

# GL\_GERICHTE GL-1620 vom 24. November 2022

GL Gerichte, 2022-11-24, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/gl\\_gerichte\\_GL-1620](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/gl_gerichte_GL-1620)

FR: GL\_GERICHTE GL-1620 du 24 novembre 2022

IT: GL\_GERICHTE GL-1620 del 24 novembre 2022

## Erwägungen

### E. 1

1.1 Der am [ ] geborene A.\_\_\_\_\_ leidet an zystischer Fibrose (Geburtsgebrechen Nr. 459 gemäss Anhang der Verordnung über Geburtsgebrechen vom 9. Dezember 1995 [GgV]). Er bezieht eine Hilflosenentschädigung im Sonderfall.

1.2 A.\_\_\_\_\_ wird zu Hause von seiner Mutter, einer ausgebildeten Pflegefachfrau, betreut und gepflegt, welche zu diesem Zweck durch die D.\_\_\_\_\_ GmbH angestellt wurde. Die IV-Stelle Glarus vergütete die Kosten der Kinderspitex im Jahr 2018 ohne Anerkennung einer Rechtspflicht und Präjudiz für künftige Fälle. Ab 2019 übernahm sie lediglich noch Leistungen der Spitex Glarus Nord in akuten Infektsituationen. Dieses Vorgehen wurde sowohl vom Verwaltungsgericht (VGer-Urteil VG.2020.00085 vom 19. November 2020) als auch vom Bundesgericht gutgeheissen (BGer-Urteil 9C\_773/2020 vom 15. März 2021).

### E. 2

Nachdem A.\_\_\_\_\_ ein Kostenübernahmegesuch für Spitexleistungen ab dem 1. Januar 2019 bei der Arcosana AG (Arcosana) eingereicht hatte, teilte Letztere der D.\_\_\_\_\_ GmbH als Leistungserbringerin am 6. April 2021 mit, dass sie die Behandlungspflege lediglich teilweise und die Grundpflege nicht vergüte. Damit zeigte sich A.\_\_\_\_\_ nicht einverstanden und verlangte am 22. April 2021 eine anfechtbare Verfügung. Dem kam die Arcosana am 18. Mai 2021 bzw. am 22. Dezember 2021 nach, wobei sie die zunächst gewährte Kostengutsprache für die Behandlungspflege widerrief. Hiergegen erhob A.\_\_\_\_\_ am 31. Januar 2022 Einsprache, welche die Arcosana am 21. Juni 2022 abwies.

### E. 3

3.1 Nach Art. 27 KVG übernimmt die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) bei Geburtsgebrechen, die nicht durch die IV gedeckt sind, die Kosten für die gleichen Leistungen wie bei Krankheit. Nach Art. 25a Abs. 1 KVG leistet sie einen Beitrag an die Pflegeleistungen, welche aufgrund einer ärztlichen Anordnung und eines ausgewiesenen Pflegebedarfs ambulant erbracht werden. Diese werden gemäss Art. 7 Abs. 1 KLV unterteilt in Untersuchungen, Behandlungen und Pflegemassnahmen, welche 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). Die Leistungen müssen nach Art. 32 Abs. 1 KVG wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sein.

3.2 Art. 27 KVG und Art. 25a KVG schliessen nicht aus, dass Krankenpflegeleistungen nach Art. 7 KLV auch an Personen erbracht werden, die Leistungen der IV nach Art. 13 f. des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung (IVG) beziehen. Die

darauf gestützten Leistungen decken den Pflegeaufwand nämlich nicht ab, namentlich, weil Leistungen, welche auch durch andere Personen als durch medizinisches Fachpersonal erbracht werden können, nicht erfasst sind. Dabei ist aber zu berücksichtigen, dass die HE und der IPZ der IV mindestens teilweise auch Leistungen abdecken, welche die OKP unter dem Titel Pflegeleistungen erbringt. Die ständige und besonders aufwändige Pflege bzw. die Behandlungs- und Grundpflege, welche nach Art. 37 Abs. 3 lit. c bzw. Art. 39 Abs. 2 der Verordnung über die Invalidenversicherung vom 17. Januar 1961 (IVV) Voraussetzung für einen Anspruch auf HE bzw. IPZ ist, überschneidet sich materiell mit den Krankenpflegeleistungen gemäss Art. 7 Abs. 2 lit. b und c KLV. Demzufolge steht die Leistungskumulation gemäss Art. 122 der Verordnung über die Krankenversicherung vom 27. Juni 1995 (KVV) unter dem Vorbehalt einer durch die HE bzw. den IPZ bewirkten Überentschädigung (BGE 146 V 253 E. 2.2.2; BGer-Urteil 9C\_886/2010 vom 10. Juni 2011 E. 4.4 f.).

#### **E. 4**

4.1 Für die Beurteilung des Gesundheitszustands und der rechtlichen Folgen sind Versicherungsträger und Gerichte auf Angaben ärztlicher Expertinnen und Experten angewiesen. Deren Aufgabe ist es, sämtliche Auswirkungen einer Krankheit oder eines Unfalls auf den Gesundheitszustand der Versicherten zu beurteilen und zu umschreiben. Diese Einschätzungen haben die Verwaltung und die kantonalen Versicherungsgerichte nach dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c ATSG) ohne Bindung an förmliche Beweisregeln umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass das Gericht alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts ist entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (vgl. BGE 125 V 351 E. 3a, mit Hinweisen).

4.2 Die Verwaltung als verfügende Instanz und ■ im Beschwerdefall ■ das Gericht dürfen eine Tatsache nur dann als bewiesen annehmen, wenn sie von ihrem Bestehen überzeugt sind. Im Sozialversicherungsrecht hat das Gericht seinen Entscheid, sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen. Die blossе Möglichkeit eines bestimmten Sachverhalts genügt den Beweisanforderungen nicht (BGE 138 V 218 E. 6).

#### **E. 5**

5.1 Das Bundesgericht hat für das vorliegende Verfahren verbindlich festgehalten, dass die OKP leistungspflichtig sein kann (BGer-Urteil 9C\_773/2020 vom 15. März 2021 E. 4.2.3). Sodann hat es die strittigen Leistungen insofern bereits klassifiziert, als dass dafür keine medizinische Fachqualifikation notwendig ist (E. 4.1). Demgegenüber wird für Leistungen nach Art. 7 Abs. 2 lit. a und b KLV eine medizinische Fachqualifikation vorausgesetzt (vgl. BGE 145 V 161 E. 5.3). Demgemäss fällt eine Übernahme der vom Beschwerdeführer

in Rechnung gestellten Leistungen durch die Beschwerdegegnerin lediglich gestützt auf Art. 7 Abs. 2 lit. c Ziff. 1 KLV (Grundpflegeleistungen) in Betracht. Dies gilt für sämtliche im Recht liegenden Rechnungen, zumal jeweils die gleichen Leistungen erbracht wurden und sich lediglich die Verteilung bzw. der zeitliche Aufwand geändert hat.

## **E. 5.2**

5.2.1 Die OKP übernimmt Pflegemassnahmen, die aufgrund der Bedarfsabklärung nach Art. 7 Abs. 2 lit. a i.V.m. Art. 8 KLV auf ärztliche Anordnung hin oder im ärztlichen Auftrag erbracht werden. Die Bedarfsermittlung hat durch einen Pflegefachmann oder eine Pflegefachfrau zu erfolgen (Art. 8a Abs. 1 KLV). Vorliegend stellt sich die Beschwerdegegnerin offenbar auf den Standpunkt, der Beschwerdeführer habe keinen Bedarf an Grundpflegeleistungen nach Art. 7 Abs. 2 lit. c KLV. Indessen anerkennt sie gleichzeitig einen pflegerischen Versorgungsbedarf, sieht diesen aber durch die Leistungen der IV als gedeckt.

5.2.2 Vorliegend wurde die Pflegeabklärung durch E.\_\_\_\_\_, Pflegefachfrau FH der Spitex-Organisation, durchgeführt und die Spitexverordnung sodann jeweils von Dr. med. F.\_\_\_\_\_, Oberarzt Pneumologie, unterzeichnet. Damit erscheinen die in Art. 7 ff. KLV enthaltenen Voraussetzungen auf den ersten Blick als erfüllt. Worauf die Beschwerdegegnerin ihre Einschätzung, der Beschwerdeführer habe keinen Bedarf an Grundpflegeleistungen, abstützt, bleibt indessen unklar, zumal sie selbst keine medizinischen Untersuchungen durchgeführt oder solche in Auftrag gegeben hat. Dennoch stellt sie sich auf den Standpunkt, dass die erbrachten Leistungen einen präventiven Charakter aufweisen würden. Es ist davon auszugehen, dass sie hiermit zum Ausdruck bringen will, dass diese nicht als Grundpflegeleistungen gemäss Art. 7 Abs. 2 lit. c KLV anzusehen und deshalb nicht durch die OKP zu vergüten sind. Auch diese Einschätzung wird aber durch keine entsprechenden medizinischen Untersuchungen oder Beweismittel ihrerseits untermauert.

5.2.3 Gestützt auf die vom Beschwerdeführer eingereichten Unterlagen spricht demgegenüber einiges für den geltend gemachten Pflegebedarf. Den beurteilenden medizinischen Fachpersonen wird hierbei zudem ein gewisser Spielraum zugestanden (vgl. Gebhard Eugster, in Hans-Ulrich Stauffer/Basile Cardinaux [Hrsg.], Rechtsprechung des Bundesgerichts zum KVG, 2. A., Zürich/Basel/Genf 2018, S. 192). Der Beschwerdegegnerin ist indessen darin beizupflichten, dass bei pflegenden Familienangehörigen wegen des Missbrauchpotentials eine genauere Kontrolle notwendig ist (BGer-Urteil 9C\_702/2010 vom 21. Dezember 2010, E. 7.1). Hierfür hätte sie die vom Beschwerdeführer eingereichten Unterlagen denn aber auch eingehend prüfen und eine medizinische Einschätzung einholen müssen. Einzig auf das bereits abgeschlossene invalidenversicherungsrechtliche Verfahren abzustellen, genügt hierbei zumindest nicht, da darin nicht der Bedarf, sondern die erforderliche Fachqualifikation für die jeweilige Leistung strittig war.

5.3 Damit erweist sich der Pflegebedarf des Beschwerdeführers als ungenügend abgeklärt, was Aufgabe der Beschwerdegegnerin ist und sie dementsprechend nachzuholen hat. Dementsprechend wird sie zunächst abklären müssen, welchen Bedarf der Beschwerdeführer an Grundpflegeleistungen gemäss Art. 7 Abs. 2 lit. c KLV aufweist. Alsdann wird sie prüfen müssen, ob die erbrachten Leistungen wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sind (vgl. Art. 32 KVG). Diejenigen, welche die IV bereits im Rahmen der

medizinischen Leistungen in Akutsituationen erbringt, sind in Abzug zu bringen bzw. nicht erneut zu vergüten. Sofern daraufhin feststeht, dass Grundpflegeleistungen in der OKP versichert und nach Art. 7 Abs. 2 lit. c KLV zu übernehmen sind, kann deren Vergütung nicht mit einem pauschalen Verweis auf die familienrechtliche Fürsorgepflicht der Eltern verneint werden, da hierfür im Sozialversicherungsrecht keine gesetzliche Grundlage besteht. Die Abgrenzung zu allfälligen familienrechtlichen Pflichten erfolgt bereits im Rahmen der medizinischen Abklärungen und der Prüfung gemäss Art. 32 KVG. Leistungen mit medizinischer Notwendigkeit und entsprechender Vergütungspflicht der OKP ist inhärent, dass sie das übliche Mass der elterlichen Fürsorgepflicht überschreiten. In diesem Fall hat die OKP die Leistung zu vergüten, nicht zuletzt, da die versicherte Person hierfür Prämien geleistet hat. Alsdann wird durch die Beschwerdegegnerin zu prüfen sein, in welchem Ausmass sich die Leistungen der OKP mit denjenigen der IV überschneiden und eine allfällige Vergütung wäre sodann entsprechend dem Überentschädigungsverbot anzupassen. Aufseiten des Beschwerdeführers ist hierbei auch ein allfälliger Erwerbsausfall der Pflegenden miteinzubeziehen, wenn Letztere ihre Erwerbstätigkeit reduziert oder aufgeben haben, um Betreuungs- und Pflegeleistungen zu seinen Gunsten zu erbringen (vgl. Art. 69 Abs. 2 ATSG). Es ist an dieser Stelle schliesslich bereits darauf hinzuweisen, dass nach bundesgerichtlicher Rechtsprechung bis anhin noch nie ein vollständiger Abzug der IV-Leistungen von denjenigen der OKP vorgenommen wurde, womit bei Annahme einer Leistungspflicht voraussichtlich ein von der OKP zu übernehmender Restbetrag verbleiben würde.

## **E. 6**

6.1 Gemäss neuer bundesgerichtlicher Rechtsprechung können die Sozialversicherungsgerichte nicht mehr frei entscheiden, ob sie eine Streitsache zur neuen Begutachtung an die Verwaltung zurückweisen. Die Beschwerdeinstanz hat vielmehr im Regelfall selbst ein Gerichtsgutachten einzuholen, wenn sie einen im Verwaltungsverfahren anderweitig erhobenen Sachverhalt überhaupt für gutachterlich abklärungsbedürftig hält oder wenn ein Administrativgutachten in einem rechtserheblichen Punkt nicht beweiskräftig ist. Eine Rückweisung an die Vorinstanz bleibt hingegen möglich, wenn sie allein in der notwendigen Erhebung einer bisher vollständig ungeklärten Frage begründet ist oder, wenn lediglich eine Klarstellung, Präzisierung oder Ergänzung von gutachterlichen Ausführungen erforderlich ist (BGE 137 V 210 E. 4.4.1 ff.).

6.2 Die Beschwerdegegnerin hat es im Verwaltungsverfahren unterlassen, den Pflegebedarf, die Notwendigkeit der erbrachten Leistungen sowie die Vergütungspflicht nach Art. 7 Abs. 2 lit. c KLV zu prüfen. Sie ist lediglich pauschal und ohne weitere Abklärungen davon ausgegangen, dass ein allfälliger Bedarf entweder nicht existiere oder bereits durch die IV oder die familiäre Fürsorgepflichten abgedeckt sei, was ungenügend ist. Richtigerweise hat sie zunächst den Bedarf medizinisch abzuklären und daraufhin zu prüfen, in welchem Ausmass die hierfür erbrachten Leistungen durch die IV-Leistungen abgedeckt sind. Da es nicht Aufgabe des kantonalen Sozialversicherungsgerichts sein kann, im Verwaltungsverfahren versäumte Abklärungen zu veranlassen, erweist sich eine Rückweisung an die Beschwerdegegnerin als zulässig. Dies entspricht auch dem Eventualantrag des Beschwerdeführers.

Dies führt zur teilweisen Gutheissung der Beschwerde. Der Einspracheentscheid der Beschwerdegegnerin vom 21. Juni 2022 ist aufzuheben und die Sache ist im Sinne der Erwägungen an diese zurückzuweisen.

### III.

#### 1.

Die Gerichtskosten sind von Gesetzes wegen auf die Staatskasse zu nehmen (Art. 1 Abs. 1 KVG i.V.m. Art. 61 lit. fbis ATSG e contrario). Da bei einer Rückweisung der Sache an die Vorinstanz mit offenem Ausgang hinsichtlich der Kosten- und Entschädigungsfolgen von einem Obsiegen der beschwerdeführenden Partei auszugehen ist, hat der Beschwerdeführer zu Lasten der Beschwerdegegnerin Anspruch auf eine angemessene Parteientschädigung (Art. 1 Abs. 1 KVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG). Diese ist auf Fr. 1'500.- (inkl. Mehrwertsteuer) festzusetzen.

#### 2.

Gegen diesen Zwischenentscheid steht die Beschwerde ans Bundesgericht nur nach Massgabe von Art. 93 Abs. 1 des Gesetzes über das Bundesgericht vom 17. Juni 1995 (BGG) offen.

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