. Zu eröffnen (R):
 - Rechtsanwältin C._____ z.H. der Beschwerdeführerin
 - SWICA Krankenversicherung AG
 - 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.