

GL_GERICHTE GL-1014 vom 15. November 2018

GL Gerichte, 2018-11-15, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/gl_gerichte_GL-1014

FR: GL_GERICHTE GL-1014 du 15 novembre 2018

IT: GL_GERICHTE GL-1014 del 15 novembre 2018

Erwägungen

E. 1

1.1 Der im Jahr [] geborene A. _____ leidet gemäss eigenen Angaben an einer autistischen Störung, gemäss dem Bericht der behandelnden Ärztin, Dr. med. D. _____ vom 30. April 2018 an einem Fragilen-X-Syndrom. Er lebt zu Hause und wird durch seine Mutter, B. _____, sowie durch Assistenzpersonal betreut und gepflegt. A. _____ ist bei der EGK Grundversicherungen AG (nachfolgend: EGK) obligatorisch krankenpflegeversichert. Am 3. April 2017 teilte er der EGK mit, es sei eine Anstellung seiner Mutter bei der neu gegründeten E. _____ GmbH als Pflegerin geplant. Dabei stelle sich die Frage, ob die EGK grundsätzlich bereit sei, im Rahmen einer gütlichen Einigung die Leistungspflicht gemäss Art. 7 der Verordnung des EDI über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung vom 29. September 1995 (KLV) zu regeln. Die EGK verfügte am 9. Mai 2017, dass die Kosten für die von B. _____ erbrachten Pflegeleistungen nicht zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung übernommen würden. Eine dagegen von A. _____ am 6. Juni 2017 erhobene Einsprache wies die EGK am 12. Juni 2017 ab. Dagegen gelangte A. _____ mit Beschwerde vom 14. Juni 2017 ans Verwaltungsgericht und beantragte die Aufhebung des Einspracheentscheids sowie die Rückweisung der Sache an die EGK. Das Verwaltungsgericht hiess die Beschwerde am 31. August 2017 gut und wies die Sache an die EGK zurück (VGer-Urteil VG.2017.00047).

1.2 In der Folge beantragte die E. _____ GmbH für den Beschwerdeführer am 24. März 2018 die Übernahme von durch seine Mutter erbrachten Spitex-Leistungen von 101 Minuten für Massnahmen der Abklärung und Beratung (Art. 7 Abs. 2 lit. a KLV) sowie von 52'078 Minuten bzw. knapp 868 Stunden für Massnahmen der Grundpflege (Art. 7 Abs. 2 lit. c KLV) für den Zeitraum vom 1. Januar 2018 bis 31. März 2018. Die EGK verfügte am 26. Juni 2018, dass sie lediglich Kostengutsprache für 50 Stunden Grundpflege pro Monat erteile. Dagegen erhob A. _____ am 29. Juni 2018 Einsprache und beantragte, ihm seien die von ihm beantragten Pflegeleistungen zu vergüten. Die EGK hiess die Einsprache am 14. August 2018 teilweise gut und sprach A. _____ zusätzlich zu den 50 Stunden Grundpflege pro Monat einmalig 101 Minuten für Massnahmen der Abklärung und Beratung zu.

E. 2

lit. c Ziff. 2 KLV erwähnten Massnahmen, wenn seine Erkrankung somatisch sei. Unerheblich sei sodann, ob die E. _____ GmbH berechtigt sei, für versicherte Personen, welche an einer psychiatrischen Diagnose leiden, die in Art. 7 Abs. 2 lit. c Ziff. 2 KLV genannten Massnahmen mit eigenem Personal erbringen zu dürfen, liege doch ohnehin eine Langzeitpflege und nicht eine psychiatrische Pflege im Sinne von Art. 7 Abs. 2 bis KLV vor. Dass der Verordnungsgeber bei psychischen Krankheiten eine zweijährige praktische Tätigkeit in der Fachrichtung Psychiatrie verlange, sei nachvollziehbar. Er könne aber nicht

mit einer psychisch erkrankten Person verglichen werden. Sodann sei darauf hinzuweisen, dass seine Mutter ihn seit seiner Geburt betreue und besser als alle anderen wisse, was er benötige. Es wäre geradezu grotesk, wenn seine Mutter die umstrittenen Pflegeleistungen unentgeltlich ausführen dürfte, während eine entgeltliche Erbringung unzulässig wäre, weil ihr das notwendige Fachwissen fehle.

2.2 Die Beschwerdegegnerin führt aus, dass zwischen Massnahmen der allgemeinen Grundpflege im Sinne von Art. 7 Abs. 2 lit. c Ziff. 1 KLV und Massnahmen der psychiatrischen Grundpflege im Sinne von Art.

E. 7

Abs. 2 lit. c Ziff. 2 KLV zu unterscheiden sei. Zu Massnahmen der psychiatrischen Grundpflege zählten die beantragten Leistungen Nrn. 10005 (Erarbeiten und Einüben einer angepassten Tagesstruktur), 10006 (Trainieren der sozialen Kontaktaufnahme und der Gestaltung von Beziehungen), 10007 (Aktivitätsaufbau Schultag bzw. Wochenende/Ferien) sowie 10016 (Unterstützung beim Einsatz von Orientierungshilfen und Sicherheitsmassnahmen). Ihr könne kein Verstoss gegen das Gleichbehandlungsgebot oder das Diskriminierungsverbot vorgeworfen werden, da sie dem Beschwerdeführer eine psychiatrische Diagnose unterstelle (Autismus) und nicht den Standpunkt vertrete, dass er nur psychiatrische Grundpflege, nicht aber allgemeine Grundpflege benötige. Entscheidend für die Ablehnung der Leistungspflicht für die Massnahmen gemäss Art. 7 Abs. 2 lit. c Ziff. 2 KLV falle ins Gewicht, dass diese im fraglichen Zeitraum durch die Mutter des Beschwerdeführers erbracht worden seien, welche nicht dem erforderlichen Fachpersonal im Sinne von Art. 51 lit. c der Verordnung über die Krankenversicherung vom 27. Juni 1995 (KVV) zugeordnet werden könne. Entsprechend habe bereits das Verwaltungsgericht im Urteil vom 31. August 2017 ausdrücklich festgehalten, dass für die Abrechnung von Leistungen bei Spitex-Organisationen angestellten Angehörigen ohne die erforderliche pflegerische Ausbildung nur Massnahmen der Grundpflege gemäss Art. 7 Abs. 2 lit. c Ziff. 1 KLV in Frage kämen. Sodann fehle es für die beantragten Leistungen auch an der medizinischen Indikation. Gemäss der vertrauensärztlichen Beurteilung kämen bei dem an mittelschwerem Autismus leidenden Beschwerdeführer keine psychiatrischen Spitex-Leistungen in Frage, da diese stark sprachgebunden seien und im Sinne eines Gesamtkonzepts in eine psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung miteingebunden werden müssten. In einer solchen Behandlung stehe der Beschwerdeführer aber nicht. Was die Leistungen gemäss Nr. 10007 (Aktivitätsaufbau an Schultagen bzw. Wochenenden/Ferien) betreffe, handle es sich dabei ganz überwiegend um Leistungen der sozialen Betreuung des Beschwerdeführers, welche ohnehin keine Pflichtleistungen darstellten. Schliesslich falle eine Abrechnung von Grundpflegeleistungen der E._____ GmbH gemäss Art. 7 Abs. 2 lit. c Ziff. 2 KLV ausser Betracht, weil diese nicht über den für die Zulassung gemäss Art. 51 lit. b KVV erforderlichen Leistungsauftrag verfüge.

3.

3.1 Gemäss Art. 34 Abs. 1 KVG dürfen die Versicherer im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung keine anderen Kosten als diejenigen für die Leistungen nach den Art. 25-33 KVG übernehmen. Nach 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 gemäss Art. 25a Abs. 3 KVG die Pflegeleistungen und regelt das Verfahren der Bedarfsermittlung. Die Kompetenz zur Bezeichnung der Leistungen hat er in Art. 33 lit. b KVV dem Eidgenössischen Departement des Innern (EDI) übertragen. Gemäss dem von diesem erlassenen Art. 7 Abs. 1 KLV gelten als Leistungen nach Art. 33 lit. b KVV 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 erbracht werden. Leistungen im Sinne von Art. 7 Abs. 1 KLV sind dabei gemäss Art. 7 Abs. 2 KLV Massnahmen der Abklärung, Beratung und Koordination (lit. a), Massnahmen der Untersuchung und der Behandlung (lit. b) und Massnahmen der Grundpflege (lit. c). Bei der Grundpflege unterscheidet Art. 7 Abs. 2 lit. c KLV zwischen der somatischen (Ziff. 1) und der psychiatrischen (Ziff. 2) Grundpflege. Die Leistungen müssen nach Art. 32 Abs. 1 KVG wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sein.

3.2 Als Leistungserbringer bei der Pflege zu Hause kommen gemäss Art. 7 Abs. 1 lit. a und b KLV Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner sowie Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause in Frage, wobei die Zulassungsvoraussetzungen aufgrund der Kompetenznorm von Art. 38 KVG durch den Bundesrat in Art. 49 KVV (für die Pflegefachpersonen) und in Art. 51 KVV (für die Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause) festgesetzt wurden.

4.

4.1 Der Beschwerdeführer stützt sich bei den beantragten Leistungen auf das Bedarfsabklärungs-Instrumentarium der Spitex, RAI-HC (Resident Assessment Instrument ■ Homecare). Unter anderem beantragt er folgende Leistungen: Nr. 10005 (Erarbeiten und Einüben einer angepassten Tagesstruktur), Nr. 10006 (Trainieren der sozialen Kontaktaufnahme und der Gestaltung von Beziehungen), Nr. 10007 (Aktivitätsaufbau) und Nr. 10016 (Unterstützung beim Einsatz von Orientierungshilfen und Sicherheitsmassnahmen). Bei all diesen Massnahmen handelt es sich gemäss RAI-HC um psychiatrische Leistungen.

4.2 Die behandelnde Ärztin, Dr. D. _____, diagnostizierte beim Beschwerdeführer ein Fragiles-X-Syndrom. Die Vertrauensärztin der Beschwerdegegnerin ging wie der Beschwerdeführer in seiner Beschwerdeschrift von einer autistischen Störung aus. Der Beschwerdeführer vertritt die Auffassung, dass er an einer somatischen Erkrankung leide, während die Beschwerdegegnerin eine psychische Erkrankung annimmt.

Vorliegend ist es unerheblich, ob die Erkrankung als somatisch oder als psychisch zu bezeichnen ist. Die Beschwerdegegnerin schliesst nämlich aufgrund der Diagnose nicht aus, dass der Beschwerdeführer Anspruch auf somatische und auf psychiatrische Grundpflege im Sinne von Art. 7 Abs. 2 lit. c Ziffn. 1 und 2 KLV hat. Insofern ist der Vorwurf des Beschwerdeführers, wonach der angefochtene Entscheid gegen das Rechtsgleichheitsgebot bzw. das Diskriminierungsverbot verstosse, nicht nachvollziehbar.

4.3 Massgebend ist indessen, dass es sich bei den Leistungen Nrn. 10005, 10006, 10007 und 10016 um solche der psychiatrischen Grundpflege im Sinne von Art. 7 Abs. 2 lit. c Ziff. 2 KLV handelt, wobei unerheblich ist, ob dem Beschwerdeführer eine somatische oder eine psychiatrische Diagnose gestellt wurde. Für die psychiatrische Pflege verfügt die E. _____ GmbH als Leistungserbringerin gemäss eigenen Angaben über keine Zulassung

im Sinne von Art. 51 KVV, weshalb eine Kostenübernahme bereits aus diesem Grund ausser Betracht fällt.

4.4 Das Verwaltungsgericht hat in seiner Entscheidung vom 31. August 2017 erwogen, dass nur Massnahmen der Grundpflege nach Art. 7 Abs. 2 lit. c Ziff. 1 KLV, welche von der Mutter des Beschwerdeführers als Angestellte der E. _____ GmbH erbracht werden, zu Lasten der obligatorischen Krankenversicherung abgerechnet werden dürfen (VGer-Urteil VG.2017.00047 E. II/4.5). Dies entspricht der bundesgerichtlichen Rechtsprechung, wonach ungelernete Personen, welche bei einer Spitex-Organisation eigens für die Erbringung von Pflegeleistungen zu Gunsten eines Familienangehörigen angestellt sind, nur relativ einfache Grundpflege oder Grundpflege in einfachen Situationen über die Spitex-Organisation zu Lasten der obligatorischen Krankenversicherung abrechnen dürfen (BGer-Urteil 9C_597/2007 vom 19. Dezember 2007 E. 3; K 156/04 vom 21. Juni 2006 E. 4.2).

Bei der psychiatrischen Grundpflege handelt es sich nicht um relativ einfache Grundpflege oder Grundpflege in einfachen Situationen, vielmehr gestaltet sich diese regelmässig komplexer. Sie kann dem Erfordernis der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit gemäss Art. 32 Abs. 1 KVG nur dann genügen, wenn sie durch geschultes Fachpersonal idealerweise im Rahmen eines Gesamtkonzepts (vgl. dazu die Stellungnahme der Vertrauensärztin der Beschwerdegegnerin vom 8. August 2018) erbracht wird. Sodann kann dem offensichtlichen Missbrauchspotential nur dadurch begegnet werden, wenn die Leistungen durch Fachpersonal, nicht durch Angehörige erbracht werden. Auch wenn die Mutter des Beschwerdeführers ihren Sohn und dessen Bedürfnisse sicherlich bestens kennt, dürfen nach dem Gesagten lediglich von der Mutter erbrachte Leistungen der somatischen Grundpflege zu Lasten der Beschwerdegegnerin abgerechnet werden. Folglich sind die beantragten Leistungen der psychiatrischen Grundpflege auch aus diesem Grund nicht durch die Beschwerdegegnerin zu übernehmen.

5.

Schliesslich rügt der Beschwerdeführer nicht substantiiert, die Beschwerdegegnerin habe die beantragten Leistungen der somatischen Grundpflege zu Unrecht gekürzt. Die durch die Beschwerdegegnerin vorgenommenen Kürzungen sind denn auch nachvollziehbar. So erscheint eine Rasur (Leistung Nr. 10106) dreimal pro Woche statt täglich ausreichend. Vertretbar ist auch, dass für das Schneiden der Fingernägel (Leistung Nr. 10108) und der Zehennägel (Leistung Nr. 10109) nur fünf statt zehn Minuten angerechnet werden. Sodann bringt der Beschwerdeführer weder vor noch ist dies aus den Akten ersichtlich, dass die Kürzungen der Positionen Nr. 10114 (Hilfe An- und Auskleiden), Nr. 10301 (beim Trinken unterstützen) und Nr. 10302 (beim Essen helfen) zu Unrecht erfolgten. So geht die Beschwerdegegnerin zutreffend davon aus, dass das Ankleiden bei der täglichen Körperpflege (Nrn. 10101-10105) enthalten ist und für das Auskleiden zehn Minuten pro Tag ausreichen dürften. Schliesslich führt sie auch richtig aus, dass der Beschwerdeführer selber essen und trinken kann, weshalb die Kürzung der entsprechenden Leistungen von 30 auf 15 Minuten dreimal täglich ebenfalls zulässig ist.

Demgemäss ist die Beschwerde abzuweisen.

III.

1.

Der Beschwerdeführer hat die Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung und der unentgeltlichen Rechtsverteidigung beantragt, sofern die Rechtsschutzversicherung eine Kostengutsprache verweigert.

Obschon sich das Verwaltungsgericht beim Rechtsvertreter des Beschwerdeführers mehrfach betreffend die Kostenübernahme durch die Rechtsschutzversicherung erkundigt hat, lagen ihm bis zum Erlass des vorliegenden Urteils noch keine entsprechenden Informationen vor, weshalb über die Gesuche des Beschwerdeführers um Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung und unentgeltlichen Rechtsverteidigung in einem separaten Entscheid zu befinden ist und dem Beschwerdeführer Frist anzusetzen ist, um dem Verwaltungsgericht unter Einreichung der notwendigen Belege mitzuteilen, ob die Rechtsschutzversicherung die Kosten des vorliegenden Verfahrens übernimmt.

2.

Die Gerichtskosten sind von Gesetzes wegen auf die Staatskasse zu nehmen (Art. 1 Abs. 1 KVG i.V.m. Art. 61 lit. a ATSG). Ausgangsgemäss ist dem Beschwerdeführer keine Parteientschädigung zuzusprechen. Da eine solche gemäss Art. 1 Abs. 1 KVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG nur der obsiegenden Beschwerde führenden Partei zusteht, hat auch die Beschwerdegegnerin keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung.

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