

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KV.2013.00001 vom 28. Mai 2014

ZH Sozialversicherungsgericht, 2014-05-28, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_KV.2013.00001

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KV.2013.00001 du 28 mai 2014

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KV.2013.00001 del 28 maggio 2014

Erwägungen

E. 1.1

Nach Art. 24 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) über nimmt 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, stationär 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).

E. 1.2

Mit Bundesgesetz vom 13. Juni 2008 über die Neuordnung der Pflegefinanzierung (AS 2009 3517)

wurde unter anderem ein neuer Art. 25a KVG eingeführt, welcher die Pflegeleistungen bei Krankheit regelt. Danach leistet die obligatorische Krankenpflegeversicherung einen vom Bundesrat festzulegenden Beitrag an die Pflegeleistungen (Abs. 1, 3 und 4). Die Gesetzesänderung trat am 1. Januar 2011 in Kraft (AS 2009 6847) . Der Bundesrat hat in Art. 33 lit. b, lit. h und lit. i der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV ; in der seit 1. Januar 2011 gültigen Fassung) die Aufgabe zur Regelung der Leistungen (unter anderem) nach Art. 25a Abs. 1 KVG, des Verfahrens der Bedarfsermittlung so wie des in Art. 25a Abs. 1 und 4 KVG vorgesehenen und nach Pflegebedarf differenzierten Beitrages an die Pflegeleistungen an das Eidgenössische Departement des Innern (EDI) übertragen (BGE 139 V 135 E. 4.1). Das EDI hat die Bestimmungen in Art. 7-9a

der Verordnung über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) zur Krankenpflege zu Hause, ambulant oder im Pflegeheim erlassen, welche es mit Gültigkeit per 1. Januar 2011 und zudem per 1. Januar 2012 (AS 2011 6487) revidiert hat. Nach Massgabe dieses zu beurteilenden Zeitraumes sind die ab dem 1. Januar 2012 geltenden Normen anzuwenden, die im Folgenden in der entsprechenden Fassung zitiert werden, sofern nichts anderes ausgeführt wird.

Die

Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 13. Juni 2008 lauten wie folgt: Beiträge an die Pflegeleistungen gemäss Art. 25a Abs. 1 KVG sind erstmals so festzulegen, dass sie der Summe der Vergütungen für die im dem Inkrafttreten vorangehenden Jahr ambulant und im Pflegeheim erbrachten Pflegeleistungen entsprechen. Kann diese Regelung im ersten Jahr nach Inkrafttreten dieser Gesetzesänderung nicht eingehalten werden, so nimmt der Bundesrat in den nachfolgenden Jahren die erforderlichen Anpassungen vor (Abs. 1). Die

bei Inkrafttreten dieser Änderung gelten die Tarife und Tarifverträge sind innerhalb drei Jahren an die vom Bundesrat festgesetzten Beiträge an die Pflegeleistungen anzugleichen. Die Kantonsregierungen regeln die Angleichung (Abs. 2).

E. 1.3

Gemäss Art. 7 Abs. 1 KLV gelten als Leistungen nach Art. 33 lit. b KVV (in Verbindung mit Art. 25 Abs. 2 lit. a Ziff. 3 und Art. 25a Abs. 1 und 2 KVG) Untersuchungen, Behandlungen und Pflegemassnahmen, die aufgrund der

Bedarfsabklärung nach Art. 7

Abs. 2 lit. a KLV und nach Art. 8 KLV auf ärztliche Anordnung hin oder im ärztlichen Auftrag unter anderem von Pflegefachfrauen und Pflegefachmännern (Art. 49 KVV) oder Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause (Art. 51 KVV) erbracht werden. Nach

Abs. 2 von Art. 7 KLV

(in der ab dem 1. Dezember 2012 gültigen Fassung) umfassen die Leistungen im Sinne von Abs. 1 Massnahmen der Abklärung, Beratung und Koordination (lit. a), der Untersuchung und der Behandlung (lit. b) sowie der Grundpflege (lit. c). Die Leistungskategorien von Art. 7 Abs. 2 KLV (lit. a - c) sind

abgeschlossen (BGE 131 V 178 E. 2.2.3)

E. 1.4

Als

Massnahmen der Abklärung und Beratung (lit. a von Art. 7 Abs. 2 KLV) gelten die Abklärung des Pflegebedarfs und des Umfeldes des Patienten oder der Patientin und Planung der notwendigen Massnahmen zusammen mit dem Arzt oder der Ärztin und dem Patienten oder der Patientin (Ziff. 1) und die Beratung des Patienten oder der Patientin sowie gegebenenfalls der nichtberuflich an der Krankenpflege Mitwirkenden bei der Durchführung der Krankenpflege, insbesondere im Umgang mit Krankheitssymptomen, bei der Einnahme von Medikamenten oder beim Gebrauch medizinischer Geräte, und Vornahme der notwendigen Kontrollen (Ziff. 2). Ziff. 3 von Art. 7 Abs. 2 lit. a KLV führt weiter die Koordination der Massnahmen sowie Vorkehrungen im Hinblick auf Komplikationen in komplexen und instabilen Pflegesituationen durch spezialisierte Pflegefachpersonen auf.

Massnahmen der Behandlung und Untersuchung (lit. b von Art. 7 Abs. 2 KLV) sind unter anderem die Messung der Vitalzeichen (Puls, Blutdruck, Temperatur, Atem, Gewicht),

die einfache Bestimmung des Zuckers in Blut und Urin , die Entnahme von Untersuchungsmaterial zu Laborzwecken , Vorbereitung und Verabreichung von Medikamenten sowie Dokumentation der damit verbundenen Tätigkeiten . Die beispielhafte Konkretisierung innerhalb des Leistungskataloges von Art. 7 Abs. 2 lit. b KLV erlaubt keine Ausdehnung in dem Sinne, dass zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung Massnahmen subsumiert werden, die nicht nur eine andere Form derjenigen Leistung darstellen, welche als Beispiel in der Verordnungsbestimmung angeführt wird (BGE 136 V 172 E. 4.3.1; Urteil des Bundesgerichts 9C_43/2012 vom 12. Juli 2012 E. 4.1.2).

Zu den Massnahmen der Grundpflege (lit . c von Art. 7 Abs. 2 KLV) gehören die allgemeine Grundpflege bei Patienten und Patientinnen, welche die Tätigkeiten nicht selber aus führen können, wie Beine einbinden, Kom pres sions strümpfe anlegen, betten, lagern, Bewegungsübungen, m obili sieren,

Dekubitusprophy laxe , Massnahmen zur Ver hütung oder Behebung von behandlungs bedingten Schädigungen der Haut, Hilfe bei der Mund- und Körperpflege, beim An- und Auskleiden, beim Essen und Trinken (Ziff. 1) . Ausserdem fallen darunter Mass nahmen zur Überwachung und Unterstützung psychisch kranker Personen in der grundlegenden Alltagsbewältigung, wie : Erarbeitung und Einübung einer angepassten Tagesstruktur, zielgerichtetes Training zur Gestaltung und Förde rung sozialer Kontakte, Unterstützung beim Einsatz von Orientierungs h ilfen und Sicherheitsmassnahmen

(Ziff. 2). Diese Aufzählung ist (im Gegensatz zu jener bezüglich lit . b von Art. 7 Abs. 2 KLV) nicht abschliessend (BGE 131 V 178

E. 2.2.3; Urteil des Bundesgericht

9C_886/2010 vom 10. Juni 2011 E. 5.1). Das Bundesgericht hielt kon kreti sierend fest, die Massnahmen der all gemeine n Grundpflege würden pflege rische Massnahmen zur Überbrückung der von Krank heit oder Abhängigkeit ver ursachten Unfähigkeit, gewisse Lebensver rich tungen selber auszu führen, dar stellen . Nicht im Grundpflegekatalog ent halten seien indes Hand lungen, die haupt sächlich die physische und psychische Be gleitung betreffen und die der Ent wicklung der persönlichen Kapazitäten sowie sozialen Bezie hungen dien t e n (BGE 136 V 172 E. 5.3.1 und E. 5.3.3, je mit Hin weisen). Auch sind die Mass nahme n im Sinne von Art. 7 Abs. 2 lit . c KLV als Personenhilfe von der Sachhilfe abzugrenzen . Sachhilfe stellt keine Pflegeleis tung der Grundpflege, son dern eine haushäl terische Leistung dar, welche von der obliga torischen Kran ken versicherung nicht zu vergüten ist (vgl. BGE 131 V 178 E. 2.2.3 a.E . und BGE 136 V 172 E. 5.3, in welchem Fall das Eingeben des Essens als Grund pflege, das an den Tisch bri ngen des Essens jedoch als Sach hilfe und Haushalts tätigkeit qualifiziert wurde [„ même si cette assistance

lui

est

tout

aussi

néces s aire

que

l'aide

pour se nourrir “, E. 5.3.3]).

E. 1.5

Nach der neuen, ab dem 1. Januar 2011 gültigen Bestimmung von Art. 7a KLV sind die Kosten für Leistungen nach Art. 7 Abs. 2, welche durch Pflege fach frauen - und männer (Art. 49 KVV) sowie durch Organisationen der Kran ken pflege und Hilfe zu Hause (Art. 51 KVV) geleistet werden (vgl. Art. 7 Abs. 1 lit . a und lit . b KLV), von der

Versicherung mit einem Beitrag von Fr. 79.80 (lit . a) , von Fr. 65.40 (lit . b) und von Fr. 54.60 (lit . c) pro Stunde zu vergüten (Art. 7a Abs. 1 KLV). Zuzugabe der (oben in der Erwägung 1.2 zitierten) Über gangs bestimmung zur Änderung vom 13. Juni 2008 des KVG (AS 2009 3517 6487) gelten im hier massgeblichen Jahr 2012 jedoch die von der Kantonregierung festgesetzten An sätze.

Für das Jahr 2012 hat der Regierungsrat mit Beschluss Nr. 1233/2011, Sitzung vom 5. Oktober 2011, festgelegt, dass suk zessive eine Angleichung an die Tarife von Art. 7a KLV zu erfolgen habe. Für die Massnahmen der Abklärung und Beratung durch Spitex-Organisationen und freipraktizierende Pflegefach personen mit Zu lassung im Kanton Zürich setzte er die Stundenvergütung auf Fr. 73.25, für die Massnahmen der Untersuchung und Behandlung auf Fr. 65.15 und jene der Grundpflege auf Fr. 52.45 fest. Die für das Jahr 2011 geltenden Tarifmodalitäten für Spitex-Organisationen (vgl. Beschluss des Regierungsrates des Kantons Zürich Nr. 652/2010, Sitzung vom 28. April 2010) wurden für das Jahr 2012 unverändert beibehalten (Aus zug aus dem Protokoll des Regierungsrates des Kantons Zürich über die Sitzung vom 5. Oktober 2011, Beschluss Nr. 1233, S.

2, S. 4 f. und S. 8). Betreffend den hier mass geblichen Leistungs er bringer , die Spitex, welche un strittig eine Organi sation der Kran kenpflege und Hilfe zu Hause im Sinne von Art. 51 KVV dar stellt, kommt damit im Jahr 2012

insofern weiterhin der Spitex-Vertrag zur obli gatorischen Krankenpflegeversicherung zwischen dem Verband Züricher Krankenversicherer (VZKV) und dem Spitex Verband Kanton Zürich vom 26. Oktober 2000 (nach folgend: Spitex-Vertrag) zur Anwendung (Auszug aus dem Protokoll des Regierungsrates des Kantons Zürich über die Sitzung vom 28. April 2010, Beschluss Nr. 652, S. 2 und S. 4 f.) .

E. 1.6.1

Für die Beurteilung der Leistungspflicht in grundsätzlicher und masslicher Hinsicht bedarf es eindeutiger Angaben bezüglich der im Einzelfall angeordneten und durchgeführten Massnahmen (Art. 42 Abs. 3 Satz 2 KVG ; BGE 131 V 178 E. 2.4). Grundlage des Entschädigungsanspruches für Leistungen von Pflegefachfrauen und Pflegefachmännern oder der Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause bildet der ärztliche Auftrag oder die ärztliche Anordnung, welcher aufgrund der Bedarfsabklärung und der gemeinsamen Planung der notwendigen Massnahmen näher zu umschreiben ist (Art. 8 Abs. 1 KLV). Die Bedarfsabklärung umfasst die Beurteilung der Gesamtsituation des Patienten oder der Patientin sowie die Abklärung des Umfeldes und des individuellen Pflege- und Hilfebedarfs (Art. 8 Abs. 2 KLV). Sie erfolgt aufgrund einheitlicher Kriterien. Das Ergebnis wird auf einem von den Tarifpartnern geschaffenen Formular festgehalten, worin insbesondere der voraussichtliche Zeitbedarf anzugeben ist (Art. 8 Abs. 3 KLV). Der ärztliche Auftrag oder die ärztliche Anordnung ist bei Akutkranken auf maximal drei Monate und bei Langzeitpatienten oder -patientinnen auf maximal sechs Monate zu befristen (Art. 8 Abs. 6 KLV), kann aber verlängert werden (Art. 8 Abs. 7 KLV). Bei Personen mit einer Hilflosenentschädigung der Invalidenversicherung wegen mittlerer oder schwerer Hilflosigkeit kann der ärztliche Auftrag oder die ärztliche Anordnung unbesristet erteilt werden (Art. 8 Abs. 6 bis KLV) .

E. 1.6.2

Gemäss Art. 8 Abs. 5 KLV kann der Versicherer verlangen, dass ihm die erforderlichen Elemente der Bedarfsabklärung mitgeteilt werden.

Erforderlichenfalls ist ihm zuhanden des Vertrauensarztes (Art. 57 KVG) eine umfassende Dokumentation der erbrachten Leistungen (Pflegedokumentation) einzureichen. Schliesslich ist eine detaillierte und verständliche Rechnungstellung voraus zu setzen.

Der Leistungserbringer muss ihm alle Angaben machen, die er benötigt, um die Berechnung der Vergütung und die Wirtschaftlichkeit der Leistung überprüfen zu können (Art. 42 Abs. 3 KVG). Die Leistungen der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner oder der Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause nach Art. 7 Abs. 2 KLV müssen nach Art der Leistung in Rechnung gestellt werden (Art. 9 Abs. 1 KLV). Genügen die vorhandenen Angaben nicht für eine zuverlässige Beurteilung der Leistungspflicht, hat der Krankenversicherer ergänzende Unterlagen einzufordern. Wird dieser Anforderung nicht oder nur ungenügend nachgekommen, ist er befugt, die Leistungspflicht für die beantragten Massnahmen abzulehnen (BGE 131 V 178 E. 2.4). Es können nur Leistungen vergütet werden, die klar ausgewiesen und effektiv durchgeführt worden sind (BGE 131 V 178

E. 3.3).

E. 1.6.3

Nach

Art. 8a Abs. 1 KLV (in der seit 1. Januar 2011 gültigen Fassung) vereinbaren Leistungserbringer nach Art. 7 Abs. 1 lit. a und b KLV und Versicherer gemeinsame Kontroll- und Schlichtungsverfahren bei ambulanter Krankenpflege. Nach Abs. 3 dieser Norm dient dieses Verfahren der Überprüfung der Bedarfsabklärung sowie der Kontrolle von Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit der Leistungen. Die ärztlichen Aufträge oder Anordnungen können vom Vertrauensarzt oder von der Vertrauensärztin (Art. 57 KVG) überprüft werden, wenn voraussichtlich mehr als 60 Stunden pro Quartal benötigt werden. Werden voraussichtlich weniger als 60 Stunden pro Quartal benötigt, sind systematische Stichproben durchzuführen. Für Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause (Art. 7 Abs. 1 lit. b KLV, Art. 51 KVV) ist im für den Kanton Zürich (noch bis Ende 2013) geltenden Spitex-Vertrag 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 (Art. 5 Abs. 3 lit. d). Leistungen, welche diese bestimmten zeitlichen Grenzen überschreiten, sind erst nach einer vorgängigen Prüfung der Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit der Massnahme (Art. 31 Abs. 1 KVG) zu vergüten (vgl. BGE 126 V 334 E. 1b; Urteil des Bundesgerichts 9C_528/2012 vom 20. Juni 2013 E. 2).

2.1

Im verwaltungsgerichtlichen Beschwerdeverfahren sind grundsätzlich nur Rechtsverhältnisse zu überprüfen beziehungsweise zu beurteilen, zu denen die zuständige Verwaltungsbehörde vorgängig verbindlich - in Form einer Verfügung beziehungsweise eines Einspracheentscheids - Stellung genommen hat. Insoweit bestimmt die Verfügung beziehungsweise der Einspracheentscheid den beschwerdeweise weiterziehbaren Anfechtungsgegenstand. Umgekehrt fehlt es an einem Anfechtungsgegenstand und somit an einer Sachurteilsvoraussetzung, wenn und insoweit keine Verfügung beziehungsweise

kein Einspracheentscheid er gangen ist (BGE 131 V 164 E. 2.1; 125 V 413 E. 1a).

Nach der Rechtspre chung des Bundesgerichts kann das verwaltungsgerichtliche Verfahren aus prozessökono mischen Gründen auf eine ausserhalb des Anfech - tungsgegen standes , das heisst ausserhalb des durch die Ver fügung beziehungs - weise durch den Ein sprache entscheid bestimmten Rechtsverhältnisses liegende spruchreife Frage ausge dehnt werden, wenn diese mit dem bisherigen Streit - gegenstand der art eng zu sammenhängt, dass von einer Tatbestandsgesamtheit gesprochen werden kann, und wenn sich die Verwaltung zu dieser Streitfrage mindestens in Form einer Prozessklärung geäussert hat (BGE 130 V 503, 122 V 36 E. 2a mit Hin weisen).

Diesselben Voraussetzungen müssen erfüllt sein, wenn das Gericht aus prozessökonomischen Gründen die zeitliche Grenze der richterlichen Über prüfungsbefugnis , nämlich den Erlass zeitpunkt des angefochtenen Entscheides , überschreitet und auch die Ver hält nisse nach Erlass der Verfügung beziehungs weise des Einsprache entscheid in die richterliche Beur teilung miteinbezieht sowie zu deren Rechts wirkungen über den Entscheidzeit punkt hinaus verbind lich Stellung bezieht, mithin den das Prozessthema bilden den Streitgegenstand in zeitlicher Hinsicht ausdehnt (vgl. BGE 130 V 138 E. 2.1, 121 V 362 E. 1b) .

E. 2

S. 2 , Urk. 12/3/2, Urk. 15). In dieser Zeit wohnte sie mit ihrem Ehemann in einer Alterswohnung der Residenz Z. ___ der A. ___ und bezog Spitex-P flegeleistungen vom Verein A. ___ Spitex (nach folgend: Spitex ; Urk. 12/3/6.2, Urk. 12/3/27) .

E. 2.2

Mit dem angefochtene n

Einspracheentscheid vom 30. November 2012

(Urk. 2) beurteilte die Beschwerdegegnerin den Leistungsanspruch auf Ver gü tung des Pflegeaufwandes durch die obligatorische Krankenpflege versicherung für die Zeit ab dem Versicherungsbeginn am 1. Januar 2012 auf grund der Bedarfs mel deformulare

der Spitex mit ärztlichem Auftrag vom 2. De zember 2011 (Urk. 12/3/1) und vom 31. Mai 2012 (Urk. 12/3/9), welche den Zeitraum bis zum 3 1. Mai und jenen vom 1. Juni bis 3 0. November 2012 betref fen und welche nebst der Abklärung und Beratung von einer (Urk. 12/3/1) respektive zwei Stunden (Urk. 12/3/9) beide einen Pflegeaufwand für die Massnahmen der Un ter suchung und Be handlung von 15 0 Stunden sowie für die Grundpflege von 12 Stunden geltend machen . In Bezug auf den ärztlichen Spitexauftrag vom 12. Juli 2012 für die Zeit vom 9. Juli 2012 bis 8. Januar 2013 , mit welchem nebst den zwei Stunden für die Abklärung und Beratung ein erhöhter zeitlicher Aufwand für die Massnahmen der Unter suchung und Behandlung (202 Stun den) sowie der Grundpflege (20 Stunden) geltend gemacht wurde

(Urk. 12/3/17) ,

sah die Beschwerdegegnerin im Einspracheentscheid mit der Begründung feh lender Unterlagen von einer materiell-rechtlichen Beurteilung des Leistungs be gehrens ab, indem sie darauf nicht eintrat (Urk. 2 S. 7 f.) .

In der Beschwerdeantwort hält die Beschwerdegegnerin nunmehr gestützt auf die

Stellungnahmen der beratenden Pflegefachfrau, visiert von Vertrauensarzt Dr. med. C.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, vom 1. Februar 2013 (Urk. 12/1)

und vom 11. Februar 2013 (Urk. 12/2) dafür, im ganzen Jahr 2012, mithin auch für die Zeit ab dem 9. Juli 2012, einen Pflegeaufwand von 8 Stunden und 30 Minuten pro Monat für die Massnahmen der Untersuchung und Behandlung (zuzüglich 2 Stunden Abklärung und Beratung pro sechs Monate [respektive 20 Minuten pro Monat], jedoch keine Grundpflege; Urk. 2 S. 5 ff.)

zu vergüten (Urk. 11 S. 3 f.).

Es rechtfertigt sich hier daher und angesichts der Tatbestandsgesamtheit,

den Leistungsanspruch für das ganze Jahr 2012, das heisst eingedenk des ärztlichen Auftrages vom 12. Juli 2012 (Urk. 12/3/17)

in materiell-rechtlicher Hinsicht zu beurteilen und den Beurteilungszeitraum über den Erlass des Einspracheentscheides vom 30. November 2012 hinaus bis zum Ende des Versicherungsverhältnisses per

Ende 2012 aus zudehnen.

E. 2.3

Unstrittig ist, dass die (im Zeitpunkt des Erlasses des Einspracheentscheides) 82-jährige Beschwerdeführerin im Jahr 2012 Leistungen der Spitex im Sinne von Art. 7 Abs. 2 lit. a KLV (Abklärung des Pflegebedarfs und Beratung) sowie im Sinne von Art. 7 Abs. 2 lit. b KLV (Massnahmen der Untersuchung und der Behandlung, namentlich regelmässige Messungen des Blutdruckes und des Blutzuckers, Vorbereiten und Abgabe der Medikamente) benötigte (Urk. 2 S. 5 ff., Urk. 12/3/1, Urk. 12/3/9, Urk. 12/3/30). Strittig und zu prüfen ist die Anzahl Stunden, welche für diese Massnahmen zu vergüten ist. Ausserdem ist der geltend gemachte Aufwand der Grundpflege im Sinne von Art. 7 Abs. 2 lit. c KLV strittig, dessen Vergütung die Beschwerdegegnerin mit der Begründung verneinte, Massnahmen der Grundpflege seien von der Spitex, entgegen der ursprünglichen Pflegeplanung im Jahr 2012, tatsächlich nicht erbracht worden (Urk. 2 S. 5 f., Urk. 11 S. 4). 3. 3.1

Zur allgemeinen Pflegesituation ist der Bedarfsplanung der Spitex vom 25. November 2011 zu entnehmen, dass die Beschwerdeführerin bis im Dezember 2011 in der psychiatrischen Klinik D.____ in Behandlung war.

Sie habe

erfolgreich einen Alkoholentzug durchgeführt. Bezüglich des körperlichen Zustandes wurden in der vordruckten Auswahl des Formulars das Alter und eine chronische Krankheit angekreuzt sowie die Bemerkung angefügt, dass sie selbstständig unterwegs sei.

Betreffend den psychischen Zustand wurden Stimmungsschwankungen und Suchtprobleme hervorgehoben sowie die Notwendigkeit aktiven Zuhörens bei häufiger Traurigkeit angemerkt. Unter dem Titel Hauptproblem wurde „suchtgefährdet Alkohol“ festgehalten (Urk. 12/3/6.5). Aus den weiterführenden Bemerkungen zum Pflegebedarf ab Juni 2012 geht hervor, dass die Beschwerdeführerin zudem an einer hypertensiven Herzkrankheit und an Diabetes mellitus II leidet (Urk. 12/3/15.1). 3.2

Die Quantifizierung des Pflegeaufwandes der Spitex, welche von Dr. B.____

jeweils für sechs Monate, und zwar am 2. Dezember 2011

für die Zeit ab dem 1. Dezember 2011 (Urk. 12/3/1), am 31. Mai 2012 für ab dem 1. Juni 2012 (Urk. 12/3/9) und am 16. Juli 2012 für ab dem 9. Juli 2012 (Urk. 12/3/17) angeordnet wurde, hielt

mit 163, 164 und 224 Stunden pro halbes Jahr einen voraus sicht lichen Zeit aufwand fest, der die gesetzlich wie auch vertraglich bestimmte Grenze von 60 Stunden (Art. 8a Abs. 3 KLV) beziehungsweise 80 Stunden (Art. 5 Abs. 3 lit. d Spitex-Vertrag) pro Quartal, bis zu welcher der Pflegeaufwand ohne besondere Kontrollen von der Krankenkasse zu vergütet ist, überschritt. Zu Recht unstrittig hatte die Beschwerdegegnerin den Pflegeaufwand daher zu überprüfen (Art. 8a KLV). 4.

Welche Massnahmen in zeitlicher Hinsicht wie auch in Bezug auf Form und Inhalt angebracht sind, steht im pflichtgemässen Ermessen der Leitung des Spitex-Verbandes und des für die Anordnung der Leistungen zuständigen Arztes. Diese Bedarfsabklärung ist in der Regel massgebend für die Kostenübernahme der Krankenversicherung und nur im Hinblick auf die abschliessende Aufzählung gemäss

Art. 7 bis 7b KLV überprüfbar. Bei der Beurteilung des konkreten Bedarfs kommt den zuständigen Personen ein gewisser Spielraum zu, in welchem namentlich dann nur zurückhaltend einzugreifen ist, wenn es sich bei den Leistungen anordnenden Arzt um den Hausarzt der versicherten Person handelt, der jederzeit über deren Gesundheitszustand im Bilde ist. Darüber hinaus gilt die gesetzliche Vermutung, dass ärztlich verordnete Leistungen im Sinne von Art. 32 Abs. 1 KVG wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sind (Urteil des Bundesgerichts 9C_528/2012 vom 20. Juni 2013 E. 4).

5.

Betreffend die

Massnahmen der Abklärung und Beratung (Art. 7 Abs. 2 lit. a KLV) ging die Beschwerdegegnerin bereits ab dem 1. Januar 2012 gestützt auf die Stellungnahme des vertrauensärztlichen Dienstes vom 21. Mai 2012 (Urk. 12/3/31) von einem Aufwand von zwei Stunden pro Halbjahr aus (Urk. 2 S. 5).

Dies obschon in der ersten Bedarfsmeldung eine entsprechende ärztliche Anordnung, welche die Grundlage des Entschädigungsanspruchs bildet (Art. 8 Abs. 1 KLV; BGE 131 V 178 E. 2.4), fehlte. Gemäss dem ärztlichen Spitex-Auftrag vom 2. Dezember 2011 wurde für die Zeit vom 1. Dezember 2011 bis 31. Mai 2012 ein Bedarf von einer Stunde für die Abklärung und Beratung vor gesehen (Urk. 12/3/1) und erst in den folgenden zwei Bedarfsmeldungen wurden dafür zwei Stunden eingesetzt (Urk. 12/3/9, Urk. 12/3/17). Dementsprechend ist der Pflegebedarf für die Massnahmen der Abklärung und Beratung für das gesamte Jahr 2012 auf insgesamt 3 Stunden und 10 Minuten ($[60 \text{ Minuten} : 6 \times 5] + [120 \text{ Minuten} : 6 \times 7]$) festzusetzen.

Zu vergüten ist

aufgrund der geltenden Tarifmodalitäten die volle Viertelstunde, insgesamt somit $3\frac{1}{4}$ Stunden im Jahr 2012. Denn die Tarifmodalitäten des Spitex-Vertrages, auf welche sich die Spitex zutreffend berief und welche aufgrund des Regierungsrätlichen Beschlusses Nr. 1233/2011 (Sitzung vom 5. Oktober 2011; vgl. Erwägung 1.5 hiervor) im Jahr 2012 galten (ab 2014: vgl. Art. 7a Abs. 2 KVL), sehen in Art. 5 Abs. 1 lit. a Folgendes vor: Für

die Leistungen gemäss Art. 7 KLV kommt im Rahmen dieses Vertrages ein Zeittarif pro Stunde zur Anwendung. Die Leistungen werden nach dem bei und für den Patienten aufgewendeten Zeitaufwand verrechnet, wobei die Leistungserbringer ihre Leistungen für jede volle oder angebrochene Viertelstunde in Rechnung stellen. 6. 6 .1

Unter dem Titel Untersuchung und Behandlung (Art. 7 Abs. 2 lit . b KLV) wurde im ersten Bedarfsmeldeformular vom 2. Dezember 2011 als Leistungen für die Zeit bis 31. Mai 2012 die kontrollierte Medikamentenabgabe, das Messen der Vitalzeichen und Arztvisiten genannt und dafür 150 Stunden für sechs Monate, mithin 25 Stunden pro Monat eingeplant (Urk. 12/3/1). Ebenfalls 150 Stunden wurde hierfür im Bedarfsmeldeformular vom 31. Mai 2012 für die Zeit vom 1. Juni bis 30. November 2012 vorgesehen , was mit den Leistungen einmal wöchentlich Blutzucker und Blutdruck messen, Medikamente richten, dreimal täglich kontrollierte Medikamentenabgabe sowie Arztvisite begründet wurde (Urk. 12/3/9). 6 .2

6.2.1

Die Beschwerdegegnerin stellte sich im angefochtenen Einspracheentscheid auf den Standpunkt, der veranschlagte Zeitbedarf für die zu erbringenden Massnahmen sei nicht nachvollziehbar und erscheine als viel zu hoch. Die Wegzeit vom Heim zur Wohnung der Beschwerdeführerin und zurück, welche offenbar in den veranschlagten Zeiten eingerechnet sei, stelle jedenfalls keine kassenpflichtige

Leistung dar. Die Leistungspflicht beginne erst ab Aufnahme der Pflegetätigkeit beim Patienten vor Ort (Urk. 2 S. 7).

Die Arztvisite mit regelmässiger Anwesenheit einer Pflegeperson sei keine kassenpflichtige Leistung (Urk. 2 S. 5 f.). In der Beschwerdeantwort und Duplik hielt die Beschwerdegegnerin gestützt auf die Stellungnahmen des vertrauensärztlichen Dienstes vom 1. und 11.

Februar 2013 (Urk. 12/1-2) dafür, es seien für die wöchentliche Blutzuckerbestimmung und das Richten der Medikamente eineinhalb Stunden , für die tägliche Abgabe der Medikamente zwei Stunden , für die Blutdruckmessung , welche nicht regelmässig vorgenommen worden sei, fünf Stunden , insgesamt somit 8 ,5 Stunden pro Monat für die Behandlungspflege zu vergüten (Urk. 11 S. 3 f.).

Der vertrauensärztliche Dienst habe eine Gesamtbetrachtung der Situation vorgenommen. Die Spitex verkenne, dass sie nicht jede einzelne Dienstleistung auf 15 Minuten aufrunden könne, zumal mehrere Handlungen (Abgabe der gerichteten Medikamente und Blutdruckmessungen) zur Diskussion stünden, welche in einem Arbeitsgang erbracht werden könnten. Der durch sie, die Beschwerdegegnerin , ermittelte Zeitaufwand trage den Kriterien der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit Rechnung (Urk. 20 S. 2). 6.2.2

Seitens der Beschwerdeführerin wird vorgebracht, sie benötige die Spitexleistungen gemäss Antrag der Spitex und ärztlicher Verordnung. Zwei Versuche, die Spitex zu reduzieren, seien gescheitert und hätten Spitaleinlieferungen zur Folge gehabt (Urk. 1). Die vorherige Versicherung (bis 31. Dezember 2011) und die neue Versicherung (ab 1. Januar 2013) hätten respektive würden je sämtliche Spitexleistungen vergütet/n. Wenn die Verrechnung der Spitex falsch wäre, würden die anderen Versicherungen bestimmt auch nichts bezahlen (Urk. 15). 6 .3

Die beratende Pflegefachfrau der Beschwerdegegnerin befand in ihrem Bericht vom 1. Februar 2013, es sei mit 15 Minuten pro Medikamentenabgabe jeweils 14 Minuten zu viel eingeplant worden. Es sei auffallend, dass über Monate stets der gleiche Zeitaufwand von 45 Minuten pro Tag für die Behandlungspflegeleistungen in Rechnung gestellt worden sei, was indes nicht realistisch sei. In den Unterlagen werde laufend ausgewiesen, dass für die Medikamentenverabreichung eine Minute benötigt werde (Urk. 12/1 S. 3).

Abzurechnen sei nach der effektiv geleisteten Zeit. Die Leistungen seien seitens der Pflege zudem nicht so durchgeführt worden, wie sie ärztlich verordnet worden seien, sondern seien situationsbedingt gemäss der Krankheit der Beschwerdeführerin vorgenommen worden. Trotz des Auftrags, die Medikamente abzugeben, sei es der Beschwerdeführerin möglich gewesen, selber die gefährlichen Medikamente einzunehmen. Dies zusammen mit mangelnder Krankenbeobachtung habe mehrmals zu Notfallsituationen geführt. Auch die Blutdruckmessungen seien mit unüblichem Zeitaufwand und unüblicher Häufigkeit, teilweise mehrmals täglich, patientenbezogen durchgeführt worden. Dafür sei daher 10 Minuten täglich zu vergüten, unabhängig davon ob häufiger oder weniger häufig gemessen worden sei (Bericht vom 1. Februar 2013, Urk. 12/2, und vom 7. Mai 2013, Urk. 21/3).

In den Stellungnahmen der Spitex (vom 1. Dezember 2012, Urk. 16/5; vom 4. April 2013, Urk. 16/7; undatiert, Urk. 25) wurde hierzu ausgeführt, dass man sich bei der Abrechnung der Spitexeinsätze an die kantonale Vorgabe gehalten habe, wonach im 15 Minuten Takt abzurechnen sei. Es sei für jeden Einsatz (gleichzeitig Medikamentenabgabe und Blutdruckmessen) im Abrechnungstakt von 15 Minuten gemäss der Tarifmodalität des Spitex Verbandes des Kantons Zürich abgerechnet worden, das heisse mindestens 45 Minuten pro Tag (Urk. 25). Auch seien die Messungen

nach den ärztlichen Verordnungen und Änderungen erfolgt. Die Angabe, die Medikamentenabgabe habe nur eine Minute gedauert, sei auf einen Fehler bei der Eingabe in die Eingabemaske in der elektronischen Krankengeschichte (vgl. Urk. 16/4) zurückzuführen, wo die Anzahl bei den Minuten anstatt in dem dafür vorgesehenen Feld eingegeben worden sei (Urk. 16/7 S.1).

6.4

Die in den Bedarfsmeldeformularen vom 2. Dezember 2011 (Urk. 12/3/1) und vom 31. Mai 2012 (Urk. 12/3/9) unter Untersuchung und Behandlung aufgeführte „Arztvisite“, mit welcher wohl die Anwesenheit einer Pflegeperson während der Arztvisite gemeint ist, fällt unter keine der in Art. 7 Abs. 2 lit. b KLV abschliessend genannten Leistungen. Die Beschwerdegegnerin verneinte ihre Leistungspflicht hierfür zu Recht. Die Absprache mit dem Arzt zur Planung notwendiger Massnahmen ist im Übrigen bereits mit den unter Art. 7 Abs. 2 lit. a KLV zu vergütenden Leistungen abgegolten. 6.5

6.5.1

Die Messung der Vitalzeichen (Puls, Blutdruck, Temperatur, Atem, Gewicht) und die Bestimmung des Zuckers im Blut dagegen sind in Ziff. 1 und Ziff. 2 von Art. 7 Abs. 2 lit. b KLV als Massnahmen

der Untersuchung und Behandlung aufgeführt. Auch sind das Vorbereiten und Verabreichen von Medikamenten sowie die Dokumentation der damit verbundenen Tätigkeiten in Art. 7 Abs. 2 lit. b Ziff. 7 KLV (in der seit 2012 gültigen Fassung) vorgesehen und unstrittig zu vergüten. 6.5.2

Dass das Richten der Medikamente während des ganzen Jahres 2012 einmal pro Woche vorzunehmen war, ist unstrittig. Davon ist auszugehen.

Die Häufigkeit der Messung des Blutdruckes und des Blutzuckers für die Zeit bis zum 31. Mai 2012 wurde im Einzelnen ärztlich nicht angeordnet (Urk. 12/3/1) und wurde auch in der Pflegeplanung für diese Zeit nicht aufgeführt (Urk. 12/3/6.5).

Blutdruckkontrollen wurden gemäss dem Leistungsnachweis im Monat Januar 2012 keine durchgeführt (Urk. 12/3/6.17-20). Im Pflegebericht wurden dagegen Blutdruckmessungen am 17., am 20. und am 23. Januar 2012 vermerkt (Urk. 12/3/6.15-16). Dem Bericht über die Vitalwerte schliesslich ist zu entnehmen, dass der Blutdruck am 17., 22. und 23. Januar 2012 je einmal und am 21. Januar 2012 zweimal gemessen wurde (Urk. 12/3/33 S. 49-51). Im Februar wurde der Blutdruck gemäss diesem Bericht an sieben Tagen je einmal (Urk. 12/3/33 S. 47-49), im März und April fast jeden Tag ein- bis fünfmal (Urk. 12/3/33 S. 29-47) und bis am 23. Mai fast jeden Tag ein- bis dreimal so wie ein weiteres Mal am 29. Mai 2012 gemessen (Urk. 12/3/33 S. 26-29).

Der Blutzucker wurde gemäss dem Bericht über die Vitalwerte in den Monaten Januar bis März meistens zwei - bis dreimal an einem Tag pro Woche und ab April bis Dezember (fast) jede Woche an einem Tag je einmal gemessen. Keine Blutzuckermessungen fanden gemäss diesem Bericht in den Kalenderwochen 18 (30. März bis 6. April), 25 und 26 (18. Juni bis 1. Juli), 35 (27. August bis 2. September) sowie 48 und 49 (26. November bis 9. Dezember) statt (Urk. 12/3/33).

Ansichts der unverändert geplanten Anzahl Stunden (150 für sechs Monate) hat die im Bedarfsmeldeformular vom 31. Mai 2012 (Urk. 12/3/9) für die Zeit vom 1. Juni bis 30. November 2012 genannte Häufigkeit der wöchentlichen Blutdruck-/Puls- und Blutzuckermessung

trotz der teilweise häufigeren respektive unregelmässigen Messungen unverändert auch schon für die Zeit vom 1. Januar bis zum 31. Mai 2012 zu gelten. Eine höhere Frequenz der Messungen wie sie zum Teil vorgenommen wurde, ist mit den massgeblichen ärztlichen Anordnungen vom 2. Dezember 2011 (Urk. 12/3/1) und vom 31. Mai 2012 (Urk. 12/3/9) von 150 Stunden pro sechs Monate jedenfalls nicht vereinbar, wie sich auch aus dem Folgenden ergibt. 6.5.3

Bezüglich der Dauer der einzelnen Verrichtungen sind

dem Bedarfsplan vom 25. November 2011 (Urk. 12/3/1) keine Angaben zu entnehmen. Unter dem Titel „Massnahmen der Untersuchung und Behandlung“

wurden ohne Angaben zum zeitlichen Bedarf

die Leistungen „Vitalzeichen messen“, „Zucker bestimmen“, „Medikamente vorbereiten“ und „kontrollierte Medikamentenabgabe“

angekreuzt (Urk. 12/3/6.5). Erst betreffend den Pflegebedarf ab Juni 2012 wurde in Ergänzung zum Bedarfsplan ausgeführt, wegen der hypertensiven Herzkrankheit würden zum Ausschluss einer Hirnläsion für die wöchentliche Messung des Blutdruckes und des Pulses 15 Minuten pro Woche, „bei Bedarf mehr, je nach Werten“ benötigt. Auch für die wöchentliche Messung des Blutzuckers wegen des Diabetes mellitus II zur Vermeidung von Stürzen bei Hypoglykämie wurden 15 Minuten pro Woche vorgesehen. Für das Verabreichen und Bringen der Medikamente abends und morgens wurden sieben mal

30 Minuten, mithin drei ein halb Stunden pro Woche eingesetzt . Zudem wurde in der ergänzenden Be darfsplanung für die Zeit ab dem 1. Juni 2012 vermerkt, d ie eigen ständige Me dikamenteneinnahme habe zu einem Durcheinander und einem Kollaps der Be schwerde füh rerin mit Spitaleinweisung am 20. Juni 2012 geführt. Es gehe damit nun besser, die Medikamente würden wieder an zwei von drei Malen pro Tag gebracht (Urk. 12/3/15.1).

Aufgrund der Tarifmodalitäten nach Art. 5 Abs. 1 lit . a Spitex-Vertrag (vgl. dazu Erwägung 5 hiervor) hatten sich d ie in der Bedarfsplanung der Be schwerde führerin einzusetzende Zeit und der letztlich zu vergütende Zeitaufwand in erster Linie nach dem Pflegeaufwand zu bemessen, der durch die Pflege hand lung

bei und für die Beschwerdeführerin voraussichtlich benötigt werden würde respektive benötigt wurde . Der Zeitaufwand durfte bei der Rech nungstellung zwar

auf die volle Viertel stunde aufgerundet werden. Dies bedeutet jedoch nicht, dass bereits in der Pflegeplanung für jede einzelne Pflegeverrichtung , namentlich für das Mes sen des Blutdrucks und des Blutzuckers sowie für das Verabreichen der Medi kamente unabhängig vom tatsächlichen Zeitaufwand je eine Vier telstunde eingesetzt werden durfte .

So ist nicht ohne Weiteres

nachvollziehbar , weshalb gemäss der Bedarfsplanung ab Juni 2012 (Urk. 12/3/15.1) für die wöchentliche Messung des Blut drucks /Pulses und des Blutzuckers , mithin

für beide Pflegehandlungen je 15 Minuten eingeplant wurde .

Gemäss den Richtwerte n

des Leistungsrahmen s

(LR) für die Spitex-Dienste der Stadt Zürich, 3. Auflage, Dezember 2004 , der an den kantonalen Zürcher Bedarfspl an für Spitex-Basisdienste (ZB) anknüpft (LR S. 2) , auf welche der hier mass gebliche Spitex-Vertrag im Anhang III (Art. 2.1-3) verweist, ist für das Messen der Vitalzeichen ein Leistungsrahmen von 5 bis 10 Minuten und für das Bestimmen des Blutzuckers 10 bis 20 Minu ten anzu nehmen (Ziff. 5.7-8 LR). Darin inbegriffen sind die damit verbundenen Betreu ungsleistungen (LR S. 10), die Vorbereitung, Erklärung/Anweisung sowie das Aufräumen (LR S. 3). Einen diesbezüglich besonderen oder zeitintensiven

Auf wand respektive Bed arf ist hier nicht aus gewiesen . Es rechtfertigt sich daher in Anlehnung an den LR für das Messen der Vitalzeichen (Blutdruck und Puls) 10 Minuten und für das Bestimmen des Blutzucker s 15 Minuten zu berücksich tigen .

Für

das Verabreichen der Medi kamente wurden gemäss der Bedarfsplanung ab Juni 2012 30 Minuten pro Tag vor gesehen (Urk. 12/3/15.1) . Dagegen wurde das unstrittig zu vergütende wöchentliche Richten der Medi kamente in dieser Pla nung nicht erwähnt . Gemäss den Eintr ä g en in den Pflegebericht en etwa am 20. Januar (Urk. 12/3/6.15), am 3. und 4. März (Urk. 12/3/6.14) sowie am 23. Juli 2012 (Urk. 12/3/21) wird aus drücklich „Medikamentengabe, Dauer: 1.00 Min., erledigt“ festgehalten. Dass es sich dabei um eine falsche Eingabe in die Maske der Krankengeschichte handelte, ist angesichts der gewählten deutlichen For mulierung nicht wahr scheinlich. Auch ist den Akten nicht zu entnehmen,

dass das Verabreichen der Medikamente mit aussergewöhnlich hohem Aufwand verbunden wäre. Insofern unterscheidet sich die Sachlage von jener im von der Beschwerdeführerin (Urk. 1) angeführten Urteil des Bundesgerichts 9C_365/2012 vom 31. Okt ober 2012 (E. 4.2), in welchem Fall in der Bedarfsabklärung nach vollziehbar begründet worden war, weshalb für die Medikamentenabgabe zehn Minuten täglich benötigt würden anstelle der im (dort ver gleichs weise herangezogenen) Bedarfsabklärungs-Instrumentarium der Spitex (RAI; Resident Assessment Instrument) für die Medikamentenabgabe in Heimen aufgeführten sechs Minuten. Gemäss Ziff. 5.3 LR (S. 10) wird für das wöchentliche Richten der Medikamente 5 bis 15 Minuten und für das tägliche Verabreichen oder die Einnahmekontrolle 5 bis 10 Minuten vorgesehen. Hier rechtfertigt sich nach dem Gesagten das wöchentliche Richten mit 15 Minuten und die Medikamentenabgabe mit 5 Minuten pro Abgabe zu berücksichtigen. Zu beachten ist dabei, dass - wie die Beschwerdegegnerin zu treffend bemerkte -

der Zeit aufwand, welcher für das Zurücklegen des Weges in die und von der Wohnung der Beschwerdeführer in benötigt wurde, bei der Vergütung der Leistungen

nach Art. 7 KLV nicht zu berücksichtigen ist. 6.6

Es ist nach dem Gesagten davon auszugehen, dass das wöchentliche Messen des Blutdruckes und des Pulses (10 Minuten) sowie des Blutzuckers (15 Minuten) mit dem Richten der Medikamente (15 Minuten) und der ersten Medikamentenabgabe

des Tages (5 Minuten) innerhalb von 45 Minuten

zusammen erledigt werden konnte. Dass die zweite und dritte von den drei ärztlich verordneten Medikamentenabgaben pro Tag länger als fünf Minuten dauerte, ist - wie er läutert - zwar nicht anzunehmen, jedoch war die Spitex gemäss Art. 5 Abs. 1 lit. a Spitex-Vertrag dazu berechtigt, die sie aufgewendete Pflegedauer, welche je nicht koordinierbare Pflegeleistungen

betraf,

einzelnen als ganze Viertelstunde in Rechnung zu stellen. Wenn in einzelnen Monaten der Blutdruck und der Puls fast täglich mehrmals gemessen wurden, war dies nicht zusätzlich zu vergüten, da es jedenfalls mit der Medikamentenabgabe zu koordinieren gewesen wäre und innerhalb der dafür berücksichtigten

Viertelstunde verrichtet werden konnte.

Für einen Tag in der Woche ab dem 1. Januar 2012 sind damit insgesamt 75 Minuten (45 + [2 x 15] Minuten) und für die übrigen sechs Tage der Woche bei dreimaliger Medikamentenabgabe 45 Minuten Untersuchungs- und Behandlungspflege, mithin insgesamt 345 Minuten (75 + [6 x 45] Minuten)

pro Woche nach Art. 7 Abs. 2 lit. b Ziff. 1, 2 und 7 KLV zu vergüten, was umgerechnet auf ein halbes Jahr mit 26 Wochen 8970 Minuten respektive 149,5 Stunden entspricht. 6.7

6.7. 1

Zu prüfen ist sodann, ob die Beschwerdegegnerin die für die Dauer von sechs Monaten ab dem 9. Juli 2012 mit der ärztlichen Anordnung vom 16. Juli 2012 vorgesehene Erhöhung der Untersuchungs- und Behandlungsplanung

(Art. 7 Abs. 2 lit. b KLV)

auf neu 202 Stunden zu vergüten hat . Die Zunahme des Pflegeaufwandes um 52 Stunden pro Halbjahr respektive 8,7 Stunden pro Monat wurde mit den Stichworten „ einmal wöchentlich Blutzucker messen “ , „ dreimal täglich Vitalzeichen messen “ , „ einmal wöchentlich Medikamente richten “ sowie „ dreimal täglich kontrollierte Medikamentenabgabe “ begründet (Urk. 12/3/17).

Dr. B.____ führte im Schreiben vom 12. Juli 2012 dazu aus, um die Spitexleistungen zu reduzieren, hätten sie nach einem ersten fehlgeschlagenen Versuch erneut den Versuch der selbständigen Medikamenteneinnahme durch die Beschwerdeführerin unter nom men. Erneut sei es ihr indes nicht möglich gewesen, die Medikamente unter Anleitung korrekt ein zu nehmen. Dies habe zu einer Verwechslung der Tabletten mit dem Ehemann und fast zu einer Hospitalisation geführt. Es müsse daher vorderhand eine Abgabe viermal pro Tag erfolgen, wobei eine Reduktion auf mindestens drei Mal pro Tag so bald als möglich vorgenommen werde (Urk. 12/3/19). 6.7 .2

Im Vergleich zu den vorherigen ärztlichen Anordnungen wurden die Vital zeichenmessungen von einmal wöchentlich ab 9. Juli 2012 neu auf dreimal täglich erhöht. Die kontrollierte Abgabe der Medikamente wurde nach der massgebli chen ärztlichen An ordnung weiterhin dreimal und die Blutzucker messungen sowie das Richten der Medikamente weiterhin einmal wöchent lich vorgesehen (Urk. 12/ 3/17) . Auch im Pflegebericht wurde am 9. Juli 2012 festgehalten , dass die Medikamentenabgabe (wieder) dreimal erfolgen soll e (Urk. 12/3/21 S. 4) .

Bereits eine Woche später, a m 1 6. Juli 2012 wurde im Pflegebericht zudem fest gehalten, es seien per Fax neue Verordnungen einge gangen. Die Blutdruckmittel seien wieder erhöht worden und die Blut druck messungen auf einmal täglich re duziert worden. Die kontrollierte Medikamentenabgabe finde nun am Morgen und am Abend durch die Spitex statt. Am Abend sei die Beschwerdeführerin an die Medikamenteneinnahme der Nacht um 22 Uhr zu erinnern (Urk. 12/3/21 S. 6).

Die Erhöhung der Häufigkeit der Puls- und Blutdruckmessungen vermag an der Höhe der zu ver gütenden Pflegezeit nichts zu ändern. Denn die (ab 9. Juli 2013 dreimal und ab 1 6. Juli 2012 einmal täglichen) Blutdruckmessungen konnten -wie bereits ausgeführt - jeweils zusammen mit der dreimal täglich eingeplanten Medikamentenabgabe vorgenommen werden, ohne dass - angesichts der wie hiavor festgelegten Dauer von 10 Minuten für eine Blutdruckmessung - die dafür zu vergütende angebrochene Viertelstunde überschritten worden wäre. 6.8

Die Beschwerdegegnerin hat folglich

für das gesamte Jahr 2012

299

Stunden (2 x 149,5 Stunden) für Massnahmen der Untersuchungs- und Behandlungs pflege zu ver güten. 7.

7.1 7.1.1

Unter dem Titel Grundpflege (Art. 7 Abs. 2 lit . c KLV) wurde in den ersten bei den Bedarfsmeldeformularen vom 2. Dezember 2011 und 31. Mai 2012 als Leistung die Hilfe beim Duschen und bei der Körperpflege genannt und dafür 12 Stunden pro sechs Monate, mithin zwei Stunden pro Monat eingeplant (Urk. 12/3/1, Urk. 12/3/9).

Seitens der Beschwerdeführerin wird dazu vorgebracht, sie erhalte täglich Hilfe bei der Körperpflege/beim Duschen. Zu Beginn der Spitex-Leistungen ab Dezember 2011 habe man noch gehofft, hierzu keine Hilfe/Unterstützung leisten zu müssen, was sich aber rasch als falsch erwiesen habe (Urk. 1). In der Stellungnahme vom 10. April 2013 räumt die Beschwerdeführerin schliesslich ein, wegen der Kosten hätten die Angehörigen selbst die Duschhilfe geleistet. Dies sei sehr dumm gewesen, weil diese ärztlich verordnet worden sei und von Gesetzes wegen von der Beschwerdegegnerin hätte übernommen werden müssen (Urk. 15). 7.1.2

Wie die Beschwerdegegnerin zutreffend festgestellt hat (Urk. 2 S. 5 f.), wurde von der Spitex letztlich keine Unterstützung beim Duschen und bei der Körperpflege geleistet. Im Bedarfsplan vom 25. November 2011 war dazu festgehalten worden, dass die Beschwerdeführerin ihre Körperpflege vernachlässige und zum Teil daran erinnert werden müsse, zu duschen oder frische Kleider anzuziehen (Urk. 12/3/6.4). Konkrete Hilfestellungen bei der Körperpflege selbst wurden damit im Bedarf nicht präzisiert. Auf dem Medikamentenverordnungsblatt vom 20. Dezember 2011 hielt die Spitex denn auch fest, dass die anfänglich geplante Unterstützung beim Duschen nicht gemacht werden müsse (Urk. 12/3/3). Auch in den Pflegeberichten vom 11. April (Urk. 12/3/6.8) und vom 20. November 2012 (Urk. 12/3/21-25) wurden mit Ausnahme eines Eintrages von fünf Minuten (Hilfe bei der Abendtoilette am 8. Juli 2012; Urk. 12/3/21 S. 5) keine solchen Leistungen aufgeführt. Die Spitex erklärte in ihrer undatierten und nicht unterzeichneten Stellungnahme (Eingang 7. Juni 2013) zudem, die Duschhilfe sei im gegenseitigen Einverständnis mit der Beschwerdeführerin und deren Angehörigen durch die Familie übernommen worden. Da nur Leistungen vergütet werden können, die klar ausgeschrieben und effektiv durchgeführt worden sind (BGE 131 V 178 E. 3.3), hat die Beschwerdegegnerin die Vergütung für die geltend gemachten Massnahmen der allgemeinen Grundpflege (Art. 7 Abs. 2 lit . c Ziff. 1 KLV) gemäss den Bedarfsmeldeformularen vom 2. Dezember 2011 (Urk. 12/3/1) und 31. Mai 2012 (Urk. 12/3/9) zu Recht verneint. 7.2 7.2.1

Im dritten Bedarfsmeldeformular vom 16. Juli 2012 wurde für die Grundpflege 20 Stunden für sechs Monate ab dem 9. Juli 2012 ärztlich angeordnet und als Leistung neu „Hilfe bei Orientierung und bei Verwirrungszuständen in Stresssituationen“ angegeben (Urk. 12/3/17). 7.2 .2

Die beratende Pflegefachfrau der Beschwerdegegnerin erklärte in ihrer Stellungnahme vom 1. Februar 2013, visitiert vom Vertrauensarzt Dr. C.____ am 12. März 2013, hierzu, wie die Hilfe bei der Orientierung praktisch umgesetzt sei, sei durch Massnahmen weder geplant noch ausgewiesen. Die Pflegedokumentation weist einen hohen Gesprächsanteil auf. Eine Orientierung bei Verwirrung sei nach KVG nicht definiert, wohl aber „Unterstützung beim Einsatz von Orientierungshilfen und Sicherheitsmassnahmen“ (Art. 7 Abs. 2 lit . c Ziff. 2 KLV). Aus der vorgelegten Pflegedokumentation sei ein hoher für die Beschwerdeführerin sinnvoller menschlicher Betreuungsaufwand nachgewiesen, der rund um die Uhr nach ihrem Bedürfnis geleistet werde. Der Betreuungsaufwand sei typisch für Situationen bei Menschen mit psychischen Problemen, jedoch sei dies keine Pflichtleistung

nach KVG (Urk. 12/1 S. 3 f.). 7.2.3

Das Bundesgericht setzte sich in BGE 131 V 178 E. 2.2.3 eingehend mit der Auslegung von Art. 7 Abs. 2 lit. c KLV (in der damals gültig gewesenen Fassung) auseinander und erwo, dass zur psychiatrischen und psychogeriatrischen Grundpflege Massnahmen zu rechnen sind, welche der Überwachung und Unterstützung psychisch kranker Personen bei der Alltagsbewältigung dienen, so weit es sich um Beeinträchtigungen in den grundlegenden alltäglichen Lebensverrichtungen handelt und soweit sie krankheitsbedingt sind. Es muss sich um Massnahmen der Personenhilfe und nicht der Sachhilfe (insbesondere Haushaltshilfe) handeln. Die per 1. Januar 2007 präzisierten leistungspflichtigen Massnahmen zur Überwachung und Unterstützung psychisch kranker Personen (Art. 7 Abs. 2 lit. c Ziff. 2 KLV) bezwecken namentlich, diesen eine Krankenpflege zu Hause zu ermöglichen und damit eine stationäre Behandlung zu vermeiden oder hinauszuzögern (Urteil des Bundesgerichts 9C_528/2012 vom 20. Juni 2013 E. 5.4.2 mit Hinweisen).

Rechtsprechungsgemäss verlangen weder der Wortlaut von Art. 7 Abs. 2 lit. c Ziff. 2 KLV noch der Normzweck (Vermeiden oder Verzögern einer stationären Pflege), dass die Massnahmen die grundlegenden Fähigkeiten zur Alltagsbewältigung verbessern müssen. In vielen Fällen

muss es genügen, dass eine Alltagsbewältigung mit Hilfe möglich bleibt, indem die Selbstpflege gefördert und unterstützt und eine - gesundheitsgefährdende - Selbstvernachlässigung verhindert wird. Sofern und soweit eine Person als Folge ihrer psychischen Erkrankung nicht (mehr) in der Lage ist, alltägliche Lebensverrichtungen allein, insbesondere ohne entsprechende Aufforderung oder Anleitung, vollständig oder zeitgerecht auszuführen, können unter Umständen auch entsprechende Anleitungen und Ermunterungen als Massnahmen der Grundpflege im Sinne von Art. 7 Abs. 2 lit. c Ziff. 2 KLV versichert sein. Dies gilt insbesondere, wenn es der versicherten Person dadurch ermöglicht wird, (weiterhin) in ihrem eigenen Zuhause zu wohnen (Urteil des Bundesgerichts 9C_528/2012 vom 20. Juni 2013 E. 5.4.4.1 mit Hinweisen). 7.2.4

In der Pflegeplanung der Spitex wurden im Sinne weiterführender Bemerkungen zum bisherigen Bedarfsplan (vgl. Anmerkung in Urk. 12/3/15.3) als Pflegebedarf der Beschwerdeführerin für die Zeit ab 1. Juni 2012 ausgeführt, es würden nach Bedarf ein bis zwei Stunden pro Monat für den Bewohnerruf bei schlechter Befindlichkeit, Verwirrtheit, Nervosität und dem Gefühl, den Arzt zu brauchen, benötigt (Urk. 12/3/15.1). Schon im Bedarfsplan vom 25. November 2011 war festgehalten worden, die Beschwerdeführerin brauche, um nicht Alkoholrückfällig zu werden, regelmässig Kontrolle und Betreuung (Urk. 12/3/6.3). Ausser dem brauche das Ehepaar viel Unterstützung, um sich im Haus zu integrieren oder an die frische Luft zu gehen. Sie würden den ganzen Tag im Lehnstuhl fernsehen. Sie hätten grosse Mühe, mit Belastungen umzugehen und würden nervös reagieren. Es bestehe ein gestörter Tages- und Nachtrhythmus. Sie würden sich sehr oft nachts wegen Schlaflosigkeit melden. Sie würden öfters Gespräche über den Tagesrhythmus benötigen (Urk. 12/3/6.4).

Damit wurden der Pflegebedarf und die Massnahmen auf der Grundlage der ärztlichen Anordnung hinreichend konkretisiert. Und zwar handelt es sich um Massnahmen zur Überwachung und Unterstützung der psychisch beeinträchtigten Beschwerdeführerin in Bereichen der grundlegenden Alltagsbewältigung, namentlich zur Unterstützung in der Tagesstruktur und der sozialen Integration (Anleitung, Beratung,

Motivation und Beruhigung bei gestörtem Tages-/Nachtrhythmus, bei Schlafstörungen, Unsicherheit und Unruhe, Aktivierung, Anregung zu sozialen Kontakten). Als Massnahmen wurden hauptsächlich Kontrollbesuche und pflegerische Gespräche vorgesehen. Dabei dienen die Betreuungsgespräche unter anderem in Akutsituationen (auf „Bewohnerruf“ hin) der Beseitigung oder Milderung von Verwirrtheit und gesundheitlicher Unsicherheit, was als Massnahme zur Stabilisierung des psychischen Gesundheitszustandes einerseits wiederum der Tagesstrukturierung und allgemäiner Orientierung und Alltagsbewältigung zugute kommt, andererseits im Rahmen der Suchtmittelabstinenz dazu beiträgt, die Notwendigkeit einer (erneuten und möglicherweise andauernden) stationären psychiatrischen Behandlung abzuwenden. 7.3

Die Anspruchsvoraussetzungen für die Kostenübernahme von Massnahmen der psychiatrischen Grundpflege im Sinne von Art. 7 Abs. 2 lit. c Ziff.

2 KLV sind daher zu bejahen, zumal die Aufzählung der zu vergütenden Massnahmen in dieser Bestimmung nicht abschliessend ist (BGE 131 V 178 E. 2.2.3). Zu vergüten sind somit aufgrund der ärztlichen Anordnung vom 16. Juli 2012 für die Zeit vom 9. Juli bis 31. Dezember 2012 (=

176 Tage) maximal 19 Stunden Grundpflege (bei 20 Stunden vom 9. Juli 2012 bis 8. Januar 2013 = 184 Tage; Urk. 12/3/17). 8.

Somit ist der angefochtene Einspruch entschieden vom 30. November 2012 (Urk. 2) in teilweiser Gutheissung der Beschwerde aufzuheben und es ist fest zu stellen, dass die Beschwerdegegnerin verpflichtet ist, die folgenden Pflegekosten der Spitex A.____

des Jahres 2012 zu ersetzen: Für die Massnahmen der Abklärung und Beratung 3

¼ Stunden à Fr. 73.25 (zu den im Jahr 2012 geltenden Tarifen vgl. Erwägung 1.5 hiervor), für die Massnahmen der Untersuchungs- und Behandlungspflege 299 Stunden à Fr. 65.15 sowie vom 9. Juli bis 31. Dezember 2012 für Massnahmen der Grundpflege maximal 19 Stunden à Fr. 52.45

zu ersetzen. Das Gericht erkennt: 1.

In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird der angefochtene Einspracheentscheid vom 30. November 2012

aufgehoben und es wird fest gestellt, dass die Atupri Krankenkasse verpflichtet ist, die Kosten der Spitex

A.____

des Jahres 2012 für die Massnahmen der Abklärung und Beratung von

3

¼ Stunden und der Untersuchungs- und Behandlungspflege von 299

Stunden sowie für Massnahmen der Grundpflege im Umfang von maximal 19 Stunden zu ersetzen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Y.____ - Fürsprecherin 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). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich Die Vorsitzende Die Gerichtsschreiberin GrünigHartmann

E. 4

Stunden für Abklärung und Beratung, Untersuchung und Behandlung sowie Grundpflege (Urk. 12/3/9).

E. 9

. März 2013 auf teilweise Gutheissung der Beschwerde und beantragte, die Behandlungspflegeleistungen seien auf 8,5

Stunden pro Monat anstelle von 7,5 Stunden pro Monat ab 1. Januar 2012 festzusetzen. Im Übrigen sei die Beschwerde abzuweisen (Urk.

E. 11

S. 2). Im zweiten Schriftenwechsel hielten die Parteien an ihren Anträgen fest (Replik vom 10. April 2013, Urk.

E. 15

; Duplik vom

E. 16

Mai 2013, Urk. 20 S. 2). Mit Eingabe vom 6. Juni 2013 (Urk. 24) reichte die Beschwerdeführerin eine undatierte Stellungnahme der Spitex (Urk. 25) ein. Die Beschwerdegegnerin nahm dazu mit Eingabe vom 27. Juni 2013 Stellung (Urk. 28).

Auf die Ausführungen der Parteien und die eingereichten Unterlagen wird, so weit erforderlich, in den Erwägungen eingegangen. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

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