

GL_GERICHTE VG.2024.00060 vom 21. November 2024

GL Gerichte, 2024-11-21, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/gl_gerichte_VG.2024.00060

FR: GL_GERICHTE VG.2024.00060 du 21 novembre 2024

IT: GL_GERICHTE VG.2024.00060 del 21 novembre 2024

Regeste

Sozialversicherung - Krankenversicherung

Volltext

Glarus Verwaltungsgericht 21.11.2024 VG.2024.00060 (VG.2024.1401) Glaris

Verwaltungsgericht 21.11.2024 VG.2024.00060 (VG.2024.1401) Glarona

Verwaltungsgericht 21.11.2024 VG.2024.00060 (VG.2024.1401)

Sozialversicherung - Krankenversicherung

VERWALTUNGSGERICHT DES KANTONS GLARUS Urteil vom 21. November 2024
II. Kammer Besetzung: Gerichtspräsident MLaw Colin Braun, Verwaltungsrichterin Olivia Lattmann, Verwaltungsrichter Fritz Inglin und Gerichtsschreiberin MLaw Paula Brändli in Sachen VG.2024.00060 A. _____ Beschwerdeführerin vertreten durch Prof. Dr. Hardy Landolt, Rechtsanwalt gegen CONCORDIA Beschwerdegegnerin Schweizerische Kranken- und Unfallversicherung AG betreffend Pflegeleistungen Die Kammer zieht in Erwägung: I. 1. 1.1 A. _____, geboren am [...], leidet an einem Dysmorphie-Syndrom, weshalb sie in ihren Aktivitäten des täglichen Lebens auf Hilfe Dritter angewiesen ist. Sie lebt unter der Woche in einer Wohngruppe und wird am Wochenende von ihren Eltern betreut. Zu diesem Zweck ist ihre Mutter bei der B. _____ GmbH als pflegende Angehörige angestellt. 1.2 Die B. _____ GmbH ersuchte die Concordia Schweizerische Kranken- und Unfallversicherung AG (nachfolgend: Concordia) um Vergütung von Pflegeleistungen und reichte hierfür die Bedarfsabklärung vom 16. März 2023 sowie die ärztliche Anordnung für Spitex-Leistungen vom 27. April 2023 ein. Die Concordia verfügte am 28. November 2023, dass sie sich ab dem 16. März 2023 bis auf Weiteres mit 35 Stunden pro Monat an den Kosten für Pflegeleistungen nach Art. 7 Abs. 2 der Krankenpflege-Leistungsverordnung vom 29. September 1995 (KLV) beteilige. Daran hielt sie am 18. Juni 2024 trotz der von A. _____ dagegen erhobenen Einsprache fest. 2. 2.1 A. _____ gelangte mit Beschwerde vom 13. August 2024 ans Verwaltungsgericht und beantragte die Aufhebung des Einspracheentscheids der Concordia vom 18. Juni 2024. Letztere sei zu verpflichten, die beantragten Pflegeleistungen bereits ab dem 16. Dezember 2022 zu vergüten. Eventualiter sei die Angelegenheit an die Concordia zurückzuweisen; alles unter Kosten- und Entschädigungsfolge zu Lasten der Concordia sowie unter Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung und der unentgeltlichen Rechtsverbeiständung. Die Concordia schloss am 3. September 2024 auf Abweisung der Beschwerde; unter Kosten- und Entschädigungsfolge zu Lasten von A. _____. Gleichentags zog A. _____ ihre Gesuche um Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung und der unentgeltlichen Rechtsverbeiständung zurück. 2.2 Das Verwaltungsgericht stellte A. _____ am 26. September 2024 eine Verschlechterung in Aussicht und setzte ihr Frist zur Stellungnahme bzw. zu einem allfälligen Rückzug ihrer Beschwerde an. Nachdem

A. _____ am 7. Oktober 2024 an ihren Anträgen festgehalten hatte, schloss sich die Concordia am 17. Oktober 2024 sinngemäss der in Aussicht gestellten reformatio in peius des Verwaltungsgerichts an. II. 1. Das Verwaltungsgericht ist gemäss Art. 1 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung vom 18. März 1994 (KVG) i.V.m. Art. 56 ff. des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom 6. Oktober 2000 (ATSG) i.V.m. Art. 32 Abs. 1 des Einführungsgesetzes zum Bundesgesetz über die Krankenversicherung vom 3. Mai 2015 (EG KVG) zur Behandlung der vorliegenden Beschwerde zuständig. Da auch die übrigen Prozessvoraussetzungen erfüllt sind, ist auf die Beschwerde einzutreten. 2. 2.1 Die Beschwerdeführerin macht geltend, strittig sei vorliegend, ab welchem Zeitpunkt die Beschwerdegegnerin für die Pflegeleistungen leistungspflichtig sei, was gesetzlich nicht geregelt sei. Die Beschwerdegegnerin stelle sich auf den Standpunkt, dass die Vergütungspflicht erst ab dem Datum des durch die zuständige diplomierte Pflegefachperson erfolgten ersten Eintrags in die Pflegeverlaufsdokumentation vom 16. März 2023 erfolgt sei. Damit bestehe nach Auffassung der Beschwerdegegnerin kein Leistungsanspruch, solange keine Bedarfsabklärung vorliege, womit ein Leistungsanspruch für die Zeit vor der Bedarfsabklärung ausgeschlossen sei. Sie berücksichtige dabei aber nicht, dass eben diese Pflegebedarfsabklärung gemäss Eintrag in der Pflegeverlaufsdokumentation früher, namentlich am 16. Dezember 2022, ergangen sei. Sie anerkenne darüber hinaus auch nicht, dass die pflegende Angehörige gemäss ärztlicher Anordnung die Grundpflegeleistungen nachweislich gemäss Pflegeverlaufsdokumentation bereits am 1. Januar 2023 aufgenommen habe. Sie verweigere entsprechend die Vergütung von Leistungen, obwohl nachweislich die Dokumentationspflicht der Pflegepersonen erfüllt sei, wobei sie in keiner Weise festgestellt habe, dass die geplanten und geleisteten Pflegemassnahmen den Prüfkriterien nach Art. 32 KVG nicht genügen würden und deshalb eine Kürzung der Vergütungspflicht gerechtfertigt wäre. Die Ersterbringung der Spitexleistungen sei zum Zeitpunkt der ersten effektiv erbrachten pflegerischen Bedarfsabklärung und damit bereits am 16. Dezember 2022 erfolgt, weshalb eine Vergütungspflicht bereits ab diesem Zeitpunkt bestehe. Art. 7 Abs. 1 KLV gebe dabei keine Modalitäten der Bedarfsabklärung vor und sei vorliegend entsprechend nicht verletzt worden. Es liege in der Natur der Sache, dass zwischen Erstgespräch sowie Abschluss eines Arbeitsvertrags und zwischen der Aufnahme der Pflege Tätigkeit sowie dem Eintrag der geleisteten Pflegemassnahmen in die eröffnete Pflegedokumentation ein unterschiedlicher Zeitraum liegen könne. Im vorliegenden Fall sei dieser Zeitraum durch die Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde im Rahmen der Genehmigung des Pflegedienstleistungsauftrags aber verlängert worden, was weder die Beschwerdeführerin noch ihre Eltern noch die Spitex-Organisation hätten beeinflussen können. Der Verweis der Beschwerdegegnerin auf die Administrativverträge der Spitex-Verbände sei für die vorliegend beteiligte Spitex-Organisation sodann nicht bindend, da sie nicht Mitglied derselben sei. Die Beschwerdegegnerin gehe im Ergebnis somit falsch in der Annahme, wonach die Leistungsvoraussetzungen erst mit der schriftlichen Fertigstellung bzw. der abschliessenden Dokumentation der Pflegebedarfsermittlung und der Unterzeichnung derselben durch die Pflegefachperson gegeben seien. Das Bundesgericht habe dem Pflegedienstleister bzw. der Pflegefachperson bei der Ermittlung des Pflegebedarfs nämlich einen Ermessensspielraum zugesprochen. Hierzu gehöre auch die Frage, wann die Beurteilung des Bedarfs aufgenommen und abgeschlossen werde. Im Sozialversicherungsrecht gelte darüber hinaus eine fünf Jahre zurückreichende Vergütungspflicht. 2.2 Die Beschwerdegegnerin macht geltend, strittig sei einzig der

Zeitpunkt der Übernahme der Pflegeleistungen. Die diesbezüglichen Voraussetzungen seien klar geregelt. Vorliegend sei das Erstassessment am 16. März 2023 durchgeführt worden und die ärztliche Anordnung am 27. April 2023 ergangen. Der Pflegebericht vom 16. Dezember 2022 erfülle demgegenüber weder die Funktion eines formellen Assessments gemäss Art. 8 KLV noch die Anforderungen der Bedarfsabklärung nach Art. 8a KLV. Das Abstellen auf das Erstassessment vom 16. März 2023 entsprechende der geltenden Rechtslage und stelle sicher, dass die Beurteilung der Pflegebedürftigkeit sowie der Kostenübernahme auf der aktuellen und gesetzeskonformen Grundlage basierten. Der Beginn der Leistungspflicht könne schliesslich nicht an den Beginn des Anstellungsverhältnisses der Pflegeperson geknüpft werden, da dieses eine notwendige jedoch keine hinreichende Voraussetzung für die Leistungspflicht darstelle.

3. 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 nach Art. 33 der Verordnung über die Krankenversicherung vom 27. Juni 1995 (KVV) dem Eidgenössischen Departement des Inneren (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 schliesslich 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. Die Bedarfsermittlung im Sinne von Art. 7 Abs. 2 lit. a i.V.m. Art. 8 KLV hat durch einen Pflegefachmann oder eine Pflegefachfrau zu erfolgen (Art. 8a Abs. 1 KLV).

4. 4.1 Vorliegend ist einzig strittig, ab welchem Zeitpunkt die Beschwerdegegnerin für die streitbetreffenden Leistungen der pflegenden Personen leistungspflichtig ist. Dabei besteht hauptsächlich betreffend den Zeitpunkt des Erstassessments Uneinigkeit, wobei dessen Datum nicht alleine massgebend ist. Vielmehr muss der Krankenversicherer gemäss Art. 25 f. KVG bzw. Art. 7 ff. KLV nur ärztlich verordnete Leistungen vergüten. Diese Anordnung hat dabei aber stets vor der Durchführung der jeweiligen Massnahme zu erfolgen. Eine Massnahme kann dementsprechend nur als verordnet und als vergütungsfähig gelten, wenn sie vor ihrer Durchführung angeordnet worden ist, wobei der Beweis nachträglich auch aufgrund Eintragungen in der Patientenkarte oder anderen Beweismitteln erbracht werden kann. In der spitalexternen Krankenpflege kommen darüber hinaus besondere Anforderungen an die ärztliche Anordnung hinzu (Art. 8 Abs. 1 und 4 KLV; Mirjam Olah, in Gabor P. Blechta et al. [Hrsg.], Basler Kommentar Krankenversicherungsgesetz, 2020 Basel, Art. 25 N. 60; Gebhard Eugster, in Ulrich Meyer [Hrsg.], Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Bd. XIV, Soziale Sicherheit, 3. A., Basel 2016, E. Rz. 396, je mit Hinweisen; vgl. zum Ganzen auch Urteil des

Versicherungsgerichts St. Gallen KV 2007/12 vom 17. Dezember 2007). Für das soeben Gesagte spricht sodann auch der Wortlaut von Art. 7 f. KLV, wonach Pflegeleistungen aufgrund der Bedarfsabklärung und auf ärztliche Anordnung hin verrechnet werden können, was auf eine klare zeitliche Abfolge hindeutet. 4.2 Aus dem soeben Dargelegten (vgl. vorstehende E. II/4.1) folgt, dass die vorliegenden Massnahmen, welche vor der ärztlichen Anordnung erfolgt sind, grundsätzlich nicht vergütungsfähig sind. Daran ändert auch der Umstand nichts, dass seit dem 1. Juli 2024 neu Leistungen nach Art. 7 Abs. 2 lit. c KLV auch ohne eine solche Anordnung aufgrund der Bedarfsabklärung nach Abs. 2 lit. a und Art. 8 erbracht werden dürfen und vergütet werden können (vgl. Bundesamt für Gesundheit [BAG], Gesamterläuterungen zum Ausführungsrecht zum Bundesgesetz über die Förderung der Ausbildung im Bereich der Pflege und abschliessende Inkraftsetzung des Gesundheitsberufegesetzes [Umsetzung der 1. Etappe der Pflegeinitiative], S. 29). Weil in zeitlicher Hinsicht nämlich grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgebend sind, die bei der Erfüllung des zu Rechtsfolgen führenden Tatbestands Geltung haben (BGE 127 V 467 E. 1), und weil das Sozialversicherungsgericht bei der Beurteilung eines Falles grundsätzlich auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses des streitigen Einspracheentscheids (hier: 18. Juni 2024) eingetretenen Sachverhalt abstellt (BGE 121 V 366 E. 1b), findet im vorliegenden Fall die neue Norm nämlich keine Anwendung. Raum für eine Vorwirkung der ab 1. Juli 2024 in Kraft getretenen Regelung besteht darüber hinaus nicht (Ulrich Häfelin/Georg Müller/Felix Uhlmann, Allgemeines Verwaltungsrecht, 8. A., Zürich/St. Gallen 2020, Rz. 298 ff.). 4.3 Vorliegend erfolgte die ärztliche Anordnung unbestrittenermassen erst am 27. April 2023, weshalb der Krankenversicherer nach dem oben Dargelegten erst ab diesem Zeitpunkt leistungspflichtig ist. Hieran ändert der von der Beschwerdeführerin angeführte Bundesgerichtsentscheid nichts. Zwar spricht dieser von einem gewissen Ermessen auch in zeitlicher Hinsicht. Erfasst wird damit aber nicht die Zulässigkeit von rückwirkenden Anordnungen und darüber hinaus spricht es dieses Ermessen nicht nur der Pflegefachperson, sondern explizit auch dem verordnenden Arzt zu (vgl. BGer-Urteil 9C_698/2016 vom 4. Mai 2017 E. 3.4.3). Da der Anordnungszeitpunkt jedoch nach den bereits erbrachten Massnahmen liegt, kann offenbleiben, wann das Bedarfsassessment tatsächlich erfolgt ist und inwiefern dies eine Vergütungspflicht ausgelöst hätte. 4.4 4.4.1 Die Beschwerdeführerin bringt gegen die ihr angekündigte reformatio in peius schliesslich einzig vor, dass dies nicht der allgemeinen Praxis der Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer entspreche. Die Erstellung und Unterzeichnung von pflegerischen Bedarfsmeldungen und ärztlichen Anordnungen könnten aus praktischen Gründen nicht zeitgleich erfolgen. Gemäss dem im Administrativvertrag bestimmten Formular erfolge die ärztliche Anordnung nach erfolgter Bedarfsabklärung. Dies sei so üblich und würde sodann auch rückwirkend ausgestellt. Es liege zudem nicht in der Verantwortung der Ärztin oder des Arztes den Pflegebedarf zu bestimmen. Letztere müssten nur entscheiden, ob ein solcher vorliege. 4.4.2 Die Beschwerdeführerin begründet mit Blick auf das oben Dargelegte (vgl. vorstehende E. II/4.4.1) nicht, weshalb eine Leistungspflicht der Krankenversicherer aus rechtlichen Gründen bereits vor der ärztlichen Anordnung eintreten solle. Vielmehr stellt sie sich auf den Standpunkt, dass die Bedarfsabklärung aus praktischen Gründen vor ebendieser Anordnung erfolgen müsse. Selbst wenn ihr dies zugestanden würde, wäre damit aber noch nicht ohne Weiteres klar, dass die Krankenversicherer zu diesem Zeitpunkt für bereits erbrachte Pflegeleistungen bereits leistungspflichtig sein sollen. Vor diesem Hintergrund und insbesondere auch zur Vermeidung von allfälligen Missbräuchen kann die Beschwerdegegnerin, sofern diese aus

Kulanzgründen nicht einen anderweitigen Entschluss fasst, für die geltend gemachten Pflegeleistungen erst ab dem Zeitpunkt der ärztlichen Anordnung leistungspflichtig werden. Entsprechend ist die angefochtene Verfügung in diesem Sinne anzupassen, was zulässig ist, da die Beschwerdeführerin im Vorfeld hierauf aufmerksam gemacht wurde (vgl. Art. 61 lit. d ATSG). Dies führt zur Abweisung der Beschwerde. Der Einspracheentscheid vom 18. Juni 2024 ist dahingehend abzuändern, als dass die Beschwerdegegnerin erst ab dem Zeitpunkt der ärztlichen Anordnung bzw. ab dem 27. April 2023 leistungspflichtig ist. III. 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). Der unterliegenden Beschwerdeführerin und der Beschwerdegegnerin als nicht Beschwerde führende Person sind keine Parteientschädigungen zuzusprechen (Art. 61 lit. g ATSG e contrario). Da die Beschwerdeführerin ihre Gesuche um Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung und unentgeltlichen Rechtsverteidigung zurückgezogen hat, sind diese schliesslich als gegenstandslos geworden abzuschreiben. Demgemäss beschliesst die Kammer : Die Gesuche der Beschwerdeführerin um Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung und der unentgeltlichen Rechtsverteidigung werden als durch Rückzug der Gesuche erledigt abgeschrieben. und erkennt sodann : 1. Die Beschwerde wird abgewiesen. Der Einspracheentscheid vom 18. Juni 2024 wird dahingehend angepasst, als dass die Beschwerdegegnerin erst ab dem Zeitpunkt der ärztlichen Anordnung bzw. ab dem 27. April 2023 leistungspflichtig ist. 2. Die Gerichtskosten werden auf die Staatskasse genommen. 3. Es werden keine Parteientschädigungen zugesprochen. 4. Schriftliche Eröffnung und Mitteilung an: [...]

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