

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KV.2008.00073 vom 28. Juli 2009

ZH Sozialversicherungsgericht, 2009-07-28, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_KV.2008.00073

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KV.2008.00073 du 28 juillet 2009

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KV.2008.00073 del 28 luglio 2009

Erwägungen

E. 1

1.1 Art. 24 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) verpflichtet die Krankenkassen, aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung die Kosten für die in den Artikeln 25-31 KVG aufgelisteten Leistungen nach Massgabe der in den Artikeln 32-34 KVG festgelegten Voraussetzungen zu übernehmen.

1.2 Zum Leistungsbereich gemäss den Artikeln 25-31 KVG gehören die Kosten für die Leistungen, die der Diagnose oder Behandlung einer Krankheit und ihrer Folgen dienen (Art. 25 Abs. 1 KVG). Diese Leistungen umfassen nach Art. 25 Abs. 2 lit. a KVG unter anderem die Untersuchungen, Behandlungen und Pflegemassnahmen, die ambulant, bei Hausbesuchen, stationär, teilstationär oder in einem Pflegeheim durchgeführt werden. Als Leistungserbringer kommen neben Ärzten oder Ärztinnen (Art. 25 Abs. 2 lit. a Ziffer 1 KVG) auch Personen in Frage, die auf Anordnung oder im Auftrag eines Arztes oder einer Ärztin tätig werden (Art. 25 Abs. 2 lit. a Ziffer 3 KVG).

1.3 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, wobei er mit dem Pflegeheim pauschale Vergütungen vereinbaren kann. In Art. 7 der Verordnung über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) wird der Leistungsbereich der Krankenpflege zu Hause, der ambulanten Krankenpflege und der Krankenpflege im Pflegeheim näher umschrieben; als Leistungserbringer werden die Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner (Art. 7 Abs. 1 lit. a KLV; Art. 49 der Verordnung über die Krankenversicherung [KVV]), die Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause (Art. 7 Abs. 1 lit. b KLV; Art. 51 KVV) und die Pflegeheime (Art. 7 Abs. 1 lit. c KLV; Art. 39 Abs. 3 KVG) aufgeführt. In Art. 7 Abs. 2 KLV wird zwischen Massnahmen der Abklärung und der Beratung (lit. a), Massnahmen der Untersuchung und der Behandlung (lit. b) und Massnahmen der Grundpflege (lit. c) unterschieden.

Für die Leistungen der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner oder der Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause sind nach Art. 9 Abs. 3 KLV Tarife durch die Vertragspartner zu vereinbaren beziehungsweise durch die zuständigen Behörden festzusetzen, die nach Art und Schwierigkeit der notwendigen Leistungen abzustufen sind. Solange die Leistungserbringer nach Art. 7 Abs. 1 lit. a und b KLV nicht über mit den Versicherern gemeinsam erarbeitete Kostenberechnungsgrundlagen verfügen, dürfen nach Art. 9a Abs. 1 KLV bei der Tariffestsetzung die folgenden Rahmentarife pro Stunde nicht überschritten werden (in

der Fassung seit 1. Januar 2008): Fr. 30-48.50 (f¼r einfache Grundpflege; lit. a), Fr. 45-70.00 (f¼r komplexere Grundpflege und f¼r Behandlungspflege; lit. b) und Fr. 50-75.00 (f¼r Abkl¼rung und Beratung; lit. c). Im Kanton Z¼rich gelten die Tarife gemäss dem Spitex-Vertrag zur obligatorischen Krankenpflegeversicherung zwischen dem Verband Z¼rcher Krankenversicherer (VZKV) und dem Spitex-Verband Kanton Z¼rich; diese betragen Fr. 70.00 f¼r Massnahmen der Abkl¼rung und Beratung, Fr. 65.00 f¼r Massnahmen der Untersuchung und Behandlung und Fr. 51.40 f¼r Massnahmen der Grundpflege.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä F¼r die Leistungen der Pflegeheime sind nach Art. 9 Abs. 4 KLV Tarife durch die Vertragspartner zu vereinbaren beziehungsweise durch die zust¼ndigen Beh¼rden festzusetzen, die nach dem Pflegebedarf abzustufen sind (sogenannte Pflegebedarfsstufen), wobei mindestens vier Stufen vorzusehen sind. Solange die Leistungserbringer nach Art. 7 Abs. 1 lit. c KLV nicht Åber eine einheitliche Kostenstellenrechnung (im Sinne von Art. 49 Abs. 6 und Art. 50 KVG) verf¼gen, d¼rfen nach Art. 9a Abs. 2 KLV bei der Tariffestsetzung ebenfalls bestimmte Rahmentarife pro Tag nicht Åberschritten werden, n¼mlich (in der Fassung seit 1. Januar 2008) f¼r die erste Pflegebedarfsstufe Fr. 10-20.50 (lit. a), f¼r die zweite Pflegebedarfsstufe Fr. 15-41.50 (lit. b), f¼r die dritte Pflegebedarfsstufe Fr. 30-67.00 (lit. c) und f¼r die vierte Pflegebedarfsstufe Fr. 40-82.50 (lit. d). Im Kanton Z¼rich bestanden vorerst keine vertraglich vereinbarten Tarife, und die vom Regierungsrat mit Beschluss vom 27. September 2005 festgesetzten, die Limiten in Art. 9a Abs. 2 KLV Åbertreffenden Tarife waren vom Bundesrat mit Entscheid des Jahres 2006 herabgesetzt worden. Im Jahr 2008 galten dann - f¼r die nach dem BESA-System abrechnenden Heime - die Tarife gemäss dem Vertrag zwischen den Tr¼gerorganisationen der Leistungserbringer und der santÅsuisse vom 1. April 2007 betreffend Entsch¼digung von Pflichtleistungen gemäss Krankenversicherungsgesetz in den Alters- und Pflegeheimen des Kantons Z¼rich (Genehmigungsbeschluss des Regierungsrates vom 5. Dezember 2007; nachfolgend BESA-Vertrag) und - f¼r die nach dem RAI/RUG-System abrechnenden Heime - die Tarife gemäss dem Vertrag zwischen dem Verband Z¼rcher Krankenh¼user und der santÅsuisse vom 1. Januar 2008 betreffend Entsch¼digung von Pflichtleistungen gemäss Krankenversicherungsgesetz nach dem System RAI/RUG in den Alters- und Pflegeheimen des Kantons Z¼rich (Genehmigungsbeschluss des Regierungsrates vom 21. Mai 2008; nachfolgend RAI/RUG-Vertrag). Die Beschwerdegegnerin ist beiden Vertr¼gen beigetreten (Telefonnotiz vom 26. Juni 2009, Urk. 26). Der BESA-Vertrag sieht vier Pflegestufen vor, f¼r die vom Krankenversicherer Pflegepauschalen in der H¼he von Fr. 20.50 bis Fr. 82.00 zu Åbernehmen sind (Anhang 2); die Einteilung des RAI/RUG-Vertrags umfasst zw¼lf Stufen mit zu Åbernehmenden Pflegepauschalen in der H¼he von Fr. 25.00 bis Fr. 250.00 (Anhang 2a).

E. 1.4

1.4.1Ä Ä In Art. 32 Abs. 1 KVG wird als generelle Voraussetzung f¼r die Leistungspflicht aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung verlangt, dass die Leistungen nach den Artikeln 25-31 KVG wirksam, zweckm¼ssig und wirtschaftlich sind. Art. 56 Abs. 1 KVG verpflichtet die Leistungserbringer zur Beschr¼nkung der Leistungen auf das Mass, das im Interesse der versicherten Person liegt und f¼r den Behandlungszweck erforderlich ist.

Art. 8a Abs. 1 KLV schreibt vor, dass Versicherer und Leistungserbringer im Bereich der Krankenpflege zu Hause ein Kontroll- und Schlichtungsverfahren in ihren Tarifverträgen vereinbaren. Dieses soll nach Art. 8a Abs. 3 KLV der Überprüfung der Bedarfsabklärung sowie der Kontrolle der Zweckmässigkeit und der Wirtschaftlichkeit der Leistungen dienen (Satz 1). Dabei sind die ärztlichen Aufträge oder Anordnungen zu überprüfen, wenn voraussichtlich mehr als 60 Stunden pro Quartal benützt werden (Satz 2). Im genannten, für den Kanton Zürich geltenden Spitex-Vertrag ist in Konkretisierung von Art. 8a Abs. 3 KLV vorgesehen, dass die Krankenversicherer in bestimmten Fällen bis zu 80 Stunden pro Quartal ohne besondere Kontrollmassnahmen übernehmen.

1.4.2 In genereller Hinsicht besagt das Gebot der Wirtschaftlichkeit, dass die Krankenversicherer dort, wo gleichzeitig mehrere Massnahmen als wirksam und zweckmässig zu qualifizieren sind, nur für die kostengünstigere dieser Massnahmen aufzukommen haben (vgl. Eugster, Krankenversicherung, in: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], 2. Auflage, Basel 2007, Rz 297 mit Hinweisen auf die Rechtsprechung [zit. Eugster, SBVR]). Bei der Pflege von Langzeitpatienten kann sich die Frage stellen, ob die Pflege zu Hause oder die Pflege in einem Pflegeheim wirtschaftlicher ist. Rechtsprechungsgemäss bedeutet dies 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. Wenn aber bei gleicher Zweckmässigkeit von Spitexpflege und Heimpflege die Kosten der Spitexpflege deutlich über den Kosten der Heimpflege liegen oder gar in einem groben Missverhältnis zu ihnen stehen, so hat die Kasse ihre Leistungen auf die Kosten der Spitexpflege zu beschränken. Bei grobem Missverhältnis lässt die Rechtsprechung eine Leistungsbeschränkung sogar dann zu, wenn der Spitex-Einsatz als wirksamer und zweckmässiger zu betrachten ist als ein an sich ebenfalls zweckmässiger und wirksamer Heimaufenthalt (vgl. BGE 126 V 337 f. Erw. 2a mit Hinweisen; RKUV 2004 Nr. KV 275 S. 139 f. Erw. 1.3 und S. 142; Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts in Sachen A. vom 11. Mai 2004, K 95/03, Erw. 3.3; Eugster, SBVR, Rz 375 ff. mit der dort aufgeführten Kasuistik; Eugster, Das Wirtschaftlichkeitsgebot nach Art. 56 Abs. 1 KVG, in: Schaffhauser/Kieser [Hrsg.], Wirtschaftlichkeitskontrolle in der Krankenversicherung, St. Gallen 2001, S. 57 f. [zit. Eugster, Wirtschaftlichkeitsgebot]).

Die Frage nach der Wirksamkeit und Zweckmässigkeit beurteilt sich primär nach medizinischen Gesichtspunkten; persönliche, familiäre und soziale Umstände sind jedoch mitzuberücksichtigen (RKUV 2004 Nr. KV 276 S. 140 Erw. 2.1 mit Hinweis). Beim Kostenvergleich im Rahmen der Wirtschaftlichkeitskontrolle sind rechtsprechungsgemäss nur diejenigen Kosten miteinander zu vergleichen, die der Krankenversicherer zu übernehmen hat; es ist demnach keine gesamtwirtschaftliche Betrachtungsweise vorzunehmen (BGE 126 V 339 f. Erw. 2c; Eugster, SBVR, Rz 300; Eugster, Wirtschaftlichkeitsgebot, S. 62 f.).

E. 2

2.1 Zu prüfen ist, in welchem Umfang die Beschwerdegegnerin ab dem 14. Januar 2008 die Kosten für die Pflege des Beschwerdeführers zu übernehmen hat.

Dabei ist der Beurteilungszeitraum im vorliegenden Verfahren auf die Zeit bis zum Erlass des angefochtenen Einspracheentscheids begrenzt (vgl. BGE 131 V 243

Erw. 2.1, 121 V 366 Erw. 1b). In diesem Zeitraum befand sich der Beschwerdeführer ab dem 23. Mai 2008 in stationärer Pflege des Pflegezentrums M.____ (vgl. Urk. 1 S. 4 und Urk. 9/16 S. 1), und die Beschwerdegegnerin anerkennt ihre vollumfängliche (Vor-)Leistungspflicht für die dort angefallenen Pflegekosten (vgl. Urk. 8 S. 8). Strittig bleibt der Leistungsumfang in der Zeit davor, als der Beschwerdeführer zu Hause gepflegt wurde und dafür die Dienste der Spitex in Anspruch nahm.

E. 2.2

2.2.1.1 Die Erhebung des Pflegeaufwandes der Spitex vom 16. Januar 2008, welche der Verordnung von Dr. K.____ vom 13. Februar 2008 zugrunde liegt (Urk. 9/3), ergab für die nächsten sechs Monate ab dem 14. Januar 2008 einen voraussichtlichen Pflegebedarf von insgesamt 821.1 Stunden, davon 7,6 Stunden der Abklärung und Beratung, 331,6 Stunden der Untersuchung und Behandlung und 481,9 Stunden der Grundpflege. Mit diesem voraussichtlichen Zeitaufwand von mehr als 400 Stunden pro Quartal wurde die Grenze von 60 beziehungsweise 80 Spitexstunden, die ohne besondere Kontrollen von der Krankenkasse zu bezahlen sind, um ein Vielfaches überschritten. Die Beschwerdegegnerin war daher zweifellos dazu berechtigt, Abklärungen und Überlegungen zur Wirtschaftlichkeit vorzunehmen.

2.2.2.1 Die Kosten für die Spitexbetreuung im dargelegten zeitlichen Umfang belaufen sich monatlich auf Fr. 7'809.-- ([7,6 x Fr. 70.00 + 331,6 x Fr. 65.00 + 481,9 x Fr. 51.40] : 6). Diesen Kosten sind die Kosten für die Heimbetreuung gegenüberzustellen. Die Beschwerdegegnerin zog als Referenz den Tarif von Fr. 82.00 heran, der im BESA-Vertrag für die höchste Pflegestufe vorgesehen ist. Dies ergibt monatliche Kosten in der Höhe von Fr. 2'542.-- (31 x Fr. 82.00), also nur etwa einen Drittel der Spitexkosten. Der Beschwerdeführer lässt dieser Berechnung entgegenhalten, dass die Beschwerdegegnerin für seinen stationären Aufenthalt im Pflegeheim M.____ nicht nur Fr. 2'542.--, sondern vielmehr Fr. 6'758.-- (31 Tagespauschalen à Fr. 218.00) zu bezahlen gehabt habe (vgl. Urk. 1 S. 6 sowie die Rechnungen in Urk. 3/5-7). Die Beschwerdegegnerin weist zwar zu Recht darauf hin, dass es sich bei der Tagespauschale von Fr. 218.00 um eine Vollpauschale handelt, in der nicht nur die Pflegekosten, sondern auch die Kosten für die ärztliche und therapeutische Betreuung sowie für die Medikamente enthalten sind (Urk. 8 S. 8). Zu beachten gilt jedoch, wie die Beschwerdegegnerin selber bemerkt (Urk. 8 S. 7), dass das Pflegeheim M.____ schon im Jahr 2008 nach dem RAI/RUG-System abrechnete und dass sich in diesem System die Vollpauschale von Fr. 218.00 - für die zweithöchste Pflegestufe 11 - aus einer Pflegepauschale von Fr. 167.00 und einer Pauschale für die übrigen Leistungen von Fr. 51.00 zusammensetzt (Art. 13 und Anhang 2a und 2b des RAI/RUG-Vertrags). Zieht man diese höhere Pflegepauschale des RAI/RUG-Systems als Referenzgrösse heran, so stehen den Spitexkosten im Betrag von Fr. 7'809.-- Heimpflegekosten von immerhin Fr. 5'177.-- gegenüber (31 x Fr. 167.00), dies unter der Annahme, dass der Pflegebedarf des Beschwerdeführers vor dem effektiven Heimeintritt demjenigen nach dem Heimeintritt etwa entsprochen hat.

Die Unterschiede in den Tarifen im BESA- und im RAI/RUG-System erklären sich, wie den genannten Verträgen und den Darlegungen der Beschwerdegegnerin (Urk. 8 S. 7) zu entnehmen ist, durch ein unterschiedliches Vorgehen bei der Erfassung des Pflegebedarfs und des Pflegeaufwandes; abgegolten werden mit den Tarifen aber die gleichen Leistungen nach Art. 7 KLV. Die Tarifunterschiede sind somit

tarifpolitisch bedingt. Solche tarifpolitischen Unterschiede sind indessen nicht in die Wirtschaftlichkeitsüberlegungen einzubeziehen, da dies dem Recht auf die freie Wahl des Leistungserbringers widersprechen würde (vgl. Eugster, Wirtschaftlichkeitsgebot, S. 59 ff.). Die Krankenkasse darf somit unter dem Aspekt der Wirtschaftlichkeit nicht verlangen, dass eine versicherte Person unter den Pflegeheimen dasjenige wählt, das mit dem im konkreten Fall für sie günstigeren Tarifsystem abrechnet, zumal die vereinbarten Tarife nur Annäherungen an die effektiven Kosten der Pflichtleistungen sind (vgl. zur ganzen Problematik Eugster, Wirtschaftlichkeitsgebot, S. 64 ff.). Für den vorliegenden Fall bedeutet dies, dass die Beschwerdegegnerin im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung den Spitexkosten von Fr. 7'809.-- nicht Heimpflegekosten von Fr. 2'542.--, sondern solche von Fr. 5'177.-- gegenüberstellen muss. Dies gilt umso mehr, als das Heim, das der Beschwerdeführer für den späteren, vorübergehenden Aufenthalt im Jahr 2008 gewählt hat, tatsächlich nach dem RAI/RUG-System abgerechnet hat. Nicht gefolgt werden konnte dem Beschwerdeführer nur insoweit, als er bei der Wirtschaftlichkeitsprüfung auch die Kosten der öffentlichen Hand und die von ihm persönlich zu tragenden Kosten berücksichtigt haben wollte (vgl. hierzu Eugster, Wirtschaftlichkeitsgebot, S. 62 f.).

2.2.3 Zur Diskussion stehen damit Spitexkosten, die etwa eineinhalb Mal höher sind als die Kosten der Heimpflege.

Die Rechtsprechung hat keine generelle Grenze aufgestellt, bei deren Überschreitung die Krankenkasse ihre Leistungen für die Spitexpflege auf die Höhe der mutmasslichen Pflegeheimkosten herabsetzen darf. Sie hat es insbesondere auch schon abgelehnt, eine 50%ige Überschreitung als solche Grenze festzulegen, und hat in bestimmten Fällen - allerdings im Geltungsbereich wesentlich tieferer Pflegeheimtarife - den Anspruch auf drei- bis viermal höhere Spitexkosten bejaht (vgl. RKUV 2004 Nr. KV 275 S. 137 ff. und die Kasuistik in Eugster, SBVR, Rz 377). Vorliegendenfalls ist der Beschwerdegegnerin allerdings darin zuzustimmen (vgl. Urk. 8 S. 9 ff.), dass im zu beurteilenden begrenzten Zeitraum vom 14. Januar bis zum 23. Mai 2008 eine Pflege im Heim als mindestens so wirksam und zweckmässig wie eine Pflege zu Hause erachtet werden muss. Ein gewichtiges Indiz dafür ist zunächst retrospektiv, dass sich die Selbstständigkeit des Beschwerdeführers während des Heimaufenthaltes vom 23. Mai bis Ende November 2008 wesentlich erhöht hat, wie aus den Bewohnerbeurteilungen vom 10. Juni und vom 5. September 2008 (Urk. 9/16 und Urk. 9/17) ersichtlich ist. So vermochte der Beschwerdeführer bei der ersten Erhebung weder im Zimmer noch im Korridor zu gehen (Urk. 9/16 S. 7), währenddem er sich zur Zeit der zweiten Erhebung ohne namhafte Hilfe durch das Personal fortbewegen konnte (Urk. 9/17 S. 7). Ferner gelang es ihm, wieder selbständiger die Toilette zu benutzen (Urk. 9/17 S. 7 und S. 9 im Vergleich zu Urk. 9/16 S. 7 und S. 9), und er war nicht mehr auf Sondennahrung angewiesen (Urk. 9/17 S. 12 im Vergleich zu Urk. 9/16 S. 12). Schliesslich benötigte er für den Transfer keines Trainings mehr und die Trainingszeit für das Ankleiden und die Körperpflege hatte sich verringert (Urk. 9/17 S. 15 im Vergleich zu Urk. 9/16 S. 15). Dementsprechend war er gemäss der Rechnung vom 1. Oktober 2008 ab dem 6. September 2008 von der RAI/RUG-Pflegestufe 11 in die Pflegestufe 8 zurückgestuft worden (Urk. 9/23).

Der Lebenspartner des Beschwerdeführers wendet in seiner Stellungnahme vom 1. März 2009 zwar ein, diese positive Entwicklung sei nicht vorauszusehen gewesen (Urk. 21/1 S. 3), und stellt sich damit sinngemäss auf den

Standpunkt, sie sei nicht der Heimpflege zu verdanken, sondern hätte sich ebenso bei der Pflege zu Hause eingestellt. Allerdings hatten die Pflegeverantwortlichen des Pflegezentrums M.____ anlässlich der ersten Erhebung ein Rehabilitationspotential bereits erkannt (Urk. 9/16 S. 8). Und was die Zweckmässigkeit der Pflege zu Hause im Vergleich zur Zweckmässigkeit der Heimpflege betrifft, so sind die medizinischen Aussagen vor dem Heimeintritt zurückhaltend. Dr. K.____ äusserte in seinen Berichten vom 11. März und vom 1. April 2008 (Urk. 9/6 und Urk. 9/9) zwar die Befürchtung, ein herkömmliches Heim verfolge nicht über die nötigen zeitlichen und personellen Ressourcen für die aufwendige Pflege des Beschwerdeführers. Gleichzeitig erwähnte er aber auch die besonderen Schwierigkeiten und den grossen zeitlichen Aufwand bei der Sondenernährung sowie eine notfallmässig notwendig gewordene Hospitalisation wegen Problemen mit dem Blasenkatheter. Die Spitex besttigte diese Problematiken und führte in ihrem "Wiedererwägungsgesuch" denn auch nicht pflegerische Gesichtspunkte, sondern nur den persönlichen Wunsch des Beschwerdeführers als Grund gegen einen Heimeintritt an (Urk. 9/7). Dem Beschwerdeführer ist zwar ohne Weiteres darin zustimmen (Urk. 1 S. 4 f.), dass das Heimpersonal die Anwesenheit seines Lebenspartners nicht zu ersetzen vermag. Zum einen ist jedoch davon auszugehen, dass der Partner während des Heimaufenthaltes des Beschwerdeführers von den pflegerischen Verrichtungen entlastet war und dementsprechend - während seiner Besuche - eher mehr Zeit für den persönlichen Kontakt aufwenden konnte. Ein Hinweis in diese Richtung ist die Darstellung von Y.____ vom 1. März 2009, wonach er jeden Tag mehrere Stunden mit dem Beschwerdeführer verbracht habe und diese Zeit vor allem mit Gesprächen, mit dem Besuch des hausinternen Restaurants und mit der Durchführung von Gehtrainings ausgefüllt worden sei (Urk. 21/1 S. 4). Zum andern bleibt im Auge zu behalten, dass nicht die Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit einer permanenten Heimpflege zur Diskussion steht, sondern dass die Beurteilung auf die Situation der schweren Pflegebedürftigkeit begrenzt ist, wie sie sich von Januar bis Mai 2008 präsentierte. Davon geht sinngemäss auch die Beschwerdegegnerin in der Duplik aus (vgl. Urk. 24 S. 4; vgl. auch ihr Schreiben vom 22. April 2009, Urk. 21/3).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Zusammengefasst ist für den strittigen Zeitraum von Januar bis Mai 2008 die Spitexpflege zwar entgegen einer Formulierung in der Beschwerdeantwort (Urk. 8 S. 9) nicht als ungenügend zu beurteilen, eine Heimpflege erschien in diesem Zeitraum jedoch immerhin als mindestens ebenso wirksam, wenn nicht eher als wirksamer. Unter diesen Umständen war die Beschwerdegegnerin beim dargelegten Kostenverhältnis von eins zu eineinhalb (Heim gegenüber Spitex) dazu berechtigt, die Kostenübernahme auf die mutmasslichen Kosten einer Heimpflege zu begrenzen. Diese mutmasslichen Kosten belaufen sich aber aufgrund der vorstehenden Ausführungen nicht auf Fr. 82.00 (beziehungsweise auf Fr. 126.00), sondern auf Fr. 167.00 im Tag.

2.3 Ä Ä Ä Ä Damit ist der angefochtene Einspracheentscheid in teilweiser Gutheissung der Beschwerde dahingehend zu ändern, dass die Beschwerdegegnerin für die Zeit vom 14. Januar bis zum 23. Mai 2008 an die Spitexkosten den Betrag von Fr. 167.00 pro Tag zu bezahlen hat.

3. Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Nach Art. 61 lit. g des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) hat die obsiegende beschwerdeführende Person Anspruch auf den vom Gericht festzusetzenden Ersatz der Parteikosten, die ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der

Schwierigkeit des Prozesses zu bemessen sind; als weitere Bemessungskriterien nennen die ergänzenden kantonalen Vorschriften (  34 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht [GSVGer] sowie   8 der Verordnung über die Gebühren, Kosten und Entschädigungen vor dem Sozialversicherungsgericht [GebV SVGer]) den Zeitaufwand und die Barauslagen.

           In Anwendung dieser Kriterien rechtfertigt es sich, dem teilweise obsiegenden Beschwerdeführer eine (reduzierte) Prozessentschädigung von Fr. 2'000.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) zuzusprechen.

Das Gericht erkennt:

1.         In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird der angefochtene Einspracheentscheid vom 9. Oktober 2008 dahingehend geändert, dass die Helsana Versicherungen AG verpflichtet wird, für die Zeit vom 14. Januar bis zum 23. Mai 2008 an die Spitexkosten den Betrag von Fr. 167.00 pro Tag zu bezahlen.

2.         Das Verfahren ist kostenlos.

3.         Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, dem Beschwerdeführer eine Prozessentschädigung von Fr. 2'000.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu bezahlen.

4.             Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwältin Bettina Umhang unter Beilage einer Kopie von Urk. 26
- Helsana Versicherungen AG unter Beilage einer Kopie von Urk. 26
- Bundesamt für Gesundheit

5.         Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

           Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzustellen.

           Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG).

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