

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KV.2012.00030 vom 27. Dezember 2012

ZH Sozialversicherungsgericht, 2012-12-27, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_KV.2012.00030](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_KV.2012.00030)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KV.2012.00030 du 27 décembre 2012

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KV.2012.00030 del 27 dicembre 2012

## Erwägungen

### E. 1

1.1. X., geboren 1917, ist bei der Atupri Krankenkasse (nachfolgend: Atupri) obligatorisch krankenversichert (vgl. Urk. 11/25 S. 2 oben). Die Versicherte, welche an einer gemischten Demenz (Alzheimer und vaskuläre Demenz) leidet (Urk. 15), bewohnt eine Alterswohnung der Residenz Z. (nachfolgend: Z.) und nimmt Pflegeleistungen der Z. in Anspruch, welche nach dem Spitextarif abgerechnet werden (vgl. Protokoll der Instruktionsverhandlung S. 3 Mitte, Urk. 19 S. 3 oben).

Mit Spitex-Auftrag vom 8. März 2011 (Urk. 11/1) ordnete Dr. med. A., Allgemeine Medizin FMH, gestützt auf die Quantifizierung des Spitex-Pflegeaufwandes durch die Z. vom 4. März 2011 für die Dauer von drei Monaten ab 28. Februar 2011 Spitex-Leistungen im Umfang von insgesamt 119 Stunden an.

Mit einem weiteren Spitex-Auftrag vom 17. Mai 2011 (Urk. 11/8 = Urk. 3/1) ordnete der Hausarzt der Versicherten, Dr. med. B., Allgemeine Medizin FMH, gestützt auf die Quantifizierung des Spitex-Pflegeaufwandes durch die Z. vom 16. Mai 2011 für die Dauer von drei Monaten ab 1. Mai 2011 Spitex-Leistungen im Umfang von insgesamt 168 Stunden an.

Mit Spitex-Auftrag vom 9. August 2011 (Urk. 3/2) ordnete Dr. B. gestützt auf die Quantifizierung des Spitex-Pflegeaufwandes durch die Z. vom 5. August 2011 für die Dauer von drei Monaten ab 3. August 2011 wiederum Spitex-Leistungen im Umfang von insgesamt 168 Stunden an.

Nachdem die Atupri die Z. am 11. März und am 18. August 2011 um eine Bedarfsabklärung und einen detaillierten Pflegerapport ersucht hatte (Urk. 11/3, Urk. 11/15), welche die Z. am 15. März und am 7. September 2011 erstattete (Urk. 11/4, Urk. 11/16), teilte die Atupri der Z. und der Tochter der Versicherten, Y., am 26. beziehungsweise 27. September 2011 mit, dass sie für die Zeit vom 28. Februar bis 31. Juli 2011 die Kosten für Spitexleistungen im Umfang von 56 Stunden pro Monat als Pflichtleistung übernehme (Urk. 11/17-18). Am 2. November 2011 ersuchte Y. um Erlass einer einsprachigen Verfügung (Urk. 11/21).

Mit Verfügung vom 24. November 2011 (Urk. 11/25) hielt die Atupri fest, dass sie die Spitexkosten für die Zeit vom 1. Februar bis 31. Juli 2011 im Rahmen der Kostengutsprache vom 26. September 2011 übernehme. Ab 1. August 2011 übernehme sie die Kosten für 31 Stunden und 20 Minuten pro Monat (Urk. 11/25 Ziff. 14).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Gegen diese Verfügung erhob Y.\_\_\_\_ namens ihrer Mutter am 22. Dezember 2011 Einsprache (Urk. 11/27), welche die Atupri mit Entscheid vom 28. März 2012 (Urk. 11/34 = Urk. 2) teilweise gut hiess. Die Atupri hielt fest, dass sie für die Zeit vom 1. Februar bis 30. September 2011 die kassenpflichtigen Spitexleistungen aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) übernehme (S. 4 Ziff. 10). Ab 1. Oktober 2011 übernehme sie die Spitexleistungen im Umfang von 94 Stunden pro Quartal (1 Stunde Abklärung und Beratung, 3 Stunden Untersuchung und Behandlungspflege, 90 Stunden Grundpflege beziehungsweise ab 1. Januar 2012 1 Stunde Abklärung und Beratung, 25 ½ Stunden Untersuchung und Behandlungspflege, 67 ½ Stunden Grundpflege (S. 8).

## E. 2

2.1 Ä Ä Ä Die Beschwerdegegnerin führte im angefochtenen Entscheid (Urk. 2) aus, dass die Mitteilung vom 26. September 2011 betreffend den Umfang der Übernahme der Spitexleistungen für die Zeit vom 28. Februar bis 31. Juli 2011 zu spät erfolgt sei, weshalb sie sich bereit erkläre, die kassenpflichtigen Spitexleistungen für den Zeitraum vom 1. Februar bis 30. September 2011 zu übernehmen (S. 4 Ziff. 10). Was die Spitexleistungen für die Zeit ab 1. Oktober 2011 anbelange, so sei der mit ärztlichen Spitex-Aufträgen vom 17. Mai 2011 und vom 9. Dezember 2011 beantragte Zeitbedarf von 168 Stunden pro Quartal nicht ausgewiesen (S. 5 Ziff. 11-13). Für Abklärung und Beratung sei ein Zeitbedarf von einer Stunde pro Quartal zu veranschlagen, da die Situation der Beschwerdeführerin zwar belastend jedoch stabil und die Pflegeplanung einmalig seien, und die Beschwerdeführerin aufgrund ihres Krankheitsbildes nicht mehr beraten werden könne. Für die Behandlungspflege sei ein Zeitbedarf von einer Stunde pro Monat zu veranschlagen, da diese lediglich das Richten der Medikamente umfasse. 2011 gehörten die Medikamenteneinnahme unter Kontrolle sowie die Verabreichung der Augentropfen in den Bereich der Grundpflege und würden dort bei der Berechnung des Zeitbedarfs entsprechend berücksichtigt. Für die Grundpflege sei ein Zeitbedarf von 30 Stunden pro Monat zu veranschlagen. Diese umfasse die Abgabe von Augentropfen dreimal täglich, eine Dusche pro Woche, die Hautpflege inklusive Reinigung, nächtliche Kontrollgänge sowie Hilfe beim Toilettengang (S. 5 f. Ziff. 14). Da ab dem 1. Januar 2012 sowohl das Richten der Medikamente als auch jegliche Art der Medikamentenverabreichung eine Pflichtleistung im Bereich Massnahmen der Untersuchung und der Behandlung darstellten, seien ab 1. Januar 2012 achteinhalb Stunden Behandlungspflege und 22 ½ Stunden Grundpflege pro Monat sowie eine Stunde Abklärung und Beratung pro Quartal zu veranschlagen (S. 6 f. Ziff. 15-16). Nicht ausgewiesen und damit nicht zu veranschlagen sei ein Zeitbedarf für die Versorgung von Wunden (S. 7 Ziff. 17). Schliesslich würden in den Spitex-Aufträgen mehrere Leistungen angeordnet, welche keine von der OKP zu veranschlagenden Pflichtleistungen darstellten, so etwa die Begleitung zu den Mahlzeiten in den Speisesaal, Kontrollgänge in der Nacht und die Hilfestellung bei der Alarmierung der Notruftaste (S. 8 Ziff. 18).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä In ihrer Beschwerdeantwort (Urk. 9) bekräftigte die Beschwerdegegnerin ihre Auffassung, wonach der in den Spitex-Aufträgen beantragte Zeitbedarf aus rechtlicher Sicht nicht haltbar sei, da auch Leistungen enthalten seien, die nicht KVG-pflichtig seien (S. 3 unten, S. 6 unten) oder welche gestützt auf die Unterlagen nicht erbracht würden (S. 4 unten). Sodann verkenne die Beschwerdeführerin, dass für die Verabreichung der Medikamente und der

Augentropfen nur die Leistung an sich KVG-pflichtig sei, jedoch nicht die damit auch noch verbundene Betreuungsleistung, welche die Spitex vorwiegend auch übernehme und welche den grossen Zeitaufwand verursache (S. 5 unten).

2.2 Die Beschwerdeführerin machte in ihrer Beschwerde (Urk. 1) demgegenüber im Wesentlichen geltend, es sei unzulässig, dass die Atupri ab 1. Oktober 2011 nur noch einen Teil der Spitexleistungen vergütete, welche schon lange und in regelmässigen Abständen durch ärztliche Spitex-Aufträge und Bedarfsmeldungen ausgewiesen worden seien. Der beantragte Zeitaufwand für Abklärung und Beratung sei eindeutig nachgewiesen. Der Pflegebedarf müsse regelmässig mit dem Hausarzt und der Familie abgeklärt werden. 2011 habe es immer wieder neue Situationen gegeben, etwa einen Spitalaufenthalt im Januar 2011 mit anschliessendem vierwöchigem Aufenthalt in der Pflegeabteilung, eine Abnahme des Sehvermögens sowie Sturzgefahr. Wegen den Verfügungen der Beschwerdegegnerin seien auch mehrere Treffen mit der Spitexleitung und dem zuständigen Arzt notwendig gewesen. Für die Behandlungspflege seien mindestens drei Stunden pro Quartal zu vergüten, da sie stark sturzgefährdet sei und sich beim kleinsten Anschlag Wunden zuziehe, die versorgt werden müssten. Der Spitex sei es nicht zuzumuten, für jede kleine Verletzung ein Sturzprotokoll zu erstellen. Sodann sei der von der Beschwerdegegnerin für die Grundpflege vergütete Zeitbedarf von 30 Stunden pro Monat zu knapp bemessen, da täglich bereits ein Aufwand von 45 Minuten für die kontrollierte Verabreichung der Medikamente und der Augentropfen nötig sei, womit für Dusche, Hautpflege inklusive Reinigung, Hilfe beim Toilettengang und beim An- und Ausziehen lediglich noch 15 Minuten pro Tag verblieben (S. 2 f.). Der angefochtene Einspracheentscheid trage ihren Bedürfnissen und auch den Bedarfsmeldungen des Hausarztes in keiner Weise Rechnung. Schliesslich habe der vertrauensärztliche Dienst weder mit dem Hausarzt noch mit der Spitex Kontakt aufgenommen und sie auch nicht untersucht (S. 3 unten).

2.3 Streitig und zu präzisieren ist, wie es sich mit dem Leistungsanspruch der Beschwerdeführerin ab 1. Oktober 2011 verhält.

Nicht mehr Streitig ist der Leistungsanspruch der Beschwerdeführerin für die Zeit vom 1. Februar bis 30. September 2011, da sich die Beschwerdegegnerin bereit erklärt hat, die in dieser Zeit von der Z.\_\_\_\_ erbrachten Spitexleistungen in dem in Rechnung gestellten Umfang zu übernehmen (vgl. auch Urk. 9 S. 3 oben und Urk.19 S. 2 Mitte).

### E. 3

3.1 Die von Dr. B.\_\_\_\_ für die Zeitperiode von drei Monaten ab 1. Mai 2011 angeordneten Spitex-Leistungen quantifizierte die Z.\_\_\_\_ am 16. Mai 2011 wie folgt (Urk. 3/1): 3 Stunden für Abklärung und Beratung, 60 Stunden für Untersuchung und Behandlung (tägliches Richten und Kontrollieren der Medikamente, zweimal täglich Medikamenteneinnahme unter Kontrolle, dreimal täglich Verabreichung von Augentropfen) und 105 Stunden für die Grundpflege (einmal pro Woche Duschen, tägliche Hilfestellung beim An- und Auskleiden, tägliche Unterstützung bei der Körper- und Hautpflege, zwei Kontrollgänge in der Nacht, tägliche Hilfestellung beim Toilettengang und dem Zubettgehen, vier Mal pro Woche Begleitung zu den Mahlzeiten in den Speisesaal).

Die von Dr. B.\_\_\_\_ für die Zeitperiode von drei Monaten ab 3. August 2011 angeordneten Spitex-Leistungen wurden von der Z.\_\_\_\_ am 5. August 2011 identisch quantifiziert (Urk. 3/2).

Am 22. November 2011 verfasste C.\_\_\_\_, dipl. Gesundheitsschwester CM FH, eine Stellungnahme, welche vom Vertrauensarzt der Beschwerdegegnerin, Dr. D.\_\_\_\_, Innere Medizin FMH, eingesehen und visiert wurde (Urk. 11/24). Dabei stützte sie sich namentlich auf die Unterlagen, welche die Z.\_\_\_\_ der Beschwerdegegnerin am 15. März und am 7. September 2011 eingereicht hatte (Urk. 11/4, Urk. 11/16). C.\_\_\_\_ erachtete folgenden Zeitbedarf pro Quartal als ausgewiesen: 1 Stunde für Abklärung und Beratung, 3 Stunden für Behandlung und Untersuchung und 90 Stunden für die Grundpflege.

In Bezug auf die Abklärung und Beratung begründete sie die Abweichung zum von Dr. B.\_\_\_\_ angeordneten Zeitbedarf damit, dass es bei der Beschwerdeführerin für Abklärungsarbeiten nur noch wenig Zeit benötigte, da ihre Situation stabil (schlecht) sei. Die Beschwerdeführerin sei chronisch krank und ihre Pflege müsse nicht täglich neu eingeschätzt werden. Die Pflegeplanung sei einmalig und datiere vom 11. und 12. Juli 2011. Für die Zeit davor und danach existiere keine (neue) Pflegeplanung. Aufgrund des Krankheitsbildes könne die Beschwerdeführerin leider nicht mehr beraten, nicht einmal mehr angeleitet werden. Unbestritten sei der enorme und sinnvolle Betreuungsaufwand wie zum Beispiel Motivationsarbeit, Begleitung sowie Hilfeleistung bei der Kleiderauswahl (S. 2 Mitte).

Was die Behandlung und Untersuchung anbelange, so falle darunter das wöchentliche Richten der Medikamente. Die Abweichung zum von Dr. B.\_\_\_\_ angeordneten Zeitbedarf ergebe sich daraus, dass unter diesem Titel nicht KVG-pflichtige Betreuungsleistungen sowie Leistungen, welche unter die Grundpflege fielen, deklariert worden seien (S. 2 unten). So gehe die Medikamentenabgabe unter Kontrolle bis Ende 2011 in die Grundpflege. Ebenso die Verabreichung der Augentropfen. Ab 2012 fielen diese Leistungen in die Behandlungspflege. Die mit der Abgabe der Medikamente/Augentropfen verbundene Betreuung falle unter keinen KVG-pflichtigen Posten, ebenso wenig die nächtlichen Kontrollgänge um 1.00 und um 5.00 Uhr, sofern dabei keine kassenpflichtigen Leistungen wie zum Beispiel die Messung des Blutdrucks oder Hilfe beim Toilettengang erbracht würden. Sodann stelle auch die Begleitung zum Mittagessen keine kassenpflichtige Spitexleistung dar (S. 1 unten).

Die Grundpflegeleistungen schliesslich seien mengenmässig bescheiden. Zeitaufwändig sei auch hier der enorme Aufwand rund um die Leistungserbringung, nämlich die engmaschige Betreuung einer hochbetagten, vergesslichen Beschwerdeführerin. Nachgewiesen seien morgens die Hilfe bei der Intimtoilette oder der zusätzlichen Teilwaschung, das Eincremen der Beine und des Rückens, die Hilfe beim Anziehen sowie die Abgabe der bereits gerichteten Medikamente, inklusive der Augentropfen, mittags die Verabreichung der Augentropfen, abends die Hilfe beim Ausziehen und bei der Reinigung der Zahnprothese, die Abgabe der gerichteten Medikamente sowie die Verabreichung der Augentropfen und schliesslich die Hilfeleistung beim Toilettengang, tagsüber oder auch nachts, nach Bedarf. Sie berechne eine Stunde pro Tag für die Grundpflege im Wissen darum, dass nur einmal wöchentlich eine Dusche (statt einer Teilwaschung) durchgeführt werde und die Leistungen nicht so viel Zeit beanspruchten, berücksichtige aber in der täglichen

Stunde Zeitanteile für die Verlangsamung der Beschwerdeführerin infolge Vergesslichkeit (S. 3).

3.3 Die von Dr. B. für die Zeitperiode von drei Monaten ab 2. November 2011 angeordneten Spitex-Leistungen quantifizierte die Z. am 6. Dezember 2011 wie folgt (Urk. 11/26): 3 Stunden für Abklärung und Beratung, 60 Stunden für Untersuchung und Behandlung (tägliches Richten und Kontrollieren der Medikamente, zweimal täglich Medikamenteneinnahme unter Kontrolle, dreimal täglich Verabreichung von Augentropfen) und 105 Stunden für die Grundpflege (einmal pro Woche Duschen, tägliche Hilfestellung beim An- und Auskleiden, tägliche Unterstützung bei der Körper- und Hautpflege, Hilfestellung bei der Alarmierung der Notruftaste, tägliche Unterstützung beim Toilettengang und dem Zubettgehen).

3.4 Am 11. Juni 2012 (Urk. 10) nahm C. Stellung zu den Vorbringen von Y. in ihrer Beschwerde vom 6. Mai 2012 (Urk. 1). Diese Stellungnahme wurde wiederum vom Vertrauensarzt Dr. D. eingesehen und visiert.

C. führte aus, die Besprechungen mit dem zuständigen Arzt und der Spitex-Leitung aufgrund von Verletzungen der Beschwerdegegnerin stellten keine gesetzliche Massnahme der Abklärung dar (S. 1 oben). Was die geltend gemachten Verbandswechsel anbelange, so seien in den Akten weder ein entsprechender Bedarf noch geleistete Verbandswechsel ausgewiesen (S. 1 unten).

Im Zusammenhang mit der Medikamentenabgabe betonte C., dass die enormen Betreuungsanteile im Zusammenhang mit der Verabreichung der Medikamente und Augentropfen zeitaufwendig seien. Die Beschwerdeführerin müsse zu jeder Verrichtung aufgefordert werden, verstehe den Sinn der Massnahmen nicht, sei verwirrt und zunehmend vergesslich, gerade wenn man sie morgens wecke und hochlagere. Hierbei handle es sich um sinnvolle aber enorm zeitaufwendige Betreuungsanteile bei hilflosen Menschen, wie sie insbesondere bei hochbetagten, verwirrten Menschen fast immer vorkämen. Diese stellten jedoch keine KVG-pflichtigen Leistungen dar, könnten aber teilweise mittels Hilflosenentschädigung finanziert werden (S. 1 Mitte, vgl. auch S. 2 Mitte). Wichtig sei sodann auch zu wissen, dass die Medikamentenabgabe in der Spitex nicht als losgelöstster Akt durchgeführt werde, sondern im Zusammenhang mit einer anderen Pflegeleistung. In der Spitex gebe die Pflegenden die Medikamente während der Pflege ab. In einer Seniorenresidenz müsse die Pflegenden, welche die Morgenpflege durchführen, nicht identisch sein mit der Pflegenden, welche mit dem Medikamentenplateau von Wohnung zu Wohnung gehe und die gerichteten Medikamente übergebe. Die Z. rechne Pflegeleistungen über den Spixtarif ab, ihre Pflegeorganisation entspreche jedoch nicht derjenigen einer Spitex. Die Beschwerdeführerin erhalte zerstörte Pflegeleistungen, was in der klassischen Spitex aus Effizienzgründen nicht durchführbar wäre (S. 2 Mitte).

Die Beschwerdegegnerin habe die Kostengutsprache nicht aufgrund des besseren Gesundheitszustands der Beschwerdeführerin eingeschränkt, sondern auf Grund des Umstands, dass folgende Positionen nicht finanzierungspflichtig seien: Betreuungsanteile, Begleitung in den Speisesaal, Betreuung, wenn die Beschwerdeführerin immer wieder läutend nach Hilfe rufe, weil sie verwirrt sei und nicht mehr wisse, was sie wünsche, nächtliche Kontrollen, Hilfe beim täglichen, gemeinsamen Auswählen der Kleider, Motivationsarbeit, damit die

Beschwerdeführerin an der frischen Luft spazieren gehe.

3.5. Anlässlich der Instruktionsverhandlung vom 14. September 2012 reichte Y. ein undatierten Bericht von Dr. B. ein (Urk. 15). Darin hielt Dr. B. fest, es treffe nicht zu, dass die Situation der Beschwerdeführerin stabil sei, sie sei vielmehr permanent instabil. Die Beschwerdeführerin leide an einer gemischten Demenz mit einer eindeutigen Tendenz zur Verschlechterung. Wegen ihrem wechselhaften Zustand müsse die Pflege täglich neu eingeschätzt werden, weshalb die Pflegeplanung sicher nicht einmalig sein könne. Die Wundversorgung und die Verbände würden in der Pflegeplanung nicht aufgeführt, da niemand wisse, wann die Beschwerdeführerin wieder stürze. Ausserdem erstaune es ihn sehr, dass die Beschwerdegegnerin ihre abweichende Bewertung der notwendigen Bedarfsleistungen auf angebliche Einschätzungen ihres vertrauensärztlichen Dienstes abstütze und die Beschwerdegegnerin nie mit ihm Kontakt aufgenommen habe. Am 27. Dezember 2011 (Urk. 11/28) hatte er ergänzend auf eine Sehbehinderung sowie Stürze hingewiesen.

#### **E. 4**

4.1. Während die Beschwerdeführerin für die Zeit ab 1. Oktober 2011 die Vergütung von Spitexleistungen im Umfang von 170 Stunden beziehungsweise ab 1. Januar 2012 von 168 Stunden pro Quartal beantragte (Urk. 1 S. 1 unten), erachtete die Beschwerdegegnerin einen Zeitbedarf von 94 Stunden pro Quartal als vergütungspflichtig (Urk. 2 S. 8 unten).

4.2. Nicht zu beanstanden ist, dass die Beschwerdegegnerin den Pflegebedarf der Beschwerdeführerin einer Prüfung unterzogen hat, nachdem in den Spitex-Aufträgen von Dr. B. ein Zeitbedarf von weit über 60 Stunden geltend gemacht worden war (vgl. Art. 8a Abs. 3 KLV).

Um den Pflegebedarf der Beschwerdeführerin überprüfen zu können, ersuchte die Beschwerdegegnerin die Z. mit Schreiben vom 11. März und vom 18. August 2011 unter Hinweis auf Art. 8a Abs. 3 KLV um eine Bedarfsabklärung und einen detaillierten Pflegerapport (Urk. 11/3, Urk. 11/15). Am 15. März und am 7. September 2011 liess die Z. der Beschwerdegegnerin diverse Unterlagen zukommen. Diese umfassten einen Bedarfsplan, ein Medikamentenblatt, eine individuelle Pflegeplanung, Verordnungen/Fragen an den Arzt, ein Auftragsblatt für die Spitex, tägliche Pflegeberichte sowie eine Kurzzeitpflegeplanung (Urk. 11/4, Urk. 11/16). Diese Akten unterbreitete die Beschwerdegegnerin der diplomierten Gesundheitsschwester C. zur Stellungnahme. Gestützt auf deren Beurteilung vom 22. November 2011, welche vom Vertrauensarzt Dr. D. eingesehen und visiert worden war (vorstehend E. 3.2), erliess die Beschwerdegegnerin in der Folge den angefochtenen Entscheid.

4.3. Indem die Beschwerdegegnerin bei der Z. eine Bedarfsabklärung sowie einen detaillierten Pflegerapport einholte, ist sie ihrer Abklärungspflicht hinreichend nachgekommen ist, bilden diese doch die gesetzlich vorgeschriebenen Dokumentationsmittel zur Klärung der Leistungspflicht des obligatorischen Krankenversicherers (vgl. vorstehend E. 1.3). Da die vom Hausarzt Dr. B. angeordneten Spitexleistungen durch die Z., welche die Leistungen auch effektiv erbringt, quantifiziert wurden, ist auch nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin sich nicht zusätzlich mit Dr. B. in Verbindung setzte, zumal die von der Z. eingereichten umfangreichen Unterlagen einen guten Eindruck vom Gesundheitszustand der hochbetagten

Beschwerdeführerin vermitteln, sodass sich auch diesbezüglich eine Kontaktaufnahme mit dem Hausarzt jedenfalls nicht zwingend aufdrängte. Auch wenn die eigentliche bei der Beschwerdeführerin zu stellende Diagnose einer gemischten Demenz erst aus dem von Y. \_\_\_ im Rahmen der Instruktionsverhandlung eingereichten Bericht von Dr. B. \_\_\_ (Urk. 15) hervorgeht, kann nicht gesagt werden, die Beschwerdegegnerin habe den (schlechten) Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin verkannt, stimmen doch die Schilderungen von C. \_\_\_ zum Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin mit zunehmender Hilflosigkeit, starker Vergesslichkeit und zeitweise eingeschränkter zeitlicher und örtlicher Orientierung mit den in den Unterlagen der Z. \_\_\_ gemachten Angaben überein.

4.4 In ihren Stellungnahmen vom 22. November 2011 und vom 11. Juni 2011 (vorstehend E. 3.2 und E. 3.4) setzte sich die fachkundige C. \_\_\_ sorgfältig mit den von der Z. \_\_\_ eingereichten Unterlagen auseinander und legte in begründeter Weise dar, weshalb bei der Beschwerdeführerin Spitexleistungen im Umfang von lediglich 94 Stunden und nicht wie von Dr. B. \_\_\_ angeordnet im Umfang von 168 Stunden pro Quartal zu vergüteten seien.

Zentral ist dabei, dass sowohl in den ärztlichen Spitex-Anordnungen als auch in den von der Z. \_\_\_ eingereichten Unterlagen zahlreiche Handlungen ausgewiesen sind, welche zwar unbestrittenermassen sinnvoll sind und zweifelsohne im Interesse der Beschwerdeführerin liegen, die sich aber in der physischen und psychischen Begleitung beziehungsweise der Betreuung der Beschwerdeführerin erschöpfen und daher keine kassenpflichtigen Leistungen darstellen (vgl. vorstehend 1.4). Gesetzes- und rechtsprechungskonform klammerte C. \_\_\_ diese Handlungen bei der Bedarfsermittlung aus. Anhand der von der Z. \_\_\_ eingereichten Unterlagen schätzte sie alsdann die effektiv erbrachten und ausgewiesenen kassenpflichtigen Leistungen heraus und legte den dafür benutzten Zeitaufwand in nachvollziehbar begründeter Weise dar. Insgesamt erweisen sich ihre Stellungnahmen als differenziert und schlüssig, weshalb mit der Beschwerdegegnerin darauf abgestellt und ab 1. Oktober 2011 von einem Zeitaufwand von 94 Stunden pro Quartal für kassenpflichtige Spitexleistungen ausgegangen werden kann.

4.5 Soweit beschwerdeweise namentlich ein höherer Zeitbedarf für Abklärung und Beratung geltend gemacht wurde, ist festzuhalten, dass ein höherer als der von C. \_\_\_ veranschlagte Zeitaufwand von einer Stunde pro Quartal in den von der Z. \_\_\_ eingereichten Unterlagen nicht ausgewiesen ist. Insbesondere wies C. \_\_\_ zutreffend (vgl. Urk. 11/16 Individuelle Pflegeplanung) darauf hin, dass die Pflegeplanung der Z. \_\_\_ erst vom 10., 11. und 12. Juli 2011 datiere, obwohl die Pflege bereits Monate zuvor aufgenommen und geleistet worden sei, und dass für die Zeit davor und danach keine neue Pflegeplanung existiere. Zudem machte sie darauf aufmerksam, dass die Pflegeplanung weder zeitlich festgelegte Ziele ausweise noch Auswertungsergebnisse dokumentiere (vorstehend E. 3.2, Urk. 11/24 S. 1 Mitte). Vor diesem Hintergrund kann mit der Beschwerdegegnerin festgehalten werden, dass aus der Pflegeplanung nicht hervorgeht, dass die Situation der Beschwerdeführerin derart instabil ist, dass die Pflegeplanung dauernd geändert werden müsste (vgl. Urk. 19 S. 1 unten, S. 2 oben).

4.6 Was schliesslich den von der Beschwerdeführerin geltend gemachten Zeitaufwand für sturzbedingte Wundversorgung und Verbandswechsel anbelangt, wies C. \_\_\_ darauf hin, dass in den Akten weder ein entsprechender Bedarf noch effektiv geleistete Wundversorgung beziehungsweise Verbandswechsel ausgewiesen sind (Urk. 10

S. 1 unten, S. 2 oben). Auch dies erweist sich nach Prüfung der Unterlagen als zutreffend.

4.7 Zusammenfassend ist festzuhalten, dass bei der Beschwerdeführerin für die Zeit ab 1. Oktober 2011 kassenpflichtige Spitexleistungen im Umfang von 94 Stunden pro Quartal ausgewiesen und von der Beschwerdegegnerin zu vergütet sind.

Der angefochtene Einspracheentscheid erweist sich somit als rechts, weshalb die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen ist.

Zu bemerken bleibt, dass der Vorschlag der Beschwerdegegnerin, wonach die Z. ihr kleinere Änderungen in Bezug auf den Bedarf, zum Beispiel infolge notwendig gewordener Verbände, telefonisch melden kann (Urk. 19 S. 2 unten, vgl. auch Urk. 11/35), konstruktiv und praktikabel erscheint und so den tatsächlichen Gegebenheiten angemessen Rechnung getragen werden kann. Im Rahmen der Instruktionsverhandlung wurde Y. schliesslich auf das Institut der Hilflosenentschädigung aufmerksam gemacht, mittels welcher die im Rahmen der OKP nicht vergütungspflichtigen Betreuungsleistungen abgegolten werden können (Protokoll S. 3).

Das Gericht erkennt:

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

- Y. \_\_\_\_\_

- Försprecherin Andrea Lanz Müller

- Bundesamt für Gesundheit

4. 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.