

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KV.2016.00055

vom 24. Januar 2017

ZH Sozialversicherungsgericht, 2017-01-24, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_KV.2016.00055

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KV.2016.00055 du 24 janvier 2017

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KV.2016.00055 del 24 gennaio 2017

Erwägungen

E. 1

X.____, geboren 1932, wird von der Spitex betreut (Urk. 9/13, Urk. 9/14). Die Krankenkasse Mutuel Assurance Maladie SA (nachfolgend Mutuel), bei welcher die Versicherte obligatorisch für Krankenpflege versichert ist (Urk. 9/1), vergütete ihr zunächst die in Rechnung gestellten Spitex-Kosten vollumfänglich. Mit Schreiben vom 25. November 2015 (Urk. 9/5) kündigte die Mutuel der Versicherten eine künftige Kürzung der Vergütung der Leistungen für spitalexterne Pflege im Betrag von Fr. 235.20 pro Monat an, weil sie eine Hilflosenentschädigung beziehe. Gleichzeitig wurde die Versicherte darauf hin gewiesen, dass ungedeckte Kosten im Zusammenhang mit der Hilflosigkeit mit den entsprechenden Belegen und Unterlagen geltend gemacht werden könnten. In diesem Sinne verfügte die Mutuel am 30. Dezember 2015, wobei sie den Betrag der Kürzung aufgrund einer schweren Hilflosigkeit auf Fr. 376.-- pro Monat änderte (Urk. 9/7). Am 20. Januar 2016 erhob die Versicherte dagegen Einsprache (Urk. 9/9), welche die Mutuel mit Einspracheentscheid vom 15. Juni 2016 abwies (Urk. 9/12 = Urk. 2).

E. 1.1

Da der Streitwert Fr. 20'000.-- nicht übersteigt, fällt die Beurteilung der Beschwerde in die einzelrichterliche Zuständigkeit (§ 11 Abs. 1 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht).

E. 1.2

Nach Art. 24 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) über nimmt die obligatorische Krankenpflegeversicherung die Kosten für die Leistungen gemäss den Art. 25 bis 31 nach Massgabe der in den Art. 32 bis 34 KVG festgelegten Voraussetzungen.

Die Leistungen umfassen unter anderem Untersuchungen, Behandlungen und Pflegemassnahmen, die ambulant, bei Hausbesuchen, stationär, teilstationär oder in einem Pflegeheim durch Personen durchgeführt werden, die auf Anordnung oder im Auftrag eines Arztes oder einer Ärztin Leistungen erbringen (Art. 25 Abs.

E. 1.3

Gestützt auf Art. 33 Abs. 2 und 5 KVG in Verbindung mit Art. 33 lit. b der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) hat das Departement des Inneren (EDI) den Leistungsbereich der ambulant oder im Pflegeheim erbrachten Krankenpflege in Art. 7 ff. der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV) näher umschrieben.

Nach Art. 7 Abs. 1 KLV übernimmt die Versicherung nach lit. a die von Pflegefachfrauen und Pflegefachmännern (Art. 49 KVV) oder nach lit. b von Organisationen der

Krankenpflege und Hilfe zu Hause (Art. 51 KVV) aufgrund der Bedarfsabklärung auf ärztliche Anordnung hin oder im ärztlichen Auftrag erbrachten Leistungen. Gemäss Abs. 2 sind Leistungen im Sinne von Abs. 1 Massnahmen der Abklärung und Beratung (lit . a), der Untersuchung und Behandlung (lit . b) sowie der Grundpflege (lit . c).

E. 1.4

Grundlage für den Entschädigungsanspruch von Leistungen bildet der ärztliche Auftrag oder die ärztliche Anordnung, welche aufgrund der Bedarfsabklärung und der gemeinsamen Planung der notwendigen Massnahmen näher umschrieben sind (Art.

E. 1.5

In Art. 32 Abs. 1 KVG wird als generelle Voraussetzung für die Leistungspflicht aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung verlangt, dass die Leistungen nach den Artikeln 25-31 KVG wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sind.

2.

E. 2

lit . a Ziff.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin stellte sich im angefochtenen Entscheid auf den Standpunkt, dass sich zwar die Hilflosenentschädigung der AHV/IV und die Pflegeleistungen gemäss Art. 7 Abs. 2 lit . a und b KLV unterscheiden würden, jedoch im Bereich der Grundpflege (Art. 7 Abs. 2 lit . c KLV) Leistungen enthalten seien, welche der Art und dem Zweck der Hilflosenentschädigung weitgehend entsprächen. Deshalb könne bei gleichzeitigem Erhalt von Hilflosenentschädigung und Spitex-Grundpflege eine Überentschädigungsberechnung vorgenommen werden. Bei einer Person, welche sich nicht im Heim aufhalte, habe das Bundesgericht in BGE 127 V 94 einen Betrag von Fr. 450.-- pro Monat (entsprechend 56 % der damals ausgerichteten Entschädigung für schwere Hilflosigkeit) als angemessen, unbewiesene Kosten betrachtet, die in ihrer Art und ihrem Zweck nicht der Grundpflege im Sinne von Art. 7 Abs. 2 lit . c KLV entsprächen. Mit anderen Worten habe das Bundesgericht entschieden, dass bei fehlendem Beweis von höheren Kosten lediglich 56 % der Hilflosenentschädigung als Auslagen betrachtet werden könnten, die nicht mit den Kosten für die Grundpflege kongruent seien und von der Überentschädigungsberechnung ausgenommen werden könnten. Daraus folge umgekehrt, dass die obligatorische Krankenpflegeversicherung bei Beweislosigkeit einen Betrag, der 44 % der Hilflosenentschädigung entspreche, von ihren Beiträgen an die Grundpflege (Art. 7 Abs. 2 lit . c KLV) abziehen könne (Urk. 2 S. 2 f. , Urk.

E. 2.2

Die Beschwerdeführerin stellte sich demgegenüber auf den Standpunkt (Urk. 1), dass es einen grundlegenden Unterschied zwischen Hilflosenentschädigung als pauschalisierte nicht kürzbare Geldleistung für Hilflöse und Überwachungsbedürftige und den Entschädigungen für Pflegeleistungen als aufwandorientierte Sachleistungen gebe. Eine Überentschädigungsberechnung sei nicht zulässig, da nur Leistungen gleicher Art und Zweckbestimmung zu berücksichtigen seien . Zudem müsse sie die Patientenbeteiligung für spitalexterne Pflege (Fr. 8. -- pro Tag beziehungsweise Fr. 240. -- pro Monat) bezahlen (S. 1) . Die Hilflosigkeit und die damit verbundene Betreuung und Pflege zu Hause verursache

schliesslich

viele durch die Sozialversicherungen nicht gedeckte Kosten wie zum Beispiel nicht kassenpflichtige Pflegematerialien (S. 2).

E. 2.3

Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin zu Recht eine Überentschädigungsberechnung aufgrund des Zusammentreffens von Leistungen gleicher Art und Zweckbestimmung vorgenommen hat.

3.

E. 3

KVG).

E. 3.1

In den Akten befinden sich folgende ärztliche Anordnungen

für Spitexleistungen:

Am 27. Oktober 2015 reichte die Spitex Y.____ die ärztliche Verordnung und das Formular mit dem voraussichtlichen Pflegeaufwand für die Periode vom 1. November 2015 bis 31. Januar 2016 mit dem dazugehörigen Leistungsplanungsblatt der Beschwerdegegnerin ein (Urk. 9/13 S.

1-2). Dem Formular sowie dem Leistungsplanungsblatt ist zu entnehmen, dass von den voraussichtlich benötigten 254:45 Stunden 232:45 Stunden auf den Bereich „Grundpflege“ (Ganzwäsche, Intimpflege, Zahnpflege, Hilfe beim An- und Auskleiden, Kompressionsstrümpfe/Beine einbinden, Begleitung Toilettengang, Aufstehen oder Hinlegen, Stuhlgangprotokoll führen) entfallen.

Am 16. November 2015 reichte die Spitex Y.____

eine neue ärztliche Verordnung und das Formular mit dem voraussichtlichen Pflegeaufwand für die Periode vom 1. November 2015 bis 31. Januar 2016 mit dem dazugehörigen Leistungsplanungsblatt der Beschwerdegegnerin ein (Urk. 9/13 S.

3-4). Dem Formular sowie dem Leistungsplanungsblatt ist zu entnehmen, dass von den voraussichtlich benötigten 292:45 Stunden 270:15 Stunden auf den Bereich „Grundpflege“ (Ganzwäsche, Intimpflege, Zahnpflege, Hilfe beim An- und Auskleiden, Kompressionsstrümpfe/Beine einbinden, Begleitung Toilettengang, Aufstehen oder Hinlegen, Stuhlgangprotokoll führen) entfallen.

Am 21. Dezember 2015 reichte die Spitex Z.____ die ärztliche Verordnung und das Formular mit dem voraussichtlichen Pflegeaufwand für die Periode vom 16. Dezember 2015 bis 8. Januar 2016 mit dem dazugehörigen Leistungsplanungsblatt der Beschwerdegegnerin ein (Urk. 9/13 S.

5-7). Dem Formular sowie dem Leistungsplanungsblatt ist zu entnehmen, dass von den voraussichtlich benötigten 4659

Minuten

4515

Minuten auf den Bereich „Grundpflege“ (Ganz wäsche , Teilwäsche und Intimpflege, Haare waschen, Haut einreiben/Massage, Zahnpflege, Hilfe beim An- und Auskleiden, Lagerung der Patientin, Aufstehen oder Hinlegen, Bewegungsunterstützung) entfallen.

Am 20. Februar 2016 reichte die Spitex Y.____ eine neue ärztliche Verordnung und das Formular mit dem voraussichtlichen Pflegeaufwand für die Periode vom 5. November 2015 bis 31. Januar

2016 mit dem dazugehörigen Leistungsplanungsblatt der Beschwerdegegnerin ein (Urk. 9/13 S.

8-10). Dem Formular sowie dem Leistungsplanungsblatt ist zu entnehmen, dass von den voraussichtlich benötigten 310:00 Stunden 264:15 Stunden auf den Bereich „Grundpflege“ (Ganzwäsche, Intimpflege, Zahnpflege, Hilfe beim An- und Auskleiden, Kompressionsstrümpfe/Beine einbinden, Begleitung Toilettengang, Aufstehen oder Hinlegen, Stuhlgangprotokoll führen) entfallen.

Die entsprechenden Rechnungen der Spitex Y.____ /Spitex Z.____ vom 11. Januar 2016 für die Periode vom 1. bis 20. Dezember 2015 (Urk. 9/14 S.

2), vom 31. Dezember

2015 für die Periode vom 16. bis 31. Dezember

2015 (Urk.

9/14 S. 1), vom 31. Januar 2016 für die Periode vom 1. bis 2. Januar 2016 (Urk. 9/14 S. 3) und vom 17. Februar 2016 für die Periode vom 2. bis 31. Januar 2016 (Urk. 9/14 S. 4) befinden sich ebenfalls in den Akten.

E. 3.2

Am 20. Februar 2016 reichte die Spitex Y.____

die ärztliche Verordnung und das Formular mit dem voraussichtlichen Pflegeaufwand für die Periode vom 1. Februar bis 30. April 2016 ein (Urk. 9/13 S.

E. 3.3

Am 9. Mai 2016 reichte die Spitex Y.____ die ärztliche Verordnung und das Formular mit dem voraussichtlichen Pflegeaufwand für die Periode vom 1. Mai bis 31. Juli 2016 ein (Urk. 9/13 S. 12-13). Dem Formular ist zu entnehmen, dass von den voraussichtlich benötigten 297:30 Stunden 276:15 Stunden auf den Bereich „Grundpflege“ entfallen.

Am 5. Juli 2016 reichte die Spitex Y.____ eine neue ärztliche Verordnung und das Formular mit dem voraussichtlichen Pflegeaufwand für die Periode vom 1. Mai bis 31. Juli 2016 mit dem dazugehörigen Leistungsplanungsblatt der Beschwerdegegnerin ein (Urk. 9/13 S.

14-15). Dem Formular sowie dem Leistungsplanungsblatt ist zu entnehmen, dass von den voraussichtlich benötigten 266:30 Stunden 255:15 Stunden auf den Bereich „Grundpflege“ (Ganz wäsche , Intimpflege, Zahnpflege, Hilfe beim An- und Auskleiden, Kompressionsstrümpfe/Beine einbinden, Begleitung Toilettengang, Aufstehen oder Hinlegen, Stuhlgangprotokoll führen) entfallen.

Die entsprechenden Rechnungen der Spitex Y.____ vom 21. Juni 2016 für die Periode vom 1. bis 31. Mai 2016 (Urk. 9/14 S.

8) , vom 16. Juli 2016 für die Periode vom 1. bis 30. Juni 2016 (Urk. 9/14 S. 9) und vom 16. August 2016 für die Periode vom 1. bis 30. Juli 2016 (Urk. 9/14 S. 10) befinden sich ebenfalls in den Akten.

E. 3.4

Am 10. August 2016 reichte die A.____ die ärztliche Verordnung und das Formular mit dem voraussichtlichen Pflegeaufwand für die Periode vom 3. August bis 2. September 2016 mit dem dazugehörigen Leistungsplanungsblatt der Beschwerdegegnerin ein (Urk. 9/13 S. 16-17). Dem Formular sowie dem Leistungsplanungsblatt ist zu entnehmen, dass von den voraussichtlich benötigten 49.67 Stunden 42.67 Stunden auf den Bereich „Grundpflege“ entfallen.

Die entsprechenden Rechnungen der B.____ / Spitex Y.____ vom 31. August 2016 für die Periode vom 1. bis 31. August 2016 (Urk. 9/14 S.

11) und vom 19. September 2016 für die Periode vom 20. bis 31. August 2016 (Urk. 9/14 S. 12)

befinden sich ebenfalls in den Akten.

E. 3.5

Am 26. August 2016 reichte die Spitex Y.____ die ärztliche Verordnung und das Formular mit dem voraussichtlichen Pflegeaufwand für die Periode vom 3. August bis 31. Oktober 2015 (richtig 2016) mit dem dazugehörigen Leistungsplanungsblatt der Beschwerdegegnerin ein (Urk. 9/13 S.

18-19). Dem Formular sowie dem Leistungsplanungsblatt ist zu entnehmen, dass von den voraussichtlich benötigten 255:15 Stunden 232:45 Stunden auf den Bereich „Grundpflege“ entfallen.

Am 26. September 2016 reichte die Spitex Y.____ eine neue ärztliche Verordnung und das Formular mit dem voraussichtlichen Pflegeaufwand für die Periode vom 1. August bis 31. Oktober 2016 mit dem dazugehörigen Leistungsplanungsblatt der Beschwerdegegnerin ein (Urk. 9/13 S. 20-21). Dem Formular sowie dem Leistungsplanungsblatt ist zu entnehmen, dass von den voraussichtlich benötigten 318:15 Stunden 255:15 Stunden auf den Bereich „Grundpflege“ entfallen.

E. 3.6

Weiter befinden sich in den Akten die Abrechnungen der Kostenbeteiligung der Beschwerdegegnerin für die Monate Dezember 2015 und Januar bis August 2016 (Urk. 9/15), wobei jeweils monatlich der Betrag von Fr. 376.-- mit der Begründung einer Überentschädigung abgezogen wurde.

Im Monat Dezember 2015 wurde der Betrag von Fr. 376.-- durch die Beschwerdegegnerin zweimal in Abzug gebracht (vgl. Urk. 9/15 S. 1-2) . Mit Beschwerdeantwort vom 10. November 2016 (Urk. 8) räumte die Beschwerdegegnerin die selben Fehler ein und führte aus, dass der irrtümlich zu viel eingeforderte Betrag von Fr. 376.-- demnächst an die Beschwerdeführerin ausbezahlt werde (S. 5).

4. 4.1

Gemäss Art. 69 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) darf das Zusammentreffen von Leistungen verschiedener Sozialversicherungen nicht zu einer Überentschädigung der berechtigten Person führen.

4.2

Das soziale Krankenversicherungsrecht enthält keine Bestimmung, wonach die Kumulation von Hilflosenentschädigung der AHV oder IV mit Pflegeleistungen der Krankenversicherer ausgeschlossen ist, noch ergibt sich eine solche Regelung aus dem AHV/IV-Recht.

Andererseits besteht auch keine Bestimmung, wonach die Hilflosenentschädigung mit Pflegeleistungen der Krankenversicherung uneingeschränkt kumuliert werden können.

4.3

Hingegen enthält die krankenversicherungsrechtliche Spezialgesetzgebung entsprechende Bestimmungen mit dem Ziel, eine Überentschädigung zu verhindern.

So besagt Art. 78 KVG, dass der Bundesrat dafür sorgt, dass die Versicherten oder die Leistungserbringer durch die Leistungen der sozialen Krankenversicherung oder durch deren Zusammentreffen mit den Leistungen anderer Sozialversicherungen nicht überentschädigt werden.

Gestützt hierauf hat der Bundesrat Koordinationsregeln erlassen. Art. 110 KVV regelt das Verhältnis der Leistungen der sozialen Krankenversicherung zu denjenigen der obligatorischen Unfallversicherung, der Militärversicherung, der AHV oder der IV in der Weise, dass die Krankenversicherung für gleichartige Leistungen lediglich subsidiär zu leisten hat. So gilt eine relative Priorität der anderen Versicherungen im Sinne einer Nachrangigkeit der Leistungen der Krankenversicherung. Eine Leistungskumulation bleibt damit zulässig, soweit sie nicht zu einer Überentschädigung führt. Diesbezüglich bestimmt Art. 122 KVV, dass die Leistungen der Krankenversicherung unter anderem dann gekürzt werden können, wenn die Leistungen gleicher Art und Zweckbestimmung der Sozialversicherer insgesamt die der versicherten Person entstandenen Pflegekosten und andere ungedeckte Krankheitskosten übersteigen.

4.4

Zur Frage, ob die Pflegeleistungen nach Art. 7 Abs. 2 KLV

und die Hilflosenentschädigungen der AHV/IV Leistungen gleicher Art und Zweckbestimmung darstellen, enthalten Gesetz und Verordnung keine Bestimmung.

Die von den Krankenversicherern zu übernehmenden Pflegeleistungen werden in Art. 7 Abs. 2 KLV näher umschrieben. Danach vergütet die Krankenversicherung neben den Massnahmen der Abklärung und Betreuung (lit . a) auch jene der Untersuchung und der Behandlung (lit . b) sowie der Grundpflege (lit . c) . Zur Grundpflege gehören die allgemeine Grundpflege bei Patienten und Patientinnen, welche die Tätigkeiten nicht selber ausführen können wie Beine einbinden, Kompressionsstrümpfe anziehen, Betten, Lagern, Bewegungsübungen, Mobilisieren, Dekubitusprophylaxe, Massnahmen zur Verhütung oder Behebung von behandlungsbedingten Schädigungen der Haut, Hilfe bei der Mund- und Körperpflege, beim An- und Auskleiden, beim Essen und Trinken (Ziff. 1) sowie die psychiatrische oder psychogeriatrische Grundpflege (Ziff. 2) .

Die Pflegeleistungen nach Art. 7 KLV bilden Sachleistungen in Form von Kostenvergütungen . Sie dienen der Deckung konkreter Pflegekosten und werden auf Grund von

Tarifverträgen in der Regel direkt den Leistungserbringern vergütet.

Anspruch auf Hilflosenentschädigung der AHV oder IV hat, wer wegen Invalidität für die alltäglichen Lebensverrichtungen dauernd auf Hilfe Dritter oder der persönlichen Überwachung bedarf (Art. 42 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung, IVG i. V. m. Art. 9 ATSG ; Art. 43 bis des Bundesgesetzes über die Alters- und Hinterlassenenversicherung , AHVG). Die Entschädigung wird nach dem Grad der Hilflosigkeit bemessen (Art. 42 ter

Abs. 1 IVG). Zu den für die Bemessung der Hilflosigkeit massgebenden den alltäglichen Lebensverrichtungen gehören praxisgemäss das An- und Auskleiden, das Aufstehen, Absitzen und Abliegen, das Essen, die Körperpflege, das Verrichten der Notdurft, die Fortbewegung und die Kontaktaufnahme (vgl. Kreisschreiben über Invalidität und Hilflosigkeit in der Invalidenversicherung (KSIH), Rz . 8010 f.).

Bei der Hilflosenentschädigung handelt es sich nach dem Gesagten um eine Geldleistung, die nach Massgabe der im konkreten Fall bestehenden Hilfs- und Überwachungsbedürftigkeit bemessen, jedoch unabhängig von den effektiv entstehenden Kosten und der tatsächlichen Inanspruchnahme von Dienstleistungen Dritter ausgerichtet wird. Die Leistung wird dem Anspruchsberechtigten ausbezahlt und steht diesem grundsätzlich zur freien Verfügung. 4.5

Wird die Hilflosenentschädigung der AHV/IV den Pflegeleistungen nach Art. 7 KLV als Ganzes gegenübergestellt, können die Leistungen nicht insgesamt als gleichartig qualifiziert werden. Mit den Massnahmen der Abklärung und Beratung (Art. 7 Abs. 2 lit . a KLV) sowie der Untersuchung und Behandlung (Art. 7 Abs. 2 lit . b KLV) umfassen die Pflegeleistungen der Krankenversicherung auch Massnahmen, die nicht in einem direkten Zusammenhang mit einer nach Art. 42 IVG zu entschädigenden Hilflosigkeit stehen.

Als weitgehend gleichartig können jedoch die Leistungen der Grundpflege nach Art. 7 Abs. 2 lit . c KLV gelten, welche im Wesentlichen der Vergütung von Massnahmen dienen, die wegen Hilflosigkeit erforderlich sind . 4.6

Eine generelle Kürzung der KV- Pflegeleistungen um den jeweiligen vollen Betrag der Hilflosenentschädigung lässt sich unter diesen Umständen nicht rechtfertigen. In Betracht fällt jedoch eine Kürzung wegen Überentschädigung im Einzelfall, zumal die Leistungen der Invalidenversicherung mindestens teilweise die gleichen Leistungen abdecken, die auch zur Begründung der KV-Leistungen dienen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_886/2010 vom 10. Juni 2011 E. 4.4.3-4.4.4) .

Der konkrete Nachweis einer Überentschädigung ist mit praktischen Schwierigkeiten verbunden, weil er eine Aufschlüsselung der Leistungen voraussetzt, die sich angesichts der grundsätzlichen Unterschiede in den Leistungsarten kaum sachgerecht und rechtsgleich vornehmen lässt.

Beim Heimaufenthalt kommt es in aller Regel nicht zu Überentschädigungen, da die Hilflosenentschädigung zur Bezahlung derjenigen Heimkosten benötigt werden, die durch die Krankenversicherung nicht gedeckt sind (vgl. BGE 125 V 297 E. 5c) .

Das Bundesgericht hat bei einer Person ausserhalb eines Heimaufenthalts einen Betrag von Fr. 15.--/Tag beziehungsweise Fr. 450.--/Monat (entsprechend 56 % der damals ausgerichteten Entschädigung für schwere Hilflosigkeit) als unbewiesene ungedeckte Krankheitskosten im Sinne von Art. 122 Abs. 1 lit . b KVV als angemessen erachtet . Nur

das diesen Betrag übersteigende Ausmass der Hilfenentschädigung sei in die Überentschädigungsberechnung einzubeziehen (BGE 127 V 94 E. 5e). Diese Rechtsprechung wurde mit Urteil 9C_886/2010 vom 10. Juni 2011 in E. 4.5 sodann bestätigt. 4.7

Nach Würdigung sämtlicher Umstände und unter Berücksichtigung der oben genannten Rechtsprechung erscheint es vorliegend nachvollziehbar und angemessen, wenn die Beschwerdegegnerin bei fehlendem Beweis von höheren Kosten durch die Beschwerdeführerin 60 % der Hilfenentschädigung als Auslagen betrachtet, die nicht mit den Kosten für die Grundpflege kongruent seien und von der Überentschädigungsberechnung ausgenommen werden könnten. So wurden die Leistungen der Spitex in den Formularen beziehungsweise den dazugehörigen Leistungsplanungsblättern im Einzelnen aufgeführt. Es erhellt, dass diese zwar nicht vollumfänglich, jedoch in überwiegendem Masse als Grundpflege im Sinne von Art. 7 Abs. 2 lit. c KLV anzusehen sind (vgl. Urk. 9/13-14).

Entsprechend hat die Beschwerdegegnerin einen Betrag, der 40 % der Hilfenentschädigung entspricht, von ihren Beiträgen an die Grundpflege gemäss Art. 7 Abs. 2 lit. c KLV in Anwendung von Art. 110 und 122 KVV abgezogen.

Die Beschwerdegegnerin kündigte der Beschwerdeführerin die Kürzung der Beiträge für die Spitex-Grundpflege Leistungen aufgrund der Überentschädigung mit Schreiben vom 25. November 2015 an und forderte die Beschwerdeführerin gleichzeitig auf, allfällige die Hilfenentschädigung übersteigenden Kosten geltend zu machen und zu belegen (Urk. 9/5). Die Beschwerdeführerin hat daraufhin mit der Einsprache vom 20. Januar 2016 (Urk. 9/9) der Beschwerdegegnerin zwar eine Aufstellung zusätzlicher Kosten eingereicht, diese jedoch – bis zum jetzigen Zeitpunkt (vgl. Urk. 3/2)

–

weder zahlenmässig ausreichend bezieht, noch mittels entsprechende Belege beziehungsweise Quittungen belegt. Das Vorgehen der Beschwerdegegnerin, indem sie allfällige die Hilfenentschädigung übersteigende Kosten nicht als erwiesen erachtete, kann unter diesen Umständen als nachvollziehbar und adäquat angesehen werden. 4.8

In Bezug auf die von der Beschwerdeführerin vorgebrachte und zu berücksichtigende Patientenbeteiligung für die spitalexterne Pflege von Fr. 8.-- pro Tag beziehungsweise Fr. 240.-- pro Monat (vgl. Urk.

1 S.

1) aufgrund der neuen Pflegefinanzierung ab 1. Januar 2011 ist festzuhalten, dass mit der Neuordnung der Pflegefinanzierung ein dreistufiges Pflegekostenfinanzierungsmodell eingeführt wurde, wonach die Krankenversicherer einen Beitrag an die Kosten der versicherten Pflegeleistungen erbringen, die versicherte Person einen Selbstbehalt von maximal 20 % trägt und der Kanton die Restfinanzierung regelt (Hardy Landolt, Erste Erfahrungen mit der neuen Pflegefinanzierung, Jahrbuch zum Sozialversicherungsrecht 2014, S.

195 Ziff.

4.2). Damit hat die versicherte Person für Pflegeleistungen nebst der bisherigen Franchise und den Selbstbehalt neu eine Selbstzahlung in Bezug auf die nicht von

Sozialversicherungen gedeckten Pflegekosten von höchstens 20 % des höchsten vom Bundesrat fest gesetzten Pflegebeitrages zu bezahlen. Dies bedeutet, dass Spitexpflege bedürftige maximal Fr. 7'884.-- für nicht versicherte Betreuungs- und Pflegekosten zusätzlich zu Franchise und Selbstbehalt für versicherte Pflegeleistungen zu tragen haben (Landolt, a.a.O., S. 198 Ziff. 6.1; vgl. Art. 25a KVG, Art. 7a der Krankenpflege-Leistungsverordnung). Im Kanton Zürich regelt § 9 des Pflegegesetzes (PfleG) die Pflichtleistungen bei Pflegeleistungen.

Zwar ist die von der Beschwerdeführerin vorgebrachte Patientenbeteiligung von Fr. 8.-- pro Tag als Aufwand im Zusammenhang mit der Pflege ausgewiesen. Es besteht jedoch eine gesetzliche Regelung, wonach die Patientenbeteiligung von den Versicherten selber zu tragen ist (es sei denn die Gemeinde übernimmt die Kostenbeteiligung, § 9 Abs.

3 PfleG). Dementsprechend ist die Patientenbeteiligung bei der Überentschädigungsberechnung nicht zu berücksichtigen. 4. 9

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass monatlich Spitex-Grundpflege in einem 40 % der Hilfenentschädigung übersteigenden Betrag geleistet wurde und die Beschwerdeführerin keinen Beweis dafür erbracht hat, dass ihr – abgesehen von der gesetzlich vorgesehenen Patientenbeteiligung - Kosten über 60 % der Hilfenentschädigung entstanden sind. Die Überentschädigungsberechnung erfolgte deshalb zu Recht.

Aufgrund der Akten ergeben sich sodann keine Hinweise, die gegen vorliegende Berechnung sprechen würden, weshalb sich weitere Ausführungen erübrigen.

Die Beschwerdegegnerin hat für die spitalexterne Pflege im Zeitraum von Dezember 2015 bis August 2016 die gesetzlich festgelegten Beiträge erbracht. Die jeweiligen monatlichen Abzüge von Fr. 376.-- sind in Anwendung der Rechtsprechung zur Überentschädigungsberechnung bei gleichzeitig erhaltender Hilfenentschädigung und Spitex-Grundpflege gemäss Art. 7 Abs. 2 lit. c KLV recht mässig erfolgt, weshalb die Beschwerde abzuweisen ist.

Die Einzelrichterin erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - X.____ - Mutuel Assurance Maladie SA - 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 EinzelrichterinDie Gerichtsschreiberin SagerSchüpbach

E. 8

S. 7 f.) .

E. 11

). Dem Formular ist zu entnehmen, dass von den voraussichtlich benötigten 296 :

E. 15

Stunden 2 70 :15 Stunden auf den Bereich „Grundpflege“ entfallen.

Die entsprechenden Rechnungen der Spitex Y.____ vom 14. März 2016 für die Periode vom 1. bis 29. Februar 2016 (Urk. 9/14 S. 5) , vom 25. April 2016 für die Periode vom 1. bis 31. März 2016 (Urk. 9/14 S. 6) und 17. Mai 2016 für die Periode vom 1. bis 30. April 2016 (Urk. 9/14 S. 7) befinden sich ebenfalls in den Akten.

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