

SG_VERSICHERUNGSGERICHT KV 2022/13 vom 28. Mai 2024

Sg Versicherungsgericht, 2024-05-28, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_KV_2022_13

FR: SG_VERSICHERUNGSGERICHT KV 2022/13 du 28 mai 2024

IT: SG_VERSICHERUNGSGERICHT KV 2022/13 del 28 maggio 2024

Regeste

Art. 25a Abs. 1 und 3 KVG, Art. 7 KLV i. V. m. Art. 33 KVV; Pflegeleistungen. Da sich die leistungserbringenden Spitexeinrichtungen im strittigen Zeitraum im Wesentlichen an die Leistungslimitierung der Beschwerdegegnerin gehalten haben und der Beschwerdeführer nicht nachgewiesen hat, dass ihm seitens der Spitexeinrichtungen weitere direkte Kosten in Rechnung gestellt worden sind, besteht kein weitergehender Leistungsanspruch des Beschwerdeführers. Soweit die Beschwerdegegnerin während zweier Monate eine Leistungspflicht für die den monatlich zugesprochenen Pflegebedarf überschreitenden Leistungen der Spitexeinrichtungen verneint hat, tat sie dies zu Unrecht, da der Pflegebedarf gewissen Schwankungen unterliegt und massgeblich letztlich der gesamte Bedarf für die Verordnungsperiode ist. Da dieser nicht überschritten wurde, hat die Beschwerdegegnerin die entsprechenden Leistungen noch (zu ihren Lasten) abzurechnen (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 28. Mai 2024, KV 2022/13).

Volltext

Entscheid vom 28. Mai 2024 Besetzung Versicherungsrichter Michael Rutz (Vorsitz), Versicherungsrichterinnen Mirjam Angehrn und Corinne Schambeck; Gerichtsschreiberin Anita Burkhart Geschäftsnr. KV 2022/13 Parteien A.____, Beschwerdeführer, vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Lorenz Gmünder, Schwager Mätzler Schneider, Poststrasse 23, Postfach 1936, 9001 St. Gallen, gegen Avenir Krankenversicherung AG, Rechtsdienst, Rue des Cèdres 5, Postfach, 1919 Martigny, Beschwerdegegnerin, Gegenstand Pflegeleistungen Sachverhalt A.____ (nachfolgend: Versicherter) war bis zum 31. Dezember 2022 bei der Avenir Krankenversicherung AG, Martigny (nachfolgend: Avenir), im Rahmen der obligatorischen Krankenpflege versichert (vgl. dazu die Akten der Avenir [act. G 5.1; nachfolgend zitiert: KV-act.], insbesondere act. 1). Aufgrund einer beidseitigen Z.____ war bzw. ist er auf Pflegeleistungen der Spitex angewiesen, namentlich benötigt er Unterstützung für die Nahrungsaufnahme, Medikamentenverabreichung und Körperpflege (vgl. dazu unter anderem den Bericht von Dr. med. B.____, Facharzt für Allgemeinmedizin, Medbase C.____, vom 5. Oktober 2021 [KV-act. 13]). Am 14. Juni 2021 reichte die Spitex D.____ der Avenir die Bedarfsabklärung vom 7. Juni 2021 für Pflegeleistungen der Spitex im Zeitraum vom 14. Juni 2021 bis 13. Dezember 2021 sowie die dazugehörige ärztliche Verordnung vom 10. Juni 2021 von Dr. B.____ von der Medbase C.____ ein. In der Bedarfsabklärung wurde folgender Pflegebedarf ausgewiesen (KV-act. 3):

Voraussichtlich	Gesamt über die	pro Woche	pro Monat	Dauer des Auftrages
Stunden	Stunden	Stunden	Stunden	Abklärung und Beratung
00:10	00:41	04:09	(Art. 7 Abs. 2 lit. a KLV)	Untersuchung und

Behandlung	00:30	02:09	13:04 (Art. 7 Abs. 2 lit. b KLV)
Grundpflege		06:40	28:36 174:30 (Art. 7

Abs. 2 lit. c KLV) Mit Schreiben vom 23. Juni 2021 informierte die Avenir die Spitex D. ___ über die Teilablehnung bzw. Kürzung der beantragten Pflegeleistungen für diesen Zeitraum. Die Position 10301 "Beim Trinken unterstützen" sei bereits in den Positionen 10302 "Beim Essen helfen" und 10602 "Verabreichung gerichtete Medikamente" inbegriffen. Die Position 10302 sei zudem nicht im Sinne der Voraussetzungen der Wirksamkeit, Wirtschaftlichkeit und Zweckmässigkeit und zuviel berechnet worden. Bewilligt würden: 41 Minuten Tarif A (wie angeordnet), 2 Stunden 9 Minuten Tarif B (wie angeordnet) und 20 Stunden 2 Minuten Tarif C (anstelle von 28 Stunden 36 Minuten; KV-act. 4). Mit Schreiben vom 16. Juli 2021 zeigte Rechtsanwalt lic. iur. Lorenz Gmünder, St. Gallen, der Avenir die Vertretung des Versicherten an und teilte gleichzeitig mit, der Versicherte sei mit der Kürzung der Pflegeleistungen nicht einverstanden (KV-act. 5). Die Spitex E. ___ reichte der Avenir eine Bedarfsabklärung vom 7. Juli 2021 für Pflegeleistungen der Spitex im Zeitraum vom 15. Juli 2021 bis 15. Januar 2022 sowie die dazugehörige ärztliche Verordnung vom 21. Juli 2021 der Medbase C. ___ (unterzeichnende Ärztin/unterzeichnender Arzt nicht erkennbar) ein. In der Bedarfsabklärung wurde folgender Pflegebedarf ausgewiesen (KV-act. 6):

Stunden	Stunden	Stunden	Stunden	Stunden
		Abklärung und Beratung	00:51	00:02
00:08		00:51 (Art. 7 Abs. 2 lit. a KLV)	Untersuchung und Behandlung	
00:00	00:00	00:00 (Art. 7 Abs. 2 lit. b KLV)	Grundpflege	
	04:03	17:21	107:02 (Art. 7 Abs. 2 lit. c	

KLV) Am 30. August bzw. 3. September 2021 liessen die Spitex E. ___ und die Spitex D. ___ der Avenir aufforderungsgemäss die detaillierten Abklärungsunterlagen zum Pflegebedarf des Versicherten zukommen (KV-act. 9 und 10). In seiner Stellungnahme vom 5. Oktober 2021 hielt Dr. B. ___ unter anderem fest, der Versicherte weise eine eingeschränkte Funktion der Arme bei chronischer Z. ___ beidseits auf. Die Spitex werde dreimal pro Woche benötigt für die Nahrungsaufnahme, Körperpflege und Medikamentenverabreichung. Die Hilfe beim Essen werde während der ganzen Mahlzeit, bis der Versicherte fertig gegessen habe, benötigt (KV-act. 13). Mit Schreiben vom 14. Oktober 2021 teilte die Avenir auch der Spitex E. ___ eine Teilablehnung der Bedarfsmeldung für den Zeitraum vom 15. Juli 2021 bis 15. Januar 2022 mit. Ab dem 1. November 2021 werde die ganze Verordnung abgelehnt. Die Pflegeleistungen hinsichtlich Nahrungsaufnahme, Körperpflege und Medikamentenverabreichung würden allesamt von der fallführenden Spitex übernommen und könnten nicht doppelt verrechnet werden. Bis zum 1. November 2021 würden sie jedoch zusätzlich zu den einmaligen A-Leistungen monatlich folgende Leistungen akzeptieren: 8 Minuten Tarif A (wie angeordnet), 0 Minuten Tarif B (wie angeordnet) und 6 Stunden 38 Minuten Tarif C (anstelle von 17 Stunden 21 Minuten; KV-act. 14). Am 2. November 2021 informierte die Avenir den Versicherten bzw. seinen Rechtsvertreter, dass sie an der Teilablehnung vom 23. Juni 2021 festhalte (KV-act. 15). Mit Schreiben vom 8. November 2021 teilte Rechtsanwalt Gmünder der Avenir mit, der Versicherte sei mit ihrem Entscheid nicht einverstanden. Gleichzeitig ersuchte er nochmals um die – bis dahin nicht erfolgte – Zustellung der vollständigen Akten (KV-act. 17). Am 11. November 2021 liess die Avenir Rechtsanwalt Gmünder ihre Akten zukommen (KV-act. 18). Am 29. Dezember 2021 reichte die Spitex D. ___ der Avenir die Bedarfsabklärung vom 2. Dezember 2021 für

Pflegeleistungen der Spitex im Zeitraum vom 14. Dezember 2021 bis 13. Juni 2022 sowie die dazugehörige ärztliche Verordnung vom 19. Dezember 2021 von Dr. B.____ ein. In der Bedarfsabklärung wurde folgender Pflegebedarf ausgewiesen (KV-act. 19):

	Voraussichtlich Stunden	Voraussichtlich Stunden	Gesamt über die Stunden	pro Woche Stunden	pro Monat Stunden	Dauer Abklärung und
Beratung	01:30	00:10	00:41		04:08	(Art. 7 Abs. 2 lit. a
KLV) Untersuchung und Behandlung			00:30		02:09	13:00
(Art. 7 Abs. 2 lit. b KLV) Grundpflege					06:40	

28:36 120:12 (Art. 7 Abs. 2 lit. c KLV) Mit Schreiben vom 4. Februar 2022 teilte Rechtsanwalt Gmünder der Avenir mit, der Versicherte sei mit den Teiblehnungen vom 23. Juni und 14. Oktober 2021 nicht einverstanden. Sollte die Avenir an ihrem Standpunkt festhalten, erwarte er den Erlass einer anfechtbaren Verfügung (KV-act. 20). Am 28. Februar 2022 erliess die Avenir aufforderungsgemäss eine Verfügung betreffend den Anspruch des Versicherten auf Pflegeleistungen. Darin hielt sie unter anderem fest, sie übernehme für die Leistung mit der Position 10301 (Beim Trinken unterstützen) kombiniert mit der Position 10302 (Beim Essen helfen) pro Einsatz 20 Minuten. Für die Leistungen der Spitex D.____ übernehme sie die Leistungen für den Zeitraum vom 14. Juni bis 13. Dezember 2021 insgesamt 22 Stunden 52 Minuten pro Monat (0 Stunden 41 Minuten Tarif A, 2 Stunden 9 Minuten Tarif B und 20 Stunden 2 Minuten Tarif C). Für die Leistungen der Spitex E.____ übernehme sie die Leistungen für den Zeitraum vom 15. Juli bis 31. Oktober 2021 insgesamt 6 Stunden 46 Minuten pro Monat (0 Stunden 08 Minuten Tarif A, 0 Minuten Tarif B und 6 Stunden 38 Minuten Tarif C), ab 1. November 2021 würden die angeordneten Leistungen der Spitex E.____ vollständig abgelehnt. Die irrtümlich bezahlten Rechnungen würden direkt von der betroffenen Spitex-Organisation zurückgefordert (KV-act. 21). Mit Einsprache vom 31. März 2022 beantragte der Versicherte, weiterhin vertreten durch Rechtsanwalt Gmünder, die Verfügung vom 28. Februar 2022 sei aufzuheben und es seien keine Leistungskürzungen vorzunehmen; unter Kosten- und Entschädigungsfolgen (KV-act. 22). Mit nachträglicher Begründung vom 16. Mai 2022 beantragte der Versicherte neu zusätzlich, eventualiter sei sein Pflegebedarf durch ein unabhängiges Pflegegutachten abzuklären (KV-act. 25). Zusammen mit der ergänzenden Einsprachebegründung reichte er eine Stellungnahme von Dr. B.____ vom 3. Mai 2022 ein, worin dieser unter anderem festhielt, die im Bericht vom 5. Oktober 2021 (KV-act. 13) erwähnte Häufigkeit von dreimal pro Woche Spitex habe den damaligen Bedarf an externer Betreuung abgebildet. Zum damaligen Zeitpunkt habe situativ der Partner des Versicherten den restlichen Anteil der Betreuung übernehmen können. Seines Erachtens sei es nicht korrekt, den Versicherten für das damalige Einsparen von externen Pflegeleistungen jetzt mit einer Kürzung der Leistungen zu bestrafen. Der pflegerische Aufwand sei über die ganze Zeitdauer aufgrund der medizinisch unveränderten Situation konstant geblieben (KV-act. 24). Am 6. Juni 2022 forderte die Avenir bei der Spitex D.____ und der Spitex E.____ die Pflegeberichte (mit Datum, RAI-HC Position, Zeit der Pflege, aufgewendete Zeit und ausgeführte Tätigkeit) ab dem 1. Juli 2021 bis zum aktuellen Zeitpunkt an (KV-act. 27). Am 6. Juni 2022 forderte die Avenir bei der Spitex D.____ und der Spitex E.____ die Pflegeberichte (mit Datum, RAI-HC Position, Zeit der Pflege, aufgewendete Zeit und ausgeführte Tätigkeit) ab dem 1. Juli 2021 bis zum aktuellen Zeitpunkt an (KV-act. 27). Am 16. Juni 2022 liess die Spitex E.____ der Avenir ihre Rechnungen für den Zeitraum von Juli 2021 bis Mai 2022 sowie die dazugehörigen ärztlichen Verordnungen mit dem Leistungsplanungsblatt zukommen (KV-act. 29). Am 22. Juni 2022 liess die Spitex D.____

der Avenir die angeforderten Unterlagen zukommen. In ihrer E-Mail teilte sie zudem mit, dass sie sich seit Juli 2021 strikt an die Teilablehnung der Avenir vom 23. Juni 2021 (KV-act. 4) gehalten und die zugesprochenen Stunden nie überschritten habe (KV-act. 31). Mit Einspracheentscheid vom 16. August 2022 wies die Avenir die Einsprache des Versicherten ab und hielt an der verfügbaren Limitierung fest (KV-act. 34). Dagegen erhob der Versicherte (nachfolgend: Beschwerdeführer), weiterhin vertreten durch Rechtsanwalt Gmünder, am 16. September 2022 Beschwerde. Er machte einen höheren, als den zugesprochenen Pflegebedarf geltend und beantragte, der angefochtene Einspracheentscheid sei aufzuheben und es seien mit Ausnahme der Positionen 10112 und 10602 keine Leistungskürzungen vorzunehmen; eventualiter sei der Pflegebedarf des Beschwerdeführers durch ein unabhängiges Pflegegutachten abzuklären; unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zulasten der Avenir (nachfolgend: Beschwerdegegnerin; act. G 1). Mit Beschwerdeantwort vom 22. November 2022 führte die Beschwerdegegnerin unter anderem aus, die beiden Spitexeinrichtungen hätten ihre Limitationen akzeptiert und sich an diese gehalten. Sie beantragte, die Beschwerde sei abzuweisen, soweit darauf einzutreten sei; jegliche anderweitigen Begehren seien abzuweisen; es sei festzustellen, dass die künftige Kürzung der Beiträge der obligatorischen Krankenpflegeversicherung um Fr. 479.■■ pro Monat rechtens sei; es sei festzustellen, dass die IV an allfällige Assistenzbeiträge die Grundpflegeleistungen nach Art. 7 Abs. 2 lit. c KLV anrechnen müsse (act. G 5). Mit Eingabe vom 23. März 2023 teilte die Beschwerdegegnerin mit, dass das Rechtsbegehren betreffend Kürzung der Hilflosenentschädigung ab 1. Dezember 2022 aus prozessökonomischen Gründen zurückgezogen werde, da der Beschwerdeführer die Grundversicherung bei ihr per 31. Dezember 2022 gekündigt habe (act. G 14). Mit Replik vom 28. April (act. G 16) und Duplik vom 8. Juni 2023 (act. G 18) hielten die Parteien an ihren jeweiligen Standpunkten und Anträgen fest. Mit Schreiben vom 29. Juni 2023 informierte das Versicherungsgericht den Beschwerdeführer, dass im Rahmen der Bearbeitung des Beschwerdeverfahrens die Frage nach dem schutzwürdigen Interesse an der Aufhebung des angefochtenen Einspracheentscheids aufgekommen sei. Mit Blick auf die Ausführungen in Rz. 10 der Replik (act. G 16 S. 5) wurde er entsprechend ersucht, darzulegen, inwiefern er infolge der Leistungslimitation durch die Beschwerdegegnerin im streitgegenständlichen Zeitraum vom 14. Juni 2021 bis 15. Januar 2022 für ungedeckt gebliebene Pflegeleistungskosten aufzukommen hatte und gegebenenfalls deren Höhe mittels geeigneter Unterlagen zu belegen (act. G 22). In seiner Stellungnahme vom 20. November 2023 führte der Beschwerdeführer aus, die Beschwerdegegnerin habe allein Pflegeleistungen der Spitex D.____ und Spitex E.____ von über Fr. 2'000.■■ im massgebenden Zeitraum nicht übernommen. Er habe mit einigem Aufwand die Leistungsabrechnungen dieses Zeitraums hervorgesucht. Die Abrechnungen seien insofern schwer verständlich, als einige Rückforderungen und andere Auszahlungen enthalten würden, wobei nicht ersichtlich sei, nach welcher Systematik dies jeweils erfolge. Auf jeden Fall könnten den einzelnen Abrechnungen (act. G 29.1 bis 29.9) die von der Beschwerdegegnerin nicht anerkannten Beträge entnommen werden. Ausserdem seien dem Beschwerdeführer im massgebenden Zeitpunkt für die diversen Arzttermine Fr. 250.■■ an ungedeckten Fahrkosten entstanden. Der Mahlzeitendienst kostete Fr. 7.80 pro Mahlzeit, was im Schnitt pro Monat weitere Kosten von Fr. 100.■■ verursache. Hinzu kämen die Selbstbehalts- und Franchisekosten der Krankenkasse (Fr. 83.35 pro Monat), die nicht gedeckten Heilbehandlungskosten (spezielle Tests, Medikamente und Behandlungen) sowie die Lohneinbusse des Ehemanns F.____, der gezwungen gewesen sei, das Erwerbspensum

von 80 % auf 60 % zu reduzieren, um den Beschwerdeführer zu Hause pflegen zu können. Die monatliche behinderungsbedingte Lohneinbusse des Ehemanns betrage ca. Fr. 1'300.■■■ (act. G 29). In ihrer Stellungnahme vom 4. Dezember 2023 hielt die Beschwerdegegnerin daran fest, dass die Spitexunternehmen die Limitationen der Beschwerdegegnerin respektiert hätten, wofür sie eine Übersicht über die Abrechnungen der Leistungen während des streitigen Zeitraums 2021 bis 2022 einreichte (act. G 31.1). Ausserdem präzisierte die Beschwerdegegnerin ihr Rechtsbegehren Ziff. 3 dahingehend, dass das Gericht gebeten werde, darüber zu entscheiden, ob eine rückwirkende Koordination der Hilflosenentschädigung mit den Leistungen des Krankenversicherers zu erfolgen habe. An den übrigen Rechtsbegehren gemäss Beschwerdeantwort hielt sie fest (act. G 31). Mit Eingabe vom 18. Januar 2024 hielt der Beschwerdeführer bzw. Rechtsanwalt Gmünder an den bisherigen Anträgen und Ausführungen fest. Zudem hielt er fest, es sei stossend aber bezeichnend, dass die Beschwerdegegnerin hinsichtlich der geltend gemachten anwaltlichen Aufwände in ihrer Stellungnahme darauf hinweise, der Beschwerdeführer hätte die Akten problemlos bei der Beschwerdegegnerin beziehen können, obwohl er wiederholt versucht habe, die Akten bei der Beschwerdegegnerin erhältlich zu machen (act. G 33). Zusammen mit ihrer Stellungnahme vom 8. Februar 2024 (act. G 35) reichte die Beschwerdegegnerin vollständigshalber die Rechnungen und Leistungsabrechnungen der Spitex D. ___ und Spitex E. ___ sowie auch die Rechnungen bezüglich Haushaltshilfe (welche nicht von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu übernehmen seien) ein (act. G 35.1 bis 35.3). Mit Schreiben vom 19. März 2024 teilte der Beschwerdeführer mit, die Ausführungen der Beschwerdegegnerin könnten nicht nachvollzogen werden. Anlass für die Beschwerde seien die unrechtmässigen Leistungskürzungen der Beschwerdegegnerin gewesen, welche dazu geführt hätten, dass er Pflegekosten entweder selber tragen oder auf die Pflegeleistungen habe verzichten müssen. Es sei ihm nicht zuzumuten, die neuen hunderte Seiten Akten der Beschwerdegegnerin 1.5 Jahre nach Einreichen der Beschwerde zu prüfen. Die Akten hätten früher zugestellt werden müssen und könnten nur noch zu seinen Gunsten berücksichtigt werden (act. G 37).

Erwägungen Art. 24 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG; SR 832.10) verpflichtet die Krankenkassen, im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) unter anderem im Fall der Krankheit (Art. 1a Abs. 2 lit. a KVG) die Kosten für die in den Art. 25-31 KVG aufgelisteten Leistungen nach Massgabe der in den Art. 32-34 KVG festgelegten Voraussetzungen zu übernehmen. Als Krankheit gilt dabei jede Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Gesundheit, die nicht Folge eines Unfalls ist und die eine medizinische Untersuchung oder Behandlung erfordert oder eine Arbeitsunfähigkeit zur Folge hat (Art. 3 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG; SR 830] i. V. m. Art. 1 Abs. 1 KVG, Art. 25 Abs. 2 lit. b KVG und Art. 1a Abs. 2 lit. a KVG). Laut Art. 25a Abs. 1 KVG leistet die OKP 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 die Pflegeleistungen und regelt das Verfahren der Bedarfsermittlung (Art. 25a Abs. 3 KVG). Der Bundesrat setzt die Beiträge differenziert nach dem Pflegebedarf in Franken fest; massgebend ist der Aufwand nach Pflegebedarf für Pflegeleistungen, die in der notwendigen Qualität, effizient und kostengünstig erbracht werden (Art. 25a Abs. 4 Satz 1 und 2 KVG). Der entsprechende Leistungsbereich wird – gestützt auf Art. 33 lit. b der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) – in Art. 7 ff. der Verordnung über Leistungen in

der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (KLV; SR 832.112.31) näher umschrieben. Gemäss Art. 7 Abs. 1 KLV übernimmt die OKP Untersuchungen, Behandlungen und Pflegemassnahmen, die auf Grund der Bedarfsabklärung nach Art. 7 Abs. 2 lit. a KLV (vgl. zu dieser auch Art. 8a KLV) und nach Art. 8 KLV auf ärztliche Anordnung hin oder im ärztlichen Auftrag erbracht werden. Die von den Krankenversicherern zu übernehmenden Pflegeleistungen werden in Art. 7 Abs. 2 KLV näher umschrieben. Danach vergütet die Krankenversicherung neben den Massnahmen der Abklärung, Beratung und Koordination (lit. a) auch jene der Untersuchung und der Behandlung (lit. b) sowie der Grundpflege (lit. c). Die Bedarfsermittlung hat nach Art. 8a KLV durch einen Pflegefachmann oder eine Pflegefachfrau nach Art. 49 KVV in Zusammenarbeit mit dem Patienten oder der Patientin oder den Angehörigen zu erfolgen (Abs. 1). Sie umfasst die Beurteilung der Gesamtsituation des Patienten sowie die Abklärung des Umfelds (Abs. 3). Sie erfolgt auf Grund einheitlicher Kriterien. Ihr Ergebnis wird auf einem einheitlichen Formular festgehalten. Dort ist insbesondere der voraussichtliche Zeitbedarf anzugeben (Abs. 4). Der Krankenversicherer kann verlangen, dass ihm die relevanten Elemente der Bedarfsabklärung mitgeteilt werden (Abs. 6). Gemäss Art. 8c KLV können ärztliche Aufträge oder Anordnungen vom Vertrauensarzt oder der Vertrauensärztin (Art. 57 KVG) überprüft werden, wenn diese einen voraussichtlichen Pflegebedarf von mehr als 60 Stunden pro Quartal vorsehen. Erforderlichenfalls ist dem Krankenversicherer somit eine umfassende Dokumentation der erbrachten Leistungen (Pflegedokumentation) einzureichen. Detaillierte Bestimmungen, insbesondere zur Bedarfsabklärung und zur ärztlichen Anordnung, finden sich auch in den zwischen den Versichererverbänden und den Leistungserbringerverbänden abgeschlossenen Administrativverträgen (vgl. u. a. Art. 6 und Art. 7 des Administrativ-Vertrages Spitex, abgeschlossen zwischen der Spitex Schweiz und der Association Spitex privée Suisse (ASPS) sowie den im Vertrag genannten Versicherern [u. a. der Beschwerdegegnerin]). Die Beiträge der OKP an die Leistungen für Bedarfsabklärungen sowie Behandlungs- und Grundpflege sind in Art. 7a Abs. 1 KLV festgelegt. Gemäss Art. 25a Abs. 5 KVG dürfen der versicherten Person von den nicht von Sozialversicherungen gedeckten Pflegekosten höchstens 20 % des höchsten vom Bundesrat festgesetzten Pflegebeitrages überwältzt werden. Für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsverfahren gelten die Grundsätze der Untersuchungspflicht (Art. 43 Abs. 1 und Art. 61 lit. c ATSG) und der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c ATSG). Nach Letzterem haben die urteilenden Instanzen die Beweise frei, d. h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen und alle Beweismittel unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. Im Sozialversicherungsrecht hat das Gericht seinen Entscheid, sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen. Die blosse Möglichkeit eines bestimmten Sachverhalts genügt den Beweisanforderungen nicht. Das Gericht folgt vielmehr jener Sachverhaltsdarstellung, die es von allen möglichen Geschehensabläufen als die wahrscheinlichste würdigt (BGE 126 V 353 E. 5b mit Hinweisen; vgl. BGE 130 III 321 E. 3.2 und 3.3). Hinsichtlich des Anfechtungsgegenstands ist zu beachten, dass im verwaltungsgerichtlichen Beschwerdeverfahren grundsätzlich lediglich Rechtsverhältnisse zu überprüfen bzw. zu beurteilen sind, zu denen die zuständige Verwaltungsbehörde vorgängig verbindlich – in Form einer Verfügung bzw. eines Einspracheentscheids – Stellung genommen hat. Insoweit bestimmen die Entscheide der Beschwerdegegnerin den

beschwerdeweise weiterziehbaren Anfechtungsgegenstand. Umgekehrt fehlt es an einem Anfechtungsgegenstand und somit an einer Sachurteilsvoraussetzung, wenn und insoweit kein Entscheid ergangen ist (BGE 131 V 164 f. E. 2.1). Anfechtungsgegenstand des vorliegenden Verfahrens bildet der Einspracheentscheid vom 16. August 2022 (KV-act. 34). Diesem liegt die Verfügung vom 28. Februar 2022 (KV-act. 21) zugrunde, mit welcher die Beschwerdegegnerin den Anspruch des Beschwerdeführers auf Spitexleistungen im Rahmen der OKP ab dem 14. Juni 2021 in zeitlicher sowie sachlicher Hinsicht limitiert bzw. gekürzt hat. Umstritten sind Leistungen im Zeitraum zwischen dem 14. Juni 2021 bis zum 15. Januar 2022 (vgl. dazu auch die beiden Meldeformulare der Spitex D. ___ und Spitex E. ___ [KV-act. 3 und 6]). Nicht Gegenstand des vorliegenden Verfahrens bilden allfällige Leistungsansprüche des Beschwerdeführers aus der bei der – zur selben Unternehmensgruppe gehörenden – Groupe Mutuel Versicherung GMA AG bestehenden Zusatzversicherung (vgl. zu dieser den Versicherungsausweis 2022 [KV-act. 1-2] sowie act. G 31 S. 2 B), auch wenn im vorliegenden Verfahren auch Akten bzw. Abrechnungen derselben eingereicht und nachfolgend der Vollständigkeit halber auch die nicht OKP-pflichtigen Leistungen erwähnt werden. Soweit die Beschwerdegegnerin im Rahmen ihrer Beschwerdeantwort über die Frage der Rechtmässigkeit der Leistungskürzung hinaus weitere Feststellungsbegehren in Bezug auf die Leistungscoordination, namentlich mit der Invalidenversicherung, gestellt hat (vgl. act. G 5-13 Ziff. 3 und 4; pro memoria: das Rechtsbegehren Ziff. 3 war mit Eingabe vom 23. März 2023 zurückgezogen worden [act. G 14], mit der Stellungnahme vom 4. Dezember 2023 [act. G 31] jedoch wieder aufgenommen worden), kann darauf mangels Anfechtungsobjekt nicht eingetreten werden. Überdies ist die IV-Stelle ohnehin nicht Partei im vorliegenden Verfahren. Der Vollständigkeit halber ist zudem festzuhalten, dass – entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers in seiner Stellungnahme vom 19. März 2024 (act. G 37) – sämtliche im Rahmen des vorliegenden Verfahrens eingereichten Akten seitens des Gerichts bei der Urteilsfindung neutral und unabhängig zu beurteilen bzw. zu berücksichtigen sind (vgl. zum geltenden Untersuchungsgrundsatz vorstehende E. 1.7), unabhängig vom Zeitpunkt der Einreichung derselben. Dies, zumal der Beschwerdeführer nicht weiter darlegt, inwiefern ihm bzw. seinem Rechtsvertreter eine Prüfung der eingereichten Unterlagen nicht zumutbar sein soll und entsprechende Gründe auch sonst nicht aus den Akten hervorgehen, mithin nicht rechtsgenügend nachgewiesen sind. Mit Blick auf die vom Beschwerdeführer geltend gemachten Verletzungen des rechtlichen Gehörs (vgl. namentlich act. G 1 S. 8 f. Ziff. 18 f. und G 16 S. 2 Ziff. 3) kann sodann festgehalten werden, dass keine Verletzung der Begründungspflicht vorliegt. Zweck der in Art. 49 Abs. 3 bzw. Art. 52 Abs. 2 ATSG normierten Begründungspflicht von sozialversicherungsrechtlichen Verfügungen und Einspracheentscheiden ist es, den Betroffenen eine sachgerechte Anfechtung zu ermöglichen. Aus diesem Grund hat die verfügende Behörde wenigstens kurz die Überlegungen zu nennen, von denen sie sich leiten liess und auf welche sich ihr Entscheid stützt. Werden von einer Partei Einwände bzw. Rügen vorgebracht, muss aus der Begründung ersichtlich werden, dass eine Auseinandersetzung damit stattgefunden hat (Ueli Kieser, ATSG Kommentar, 4. Aufl., 2020, N 64 zu Art. 52 mit Hinweisen). Hingegen ist es nicht erforderlich, dass sich der Versicherungsträger mit allen Parteistandpunkten einlässlich auseinandersetzt und jedes einzelne Vorbringen ausdrücklich widerlegt. Vielmehr kann er sich auf die für den Entscheid wesentlichen Punkte beschränken (BGE 146 II 341 E. 5.1 mit Hinweisen). Aus dem angefochtenen Einspracheentscheid (KV-act. 34) sowie der ihm zugrundeliegenden Verfügung (KV-act. 21) geht ohne Weiteres hervor,

welche Leistungspositionen von der Kürzung/Limitierung betroffen sind und in welchem Umfang. Eine sachgerechte Anfechtung war somit möglich, was vom Beschwerdeführer zu Recht auch nicht in Abrede gestellt wurde. Sodann ergibt sich aus der Begründung des Einspracheentscheids, dass sich die Beschwerdegegnerin mit den Einwänden des Beschwerdeführers im Rahmen des Einspracheverfahrens auseinandergesetzt hat (vgl. dazu bereits den entsprechenden Titel auf S. 6 des Einspracheentscheids: "Zu den Begründungen der Einsprache" [KV-act. 34 S. 6]). Auch wenn die Auseinandersetzung mit den Argumenten des Beschwerdeführers relativ kurz gehalten wurde, ist die Beschwerdegegnerin damit ihrer Begründungspflicht in genügender Weise nachgekommen und eine Verletzung der Begründungspflicht somit zu verneinen. Ob eine Verletzung des rechtlichen Gehörs aufgrund der fehlenden bzw. unvollständigen Aktenzustellung im vorinstanzlichen Verfahren vorliegt, braucht im Rahmen des vorliegenden Beschwerdeverfahrens nicht abschliessend geprüft zu werden. Eine solche Verletzung wäre nämlich spätestens im Rahmen des vorliegenden Verfahrens geheilt worden und eine Aufhebung des angefochtenen Einspracheentscheids aus formellen Gründen würde lediglich zu einem formalistischen Leerlauf führen. Mithin ist die Angelegenheit nachfolgend materiell zu prüfen (vgl. zu den Auswirkungen einer Verletzung des rechtlichen Gehörs auf eine allfällige Parteientschädigung nachfolgende E. 5.3.1). Ein Entschädigungsanspruch im Rahmen der OKP besteht nur für klar ausgewiesene und effektiv durchgeführte Leistungen von Pflegefachfrauen und -männern (Urteil des Bundesgerichts vom 6. Dezember 2018, 9C_912/2017, E. 2.3.1 mit Hinweisen). Die Beschwerdegegnerin hielt in ihrer Replik vom 22. November 2022 fest, die beiden betroffenen Spitex-Organisationen hätten die von ihr verfügbaren Limitationen akzeptiert und die Grundpflege habe offenbar mit den zugestandenen Pflegeeinheiten abgedeckt werden können (act. G 5 S. 9 Ziff. 11). Auf die Aufforderung des Versicherungsgerichts, hinsichtlich der Frage nach dem Vorliegen eines schutzwürdigen Interesses darzulegen, inwiefern er im streitgegenständlichen Zeitraum für ungedeckt gebliebene Pflegekosten aufzukommen hatte (act. G 22), führte der Beschwerdeführer in seiner Stellungnahme vom 20. November 2023 (act. G 29) aus, die Beschwerdegegnerin habe Pflegeleistungen der Spitex D.____ und Spitex E.____ von über Fr. 2'000.■■ nicht übernommen. Er verwies bei seinen Ausführungen auf spezifische Beträge bzw. Leistungsabrechnungen (vgl. act. G 29 S. 2 Ziff. 3), worauf nachfolgend näher einzugehen ist: In der Leistungsabrechnung Nr. 522519430 vom 20. August 2021 betreffend den Juni 2021 (act. G 29.1; auch enthalten in act. G 35.3) wurden seitens der Beschwerdegegnerin Fr. 124.10 an Leistungen der Spitex D.____ und Fr. 60.15 an Leistungen der Spitex E.____ nicht anerkannt bzw. zu Lasten des Beschwerdeführers abgerechnet. Der Vollständigkeit halber ist festzuhalten, dass der Selbstbehalt von Fr. 12.71 auf den berücksichtigten Betrag für KVG-Leistungen von Fr. 127.10 seitens des Beschwerdeführers zu Recht nicht beanstandet wurde. Wie sich aus der Rechnung Nr. 54954 / 1 der Spitex D.____ (in act. G 35.3) ergibt, handelt es sich bei dem nicht anerkannten Betrag von Fr. 124.10 Leistungen der Spitex D.____ um Fr. 119.10 Patientenbeteiligung sowie Fr. 5.■■ Schlüsselpauschale. Die maximale Patientenbeteiligung an den Pflegekosten ist in Art. 25a Abs. 5 KVG gesetzlich geregelt. Da die Patientenbeteiligung vorliegend nicht mehr als die gesetzlich zulässigen 20 % beträgt (total KLV-Leistungen im Juni 2021: Fr. 623.90 + Fr. 127.10), ist die Abrechnung derselben zu Lasten des Beschwerdeführers nicht zu beanstanden. Bei der Schlüsselpauschale handelt es sich – wie von der Spitex D.____ in der Rechnung korrekt deklariert wurde – um eine "Nicht-Pflichtleistung", d. h. nicht um eine gemäss KVG zu

vergütende Leistung. Somit hat die Beschwerdegegnerin auch diesen Betrag zu Recht nicht anerkannt bzw. besteht dafür keine Leistungspflicht. Eine allfällige Leistungspflicht aus der Zusatzversicherung bildet nicht Gegenstand des vorliegenden Verfahrens (vgl. bereits E. 2.2). Wie sich aus der Rechnung Nr. 21605 / 1 (in act. G 35.3) ergibt, handelt es sich bei den abgelehnten Leistungen der Spitex E.____ (Rechnungsbetrag: Fr. 205.05) allesamt um Nicht-Pflichtleistungen, welche – wie von der Beschwerdegegnerin vorgenommen – über die Zusatzversicherung des Beschwerdeführers abzurechnen sind. Da die Nicht-Pflichtleistungen wie erwähnt (E. 2.2) nicht Gegenstand des vorliegenden Verfahrens bilden, kann und muss die entsprechende Abrechnung nicht weiter geprüft werden, zumal keine Hinweise darauf vorliegen und vom Beschwerdeführer auch nicht geltend gemacht wird, dass seitens der Spitex E.____ fälschlicherweise Pflichtleistungen unter dem Titel Nicht-Pflichtleistungen abgerechnet worden wären. Die Leistungsabrechnung Nr. 522519430 vom 20. August 2021 (act. G 29.1; auch enthalten in act. G 35.3) ist nach Gesagtem – soweit im Rahmen des vorliegenden Verfahrens überprüfbar – nicht zu beanstanden. In der Leistungsabrechnung Nr. 523707462 vom 15. September 2021 betreffend den Juli 2021 (act. G 29.2; auch enthalten in act. G 35.3) wurden seitens der Beschwerdegegnerin Fr. 245.10 an Leistungen der Spitex D.____ und Fr. 65.20 an Leistungen der Spitex E.____ nicht anerkannt bzw. zu Lasten des Beschwerdeführers abgerechnet. Wie sich aus der Rechnung Nr. 55268 / 1 (in act. G 35.3) ergibt, handelt es sich bei dem nicht anerkannten Betrag von Fr. 245.10 Leistungen der Spitex D.____ um Fr. 168.20 Patientenbeteiligung, Fr. 56.90 und 15.■■ Untersuchungshandschuhe und Fr. 5.■■ Schlüsselpauschale. Hinsichtlich der Patientenbeteiligung sowie der Schlüsselpauschale kann auf die vorstehenden Ausführungen (E. 3.2.1) verwiesen werden, zumal die Patientenbeteiligung wiederum nicht mehr als die gesetzlich zulässigen 20 % beträgt (total KLV-Leistungen im Juli 2021: Fr. 1'025.49). Bei den Untersuchungshandschuhen handelt es sich – wie von der Spitex D.____ in der Rechnung korrekt deklariert wurde – ebenfalls um Nicht-Pflichtleistungen. Somit hat die Beschwerdegegnerin auch diesen Betrag (total: Fr. 71.90) zu Recht nicht anerkannt bzw. besteht dafür keine Leistungspflicht ihrerseits. Wie sich aus der Rechnung Nr. 21941 / 1 (in act. G 35.3) ergibt, handelt es sich bei den abgelehnten Leistungen der Spitex E.____ (Rechnungsbetrag: Fr. 197.50) wiederum um Nicht-Pflichtleistungen, welche nicht Gegenstand des vorliegenden Verfahrens bilden und entsprechend nicht weiter geprüft werden können bzw. müssen (vgl. dazu bereits vorstehende E. 3.2.2), zumal wiederum keine Hinweise darauf vorliegen und vom Beschwerdeführer auch nicht geltend gemacht wird, dass seitens der Spitex E.____ fälschlicherweise Pflichtleistungen unter dem Titel Nicht-Pflichtleistungen abgerechnet worden wären. Die Leistungsabrechnung Nr. 523707462 vom 15. September 2021 (act. G 29.2; auch enthalten in act. G 35.3) ist nach Gesagtem – soweit im Rahmen des vorliegenden Verfahrens überprüfbar – ebenfalls nicht zu beanstanden. In der Leistungsabrechnung Nr. 525429959 vom 6. Oktober 2021 betreffend den August 2021 (act. G 29.3; auch enthalten in act. G 35.3) wurden seitens der Beschwerdegegnerin Fr. 181.85 an Leistungen der Spitex D.____ und Fr. 30.69 an Leistungen der Spitex E.____ nicht anerkannt bzw. zu Lasten des Beschwerdeführers abgerechnet. Wie sich aus der Rechnung Nr. 55339 / 1 (in act. G 35.3) ergibt, handelt es sich bei dem nicht anerkannten Betrag von Fr. 181.85 Leistungen der Spitex D.____ um Fr. 176.87 Patientenbeteiligung sowie Fr. 5.■■ Schlüsselpauschale, womit vollumfänglich auf die vorstehenden Ausführungen (E. 3.2.1) verwiesen werden kann. Die Patientenbeteiligung beträgt wiederum nicht mehr als die gesetzlich zulässigen 20 % (total KLV-Leistungen im August 2021: Fr. 1'012.35). Somit hat

die Beschwerdegegnerin den vorerwähnten Betrag zu Recht nicht anerkannt bzw. besteht dafür keine Leistungspflicht ihrerseits. Wie sich aus der Rechnung Nr. 22263 / 1 (in act. G 35.3) ergibt, handelt es sich bei den abgelehnten Leistungen der Spitex E.____ (Rechnungsbetrag: Fr. 306.90) allesamt um Nicht-Pflichtleistungen, welche nicht Gegenstand des vorliegenden Verfahrens bilden und entsprechend nicht weiter geprüft werden können bzw. müssen (vgl. dazu bereits vorstehende E. 3.2.2), zumal wiederum keine Hinweise darauf vorliegen und vom Beschwerdeführer auch nicht geltend gemacht wird, dass seitens der Spitex E.____ fälschlicherweise Pflichtleistungen unter dem Titel Nicht-Pflichtleistungen abgerechnet worden wären. Die Leistungsabrechnung Nr. 525429959 vom 6. Oktober 2021 (act. G 29.3; auch enthalten in act. G 35.3) ist nach Gesagtem – soweit im Rahmen des vorliegenden Verfahrens überprüfbar – ebenfalls nicht zu beanstanden. In der Leistungsabrechnung Nr. 528135380 vom 12. November 2021 betreffend den September 2021 (act. G 29.4; auch enthalten in act. G 35.3) wurden seitens der Beschwerdegegnerin Fr. 245.■■■ an Leistungen der Spitex D.____ und Fr. 39.92 an Leistungen der Spitex E.____ nicht anerkannt bzw. zu Lasten des Beschwerdeführers abgerechnet. Wie sich aus der Rechnung Nr. 55529 / 1 (in act. G 35.3) ergibt, handelt es sich bei dem nicht anerkannten Betrag von Fr. 245.■■■ Leistungen der Spitex D.____ um Fr. 31.50 Behandlungspflege, Fr. 208.51 Patientenbeteiligung sowie Fr. 5.■■■ Schlüsselpauschale. Hinsichtlich der fehlenden Leistungspflicht für die Patientenbeteiligung sowie der Schlüsselpauschale kann auf die vorstehenden Ausführungen (E. 3.2.1) verwiesen werden, zumal die Patientenbeteiligung wiederum nicht mehr als die gesetzlich zulässigen 20 % beträgt (total KLV-Leistungen im September 2021: Fr. 1'169.24). Hinsichtlich der 0.5 Stunden bzw. Fr. 31.50 Behandlungspflege (Leistung nach Art. 7 Abs. 2 lit. b KLV) trifft es zwar zu, dass das von der Beschwerdegegnerin verfügte "Kostendach" von 2 Stunden 9 Minuten pro Monat bezogen auf die KLV B-Leistungen, überschritten wurde (total 2.5 Stunden, vgl. die Rechnung Nr. 55529 / 1 in act. G 35.3). Sinn und Zweck der vorliegend im Streit stehenden Bedarfsermittlung ist es jedoch, die voraussichtlich in einer bestimmten Periode zu erbringenden (Pflege■■■)Leistungen festzulegen und den betroffenen Versicherten eine gewisse Rechtssicherheit hinsichtlich der von dem zuständigen Versicherungsträger zu erbringenden Versicherungsleistungen zu gewährleisten. Wie sich aus dem – zusammen von den Leistungserbringern und den Versicherern erarbeiteten (vgl. dazu Art. 8a Abs. 4 KLV) – Meldeformular ergibt, werden auf der zweiten Seite für eine möglichst nachvollziehbare Berechnung die voraussichtlich zu erbringenden Leistungen in unterschiedlichen Einheiten ("an ... Tagen pro Woche", "wöchentlich", "monatlich" oder "einmalig") angegeben. Anschliessend folgt die Angabe des Nettobedarfs an Spitexleistungen für die ganze Verordnungsperiode (meist mehrere Monate). Auf der ersten Seite des Formulars wird sodann jeweils – wohl im Sinne einer Übersicht – der voraussichtliche Bedarf pro Woche, Monat bzw. der Dauer des Auftrags aufgeführt (vgl. zum Ganzen KV-act. 3 S. 2 und 3). Selbstredend sind aber nicht in jeder Woche bzw. jedem Monat gleich viele Leistungen zu erbringen, was sich bereits aus den vorerwähnten Einheiten ergibt, namentlich dem Umstand, dass gewisse Leistungen bloss einmalig während einer Verordnungsperiode (welche mehrere Monate umfasst) zu erbringen sind. Ausserdem ist es ohne Weiteres nachvollziehbar, dass während gewissen Wochen/Monaten weniger bzw. mehr Leistungen erbracht werden müssen, z. B. wenn die (ebenfalls) pflegenden Angehörigen Ferien beziehen und damit mehr Zeit aufwenden können oder umgekehrt mehr (externe) Leistungen erbracht werden müssen, weil die pflegenden Angehörigen beispielsweise

krankheitsbedingt ausfallen. Der effektive Pflegebedarf einer versicherten Person unterliegt nach Gesagtem in der Realität gewissen Schwankungen, auch wenn keine wesentlichen Veränderungen des Gesundheitszustands bzw. der Pflegebedürftigkeit an sich eingetreten sind. Auch wenn vorliegend in der Verfügung vom 28. Februar 2022 (KV-act. 21) bzw. dem Einspracheentscheid vom 16. August 2022 (KV-act. 34) Leistungen in Minuten bzw. Stunden pro Monat bewilligt worden sind, ist mithin der (bewilligte) Pflegebedarf für die ganze Verordnungsperiode massgebend bzw. zu überprüfen. Die Bedarfsabklärung der Spitex D.____ vom 7. Juni 2021 betreffend den Zeitraum vom 14. Juni 2021 bis 13. Dezember 2021 ergab hinsichtlich der Leistungen nach Art. 7 Abs. 2 lit. b KLV (Untersuchung und Behandlung) einen Bedarf von voraussichtlich 784 Minuten für die ganze Verordnungsperiode (10 Minuten "Verabreichung gerichtete Medikamente" an drei Tagen pro Woche; KV-act. 3 S. 3) bzw. 2 Stunden und 9 Minuten pro Monat oder 30 Minuten pro Woche (vgl. KV-act. 3 S. 2). Die beantragten "KLV B-Leistungen" wurden in der Verfügung vom 28. Februar 2022 (KV-act. 21) bzw. dem Einspracheentscheid vom 16. August 2022 (KV-act. 34) vollumfänglich, d. h. im Umfang von 2 Stunden und 9 Minuten pro Monat, bewilligt. Die monatlich erbrachten bzw. abgerechneten Leistungen sind aber wie erwähnt bezogen auf die gesamte Verordnungsperiode zu überprüfen. Zwar wurden im September 2021 gesamthaft 2 Stunden 30 Minuten KLV B-Leistungen erbracht und damit die in der Verfügung bzw. dem Einspracheentscheid bewilligte Dauer (pro Monat) überschritten. Wie erwähnt können die effektiv erbrachten Leistungen pro Woche/Monat aber variieren. Betrachtet man die gesamte Verordnungsperiode ergibt sich aus den Rechnungen der Spitex D.____, dass total lediglich rund 11 Stunden (statt der berechneten 13 Stunden und 4 Minuten) KLV B-Leistungen erbracht bzw. abgerechnet worden sind. Mithin wurde – über die gesamte Verordnungsperiode hinweg – die bewilligte Dauer an Leistungen gemäss Art. 7 Abs. 2 lit. b KLV eingehalten und besteht mit Blick auf die unter dem Titel "Kostenanteil Klient" aufgeführten 0.5 Stunden Behandlungspflege im September 2021 (Fr. 31.50) eine Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin. Wie sich aus der Rechnung Nr. 22601 / 1 (in act. G 35.3) ergibt, handelt es sich bei den abgelehnten Leistungen der Spitex E.____ (Rechnungsbetrag: Fr. 388.■■■) um Fr. 386.75 Nicht-Pflichtleistungen sowie Fr. 1.25 Fahrspesen (welche unter dem Titel Pflichtleistungen KVG, Kostenanteil Klient, aufgeführt worden sind). Die Nicht-Pflichtleistungen bilden nicht Gegenstand des vorliegenden Verfahrens und können bzw. müssen entsprechend nicht weiter geprüft werden (vgl. dazu bereits vorstehende E. 3.2.2), zumal auch hier keine Hinweise darauf vorliegen und vom Beschwerdeführer auch nicht geltend gemacht wird, dass seitens der Spitex E.____ fälschlicherweise Pflichtleistungen unter dem Titel Nicht-Pflichtleistungen abgerechnet worden wären. Vielmehr verhält es sich umgekehrt: Die Fahrspesen stellen entgegen der Rechnungsstellung der Spitex E.____ keine Pflichtleistung im Sinne des KVG dar, weshalb auch sie seitens Beschwerdegegnerin rechtmässig zu Lasten des Beschwerdeführers abgerechnet worden sind. Die Leistungsabrechnung Nr. 528135380 vom 12. November 2021 (act. G 29.4; auch enthalten in act. G 35.3) ist nach Gesagtem dahingehend zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer – unter Berücksichtigung der Patientenbeteiligung nach Art. 25a KVG – auch die unter dem Titel "Kostenanteil Klient" aufgeführten 0.5 Stunden Behandlungspflege im September 2021 (Fr. 31.50) hätte vergüten müssen. In der Leistungsabrechnung Nr. 531171926 vom 1. Dezember 2021 betreffend den Oktober 2021 (act. G 29.5; auch enthalten in act. G 35.3) wurden seitens der Beschwerdegegnerin Fr. 158.60 an Leistungen der Spitex D.____ und Fr.

102.45 an Leistungen der Spitex E.____ nicht anerkannt bzw. zu Lasten des Beschwerdeführers abgerechnet. Wie sich aus der Rechnung Nr. 55845 / 2 (in act. G 35.3) ergibt, handelt es sich bei dem nicht anerkannten Betrag von Fr. 158.60 Leistungen der Spitex D.____ um Fr. 153.61 Patientenbeteiligung sowie Fr. 5.■■■ Schlüsselpauschale, womit vollumfänglich auf die vorstehenden Ausführungen (E. 3.2.1) verwiesen werden kann. Die Patientenbeteiligung beträgt wiederum nicht mehr als die gesetzlich zulässigen 20 % (total KLV-Leistungen im August 2021: Fr. 901.85). Somit hat die Beschwerdegegnerin den vorerwähnten Betrag zu Recht nicht anerkannt bzw. besteht dafür keine Leistungspflicht ihrerseits. Wie sich aus der Rechnung Nr. 22745 / 1 (in act. G 35.3) ergibt, handelt es sich bei den abgelehnten Leistungen der Spitex E.____ (Rechnungsbetrag: Fr. 483.60) wiederum um Nicht-Pflichtleistungen, welche nicht Gegenstand des vorliegenden Verfahrens bilden und entsprechend nicht weiter geprüft werden können bzw. müssen (vgl. dazu bereits vorstehende E. 3.2.2), zumal auch hier keine Hinweise darauf vorliegen und vom Beschwerdeführer auch nicht geltend gemacht wird, dass seitens der Spitex E.____ fälschlicherweise Pflichtleistungen unter dem Titel Nicht-Pflichtleistungen abgerechnet worden wären. Die Leistungsabrechnung Nr. 531171926 vom 1. Dezember 2021 (act. G 29.5; auch enthalten in act. G 35.3) ist nach Gesagtem – soweit im Rahmen des vorliegenden Verfahrens überprüfbar – ebenfalls nicht zu beanstanden. In der Leistungsabrechnung Nr. 536099089 vom 26. Januar 2022 betreffend den November 2021 (act. G 29.6; auch enthalten in act. G 35.3) wurden seitens der Beschwerdegegnerin Fr. 171.85 an Leistungen der Spitex D.____ und Fr. 337.11 an Leistungen der Spitex E.____ nicht anerkannt bzw. zu Lasten des Beschwerdeführers abgerechnet. Am 4. Februar 2022 berichtigte die Beschwerdegegnerin ihre Einschätzung mit Leistungsabrechnung Nr. 536935218 (act. G 29.8 auch enthalten in act. G 35.3) dahingehend, dass lediglich noch Fr. 79.35 an Leistungen der Spitex E.____ nicht anerkannt bzw. zu Lasten des Beschwerdeführers abgerechnet worden sind. Wie sich aus der Rechnung Nr. 55916 / 1 (in act. G 35.3) ergibt, handelt es sich bei dem nicht anerkannten Betrag von Fr. 171.85 Leistungen der Spitex D.____ um Fr. 166.85 Patientenbeteiligung sowie Fr. 5.■■■ Schlüsselpauschale, womit vollumfänglich auf die vorstehenden Ausführungen (E. 3.2.1) verwiesen werden kann. Die Patientenbeteiligung beträgt wiederum nicht mehr als die gesetzlich zulässigen 20 % (total KLV-Leistungen im August 2021: Fr. 906.24). Somit hat die Beschwerdegegnerin den vorerwähnten Betrag zu Recht nicht anerkannt bzw. besteht dafür keine Leistungspflicht ihrerseits. Wie sich aus der Rechnung Nr. 23273 / 1 (in act. G 35.3) ergibt, handelt es sich bei den in den Leistungsabrechnungen Nrn. 536099089 und 536935218 (act. G 29.6 und 29.8; beide auch enthalten in act. G 35.3) abgerechneten Leistungen der Spitex E.____ (Rechnungsbetrag: Fr. 378.60) allesamt um Nicht-Pflichtleistungen, welche nicht Gegenstand des vorliegenden Verfahrens bilden und entsprechend nicht weiter geprüft werden können bzw. müssen (vgl. dazu bereits vorstehende E. 3.2.2), zumal auch hier keine Hinweise darauf vorliegen und vom Beschwerdeführer auch nicht geltend gemacht wird, dass seitens der Spitex E.____ fälschlicherweise Pflichtleistungen unter dem Titel Nicht-Pflichtleistungen abgerechnet worden wären. Die Leistungsabrechnungen Nrn. 536099089 und 536935218 vom 26. Januar bzw. 4. Februar 2022 (act. G 29.6 und 29.8; beide auch enthalten in act. G 35.3) sind nach Gesagtem – soweit im Rahmen des vorliegenden Verfahrens überprüfbar – ebenfalls nicht zu beanstanden. In der Leistungsabrechnung Nr. 536651201 vom 2. Februar 2022 betreffend den Dezember 2021 (act. G 29.7; auch enthalten in act. G 35.3) wurden seitens der Beschwerdegegnerin Fr. 197.60 an Leistungen der Spitex D.____ und Fr. 82.60

an Leistungen der Spitex E.____ nicht anerkannt bzw. zu Lasten des Beschwerdeführers abgerechnet. Wie sich aus der Rechnung Nr. 56102 / 1 (in act. G 35.3) ergibt, handelt es sich bei dem nicht anerkannten Betrag von Fr. 197.60 Leistungen der Spitex D.____ um Fr. 25.63 "Abklärung und Beratung", Fr. 166.98 Patientenbeteiligung sowie Fr. 5.■■■ Schlüsselpauschale. Hinsichtlich der fehlenden Leistungspflicht für die Patientenbeteiligung sowie der Schlüsselpauschale kann auf die vorstehenden Ausführungen (E. 3.2.1) verwiesen werden, zumal die Patientenbeteiligung wiederum nicht mehr als die gesetzlich zulässigen 20 % beträgt (total KLV-Leistungen im Dezember 2021: Fr. 987.31). Hinsichtlich der 0.333 Stunden bzw. Fr. 25.63 "Abklärung und Beratung" (Leistung nach Art. 7 Abs. 2 lit. a KLV) wurde im Dezember 2021 zwar das verfügte Kostendach von 41 Minuten pro Monat überschritten. Wie vorstehend (E. 3.5.1.2) jedoch ausgeführt, muss für die Beurteilung des Leistungsanspruchs die gesamte Verordnungsperiode betrachtet werden. Dies gilt vorliegend mit Blick auf die KLV A-Leistungen umso mehr, als diesbezüglich in der Bedarfsabklärung auch einmalig zu erbringende Leistungen festgehalten worden sind (einmalig 60 Minuten "Reassessment" und 30 Minuten "Pflegeplanung erstmalig im Rahmen der Bedarfsabklärung" sowie monatlich 15 Minuten "Pflegebedarf bestimmen und evaluieren" und 11 Minuten "Konsultation Arzt – Spitex zur Bedarfsabklärung"; KV-act. 3 S. 3). Die verfügungsweise bzw. im Einspracheentscheid (vollumfänglich) bewilligten 41 Minuten Leistungen gemäss Art. 7 Abs. 2 lit. a KLV pro Monat können – nicht zuletzt, weil sich aus der Verfügung bzw. dem Einspracheentscheid auch keine Hinweise auf Einschränkungen in dieser Hinsicht ergeben – nur dahingehend verstanden werden, dass die bewilligten Leistungen ebenfalls über die gesamte Verordnungsperiode hin zu betrachten sind. In der vorliegend strittigen Periode vom 14. Juni bis 13. Dezember 2021 wurden seitens der Spitex D.____ einzig am 2. Dezember 2021 1 Stunde KLV A-Leistungen abgerechnet (vgl. Rechnung Nr. 56102 / 1 in act. G 35.3; im Juni 2021 wurden zwar ebenfalls KLV A-Leistungen abgerechnet, jedoch vor der vorliegend strittigen Periode [am 4. und 5. Juni; vgl. Rechnung Nr. 54954 / 1 in act. G 35.3]). Mithin wurde – über die gesamte Verordnungsperiode hinweg – die bewilligte Dauer an Leistungen gemäss Art. 7 Abs. 2 lit. a KLV eingehalten und besteht mit Blick auf die unter dem Titel "Kostenanteil Klient" aufgeführten 0.333 Stunden Abklärung und Beratung im Dezember 2021 (Fr. 25.63) eine Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin. Wie sich aus der Rechnung Nr. 23594 / 1 (in act. G 35.3) ergibt, handelt es sich bei den abgelehnten Leistungen der Spitex E.____ (Rechnungsbetrag: Fr. 432.25) allesamt um Nicht-Pflichtleistungen, welche nicht Gegenstand des vorliegenden Verfahrens bilden und entsprechend nicht weiter geprüft werden können bzw. müssen (vgl. dazu bereits vorstehende E. 3.2.2), zumal auch hier keine Hinweise darauf vorliegen und vom Beschwerdeführer auch nicht geltend gemacht wird, dass seitens der Spitex E.____ fälschlicherweise Pflichtleistungen unter dem Titel Nicht-Pflichtleistungen abgerechnet worden wären. Die Leistungsabrechnung Nr. 536651201 vom 2. Februar 2022 (act. G 29.7; auch enthalten in act. G 35.3) ist nach Gesagtem dahingehend zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer – wiederum unter Berücksichtigung der Patientenbeteiligung nach Art. 25a KVG – auch die unter dem Titel "Kostenanteil Klient" aufgeführten 0.333 Stunden Abklärung und Beratung im Dezember 2021 (Fr. 25.63) hätte vergüten müssen. In der Leistungsabrechnung Nr. 541311172 vom 16. März 2022 betreffend den Januar 2022 (act. G 29.9; auch enthalten in act. G 35.3) wurden seitens der Beschwerdegegnerin Fr. 162.■■■ an Leistungen der Spitex D.____ und Fr. 67.55 an Leistungen der Spitex E.____ nicht anerkannt bzw. zu Lasten des Beschwerdeführers

abgerechnet. Wie aus der Rechnung Nr. 56293 / 1 (in act. G 35.3) ergibt, handelt es sich bei dem nicht anerkannten Betrag von Fr. 162.■■■ Leistungen der Spitex D.____ um Fr. 135.12 Patientenbeteiligung, Fr. 13.90 Lifestage Viscose Waschlappen, Fr. 8.■■■ Porto und Fr. 5.■■■ Schlüsselpauschale. Hinsichtlich der Patientenbeteiligung sowie der Schlüsselpauschale kann auf die vorstehenden Ausführungen (E. 3.2.1) verwiesen werden, zumal die Patientenbeteiligung wiederum nicht mehr als die gesetzlich zulässigen 20 % beträgt (total KLV-Leistungen im Januar 2022: Fr. 738.85). Bei den Viscose Waschlappen sowie dem Porto handelt es sich – wie von der Spitex D.____ in der Rechnung korrekt deklariert wurde – ebenfalls um Nicht-Pflichtleistungen. Somit hat die Beschwerdegegnerin auch diese Beträge (total: Fr. 21.90) zu Recht nicht anerkannt bzw. besteht dafür keine Leistungspflicht ihrerseits. Wie sich aus der Rechnung Nr. 24043 / 1 (in act. G 35.3) ergibt, handelt es sich bei den abgelehnten Leistungen der Spitex E.____ (Rechnungsbetrag: Fr. 363.65) allesamt um Nicht-Pflichtleistungen, welche nicht Gegenstand des vorliegenden Verfahrens bilden und entsprechend nicht weiter geprüft werden können bzw. müssen (vgl. dazu bereits vorstehende E. 3.2.2), zumal auch hier keine Hinweise darauf vorliegen und vom Beschwerdeführer auch nicht geltend gemacht wird, dass seitens der Spitex E.____ fälschlicherweise Pflichtleistungen unter dem Titel Nicht-Pflichtleistungen abgerechnet worden wären. Die Leistungsabrechnung Nr. 541311172 vom 16. März 2022 (act. G 29.9; auch enthalten in act. G 35.3) ist nach Gesagtem – soweit im Rahmen des vorliegenden Verfahrens überprüfbar – ebenfalls nicht zu beanstanden. Zusammengefasst sind im vorliegend strittigen Zeitraum von Juni 2021 bis Januar 2022 einzig die Leistungsabrechnungen der Beschwerdegegnerin für den September und Dezember 2021 zu beanstanden. Im Übrigen kann der Vollständigkeit halber festgehalten werden, dass die Beschwerdegegnerin den ihr verrechneten Anteil an den Pflichtleistungen der beiden Leistungserbringer (gemäss den "Originalrechnungen" [in act. G 35.2] bzw. ausgewiesen als "Anteil Krankenversicherer" auf den Gesamtrechnungen der Spitex D.____ bzw. "Anteil Öffentliche Hand" auf den Rechnungen der Spitex E.____ [in act. G 35.3]) offenbar jeweils vollständig beglichen hat. Dies ergibt sich aus den jeweiligen Leistungsabrechnungen (in act. G 35.2) bzw. der nachfolgenden Darstellung. Speziell hervorzuheben sind einzig die Leistungen der Spitex D.____ vom Oktober 2021 (vgl. zu diesen nachfolgende E. 3.12). (Auf die Auflistung der Leistungsabrechnungen inklusive Beträge und Fundstelle wird in der vorliegenden Internetpublikation der Einfachheit halber verzichtet.) Ab dem Januar 2022 liegen keine Rechnung der Spitex E.____ für Pflichtleistungen mehr vor (vgl. jedoch die Rechnung Nr. 24043 / 1 [in act. G 35.3; auch enthalten in KV-act. 29] für die Nicht-Pflichtleistungen der Spitex E.____ im Januar 2022, welche aber nicht Gegenstand des vorliegenden Verfahrens bilden [vgl. nochmals vorstehende E. 2.2]). Die "Originalrechnung" Nr. 55790 für den Oktober 2021 (in act. G 35.2; Rechnungsdatum: 31. Oktober 2021) in Höhe von Fr. 792.25 wurde von der Spitex D.____ offenbar storniert (vgl. den handschriftlichen Vermerk in act. G 35.2 sowie auch KV-act. 39 S. 3), weshalb seitens der Beschwerdegegnerin für den Oktober 2021 keine Auszahlung an die Spitex D.____ getätigt worden sei (vgl. zum Ganzen die Ausführungen im angefochtenen Einspracheentscheid [KV-act. 34 S. 5]). In der sich bei den Akten befindlichen Gesamtrechnung Nr. 55845 / 2 für den Oktober 2021 (in act. G 35.3; Rechnungsdatum: 22. November 2021) wird jedoch ein "Anteil Krankenversicherer" an den Pflichtleistungen in Höhe von Fr. 901.85 und dementsprechend ein "Kostenanteil Klient" (Patientenbeteiligung) in Höhe von Fr. 153.61 ausgewiesen. Die Patientenbeteiligung wurde offenbar auch effektiv zu Lasten des Beschwerdeführers abgerechnet (vgl. dazu die

Leistungsabrechnung Nr. 531171926 [act. G 29.5; auch enthalten in act. G 35.3]). Der Beschwerdeführer bestreitet die Rechtmässigkeit dieser Abrechnung (und damit zusammenhängend die seitens der Spitex D.____ erbrachten Leistungen) nicht, weshalb die Beschwerdegegnerin folgerichtig der Spitex D.____ – soweit nicht bereits erfolgt – den Anteil des Krankenversicherers in Höhe von Fr. 901.85 für den Monat Oktober 2021 zu vergüten hat. Da vorliegend unstrittig das System des Tiers payant (Art. 42 Abs. 2 KVG) zur Anwendung gelangt und der Beschwerdeführer weder geltend macht noch Hinweise darauf vorliegen, dass er den entsprechenden Rechnungsbetrag bzw. Anteil des Krankenversicherers gegenüber der Spitex D.____ selber beglichen hat, vermag er hinsichtlich des Betrags von Fr. 901.85 keinen überwiegend wahrscheinlichen Leistungs- bzw. Rückvergütungsanspruch seinerseits gegenüber der Beschwerdegegnerin nachzuweisen, da ein Leistungsanspruch selbstredend lediglich für ihm effektiv angefallene Kosten besteht. Ein allfälliger Leistungsanspruch der Spitex D.____ gegenüber der Beschwerdegegnerin (den sie im System des Tiers payant selbständig geltend machen kann), bildet nicht Gegenstand des vorliegenden Verfahrens, weshalb darauf nicht weiter eingegangen werden muss. Weitere Leistungen hat die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer im streitgegenständlichen Zeitraum nicht zu erbringen. Namentlich handelt es sich bei den vom Beschwerdeführer in seiner Stellungnahme vom 20. November 2023 (act. G 29) erwähnten Fahrkosten im Zusammenhang mit Arztbesuchen, den Kosten für den Mahlzeitendienst sowie der Lohneinbusse des Ehemanns F.____ klarerweise nicht um Leistungen, welche gestützt auf das KVG von der Beschwerdegegnerin zu vergüten sind. Darauf, dass die Spitexeinrichtungen dem Beschwerdeführer einen allfälligen Mehraufwand direkt in Rechnung gestellt haben, ergeben sich aus den Akten keine Hinweise. Namentlich hat der Beschwerdeführer keine solchen Rechnungen eingereicht. Selbst wenn man davon ausgehen würde, dass der Beschwerdeführer im streitgegenständlichen Zeitraum Anspruch auf weitere bzw. umfangreichere Pflegeleistungen gehabt hätte und er aufgrund der von der Beschwerdegegnerin verfüigten Limitationen auf solche verzichtet hatte (vgl. zu diesem Argument act. G 37), bestünde auch kein Anspruch auf eine Nachzahlung o. Ä., da nur effektiv erbrachte Leistungen von der OKP zu vergüten sind (vgl. dazu bereits vorstehende E. 3.1). Ob ein weitergehender Anspruch bezüglich der Positionen "Beim Trinken unterstützen", "Beim Essen helfen", "Zahnpflege" und "Verabreichung gerichtete Medikamente" bestanden hätte, muss angesichts der faktisch erfolgten Einhaltung der Limitationen durch die Spitexeinrichtungen im Rahmen des vorliegenden Verfahrens nicht weiter geprüft werden, zumal mit Blick auf den inzwischen erfolgten Wechsel des Krankenversicherers (vgl. dazu insbesondere act. G 18 S. 3) ein entsprechendes Feststellungsinteresse hinsichtlich künftiger Leistungen bzw. Leistungsabrechnungen seitens des Beschwerdeführers klarerweise nicht (mehr) besteht. Weitere Abklärungen zum Pflegebedarf im streitgegenständlichen Zeitraum, namentlich die Einholung eines unabhängigen Pflegegutachtens oder die Befragung von Zeugen, erübrigen sich damit. Im Sinne der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde teilweise gutzuheissen und die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, dem Beschwerdeführer die gesetzlichen Versicherungsleistungen für die seitens der Spitex D.____ erbrachten 0.5 Stunden Behandlungspflege (Fr. 31.50) im Monat September 2021 sowie die 0.33 Stunden Abklärung und Beratung (Fr. 25.63) im Monat Dezember 2021 zu erbringen. Die Angelegenheit wird nach Rechtskraft des vorliegenden Entscheids zur Abrechnung der vorerwähnten Leistungen (unter Berücksichtigung der Patientenbeteiligung sowie Selbstbehalt und Franchise) an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen. Darüber

hinausgehend ist die Beschwerde abzuweisen. Gerichtskosten sind mangels gesetzlicher Grundlage im KVG keine zu erheben (Art. 61 lit. f bis ATSG). Nach Art. 61 lit. g ATSG hat die obsiegende Beschwerde führende Person Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Die Parteientschädigung für die berufliche Rechtsvertretung wird vom Versicherungsgericht festgesetzt und ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen. In der Verwaltungsrechtspflege beträgt das Honorar vor Versicherungsgericht nach Art. 22 Abs. 1 lit. b der Honorarordnung (sGS 963.75) pauschal Fr. 1'500.-- bis Fr. 15'000.--. In der vorliegend zu beurteilenden Angelegenheit erscheint mit Blick auf den notwendigen Aufwand für die Beschwerdeführung bei durchschnittlichem Aktenumfang, aber eingeschränkter Streitfrage (insbesondere standen im Ergebnis keine medizinischen Fragen im Raum) eine pauschale Parteientschädigung von Fr. 3'000.-- (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer) als angemessen. Ein aussergewöhnlicher Mehraufwand ist entgegen der Ansicht des beschwerdeführerischen Rechtsvertreters (act. G 29 S. 4 Ziff. 7) trotz Aufforderung zur Stellungnahme zum schützenswerten Interesse seitens des Gerichts nicht zu erkennen, zumal der Beschwerdeführer in dieser kurzen Stellungnahme lediglich pauschal ungedeckte Krankheitskosten geltend gemacht hat, ohne weiter darzulegen, inwiefern ein rechtlicher Anspruch auf Übernahme dieser Kosten durch die Beschwerdegegnerin bestehen soll. Inwiefern dem Beschwerdeführer bzw. seinem Rechtsvertreter im Rahmen des vorliegenden Verfahrens ein Mehraufwand zufolge unvollständiger Zustellung der Akten im Einspracheverfahren entstanden sein soll (act. G 16 S. 2 Ziff. 3), ist ebenfalls nicht ersichtlich. Insbesondere hat er den Einspracheentscheid in materieller und nicht bloss in formeller Hinsicht angefochten und seine Beschwerde auch nach Einsicht in die vollständigen Akten nicht zurückgezogen, weshalb eine allfällige Gehörsverletzung (ob eine solche vorliegt wurde in E. 2.5 vorstehend offengelassen) auch nicht zu nennenswertem zusätzlichem Aufwand geführt hat, der ansonsten nicht angefallen wäre (vgl. dazu das Urteil des Bundesgerichts vom 29. Mai 2019, 9C_162/2019, E. 5.4.3 mit Hinweisen). Die Beschwerdegegnerin hat unabhängig vom Verfahrensausgang keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 61 lit. g ATSG e contrario). Entscheid im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird die Beschwerdegegnerin verpflichtet, dem Beschwerdeführer die gesetzlichen Versicherungsleistungen für die seitens der Spitex D. ___ erbrachten 0.5 Stunden Behandlungspflege im Monat September 2021 (Fr. 31.50) sowie die 0.33 Stunden Abklärung und Beratung im Monat Dezember 2021 (Fr. 25.63) zu erbringen. Darüber hinausgehend wird die Beschwerde abgewiesen. Zur Abrechnung der unter Ziff. 1 vorstehend erwähnten Leistungen wird die Angelegenheit an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen. Es werden keine Gerichtskosten erhoben. Die Beschwerdegegnerin hat dem Beschwerdeführer eine Parteientschädigung von Fr. 3'000.■■ (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu bezahlen.

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