

200 19 158 KV  
KNB/SVE/SEE

**Verwaltungsgericht des Kantons Bern**  
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

**Urteil des Einzelrichters vom 3. März 2020**

Verwaltungsrichter Knapp  
Gerichtsschreiberin Schwitter

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

gegen

**Intras Kranken-Versicherung AG**  
Recht & Compliance, Tribschenstrasse 21, Postfach 2568, 6002 Luzern  
Beschwerdegegnerin

betreffend Einspracheentscheid vom 21. Januar 2019 (PN 501-00-012)



## **Sachverhalt:**

### **A.**

Die 1967 geborene A. \_\_\_\_\_ (Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) war bei der INTRAS Kranken-Versicherung AG (Intras bzw. Beschwerdegegnerin) obligatorisch krankenkpflegeversichert, als der Hausarzt Dr. med. C. \_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, ihr am 11. April 2018 für den Zeitraum vom 1. April bis zum 30. Juni 2018 Spitexleistungen im Umfang von total 66:41 Stunden verordnete (Akten der Beschwerdegegnerin, Antwortbeilage [AB; nicht paginiert]). Nachdem die Intras zusätzliche Unterlagen bei der Spitex D. \_\_\_\_\_ (Spitex oder Leistungserbringerin) eingeholt und ihren Vertrauensarzt Dr. med. E. \_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und Praktischer Arzt, konsultiert hatte, teilte sie der Versicherten mit Schreiben vom 8. Mai 2018 (AB [nicht paginiert]) mit, die Kosten für den Zeitbedarf der psychiatrischen Massnahmen vorerst abzulehnen und den Zeitrahmen für die Behandlungspflege um zwei Stunden zu kürzen. Für eine erneute Beurteilung des Leistungsanspruchs bedürfe es eines ärztlichen Berichts von Dr. med. C. \_\_\_\_\_, da die Pflegedokumentation zu wenig nachvollziehbar sei. Mit dem ablehnenden Bescheid zeigte sich die Versicherte mit Schreiben vom 25. Mai 2018 (AB [nicht paginiert]) nicht einverstanden, reichte einen Bericht von Dr. med. C. \_\_\_\_\_ (AB [nicht paginiert]) ein und verlangte für den Fall der weiteren Leistungsverweigerung eine anfechtbare Verfügung. Am 2. August 2018 (AB [nicht paginiert]) verfügte die Intras dem Schreiben vom 8. Mai 2018 entsprechend. Die dagegen mit Eingabe vom 14. September 2018 erhobene Einsprache (AB [nicht paginiert]) wies sie mit Entscheid vom 21. Januar 2019 (AB [nicht paginiert]) ab.

### **B.**

Hiergegen erhob die Versicherte, vertreten durch Rechtsanwältin B. \_\_\_\_\_, mit Eingabe vom 21. Februar 2019 Beschwerde mit folgenden Rechtsbegehren:

1. Der angefochtene Einspracheentscheid vom 21. Januar 2019 sei aufzuheben und es seien für die Beschwerdeführerin Spitexleistungen gemäss der ärztlichen Verordnung zu übernehmen.
2. Eventualiter sei der Einspracheentscheid vom 21. Januar 2019 aufzuheben und an die Vorinstanz zur Neubeurteilung zurückzuweisen.

Unter Kosten- und Entschädigungsfolge.

Die Beschwerdegegnerin schloss mit Beschwerdeantwort vom 15. März 2019 auf Abweisung der Beschwerde.

Mit Eingaben vom 14. Juni, 9. Juli, 20. Dezember 2019 und 27. Januar 2020 hielten die Parteien - auch in Kenntnis der beigezogenen IV-Akten - an ihren 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 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 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 vom 23. Mai 1989 über die Verwaltungsrechtspflege [VRPG; BSG 155.21]) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde einzutreten.

**1.2** Anfechtungsobjekt bildet der Einspracheentscheid vom 21. Januar 2019 (AB [nicht paginiert]). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch auf Kostenübernahme der psychiatrischen Pflegemassnahmen (Behandlungspflege i.S.v. Art. 7 Abs. 2 lit. b Ziff. 13 und 14 der Verordnung vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung [Krankenpflege-Leistungsverordnung KLV; SR 832.112.31] im Umfang der abgelehnten 2 Stunden [13 statt 15 Stunden] und Grundpflege i.S.v. Art. 7 Abs. 2 lit. c Ziff. 2 KLV im Umfang von 10.72 Stunden [32.90 statt 43.62 Stunden]) für den Zeitraum vom 1. April bis 30. Juni 2018 (vgl. Einspracheentscheid vom 21. Januar 2019 [AB {nicht paginiert}, Ziff. 1.5]).

**1.3** Umstritten sind somit Leistungen im Jahr 2018 (zweites Quartal) von 2 Stunden bei einem massgebenden Stundensatz von Fr. 65.40 und Leistungen von 10.72 Stunden bei einem massgebenden Stundensatz von Fr. 54.60 (Art. 7a Abs. 1 lit. b und c aKLV [in der bis zum 31. Dezember 2018 gültigen Fassung]). Der Streitwert beträgt damit Fr. 716.10 und liegt 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** Vorbehältlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen sind in zeitlicher Hinsicht grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgeblich, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 140 V 41 E. 6.3.1 S. 44, 132 V 215 E. 3.1.1 S. 220; SVR 2018 KV Nr. 2 S. 14 E. 2). Vorliegend sind Pflegeleistungen vom 1. April bis zum 30. Juni 2018 umstritten, weshalb die in diesem Zeitraum in Kraft stehenden Gesetzes- und Verordnungsbestimmungen zur Anwendung gelangen.

**2.2** Die obligatorische Krankenpflegeversicherung übernimmt die Kosten für die Leistungen entsprechend den 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 KVG). Ebenso leistet sie 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, wobei der Bundesrat die Pflegeleistungen bezeichnet und das Verfahren der Bedarfsermittlung regelt (Art. 25a Abs. 3 KVG). Der Bundesrat hat die Bezeichnung der Pflegeleistungen an das Eidgenössische Departement des Innern (EDI) übertragen (Art. 33 lit. b der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung [KVV; SR 832.102]).

Das Departement hat gestützt auf diese Kompetenznorm in Art. 7 KLV den Leistungsbereich der Krankenpflege ambulant oder im Pflegeheim umschrieben. Nach Abs. 1 dieser Norm übernimmt die Versicherung Untersuchungen, Behandlungen und Pflegemassnahmen, die aufgrund der Bedarfsabklärung nach Art. 7 Abs. 2 lit. a KLV und nach Art. 8 KLV (in der bis zum 31. Dezember 2019 gültigen Fassung) auf ärztliche Anordnung hin oder im ärztlichen Auftrag unter anderem von Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause (Art. 51 KVV) erbracht werden.

**2.3** Gemäss Art. 7 Abs. 2 KLV umfassen die Leistungen im Sinne von Art. 7 Abs. 1 KLV Massnahmen der Abklärung, Beratung und Koordination (lit. a), der Untersuchung und der Behandlung (lit. b) sowie der Grundpflege (lit. c).

**2.3.1** Als Massnahmen gemäss Art. 7 Abs. 2 lit. b KLV gelten unter anderem pflegerische Massnahmen zur Umsetzung der ärztlichen Therapie im Alltag, wie Einüben von Bewältigungsstrategien und Anleitung im Umgang mit Aggression, Angst, Wahnvorstellungen (Ziff. 13), aber auch die Unterstützung für psychisch kranke Personen in Krisensituationen, insbesondere zur Vermeidung von akuter Selbst- oder Fremdgefährdung (Ziff. 14).

**2.3.2** Zu den Massnahmen nach Art. 7 Abs. 2 lit. c Ziff. 2 KLV gehören Massnahmen zur Überwachung und Unterstützung psychisch kranker Personen in der grundlegenden Alltagsbewältigung, wie die Erarbeitung und Einübung einer angepassten Tagesstruktur, das zielgerichtete Training zur Gestaltung und Förderung sozialer Kontakte sowie die Unterstützung beim Einsatz von Orientierungshilfen und Sicherheitsmassnahmen.

Bei den grundpflegerischen Massnahmen nach Art. 7 Abs. 2 lit. c Ziff. 2 KLV geht es vorab darum, dass die psychisch erkrankte Person die alltäglichen Lebensverrichtungen wieder selbst zu besorgen vermag, im Sinne einer Hilfe zur Selbsthilfe (BGE 131 V 178 S. 187 E. 2.2.3). Dabei wird nicht verlangt, dass die Massnahmen die grundlegenden Fähigkeiten zur Alltagsbewältigung verbessern müssen. In vielen Fällen muss es genügen, dass die Bewältigung des Alltags mit Hilfe möglich bleibt, indem die Selbstpflege gefördert und unterstützt und eine - gesundheitsgefährdende - Selbstvernachlässigung verhindert wird (Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 28. Juni 2019, 9C\_839/2018, E. 6.2.1). Dies umso mehr, wenn 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). Massnahmen nach Art. 7 Abs. 2 lit. c Ziff. 2 KLV sind damit psychiatrischer Natur. Daran ändert auch die Art der zugrunde liegenden gesundheitlichen Beeinträchtigung (körperlich, geistig oder psychisch) nichts (SVR 2019 KV Nr. 20 S. 116 E. 6.2.2; Entscheid des BGer vom 18. Dezember 2019, 9C\_456/2019, E. 5.2).

## **2.4**

**2.4.1** Nach aArt. 8 Abs. 1 KLV (in der bis zum 31. Dezember 2019 gültigen Fassung) 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, erforderlich. Gemäss Art. 42 Abs. 3 KVG muss der Leistungserbringer dem Schuldner eine detaillierte und verständliche Rechnung zustellen. Er muss ihm auch alle Angaben machen, die er benötigt, um die Berechnung der Vergütung und die Wirtschaftlichkeit der Leistung überprüfen zu können. Es bedarf damit für die Beurteilung der Leistungspflicht in grundsätzlicher und masslicher Hinsicht eindeutiger

Angaben bezüglich der im Einzelfall angeordneten und durchgeführten Massnahmen (BGE 131 V 178 E. 2.4 S. 188). Der Versicherer kann zudem verlangen, dass ihm die relevanten Elemente der Bedarfsabklärung mitgeteilt werden (aArt. 8 Abs. 5 KLV). 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; Entscheid des BGer vom 4. Mai 2017, 9C\_698/2016, E. 3.4.3).

**2.4.2** Grundsätzlich steht es im pflichtgemässen Ermessen der Pflegefachperson oder der Spitex und des für die Anordnung der Leistungen zuständigen Arztes, welche Massnahmen in zeitlicher Hinsicht wie auch in Bezug auf Form und Inhalt angebracht sind. Den zuständigen Personen kommt bei der Beurteilung des konkreten Bedarfs ein gewisser Spielraum zu, in welchen namentlich dann nur zurückhaltend einzugreifen ist, wenn es sich beim Arzt, der die Massnahmen anordnet, um den Hausarzt der versicherten Person handelt, der jederzeit über deren Gesundheitszustand im Bilde ist (Entscheid des BGer vom 31. Oktober 2012, 9C\_365/2012, E. 4.1; Entscheid des BGer vom 4. Mai 2017, 9C\_698/2016, E. 3.4.3).

Daraus lässt sich allerdings nicht ableiten, dass bei psychisch Erkrankten die Anordnung von Massnahmen der ambulanten Krankenpflege nicht zwingend durch einen Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie erfolgen muss. Die bejahte hausärztliche Anordnungscompetenz von psychiatrischen Leistungen bezieht sich gemäss höchstrichterlicher Rechtsprechung auf die Grundpflege nach Art. 7 Abs. 2 lit. c KLV (vgl. hierzu Entscheid des BGer vom 4. Mai 2017, 9C\_698/2016, E. 3.4.3; GEBHARD EUGSTER, Krankenversicherung, in ULRICH MEYER [Hrsg.], Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Band XIV, Soziale Sicherheit, 3. Aufl. 2016, S. 521 N. 326). Denn so wenig wie ärztliche Psychotherapie nur von Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie durchgeführt werden kann (Art. 2 Abs. 1 KLV), bedarf es für die psychiatrische und psychogeriatrische Grundpflege (i.S.v. Art. 7 Abs. 1 lit. c Ziff. 2 KLV) einer fachärztlichen Anordnung (Entscheid des

Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG; heute BGer] vom 18. März 2005, K 97/03, E. 4.1). Damit wird jedoch nicht ausgeschlossen, dass die anderen Leistungen im Sinne der psychiatrischen Behandlungspflege gemäss Art. 7 Abs. 2 lit. b Ziff. 13 und 14 KLV auch durch den Hausarzt angeordnet werden dürfen. Vielmehr wurde die Frage, ob die Anordnung solcher fachspezifischer Massnahmen zwingend durch einen Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie zu erfolgen hat, durch die höchstrichterliche Rechtsprechung - soweit ersichtlich - bislang offengelassen (vgl. hierzu auch GEBHARD EUGSTER, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum KVG, 2. Aufl. 2018, Art. 25a N. 17). Nichtsdestotrotz ist für die Übernahme der psychiatrischen Behandlungspflege i.S.v. Art. 7 Abs. 2 lit. b Ziff. 13 und 14 KLV eine genügende fachärztliche Abstützung (Befund, Diagnose, Therapie) erforderlich (Entscheid des BGer vom 4. Mai 2017, 9C\_698/2016, E. 3.4.3). Bei der psychiatrischen Grundpflege i.S.v. Art. 7 Abs. 2 lit. c Ziff. 2 KLV, deren Anordnung - wie bereits erwähnt - auch in die hausärztliche Kompetenz fällt, ist die Art der zugrunde liegenden gesundheitlichen Beeinträchtigung (körperlich, geistig oder psychisch) hingegen nicht von Bedeutung (E. 2.3.2 hiavor; Entscheid des BGer vom 28. Juni 2019, 9C\_839/2018, E. 6.2.2, und vom 18. Dezember 2019, 9C\_456/2019, E. 5.2).

**2.4.3** Der Versicherungsträger prüft die Begehren, nimmt die notwendigen Abklärungen von Amtes wegen vor und holt die erforderlichen Auskünfte ein (Art. 43 Abs. 1 ATSG). Der Untersuchungsgrundsatz besagt, dass die verfügende Instanz den rechtserheblichen Sachverhalt von Amtes wegen, aus eigener Initiative und ohne Bindung an die Vorbringen oder Beweisanträge der Parteien, abklären und feststellen muss. Rechtserheblich sind alle Tatsachen, von deren Vorliegen es abhängt, ob über den streitigen Anspruch so oder anders zu entscheiden ist. In diesem Rahmen haben Verwaltungsbehörden zusätzliche Abklärungen stets vorzunehmen oder zu veranlassen, wenn hierzu aufgrund der Parteivorbringen oder anderer sich aus den Akten ergebenden Anhaltspunkte hinreichender Anlass besteht (BGE 117 V 282 E. 4a S. 283). Der Untersuchungsgrundsatz gilt indessen nicht uneingeschränkt; er findet sein Korrelat in den Mitwirkungspflichten der Parteien (BGE 125 V 193 E. 2 S. 195, 122 V 157 E. 1a S. 158; SVR 2009 IV Nr. 4 S. 7 E. 4.2.2).

### 3.

**3.1** Aufgrund der Akten erstellt und unbestritten ist, dass die Beschwerdegegnerin die Pflegeleistungen für den somatischen Bereich der Behandlungs- und Grundpflege gemäss ärztlicher Anordnung vom 11. April 2018 auf dem Bedarfsformular vom 28. März 2018 (AB [nicht paginiert]) übernommen hat. Zu prüfen ist hingegen, ob die Beschwerdegegnerin den Anspruch auf Leistungen der psychiatrischen Pflegemassnahmen (Untersuchung und Behandlung [Behandlungspflege; 2 Stunden] und Massnahmen der Grundpflege [10.72 Stunden]) zu Recht verneint hat.

### 3.2

**3.2.1** Dr. med. C. \_\_\_\_\_ hielt in seinem ärztlichen Bericht vom 16. Mai 2018 (AB [nicht paginiert]) folgende Diagnosen fest:

- Chronisches panvertebrales Schmerzsyndrom mit depressiver Entwicklung;
- COPD (chronic obstructive pulmonary disease; Stadium GOLD III),
  - Schlafapnoe- sowie Adipositas-Hypoventilations-Syndrom,
  - Heimsauerstoff-Therapie,
  - Status nach parazentraler Lungenembolie Oberlappen links (Januar 2017);
- Metabolisches Syndrom mit
  - Adipositas permagna,
  - arterielle Hypertonie,
  - Diabetes mellitus Typ 2.

Für den psychopathologischen Befund verwies er auf den Bericht der Psychologin lic. phil. F. \_\_\_\_\_ (vgl. E. 3.2.2 nachfolgend). Die psychosoziale Situation sei jedoch schlecht mit ausgesprochenen Eheproblemen und die psychiatrische ambulante Pflege absolut indiziert, um eine weitere Verschlechterung zu verhindern.

**3.2.2** Dem Bericht der Psychologin lic. phil. F. \_\_\_\_\_ vom 1. Februar 2018 (AB [nicht paginiert]) ist zu entnehmen, dass die Versicherte seit 2006 bei ihr in psychotherapeutischer Behandlung gewesen sei. Seit der Lunge-

nembolie im Januar 2017 sei sie jedoch nicht mehr in der Lage, den Weg zu ihr zu bewältigen. Die Versicherte habe dank den Leistungen der Spitex D. \_\_\_\_\_ „überlebt“ und befinde sich heute wieder in einem gebesserten Zustand. Sie sei aber nach wie vor auf die von der Spitex aufgeführten Leistungen angewiesen. Ohne diese sei es ihr nicht möglich, in ihrem häuslichen Umfeld zu bleiben.

### **3.3**

**3.3.1** Die Beschwerdegegnerin begründet ihre Leistungsablehnung im Einspracheentscheid (AB [nicht paginiert]) hauptsächlich mit dem Umstand, es fehle eine fundierte Diagnosestellung mit entsprechendem Behandlungskonzept, die eine Störung mit Krankheitswert ausweise (Ziff. 2.9 f.). So habe sie ihre Leistungspflicht aufgrund der ungenügenden medizinischen Begründung nicht prüfen können (Beschwerdeantwort S. 3). Die Diagnose „chronisches panvertebrales Schmerzsyndrom mit depressiver Entwicklung“ (vgl. ärztlicher Bericht von Dr. med. C. \_\_\_\_\_ vom 16. Mai 2018 [AB {nicht paginiert}]) stelle keinen psychischen Gesundheitsschaden mit Krankheitswert dar (S. 4). Für eine abschliessende Beurteilung der psychiatrischen Pflegeleistungen sei ein ärztlicher Bericht unabdingbar (Einspracheentscheid [AB [{nicht paginiert}], Ziff. 2.10]). Ebenso lasse sich die Notwendigkeit der verordneten psychiatrischen Pflegemassnahmen nicht aus dem Bericht des behandelnden Hausarztes ableiten (Beschwerdeantwort S. 4). Bei Fehlen dieser Voraussetzungen könne aus der Pflegeplanung allein kein Leistungsanspruch auf psychiatrische Pflegemassnahmen abgeleitet werden (S. 5).

**3.3.2** Die Art der zugrunde liegenden gesundheitlichen Beeinträchtigung (körperlich, geistig oder psychisch) ist für die Anordnung von psychiatrischen Grundpflegemassnahmen i.S.v. Art. 7 Abs. 2 lit. c Ziff. 2 KLV jedoch nicht von Bedeutung (E. 2.4.2 hiervor). Aufgrund der Akten ist denn auch erstellt, dass bei der Beschwerdeführerin im vorliegend zu beurteilenden Zeitraum (1. April bis 30. Juni 2018) diverse belastende somatischen Diagnosen (E. 3.2.1 hiervor; vgl. ärztlicher Bericht von Dr. med. C. \_\_\_\_\_ vom 16. Mai 2018 [AB {nicht paginiert}]) und auch Indizien für psychische Beeinträchtigungen, mithin vielschichtige gesundheitliche Beeinträchtigungen bestanden (E. 3.2.1 f. hiervor). Den bei der Invalidenversicherung (IV)

edierten Akten ist zu entnehmen, dass die IV der Beschwerdeführerin mit Verfügung vom 20. Juli 2018 (act. 90) aufgrund ihrer somatischen Beschwerden eine Viertelsrente zugesprochen hat. Weiter hielt der Vertrauensarzt der Beschwerdegegnerin, Dr. med. E. \_\_\_\_\_, in seinem Schreiben vom 4. Juni 2018 (AB [nicht paginiert]) fest, die somatische Vorgeschichte sei unstrittig, diesbezügliche Einschränkungen seien nachvollziehbar und eine entsprechende Spitexbetreuung sei eingängig begründbar. Die Anordnungskompetenz von Dr. med. C. \_\_\_\_\_ als behandelnder Hausarzt für die Massnahmen der psychiatrischen Grundpflege nach Art. 7 Abs. 2 lit. c Ziff. 2 KLV ist ebenfalls zu bejahen, ohne dass eine fachspezifische Beurteilung mit Statuserhebung und fundierter Diagnosestellung, welche eine psychische Störung mit Krankheitswert ausgewiesen hätte, sowie ein Behandlungskonzept vorlagen (vgl. E. 2.4.2 hiervor).

Die Beschwerde erweist sich diesbezüglich als grundsätzlich begründet, wobei es vorab an der Beschwerdegegnerin liegt, das Massliche anhand der Pflegeplanung (AB [nicht paginiert]) zu beurteilen soweit sie die 10.72 Stunden nicht übernehmen wollte. Dabei hat sie jedoch die von der höchstrichterlichen Rechtsprechung geforderte Zurückhaltung hinsichtlich Zeit, Form und Inhalt der angeordneten Massnahmen zu beachten (vgl. E. 2.4.2). Der angefochtene Einspracheentscheid vom 21. Januar 2019 (AB [nicht paginiert]) ist demnach insoweit aufzuheben und die Sache zur Beurteilung der Leistungspflicht für die angeordneten psychiatrischen Grundpflegemassnahmen nach Art. 7 Abs. 2 lit. c Ziff. 2 KLV an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit sie - nach allfälligen weiteren Abklärungen im Rahmen der ihr obliegenden Untersuchungspflicht - über den Leistungsanspruch der Beschwerdeführerin auf psychiatrische Grundpflege für den Zeitraum vom 1. April bis zum 30. Juni 2018 im Sinne der Erwägungen neu verfüge. Es wird nicht verkannt, dass die Beschwerdeführerin trotz bereits bestehender Lungenkrankheit (act. 19 S. 2) in fragwürdiger Weise weiterhin eineinhalb Packungen Zigaretten pro Tag geraucht hat (act. 34 S. 10), worauf die Beschwerdegegnerin in ihrer Stellungnahme vom 20. Dezember 2019 (S. 2) Bezug nimmt. Dies vermag an der grundsätzlichen Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin im Jahr 2018 allerdings nichts zu ändern.

**3.3.3** Hinsichtlich der verweigerten psychiatrischen Leistung betreffend die Massnahmen der Untersuchung und Behandlungspflege (psychiatrischen Behandlungspflege) nach Art. 7 Abs. 2 lit. b Ziff. 13 und 14 KLV ist festzustellen, dass es an einer von der höchstrichterlichen Rechtsprechung verlangten genügenden ärztlichen Beurteilungsgrundlage fehlte (E. 2.4.2 hiervor). Einzig die Psychologin lic. phil. F. \_\_\_\_\_ diagnostizierte im Bericht vom 3. Mai 2017 (act. III 51) resp. vom 21. August 2017 (act. III 68 S. 4 Ziff. 1.1) zu Händen der IV-Stelle des Kantons Bern eine rezidivierende depressive Störung mit gegenwärtig mittelgradiger Episode (ICD-10 F33.1), wobei ihr als Psychologin aber die spezifische ärztliche Kompetenz fehlte. Es mangelt daher für den hier massgebenden Zeitraum an einer aktuellen, ärztlich klar gestellten, psychiatrisch nachvollziehbaren Befunderhebung und Diagnosestellung und damit an einer hinreichenden Prüfung und Darlegung der Situation, aufgrund welcher sodann überhaupt Massnahmen der psychiatrischen Behandlungspflege hätten angeordnet werden können. Die Hinweise des Hausarztes auf „eine depressive Entwicklung“ und auf die schlechte psychosoziale Situation mit ausgesprochenen Eheproblemen (vgl. ärztlicher Bericht vom 16. Mai 2018 [AB {nicht paginiert}]), genügt diesbezüglich somit nicht. Der mit der Beschwerde eingereichte Bericht von Dr. med. G. \_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie sowie Praktischer Arzt, vom 6. Juni 2019 (Beschwerdebeilage [BB 5]), in welchem eine rezidivierende depressive Störung mit gegenwärtig leichter Episode (ICD-10 F33.0) sowie eine Panikstörung (ICD-10 F41.0) diagnostiziert wird, ist für den hier in Frage stehenden Zeitraum nicht einschlägig, wurde er doch über ein Jahr danach verfasst. Es fehlt damit - wie erwähnt - in psychiatrischer Hinsicht an einer genügend konkreten, nachvollziehbaren echtzeitlichen ärztlichen Statuserhebung und Diagnosestellung und damit an einer überprüfbaren zuverlässigen Grundlage, um die Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin für die angeordneten Massnahmen der ambulanten psychiatrischen Behandlungspflege nach Art. 7 Abs. 2 lit. b Ziff. 13 und 14 KLV für den Zeitraum vom 1. April bis zum 30. Juni 2018 beurteilen zu können. Die Beschwerdegegnerin hat ihre Leistungspflicht für Massnahmen der Untersuchung und Behandlungspflege (psychiatrische Behandlungspflege) somit zu Recht abgelehnt (vgl. BGE 131 V 178 E. 2.4 S. 188; Entscheid des BGer vom 4. Mai 2017, 9C\_698/2016, E. 3.4.3).

**3.4** Nach dem Dargelegten ist in teilweiser Gutheissung der Beschwerde der Einspracheentscheid vom 21. Januar 2019 (AB [nicht paginiert]) insoweit aufzuheben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, als sie über den Anspruch der Beschwerdeführerin auf Massnahmen der psychiatrischen Grundpflege (10.72 Stunden) für den Zeitraum vom 1. April bis zum 30. Juni 2018 im Sinne der Erwägungen neu zu befinden hat. Soweit die Beschwerdeführerin die Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin hinsichtlich der psychiatrischen Behandlungspflege (2 Stunden) für den vorgenannten Zeitraum beantragt, ist die Beschwerde unbegründet und abzuweisen.

#### **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** 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).

Die Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin macht in ihrer Kostennote vom 27. Januar 2020 Parteikosten in der Höhe von insgesamt Fr. 5'035.-- geltend. Da das „Überklagen“ den Prozessaufwand beeinflusst hat, wird die Parteientschädigung ermessensweise auf pauschal Fr. 3'000.-- (inkl. Auslagen und Mehrwertsteuer) festgesetzt.

#### **Demnach entscheidet der Einzelrichter:**

1. In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird der angefochtene Einspracheentscheid der Intras Kranken-Versicherung AG vom 21. Januar 2019 insoweit aufgehoben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen, als sie im Sinne der Erwägungen über den Anspruch

der Beschwerdeführerin auf Massnahmen der psychiatrische Grundpflege für den Zeitraum vom 1. April bis zum 30. Juni 2018 neu zu befinden hat. Im Übrigen wird die Beschwerde abgewiesen.

2. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.
3. Die Beschwerdegegnerin hat der Beschwerdeführerin die Parteikosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 3'000.-- (inkl. Auslagen und MWSt.), zu ersetzen.
4. Zu eröffnen (R):
  - Rechtsanwältin B. \_\_\_\_\_ z.H. der Beschwerdeführerin
  - Intras Kranken-Versicherung AG, Recht & Compliance (samt Eingabe vom 27. Januar 2020)
  - 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.