

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KV.2004.00101 vom 27. Januar 2005

ZH Sozialversicherungsgericht, 2005-01-27, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_KV.2004.00101

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KV.2004.00101 du 27 janvier 2005

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KV.2004.00101 del 27 gennaio 2005

Erwägungen

E. 1

1.1 In formeller Hinsicht ist zunächst der vom Beschwerdeführer geltend gemachte Einwand zu prüfen, ob der angefochtene Einspracheentscheid vom 14. Oktober 2004 einen den Gehaltsanspruch des Beschwerdeführers verletzenden Begründungsmangel aufweist (Urk. 1 S. 3 Ziff. 4).

1.2 Verfügungen der Versicherungsträger müssen, wenn sie den Begehren der Parteien nicht voll entsprechen, eine Begründung enthalten, d.h. eine Darstellung des vom Versicherungsträger als relevant erachteten Sachverhaltes und der rechtlichen Erwägungen (Art. 49 Abs. 3 Satz 2 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG). Gemäss Art. 52 II Satz 2 ATSG werden Einspracheentscheide begründet. Die Begründung eines Entscheides muss so abgefasst sein, dass die betroffene Person ihn gegebenenfalls anfechten kann. Dies ist nur dann möglich, wenn sowohl sie als auch die Rechtsmittelinstanz sich über die Tragweite des Entscheides ein Bild machen können. In diesem Sinne müssen wenigstens kurz die Überlegungen genannt werden, von denen sich der Versicherungsträger leiten liess und auf welche sich der Entscheid stützt. Dies bedeutet indessen nicht, dass sich die Verwaltung ausdrücklich mit jeder tatbestandlichen Behauptung und jedem rechtlichen Einwand auseinander setzen muss; vielmehr kann sie sich auf die für den Entscheid wesentlichen Gesichtspunkte beschränken (BGE 126 V 80 Erw. 5b/dd mit Hinweis, 118 V 58 Erw. 5b).

Von der Rückweisung der Sache zur Gewährung des rechtlichen Gehalts an die Verwaltung ist nach dem Grundsatz der Verfahrensökonomie dann abzusehen, wenn dieses Vorgehen zu einem formalistischen Leerlauf und damit zu unnötigen Verzögerungen führen würde, die mit dem gleichlaufenden und der Anhörung gleichgestellten Interesse der versicherten Person an einer möglichst befriederlichen Beurteilung ihres Anspruchs nicht zu vereinbaren sind (BGE 120 V 362 Erw. 2b, 116 V 186 Erw. 3c und d).

1.3 Der angefochtene Einspracheentscheid vom 14. Oktober 2004 genügt den dargelegten Anforderungen an die Begründungspflicht, hat die Beschwerdegegnerin doch im Einspracheentscheid die Gründe angegeben, weshalb sie die vom Beschwerdeführer in seiner Einsprache vom 1. Juli 2004 (Urk. 8/25) vorgebrachten Einwände verworfen hat. Zudem nannte die Beschwerdegegnerin die massgebenden Überlegungen, auf welche sie ihren Einspracheentscheid stützte, führte sie doch insbesondere aus, dass die pflegerische Betreuung im Pflegeheim mit derjenigen der Spitex als völlig gleichwertig, also gleich zweckmässig und wirksam zu beurteilen sei. Beim

Beschwerdeführer sei kein Rehabilitationspotential mehr gegeben und es lässen auch keine Besonderheiten im Sinne der Rechtsprechung vor (vgl. Urk. 2 S. 3). Die Begründungspflicht bedeutet nicht, dass sich die Beschwerdegegnerin ausdrücklich mit jeder tatbestandlichen Behauptung und jedem rechtlichen Einwand auseinandersetzen muss. Vielmehr konnte sich die Beschwerdegegnerin auf die für den Entscheid wesentlichen Gesichtspunkte beschränken (vgl. vorstehend Erw. 1.2).

2. **Ä Ä Ä Ä Ä Ä**

2.1 **Ä Ä Ä Ä** Nach Art. 24 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) übernimmt die obligatorische Krankenpflegeversicherung die Kosten für die Leistungen gemäss den Art. 25 - 31 nach Massgabe der in den Art. 32 - 34 KVG festgelegten Voraussetzungen. Die Leistungen umfassen unter anderem Untersuchungen, Behandlungen und Pflegemassnahmen, die ambulant, bei Hausbesuchen, stationär, teilstationär oder in einem Pflegeheim durch Personen durchgeführt werden, die auf Anordnung oder im Auftrag eines Arztes oder einer Ärztin Leistungen erbringen (Art. 25 Abs. 2 lit. a Ziff. 3 KVG). Der Leistungsbereich wird in Art. 7 der Verordnung über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (KLV) näher umschrieben.

2.2 **Ä Ä Ä** Bei Aufenthalt in einem Pflegeheim (Art. 39 Abs. 3 KVG) vergütet der Versicherer gemäss Art. 50 KVG die gleichen Leistungen wie bei ambulanter Krankenpflege und bei Krankenpflege zu Hause; er kann mit dem Pflegeheim pauschale Vergütungen vereinbaren. Für die Leistungen der Pflegeheime vereinbaren die Vertragspartner oder setzen die zuständigen Behörden Tarife fest, die nach dem Pflegebedarf abzustufen sind, wobei mindestens vier Pflegebedarfsstufen vorzusehen sind (Art. 9 Abs. 4 KLV). Für die Leistungen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause (Spitex) werden Tarife festgesetzt, die nach Art und Schwierigkeit der notwendigen Leistungen abzustufen sind (Art. 9 Abs. 3 KLV). Art. 8a KLV regelt das Kontroll- und Schlichtungsverfahren bei Krankenpflege zu Hause. Das Verfahren dient der Überprüfung der Bedarfsabklärung sowie der Kontrolle von Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit der Leistungen (Art. 8a Abs. 3 KLV).

2.3 **Ä Ä Ä Ä** Am 1. Januar 2001 trat ein Spitex-Vertrag zwischen dem Verband Zürcher Krankenversicherer und dem Spitex Verband Kanton Zürich in Kraft, der den Vertrag vom 1. Januar 1998 ersetzte und unter anderem bestimmt, dass die Krankenversicherer in begründeten Fällen oder Fallgruppen über Art. 8a Abs. 3 KLV hinaus Leistungen bis zu 80 Stunden pro Quartal ohne besondere Kontrollmassnahmen übernehmen. Gemäss Pflegeheimtarif betragen die Kosten für die BESA-Stufe 4 Fr. 70.-- pro Tag.

E. 3

3.1 **Ä Ä Ä Ä** Aus den Materialien geht hervor, dass der Gesetzgeber die Leistungen für Hauspflege mit dem KVG ausbauen wollte in der Meinung, dass die Hauspflege der Pflege in einem Spital oder Pflegeheim in der Regel vorzuziehen und den Versicherten soweit möglich eine Pflege in der gewohnten Umgebung zu Hause zu gewährleisten ist (BBl 1992 I 152; Amtl. Bull. 1993 N 1824 f. und 1839). Daraus lässt sich entgegen der Meinung des Beschwerdeführers jedoch nicht ableiten, dass der Anspruch auf Hauspflege dem Wirtschaftlichkeitsgebot grundsätzlich vorgeht und im Rahmen der vom Gesetz vorgesehenen Leistungen keine Wirtschaftlichkeitsprüfung zu erfolgen hat. Dem Grundsatz der Wirtschaftlichkeit der Behandlung kommt im Leistungsrecht der sozialen Krankenversicherung generelle Bedeutung zu. Nach der auch unter der Herrschaft des KVG

massgebenden Rechtsprechung zu Art. 23 KUVG (BGE 124 V 365 Erw. 1b mit Hinweisen) bezieht sich das Wirtschaftlichkeitsgebot nicht nur auf Art und Umfang der durchzuführenden diagnostischen und therapeutischen Massnahmen, sondern auch auf die Behandlungsform, insbesondere die Frage, ob eine bestimmte Massnahme ambulant oder stationär (beziehungsweise teilstationär) durchzuführen ist und in welche Heilanstalt oder Abteilung einer solchen die versicherte Person vom medizinischen Standpunkt aus gehört (BGE 101 V 68 ff.; RKUV 1988 Nr. K 754 S. 9 ff.). Was die Abgrenzung der Leistungen für Spital- und Pflegeheimaufenthalt betrifft, verlangt das Kriterium der Wirtschaftlichkeit auch nach neuem Recht, dass ein Aufenthalt in einem Akutspital zum Spitaltarif nur so lange möglich ist, als vom Behandlungszweck her ein Aufenthalt in einem Akutspital notwendig ist (BGE 124 V 362). Desgleichen kann sich - bei Langzeitpatienten - die Frage der Wirtschaftlichkeit der Behandlung im Verhältnis zwischen Hauspflege (Spitex-Leistungen) und der Pflege in einem Pflegeheim stellen. Die Bestimmungen von alt Art. 9 Abs. 3 KLV und von neu Art. 8a KLV machen den erweiterten Spitex-Einsatz denn auch von einer Wirtschaftlichkeitsprüfung im Sinne von Art. 56 Abs. 1 KVG abhängig (vgl. hierzu Eugster, Krankenversicherung, in: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, SBVR, S. 139 Rz 269).

3.2.2 Was die vom Beschwerdeführer erwähnten grundrechtlichen Aspekte betrifft (vgl. Urk. 1 S. 5 Ziff. 9), ist festzustellen, dass die Freiheitsrechte, insbesondere die Menschenwürde (Art. 7 der Bundesverfassung, BV), das Recht auf Leben und persönliche Freiheit (Art. 10 BV), der Schutz der Privatsphäre (Art. 13 BV), das Recht auf Ehe und Familie (Art. 14 BV) und die Niederlassungsfreiheit (Art. 24 BV) nicht absolut gelten und Beschränkungen zulässig sind, wenn sie auf gesetzlicher Grundlage beruhen, im öffentlichen Interesse liegen und verhältnismässig sind; zudem dürfen die verfassungsmässigen Freiheitsrechte weder völlig unterdrückt noch ihres Gehaltes als Institution der Rechtsordnung entleert werden (Art. 36 BV; vgl. auch Art. 5 Abs. 1 und 2 BV; BGE 124 I 42 Erw. 3a mit Hinweisen). Im vorliegenden Fall geht es zudem nicht um einen eigentlichen Grundrechtseingriff, sondern um eine bloss mittelbare Beeinträchtigung der Grundrechte (vgl. hierzu Christian Schärer, Grundrechtsbeschränkungen durch Nichtgewähren von Sozialversicherungsleistungen, in: AJP 1997 H. 1 S. 3 ff.). Aus solchen Beschränkungen vermögen die Betroffenen keine direkten Leistungsansprüche gegenüber dem Staat geltend zu machen. Hingegen ist bei der Auslegung sozialversicherungsrechtlicher Leistungsnormen sowie bei der Ermessensüberprüfung den Grundrechten und verfassungsmässigen Grundsätzen Rechnung zu tragen, soweit dies im Rahmen von Art. 191 BV möglich ist (BGE 113 V 32 mit Hinweisen; zur Anwendbarkeit dieser zu Art. 113 Abs. 3 und Art. 114bis Abs. 3 aBV ergangenen Rechtsprechung: RKUV 2000 Nr. KV 118 S. 151). Daraus folgt, dass die berechtigten Interessen der versicherten Person bei der Beurteilung des Leistungsanspruchs angemessen zu berücksichtigen sind, was sich indessen bereits aus Art. 56 Abs. 1 KVG ergibt, wonach bei der Behandlung auf die Interessen der Versicherten Rücksicht zu nehmen ist. Mit der Bezugnahme auf die Interessen der Versicherten in Art. 56 Abs. 1 KVG wird zum Ausdruck gebracht, dass der Begriff der Wirtschaftlichkeit der Behandlung nicht eng ausgelegt werden darf (vgl. BGE 126 V 334 Erw. 2d mit Hinweis auf: Deschenaux, Le principe de l'économie du traitement dans l'assurance-maladie sociale, in: Festschrift 75 Jahre EVG, Bern 1992, S. 536 f.).

4.2.2.2.2

4.1 Nach der Rechtsprechung bedeutet die Anwendbarkeit des im gesamten Leistungsrecht der sozialen KV geltenden Grundsatzes der Wirtschaftlichkeit der Behandlung (vgl. Art. 32 Abs. 1 KVG) nicht, dass die Krankenversicherer befugt sind, die Vergütung der Spitex-Dienste stets auf jene Leistungen zu beschränken, die sie bei Aufenthalt in einem Pflegeheim zu gewährleisten hätten. Die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit darf nicht anhand einer strikten Gegenüberstellung der dem Krankenversicherer entstehenden Kosten eines Spitex-Einsatzes einerseits und eines Pflegeheimaufenthaltes andererseits erfolgen. Wenn aber - bei gleicher Zweckmäßigkeit der Massnahmen - zwischen den Kosten eines Spitex-Einsatzes und denjenigen eines Aufenthaltes in einem Pflegeheim ein grobes Missverhältnis besteht, kann der Spitex-Einsatz auch unter Berücksichtigung der berechtigten Interessen der versicherten Person nicht mehr als wirtschaftlich angesehen werden. Dies hat ebenso dann zu gelten, wenn der Spitex-Einsatz im konkreten Fall als wirksamer und zweckmäßiger zu betrachten ist als ein an sich ebenfalls zweckmäßiger und wirksamer Heimaufenthalt (BGE 126 V 337 f. Erw. 2a). Eine höhere Wirksamkeit und Zweckmäßigkeit des Spitex-Einsatzes ist bei der Festsetzung der Wirtschaftlichkeitsgrenze im Einzelfall (grobes Missverhältnis) zu berücksichtigen. Die Frage nach der Wirksamkeit und Zweckmäßigkeit der Massnahme beurteilt sich primär nach medizinischen Gesichtspunkten; persönliche, familiäre und soziale Umstände sind jedoch mit zu berücksichtigen (RKUV 2001 Nr. KV 144 S. 26 Erw. 3b).

4.2 Die Frage, ob für Fälle gleicher Wirksamkeit und Zweckmäßigkeit der Massnahmen eine Wirtschaftlichkeitsgrenze in dem Sinne festzusetzen sei, dass ab einer bestimmten Kostendifferenz (beispielsweise 50 %) generell ein grobes Missverhältnis zwischen Spitex- und Heimpflege anzunehmen sei, hat das Eidgenössische Versicherungsgericht im Urteil F. vom 2. Dezember 2003 (K 33/02) offen gelassen mit der Feststellung, dass die Spitex-Pflege im konkreten Fall als wirksamer und zweckmäßiger zu qualifizieren sei. Im gleichen Urteil hat das Gericht einen Überblick über die bisherige Rechtsprechung gegeben, welche sich wie folgt zusammenfassen lässt: Bei Gleichwertigkeit von Spitex- und Heimpflege wurde der Anspruch auf Spitex-Leistungen bejaht bei Mehrkosten von 48 % (RKUV 2001 Nr. KV 169 S. 264 Erw. 2b) und verneint bei drei- bis viermal (RKUV 2001 Nr. KV 193 S. 19) sowie fünfmal höheren Kosten (RKUV 1999 Nr. KV 64 S. 64). In Fällen, in welchen sich die Spitex-Pflege als wirksamer und zweckmäßiger erwies, wurde die Leistungspflicht unter Berücksichtigung der konkreten Umstände bejaht bei 1,9mal (RKUV 2001 Nr. KV 162 S. 179) bzw. 2,86mal höheren Kosten (Urteil F. vom 2. Dezember 2003, K 33/02). War die Spitex-Pflege als erheblich wirksamer und zweckmäßiger zu qualifizieren, was namentlich bei versicherten Personen zutraf, welche noch einer Erwerbstätigkeit nachgingen oder aktiv am gesellschaftlichen und sozialen Leben teilnahmen, wurde der Anspruch selbst in Fällen bejaht, wo die Spitex-Pflege bis zu 3,5mal höhere Kosten verursachte (BGE 126 V 342 Erw. 3b; RKUV 2001 Nr. KV 144 S. 23).

E. 5

5.1 Vertrauensarzt Dr. med. A. ___ führte in seinem Bericht vom 7. April 2003 (Urk. 8/27/7) aus, der Beschwerdeführer leide an einem Multiinfarktsyndrom bei Status nach rezidivierenden zerebrovaskulären Insulten (1998 und zwei Reinfarkte 2000) mit einem sensomotorischen Hemisyndrom rechts, Dysarthrie, motorische Aphasie, Dysphagie (mit Einlage einer PEG-Sonde am 7. September 2000), Apraxie sowie einer Gang- und

Standataxie. Weitere Diagnosen seien generalisierte Arteriosklerose, arterielle Hypertonie, Coxarthrose beidseits, chronisches Lumbovertebralsyndrom und rezidivierende Harnwegsinfekte bei liegendem Zystofix.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Gemäss den Unterlagen werde eine ergo- und physiotherapeutische Dauertherapie je einmal pro Woche im Sinne einer funktionellen Dysphagietherapie mit Sprachartikulationstraining sowie Bobaththerapie durchgeführt. Der letzte stationäre Aufenthalt sei in der B. ___ vom 24. Oktober 2000 bis 28. Januar 2001 erfolgt.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Der Beschwerdeführer sei bezüglich der Aktivitäten des täglichen Lebens völlig unselbstständig. Laut Dokumentation der Spitex betrage der Zeitaufwand täglich, sieben Tage die Woche, morgens zirka 120, nachmittags und abends je 60 Minuten. Die morgendlichen Spitexleistungen beständen im Verabreichen von Medikamenten und enteralen Nahrungslösungen, Versorgen von Wunden sowie pflegerische Massnahmen bei Störungen der Blasen- und Darmentleerung. Hinzu kämen Massnahmen der allgemeinen Grundpflege wie Kompressionsstrümpfe anlegen, Mobilisieren, Dekubitusprophylaxe, Hilfe bei der Mund- und Körperpflege und beim An- und Auskleiden sowie beim Essen und Trinken. Am Nachmittag würden nochmals enterale Nahrungslösungen verabreicht sowie pflegerische Massnahmen bei Störungen der Blasen- oder Darmentleerung durchgeführt. Im Rahmen der allgemeinen Grundpflege erfolge Hilfe bei Mund- oder Körperpflege sowie beim Ankleiden und Mobilisieren vom Bett in den Rollstuhl. Am Abend erfolge grundsätzlich nochmals das gleiche Prozedere in umgekehrter Reihenfolge.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Der Spitexaufwand von vier Stunden pro Tag respektive 360 Stunden pro Quartal sei aus medizinischer Sicht hoch, jedoch gut dokumentiert. Der hohe Spitexaufwand sei einerseits auf die Häufigkeit - 3 Spitexbesuche pro Tag - und wahrscheinlich auch auf den Einsatz von zwei verschiedenen Spitexleistungserbringern zurückzuführen (Urk. 8/27/7).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä In seinem Bericht vom 17. August 2004 erklärte der Vertrauensarzt ergänzend, es handle sich um eine chronische Langzeitpflege ohne individuellen Rehabilitationspotentialcharakter. Aus medizinischer Sicht sei die pflegerische Betreuung im Pflegeheim mit derjenigen der Spitex als völlig gleichwertig, also gleich zweckmässig und wirksam zu beurteilen, weshalb die Krankenkasse lediglich für die wirtschaftlichere Lösung aufkommen müsse. Beim vorliegenden medizinischen Sachverhalt könne deshalb die höchste Pflegeheimtaxe BESA-Stufe 4 angewendet werden (Urk. 8/27/6).

5.2 Ä Ä Ä Ä Der behandelnde Arzt Dr. med. C. ____, Spezialarzt FMH Innere Medizin, hielt in seinem Gesuch vom 5. Mai 2002 (Urk. 8/19) um erweiterte Kostenbeteiligung für Spitexbetreuung zu Hause aus, der Beschwerdeführer leide an den Folgen eines Hirnschlages, er sei in sämtlichen Richtungen des alltäglichen Lebens auf fremde Hilfe angewiesen und gehe in die oberste BESA-Stufe. Er werde vorwiegend über eine Magensonde ernährt und sei Träger eines Dauerkatheters. Er sei auf der rechten Körperhälfte vollständig gelähmt und infolge Sprachstörung kommunikationsunfähig. Er sei rollstuhlgebunden und könne nicht ohne Hilfe den Transfer vom Rollstuhl in das Bett bewerkstelligen. Der Zustand sei irreversibel und nicht rehabilitationsfähig. Die betagte Ehefrau übernehme, soweit das ihre Kräfte erlaubten, die kleinen Handreichungen und Erleichterungen für den Beschwerdeführer.

Er wäre eigentlich vollständig pflegeheimbed rftig. Er werde nur dank intensivem pflegerischen Aufwand zu Hause tragfähig bleiben. Aus menschlichen Gründen sei jedoch ein Auseinanderreissen des betagten Ehepaares zweifelhaft. Der Verbleib in der häuslichen Wohnung und der gewohnten Ambiance sei schon aus psychischen Gründen günstig. Aus privaten Mitteln übernehme die Familie eine Halbtagsaushilfe sowie Logopädie und Physiotherapiekosten. Letztere würden selbst finanziert, da aus ärztlicher Sicht die Kriterien der Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit nicht mehr erfüllt seien (Urk. 8/19 = Urk. 3/4).

5.3     Im vorliegenden Fall ist davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer infolge des Hirnschlags dauernd der Betreuung, Pflege und Überwachung bedarf. Nach Angaben des behandelnden Arztes ist der Beschwerdeführer in allen täglichen Aktivitäten vollständig auf Hilfe angewiesen, vermöge nicht verbal zu kommunizieren und wäre eigentlich vollständig pflegeheimbed rftig (Urk. 3/4). Der tägliche Pflegebedarf betrage 4 Stunden pro Tag (Urk. 8/27/6-7). Aus der Zusammenstellung der Vergleichsrechnung der Spitex-Kosten, die sich aus den Spitex-Unterlagen der beiden Spitex-Organisationen einerseits und den vom Sohn des Beschwerdeführers eingereichten Spitex-Rechnungen andererseits ergibt (vgl. Urk. 8/23-24), mit den Pflegeheimleistungen geht hervor, dass die Spitex-Kosten im Jahre 2001 (März - Dezember) insgesamt Fr. 61'656.85 und im Jahre 2002 (Januar - Dezember) Fr. 82'546.65 betragen (Urk. 3/3 = Urk. 8/27/1). Demgegenüber belief sich der von der Beschwerdegegnerin zu leistende Kostenbeitrag für Heimpflege bei Patienten in der höchsten Pflegestufe in beiden Jahren auf Fr. 70.-- im Tag, was im Fall des Beschwerdeführers im Jahr 2001 (März - Dezember) Kosten von Fr. 21'420.-- und im Jahr 2002 (Januar - Dezember) von Fr. 25'550.-- ergibt. Die Kosten des Spitex-Einsatzes liegen damit das 2,9-fache (2001) beziehungsweise das 3,2-fache (2002)  ber denjenigen eines Heimaufenthaltes. Entgegen den Ausführungen des Beschwerdeführers ist in die Berechnung der Kostendifferenz der vom Krankenversicherer aus der privaten Pflegeversicherung zu leistende Betrag von Fr. 70.-- nicht einzubeziehen, weil es sich dabei um eine Zusatzversicherung handelt, welche nicht den Bestimmungen des Krankenversicherungsgesetzes untersteht. Im übrigen ist gemäss konstanter Rechtsprechung zu berücksichtigen, dass bei dem im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung vorzunehmenden Kostenvergleich die Spitex-Kosten nicht mit den Gesamtkosten eines Pflegeheimaufenthaltes zu vergleichen sind (BGE 126 V 338 ff. Erw. 2a, b und c mit zahlreichen Hinweisen). Damit kann es auch nicht angehen, allfällige Spitex-Kosten für die Ehefrau des Beschwerdeführers im Kostenvergleich miteinzubeziehen.

5.4     In Würdigung der medizinischen Berichte steht sodann fest, dass im vorliegenden Fall ein Aufenthalt im Pflegeheim als ebenso zweckmässig und wirksam zu betrachten ist wie die Heimpflege. Wohl ist anzunehmen, dass es sich bei der zur Diskussion stehenden Hauspflege um eine optimale Lösung handelt, welche Gewähr dafür bietet, dass eine langfristige Therapiekonstanz gewährt wird. Es lässt sich daraus jedoch nicht ableiten, dass ein Pflegeheimaufenthalt nicht ebenfalls wirksam und zweckmässig wäre. Denn es kann auch in Pflegeheimen, insbesondere wenn sie auf bestimmte gesundheitliche Beeinträchtigungen und Pflegebed rfnisse spezialisiert sind, mit einer optimalen Betreuung gerechnet werden. Dies gilt umso mehr, wenn, wie im vorliegenden Fall, eine dauernde und umfassende Pflege erforderlich ist, wie sie im

Allgemeinen nur im Rahmen einer Heimpflege erbracht werden kann. Selbst wenn die Heimpflege unter medizinischen Gesichtspunkten nicht als gleichwertig betrachtet würde, kann der Spitex-Einsatz jedenfalls nicht als erheblich wirksamer und zweckmässiger qualifiziert werden. Anders als in den bisher beurteilten Fällen, in denen das Eidgenössische Versicherungsgericht die Spitex-Pflege namentlich in Lärmungsfällen als erheblich wirksamer und zweckmässiger qualifiziert hat (BGE 126 V 334, RKUV 2001 Nr. KV 142 S. 15), ist der Beschwerdeführer nicht in der Lage, am gesellschaftlichen und sozialen Leben teilzunehmen. Ebenso wenig vermag er dank des Spitex-Einsatzes zumindest teilweise ein selbstbestimmtes Leben zu führen. Aus den geltend gemachten Nachteilen im Zusammenhang mit dem Bekenntnis kann der Beschwerdeführer nichts zu seinen Gunsten ableiten. Zu Recht wies die Beschwerdegegnerin auf das Seniorenzentrum SIKNA-Stiftung hin, das den Bedürfnissen des Beschwerdeführers vollständig Rechnung tragen könnte, und auf den Umstand, dass ein Transfer vom Pflegeheim in das Gemeindezentrum möglich sei und Besuche im Pflegeheim erwünscht seien. Auch unter Mitberücksichtigung des nachvollziehbaren Wunsches des Beschwerdeführers, weiterhin in seiner privaten Wohnung verbleiben zu können und der besonderen Umstände des konkreten Falles stehen die durchschnittlich dreimal höheren Kosten der Hauspflege daher in einem groben Missverhältnis zu den Kosten der Heimpflege, weshalb die Beschwerdegegnerin hier nicht aufzukommen hat.

5.5 Nach dem Gesagten erweist sich der angefochtene Einspracheentscheid vom 14. Oktober 2004 als rechtens, weshalb die Beschwerde abzuweisen ist.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Das Verfahren ist kostenlos.
3. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Fürsprecher Thomas Laube
- Visana
- Bundesamt für Gesundheit

4. Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Eidgenössischen Versicherungsgericht Verwaltungsgerichtsbeschwerde eingereicht werden.

Die Beschwerdeschrift ist dem Eidgenössischen Versicherungsgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, in dreifacher Ausfertigung zuzustellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift der beschwerdeführenden Person oder ihres Vertreters zu enthalten; die Ausfertigung des angefochtenen Entscheides und der dazugehörige Briefumschlag sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die beschwerdeführende Person sie in Händen hat (Art. 132 in Verbindung mit Art. 106 und 108 OG).

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