

# **BL\_GERICHTE 730 12 310 / 17 vom 22. März 2012**

BL Gerichte, 2012-03-22, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bl\\_gerichte\\_730\\_12\\_310\\_17](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bl_gerichte_730_12_310_17)

FR: BL\_GERICHTE 730 12 310 / 17 du 22 mars 2012

IT: BL\_GERICHTE 730 12 310 / 17 del 22 marzo 2012

## **Regeste**

Leistungen

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Gemäss Art. 1 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) vom 18. März 1994 in Verbindung mit Art. 56 Abs. 1 und Art. 60 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) vom 6. Oktober 2000 kann gegen Verfügungen und Einspracheentscheide eines Sozialversicherungsträgers beim zuständigen Versicherungsgericht innerhalb von 30 Tagen Verwaltungsgerichtsbeschwerde erhoben werden. Zuständig ist gemäss Art. 58 Abs. 1 ATSG das Versicherungsgericht desjenigen Kantons, in dem die versicherte Person zum Zeitpunkt der Beschwerdeerhebung ihren Wohnsitz hat. Vorliegend befindet sich dieser in B., womit die örtliche Zuständigkeit des Kantonsgerichts Basel-Landschaft gegeben ist. Laut § 54 Abs. 1 lit. a des Gesetzes über die Verfassungs- und Verwaltungsprozessordnung (VPO) vom 16. Dezember 1993 beurteilt das Kantonsgericht als Versicherungsgericht als einzige gerichtliche Instanz des Kantons Beschwerden gegen Einspracheentscheide der Versicherungsträger gemäss Art. 56 ATSG. Damit ist das Kantonsgericht auch sachlich zur Behandlung der vorliegenden Beschwerde befugt. Auf die frist- und formgerecht eingereichte Beschwerde ist daher einzutreten. 2.1 Am 1. Januar 2011 ist die Neuordnung der Pflegefinanzierung vom 13. Juni 2008 in Kraft getreten (AS 2009 3517, 6847). Gemäss dem neuen Art. 25a Abs. 1 KVG leistet die obligatorische Krankenversicherung lediglich noch einen Beitrag an die Pflegeleistungen, die aufgrund ärztlicher Anordnung ambulant oder im Pflegeheim erbracht werden. Der versicherten Person dürfen von den nicht von Sozialversicherungen gedeckten Pflegekosten höchstens 20% des höchsten vom Bundesrat festgesetzten Pflegebeitrags überwältzt werden. Die Kantone regeln die Restfinanzierung (Art. 25a Abs. 5 KVG). Die von den Krankenversicherungen zu erbringenden Beiträge sind in Art. 7a Abs. 1 und 2 i.V.m. Art. 7 Abs. 1 lit. a und b der Verordnung des EDI über Leistungen in der obligatorischen Krankenversicherung (Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) vom 29. September 1995 frankenmässig festgehalten. Gemäss Abs. 2 der Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 13. Juni 2008 (Pflegefinanzierung) sind die bei Inkrafttreten dieser Änderung geltenden Tarife und Tarifverträge innert drei Jahren an die vom Bundesrat festgesetzten Beiträge an die Pflegeleistungen anzugleichen. Die Angleichung ist von den Kantonsregierungen zu regeln. Im Kanton Basel-Landschaft galten die bestehenden Tarife für ambulante Pflegeleistungen bis 31. Dezember 2012 (vgl. § 1a und 2 der Verordnung über die Finanzierung von Pflegeleistungen vom 22. Februar 2011). Dies bedeutet auch, dass bis zu diesem Zeitpunkt der bisherige Kostenträgungsmodus ohne eine Kostenbeteiligung der Patientinnen und Patienten galt. 2.2 Gemäss ständiger Praxis des

Bundesgerichts beurteilt sich die Rechtmässigkeit eines Verwaltungsaktes grundsätzlich nach der Rechtslage am Tag des (Einsprache-) Entscheids. Eine Rechtsänderung, die während des Beschwerdeverfahrens eintritt, ist grundsätzlich unbeachtlich (BGE 129 II 522 E. 5.3.2, mit Hinweisen). Das Sozialversicherungsgericht hat ferner bei der Beurteilung eines Falles grundsätzlich auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verfügung bzw. des streitigen Einspracheentscheids eingetretenen Sachverhalt abzustellen (BGE 132 V 220 E. 3.1.1, 131 V 11 E. 1; jeweils mit Hinweisen). Vorliegend sind Leistungen der Beschwerdegegnerin ab dem 1. April 2012 strittig. Anfechtungsobjekt ist der Einspracheentscheid vom 11. September 2012. Anwendbar sind somit für die vorliegende Beurteilung die bis 31. Dezember 2012 geltenden Tarife und Bestimmungen für ambulante Pflegeleistungen und die entsprechende Rechtsprechung. Die neue Pflegefinanzierungsordnung gilt im Kanton Basel-Landschaft hingegen erst für den Zeitraum ab 1. Januar 2013 und somit für Leistungen, über deren Erbringung und Wirtschaftlichkeit die Beschwerdegegnerin unter Berücksichtigung der neuen Finanzierungsordnung noch nicht befunden hat. Diese zukünftigen Leistungen bilden folglich nicht Gegenstand des vorliegenden Verfahrens.

### **E. 3**

Streitig und zu prüfen ist die Verpflichtung der Beschwerdegegnerin zur Kostenvergütung der nach ärztlichen Anordnung erfolgten Spitex-Leistungen ab 1. April 2012 und damit zusammenhängend die Frage, ob die Beschwerdegegnerin berechtigt ist, die Leistungen auf die Höhe der Pflegeheimtaxen zu kürzen. 4.1 Nach Art. 24 KVG übernimmt die obligatorische Krankenpflegeversicherung die Kosten für die Leistungen gemäss den Art. 25-31 nach Massgabe der in den Art. 32-34 KVG festgelegten Voraussetzungen. Die Leistungen umfassen unter anderem Untersuchungen, Behandlungen und Pflegemassnahmen, die ambulant, bei Hausbesuchen, stationär, teilstationär oder in einem Pflegeheim durch Personen durchgeführt werden, die auf Anordnung oder im Auftrag eines Arztes oder einer Ärztin Leistungen erbringen (Art. 25 Abs. 2 lit. a Ziff. 3 KVG in der bis 31. Dezember 2010 geltenden und vorliegend aufgrund der kantonalen Übergangsfrist anwendbaren Fassung, vgl. Art. 25 Abs. 2 lit. a und Art. 25a Abs. 1 KVG in der seit 1. Januar 2011 geltenden Fassung). 4.2 Bei Aufenthalt in einem Pflegeheim (Art. 39 Abs. 3 KVG) vergütet der Versicherer gemäss Art. 50 KVG die gleichen Leistungen wie bei ambulanter Krankenpflege nach Art. 25a KVG. In Art. 7 KLV wird der Leistungsbereich bei Krankenpflege zu Hause, ambulant oder im Pflegeheim näher bestimmt. Die Revision der Pflegefinanzierung hat die Art der versicherten Leistungen nicht geändert, sondern bloss den Kostentragsmodus ( Gebhard Eugster , Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Krankenversicherung, Erwin Murer/Hans-Ulrich Stauffer [Hrsg.], Zürich/Basel/Genf 2010, Art. 25 N 4; vgl. auch: Urteil des Bundesgerichts vom 21. September 2012, 9C\_940/2011, E. 2.1). Gemäss Art. 7 Abs. 1 KLV gelten als Pflegeleistungen die Untersuchungen, Behandlungen und Pflegemassnahmen, die aufgrund der Bedarfsabklärung auf ärztliche Anordnung hin oder im ärztlichen Auftrag unter anderem von Pflegefachfrauen und Pflegefachmännern oder Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause erbracht werden. 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 Behandlung (lit. b) sowie der Grundpflege (lit. c). 4.3 Als allgemeine Voraussetzung für die Leistungspflicht aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung verlangt Art. 32 Abs. 1 KVG, dass die Leistungen nach Art. 25-31 KVG wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sind.

Zweckmässigkeit und Wirksamkeit der Leistung setzen voraus, dass die angeordnete Massnahme geeignet ist, das angestrebte Ziel, in casu die Pflege der Beschwerdeführerin, zu erreichen (Kranken- und Unfallversicherung – Rechtsprechung und Verwaltungspraxis [RKUV] 1999 Nr. KV 64 S. 67 f. E. 3a). Diese Frage beurteilt sich primär nach medizinischen Gesichtspunkten; persönliche Umstände (z.B. Familie, Erwerbstätigkeit, gesellschaftliche, soziale und politische Aktivitäten) sind indessen mit zu berücksichtigen (Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG] vom 2. Dezember 2003, K 33/02, E. 2.1; RKUV 2001 Nr. KV 144 S. 26 E. 3b). Das Gebot der Wirtschaftlichkeit besagt, dass die Krankenversicherer die Leistungen auf das Mass zu beschränken haben, das im Interesse des Versicherten liegt und für den Behandlungszweck erforderlich ist (Art. 56 Abs. 1 KVG). Demnach haben sie dort, wo gleichzeitig mehrere Massnahmen als wirksam und zweckmässig zu qualifizieren sind, grundsätzlich nur für die kostengünstigere dieser Massnahmen aufzukommen (vgl. RKUV 1999 Nr. KV 64 S. 67 f. E. 3a).

4.4 Nach der in BGE 126 V 334 ff. ausführlich dargelegten Rechtsprechung bedeutet das Gebot der Wirtschaftlichkeit der Behandlung nicht, dass die Krankenversicherer befugt sind, die Vergütung der Spitex-Dienste stets auf jene Leistungen zu beschränken, die sie bei Aufenthalt in einem Pflegeheim zu gewähren hätten. Die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit darf nicht anhand einer strikten Gegenüberstellung der dem Krankenversicherer entstehenden Kosten eines Spitex-Einsatzes einerseits und eines Pflegeheimaufenthalts andererseits erfolgen. Wenn aber – bei gleicher Zweckmässigkeit der Massnahmen – zwischen den Kosten eines Spitex-Einsatzes und denjenigen des Aufenthalts in einem Pflegeheim ein grobes Missverhältnis besteht, kann der Spitex-Einsatz auch unter Berücksichtigung der berechtigten Interessen der versicherten Person nicht mehr als wirtschaftlich angesehen werden. Dies hat auch dann zu gelten, wenn der Spitex-Einsatz im konkreten Fall als zweckmässiger und wirksamer zu betrachten ist als ein an sich ebenfalls zweckmässiger und wirksamer Heimaufenthalt (BGE 126 V 338 E. 2a; Urteil des Bundesgerichts vom 21. September 2012, 9C\_940/2011, E. 2.3).

5.1. Der behandelnde Hausarzt, Dr. med. C., FMH Allgemeinmedizin, führt in seiner Beantwortung des Fragebogens der Beschwerdegegnerin vom 11. Februar 2012 aus, dass sich der Pflegebedarf der Beschwerdeführerin seit Oktober 2010 stetig erhöht habe. Zu Beginn seien die Themen Inkontinenz und Handlungseinschränkungen wegen Schmerzen am Bewegungsapparat gewesen, im Verlauf sei die Unterstützung betreffend progredienter Demenz hinzugekommen sowie Hilfe bei der Körperpflege und beim Anziehen. Die Strukturierung brauche bei der Beschwerdeführerin viel Zeit. Nach Angaben von Dr. C. lägen keine medizinischen oder pflegerischen Gründe vor, die gegen einen Aufenthalt in einer Institution für Langzeitpflege sprechen. Die Frage, ob die Beschwerdeführerin Aktivitäten betreibe, die sie in einer Institution für Langzeitpflege nicht ausüben könnte, beantwortet er dahingehend, dass die Beschwerdeführerin viel Zeit damit verbringe, kleinere Hausarbeiten teilweise selbstständig zu erledigen. Zudem sei ihr der Sozialkontakt zum Sohn, der im selben Haus wohne und mit dem sie täglich zu Abend esse, sehr wichtig. Dieser tägliche Kontakt und die Gebundenheit an das eigene Haus seien als nichtmedizinische Gründe anzusehen, die gegen einen Aufenthalt in einer Institution für Langzeitpflege sprächen.

5.2 Gemäss Leistungsplanungsblatt der Spitex vom 31. Dezember 2011 sowie dem undatierten standardisierten Pflegeplan legt und pflegt bzw. kontrolliert die Spitex den Dauerkatheter der Beschwerdeführerin, unterstützt sie bei der Körperpflege und hilft beim An- und Auskleiden sowie beim Anlegen der Stützstrümpfe. Ausserdem richtet und verabreicht sie ihr die notwendigen Medikamente. Die Beschwerdeführerin sei in

Bezug auf die Fortbewegung und Lagerung – teils unter Zuhilfenahme von Stöcken und einem Rollator – selbstständig. Sie nehme den Mahlzeitendienst der Spitex in Anspruch, ernähre sich davon abgesehen jedoch ohne Hilfe. Eine Überwachung sei nicht notwendig. Aus den eingereichten Spitex-Akten wird zudem ersichtlich, dass die Spitex zweimal täglich Einsätze leistet. 5.3 Gemäss RAI-HC Schweiz Assessment vom 15. Februar 2012 habe sich die Beschwerdeführerin im dreitägigen Beurteilungszeitraum leicht ablenkbar sowie bei der Fähigkeit für alltägliche Entscheidungen, namentlich bei Entscheidungen bezüglich der Organisation des Alltags leicht beeinträchtigt gezeigt; zudem habe sie Episoden unzusammenhängenden Sprechens. Ebenfalls im Beurteilungszeitraum habe die Beschwerdeführerin sich negativ geäussert, unrealistische Ängste und Sorgen um die eigene Gesundheit gezeigt. Im Bereich psychosoziales Wohlbefinden wurde festgehalten, dass die Beschwerdeführerin in der letzten Woche Aktivitäten im Zusammenhang mit langjährigen Hobbys vorgenommen und im letzten Monat Besuche erhalten und getätigt sowie Telefon- bzw. E-Mail-Kontakt mit langjährigen Bekannten oder Familienangehörigen gehabt habe. Dennoch habe in den letzten 90 Tagen zum Bedauern der Beschwerdeführerin eine Reduktion der Anteilnahme an sozialen, religiösen oder anderen geschätzten Aktivitäten stattgefunden. Neben der Spitex-Pflege erhalte die Beschwerdeführerin Unterstützung von ihrer Tochter bei der allgemeinen Hausarbeit, beim Einkaufen und bei der Geldverwaltung. Sie habe das Haus im dreitägigen Beurteilungszeitraum nicht verlassen, gehe sonst aber regelmässig aus. Die Stunden körperlicher Aktivität seien auf zwei oder mehr täglich zu beziffern. 5.4 Die Beschwerdeführerin weist aufgrund der eingereichten Akten der Spitex die Pflegestufe BESA 7 des Kantons Basel-Landschaft auf. Für diese Pflegebedarfsstufe sieht der Kanton Basel-Landschaft bei stationärer Pflege seit Anfang 2011 einen Kostenbeitrag der Krankenversicherer von Fr. 63.- pro Tag vor. Die Kosten der ärztlichen Behandlung und Medikation sind dabei nicht eingeschlossen und werden von den Kassen nach den gesetzlichen Bestimmungen rückvergütet. Die Pflegekosten, die der Beschwerdegegnerin bei einem Pflegeheimaufenthalt der Beschwerdeführerin monatlich entstünden, belaufen sich somit auf gerundet Fr. 1'916.-. Die von der Beschwerdegegnerin erbrachten Leistungen an die Spitex-Pflege betragen im Zeitpunkt des Einspracheentscheids pro Monat durchschnittlich rund Fr. 4'930.- (August 2011 bis Juli 2012 gemäss Aufstellung der Beschwerdegegnerin). Damit sind die durchschnittlichen Kosten der Spitex-Pflege 2.57-mal höher als die Pflege in einer stationären Einrichtung. Die Beschwerdegegnerin selbst stützt ihren Entscheid auf die Pflegekosten für die Periode vom 1. Dezember 2011 bis 31. Dezember 2011 in der Höhe von Fr. 4'779.35 ab und nimmt gerundet einen Faktor von 2.4 (tatsächlich 2.49) gegenüber den Kosten eines Pflegeheims an. Dieser Faktor wird seitens der Beschwerdeführerin grundsätzlich nicht in Frage gestellt, sie weist jedoch darauf hin, dass sich die Pflegekosten seit Dezember 2011 verringert hätten. 6.1 Umstritten und zu prüfen ist vorliegend, ob die um den Faktor 2.40 (bzw. 2.49 bis 2.57) höheren Spitex-Kosten noch als wirtschaftlich im Sinne von Art. 56 Abs. 1 KVG gelten können. Dazu ist zunächst zu beurteilen, ob sowohl die Pflege zu Hause wie auch die Pflege in einem Heim als geeignete und zweckmässige Massnahmen erscheinen. 6.2 Aus den eingereichten Pflegeunterlagen wird deutlich, dass die Beschwerdeführerin insbesondere in der Behandlung der Blasenentleerungsstörung, namentlich betreffend den Dauerkatheter, sowie in der Körperpflege pflegebedürftig ist. Daneben benötigt sie Unterstützung beim An- und Auskleiden, dem Anlegen der Stützstrümpfe sowie dem Richten und Verabreichen der benötigten Medikamente. Aufgrund der eingereichten Pflegedokumentation kann entgegen der Ansicht der Beschwerdegegnerin nicht von einer

massiven Beeinträchtigung in beinahe sämtlichen Lebensbereichen ausgegangen werden. So sorgt die Beschwerdeführerin unter Inanspruchnahme des Mahlzeitendienstes der Spitex selbstständig für ihre Ernährung und bewegt sich mit Hilfsmitteln eigenständig fort. Eine Überwachung, insbesondere eine dauernde, ist nicht notwendig. Die Spitex nimmt denn auch bloss zweimal täglich, morgens und abends, einen Einsatz vor. Ebenfalls nicht ohne Weiteres ersichtlich sind einerseits die von der Beschwerdegegnerin geltend gemachte und vom Hausarzt angeführte Erhöhung und andererseits die seitens der Beschwerdeführerin ab Dezember 2011 vorgebrachte Verringerung des Pflegeaufwands. Vielmehr sind aus der von der Beschwerdegegnerin erstellten Aufstellung der Spitex-Kosten zwar Schwankungen erkennbar, jedoch keine kontinuierliche Entwicklung. Bei den beschriebenen Pflegeleistungen handelt es sich durchwegs um typische Spitex-Dienste. Dem Pflegebedarf der Beschwerdeführerin kann folglich sowohl von der Spitex wie auch in einem Pflegeheim Genüge getan werden. Aus pflegerischer Sicht erscheinen die Heimpflege und die Pflege durch die Spitex somit grundsätzlich als gleichwertig.

### 6.3 Der Hausarzt der Beschwerdeführerin führt in seiner Beantwortung des Fragebogens der Helsana vom 11. Februar 2012 ferner aus, dass keine medizinischen Gründe gegen einen Pflegeheimaufenthalt sprächen. Aus dem Behandlungsplan von Dr. C. vom 3. Oktober 2011 wird indessen ersichtlich, dass der Beschwerdeführerin beruhigende, stimmungsaufhellende, angstlösende und antidepressive Medikamente zur täglichen Einnahme verschrieben worden sind. Im Zeitpunkt des RAI-HC Schweiz Assessment vom 15. Februar 2012 hat die Beschwerdeführerin zumindest noch ein angsthemmendes Medikament (sog. Anxiolytika) eingenommen. Aus der (undatierten) BESA-Einstufung der Spitex geht zudem hervor, dass die Beschwerdeführerin sehr ängstlich ist, oft beruhigt werden muss, unter depressiven Verstimmungen leide und deswegen Psychopharmaka einnehme. Eine Verstärkung dieser psychogeriatrischen Symptomatik bei einem Heimaufenthalt wird als sicher angesehen. Die drohende Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustands bei einem Pflegeheimeintritt gilt gemäss Rechtsprechung als Grund, der die Spitex-Pflege als (leicht) wirksamer und zweckmässiger erscheinen lässt (Urteil des EVG vom 2. Dezember 2003, K 33/02, E. 2.1, RKUV 2001 Nr. KV 162 S. 182 f. E. 3, Urteil des EVG vom 13. September 2001, K 201/00, E. 3b). Weshalb der behandelnde Hausarzt im Fragebogen der Beschwerdegegnerin vom 11. Februar 2012 die psychogeriatrische Symptomatik der Beschwerdeführerin nicht erwähnte, ist nicht nachvollziehbar. Die Frage kann letztlich jedoch offen gelassen werden, da ohne Weiteres einleuchtend ist, dass sich die – wohl mit der Demenz zusammenhängenden – depressiven Verstimmungen und Ängste der Beschwerdeführerin ausserhalb der gewohnten Umgebung ihres Zuhauses in massgeblicher Weise verschlimmern würden. Vorliegend ist die Spitex-Pflege aufgrund der voraussehbaren Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustands der Beschwerdeführerin bei einem Pflegeheimeintritt folglich als leicht wirksamer und zweckmässiger zu qualifizieren.

### 6.4 Zu würdigen sind ausserdem allfällige persönliche und soziale Gründe, die gegen einen Pflegeheimeintritt sprechen würden. Der Hausarzt der Beschwerdeführerin führt diesbezüglich aus, dass die Beschwerdeführerin täglich mit ihrem Sohn, der im selben Haus wohne, zu Abend esse. Die Verlaufsberichte zeigen, dass die Beschwerdeführerin während des gesamten dokumentierten Zeitraums von September 2011 bis Februar 2012 Spaziergänge, Ausflüge und Theaterbesuche unternahm sowie Besuch empfing oder sich mit Bekannten verabedete. Hingegen scheint aus dem RAI-HC Schweiz Assessment vom 15. Februar 2012 hervorzugehen, dass eine Reduktion der sozialen und gesellschaftlichen Kontakte

stattgefunden habe. Da aus den eingereichten Unterlagen nicht vollends klar wird, in welcher Intensität die geltend gemachten und im Verlaufsbericht der Spitex dokumentierten Kontakte und Aktivitäten stattfinden und ob bzw. inwiefern sie beim Eintritt in ein Pflegeheim aufrecht erhalten blieben, sind diese persönlichen und sozialen Gründe für die ambulante Pflege lediglich sekundär zu berücksichtigen. 6.5 Zu beurteilen bleibt die Wirtschaftlichkeit der Heimpflege. In Fällen, in denen – wie vorliegend – die Spitex-Pflege als leicht wirksamer und zweckmässiger als die Heimpflege qualifiziert wurde, hat das Bundesgericht in der Vergangenheit einen Anspruch auf Kostenübernahme bejaht bei 1.9-mal, 2.6- bis 2.9-mal sowie 2.87-mal höheren Spitex-Kosten (Urteil des EVG vom 2. Dezember 2003, K 33/02, E. 2.2 mit vielen weiteren Hinweisen; RKUV 2001 Nr. KV 162 S. 182 f. E. 3; Urteil des EVG vom 13. September 2001, K 201/00, E. 3c). Bei Gleichwertigkeit der Spitex- und der Heimpflege hat das Bundesgericht in einem jüngeren Entscheid bei rund 2.35-mal höheren Kosten die Spitex-Pflege als "gerade noch" wirtschaftlich qualifiziert (Urteil des Bundesgerichts vom 21. September 2012, 9C\_940/2011, E. 3.4). Hingegen hat es die Wirtschaftlichkeit verneint bei 3- bis 4-mal sowie bei 4- bis 5-mal höheren Spitex-Kosten (Urteil des EVG vom 11. Mai 2004, K 95/03, E. 3.2, Urteil des EVG vom 5. Oktober 2000, K 61/00, E. 4, hingegen bei 3.5-mal höheren Kosten in BGE 126 V 342 f. E. 3b bejaht, da die Spitex-Pflege als erheblich zweckmässiger und wirksamer qualifiziert wurde). Unter Berücksichtigung der zitierten bundesgerichtlichen Rechtsprechung und der konkreten Umstände des vorliegenden Falls ist zwischen den Kosten der Pflege in einem Heim und den 2.4- bzw. 2.49-, durchschnittlich jedenfalls 2.57-fach höheren Kosten der Spitex-Pflege kein grobes Missverhältnis zu erkennen. Die Spitex-Pflege erweist sich zum Zeitpunkt des vorliegenden Entscheids noch als wirtschaftlich.

#### **E. 7**

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass vorliegend in Würdigung der gesundheitlichen und persönlichen Umstände der Beschwerdeführerin die ambulante Pflege durch die Spitex als leicht wirksamer und zweckmässiger als die stationäre Pflege in einem Heim anzusehen ist. Bei einem Kostenfaktor von 2.4 bis 2.57 kann die Spitex-Pflege rechtsprechungsgemäss noch als wirtschaftlich qualifiziert werden. Ob die bundesgerichtliche Rechtsprechung zur Wirtschaftlichkeit der Spitex-Pflege unter der Herrschaft der neuen Pflegefinanzierung an Bedeutung verliert oder beachtlich bleibt, wenn die vom Bundesrat festgesetzten Beiträge gemäss Art. 7a KLV für die ambulante Pflege einerseits und für den Aufenthalt in einem Pflegeheim andererseits stark divergieren, kann im vorliegenden Fall nach dem unter Erwägung 2.2 Ausgeführten offenbleiben (Eugster, a.a.O., Art. 25 N 31). Dies gilt wohl umso mehr, als das Bundesgericht in einem jüngst ergangenen Entscheid die Frage aufwirft, ob im Hinblick auf Art. 43a Abs. 5 des Bundesverfassung der Schweizerischen Eidgenossenschaft vom 18. April 1999 überhaupt noch am bisherigen krankenversicherungsrechtlichen Begriff der Wirtschaftlichkeit, der sich lediglich auf die Kosten des Krankenversicherers bezieht, festgehalten werden könne (Urteil des Bundesgerichts vom 21. September 2012, 9C\_940/2011, E. 3.4).

#### **E. 8**

Für das vorliegende Verfahren sind gestützt auf Art. 61 lit. a ATSG keine Kosten zu erheben. Gestützt auf Art. 61 lit. g ATSG hat die obsiegende beschwerdeführende Person Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Dem Ausgang des Verfahrens entsprechend ist der Beschwerdeführerin eine Parteientschädigung zu Lasten der Beschwerdegegnerin

zuzusprechen. Der in der Honorarnote vom 29. November 2012 ausgewiesene Zeitaufwand von 8.2 Stunden erweist sich in Anbetracht der sich stellenden Sachverhalts- und Rechtsfragen als angemessen. Nicht zu beanstanden sind sodann die in der Honorarnote ausgewiesenen Auslagen in der Höhe von Fr. 192.-. Der Beschwerdeführerin ist deshalb eine Parteienschädigung in der geltend gemachten Höhe von Fr. 2'421.35 (8.2 Stunden à Fr. 250.- + Auslagen von Fr. 192.- zuzüglich 8 % Mehrwertsteuer) zu Lasten der Beschwerdegegnerin zuzusprechen. Demgemäss wird e r k a n n t : 1. In Gutheissung der Beschwerde wird der angefochtene Einspracheentscheid vom 11. September 2012 aufgehoben und die Helsana Versicherungen AG verpflichtet, der Beschwerdeführerin ab 1. April 2012 die verordneten Spitex-Leistungen im gesetzlich vorgeschriebenen Umfang zu bezahlen. 2. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben. 3. Die Helsana Versicherungen AG hat der Beschwerdeführerin eine Parteienschädigung in der Höhe von Fr. 2'421.35 (inkl. Auslagen und 8% MwSt.) zu bezahlen. Gegen diesen Entscheid wurde von der Beschwerdegegnerin am 7. Mai 2013 Beschwerde beim Bundesgericht (siehe nach Vorliegen des Urteils: Verfahren-Nr. 9C\_343/2013 ) erhoben. Kantonsgericht Basel-Landschaft Abteilung Sozialversicherungsrecht

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.