

3. Abteilung



Kantonsrichter Suter als präsidierender Richter, Kantonsrichterin Lindegger,
Kantonsrichterin Widmer Blum, Gerichtsschreiberin S. Odermatt

Urteil vom 21. Februar 2024

 vertreten durch die Eltern 
 diese wiederum vertreten durch Rechtsanwalt
Prof. Dr. iur. Hardy Landolt, PflegeRechtsAnwalt GmbH, Schweizerhofstrasse 14, Post-
fach 1608, 8750 Glarus, Beschwerdeführerin

gegen

**CONCORDIA Schweizerische Kranken- und Unfallversicherung
AG**, Hauptsitz, Bundesplatz 15, 6002 Luzern, Beschwerdegegnerin

betreffend Krankenversicherung (Rechtsverweigerung, evtl. Rechtsverzögerung)

Sachverhalt

A.

Am 14. Oktober 2022 (Posteingang 17.10.2022) liess die 2018 geborene [REDACTED] durch die Care Solutions GmbH bei der Concordia Schweizerische Kranken- und Unfallversicherung AG (Concordia) ein Gesuch um Kostengutsprache für die ab 1. Oktober 2022 ausgeführten Pflegedienstleistungen stellen (KG bg.Bel. 1). Dem Gesuch legte sie eine ärztliche Anordnung für Spitetex-Leistungen inkl. Leistungsplanungsblatt bei (KG bg.Bel. 2, 3). Die Concordia teilte ihr daraufhin am 18. Oktober 2022 mit, sie benötige weitere Pflegedokumente und es sei mitzuteilen, ob noch weitere Spitetexorganisationen an der Pflege involviert seien (KG bf.Bel. 2). Mit Schreiben vom 14. November 2022 informierte die Concordia die Care Solutions GmbH, dass aktuell bei der Invalidenversicherung (IV) Abklärungen betreffend Hilflosenentschädigung und Intensivpflegezuschlag liefen. Solange keine rechtskräftigen Entscheide der IV vorlägen, könne zu einer allfälligen, ergänzenden Leistungspflicht ab 1. Oktober 2022 für Grundpflegeleistungen nach der Verordnung des EDI über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (KLV; SR 832.112.31) nicht Stellung genommen werden (KG bf.Bel. 3). Die Versicherte liess daraufhin am 21. November 2022 eine anfechtbare Zwischenverfügung verlangen, sollte die Concordia an der Sistierung des Abklärungsverfahrens bzw. der Leistungszusprache festhalten (KG bf.Bel. 4). Mit formlosem Schreiben vom 1. Dezember 2022 hielt die Concordia an ihrer Einschätzung fest, dass ihre Leistungspflicht erst nach rechtskräftigem Entscheid der IV beurteilt werden könne (KG bf.Bel. 5). Am 12. Dezember 2022 liess die Versicherte den Erlass einer Nichteintretensverfügung verlangen, um die umstrittene Frage gerichtlich klären zu lassen (KG bf.Bel. 6). Auf diese Eingabe reagierte die Concordia nicht. Nachdem die Versicherte mit Schreiben vom 30. Januar 2023 unter Ankündigung einer Rechtsverweigerungsbeschwerde für den Weigerungsfall nochmals um einen Nichteintretensentscheid hatte ersuchen lassen (KG bf.Bel. 7), erfolgte wiederum keine Reaktion der Concordia.

B.

Mit Rechtsverweigerungs- evtl. Rechtsverzögerungsbeschwerde liess die Versicherte beantragen, die Concordia sei zu verpflichten, im Zusammenhang mit dem Leistungsgesuch vom 18. Oktober 2022 (recte 14.10.2022) umgehend eine anfechtbare Verfügung zu erlassen. Eventualiter sei die Angelegenheit im Sinn der Erwägungen an die Concordia zurückzuweisen (KG amtl.Bel. 1).

Die Concordia schloss vernehmlassend auf Abweisung der Beschwerde (KG amtl.Bel. 7).

In einem zweiten und dritten Schriftenwechsel hielten die Parteien an ihren Anträgen fest (KG amtl.Bel. 9, 13, 15, 17).

C.

Das Kantonsgericht zog das Aktendossier der IV aus dem ebenfalls am Kantonsgericht hängigen Verfahren 5V 23 172 [REDACTED] IV-Stelle Luzern betreffend Hilflosenentschädigung und

Intensivpflegezuschlag) bei, worüber die Parteien informiert wurden (KG amtl.Bel. 19, 20). Am 16. Januar 2024 ersuchte der Rechtsvertreter der Versicherten um Einsicht in die beigezogenen IV-Akten (KG amtl.Bel. 21), welche ihm daraufhin zugestellt wurden (KG amtl.Bel. 22). Über seine Eingabe vom 31. Januar 2024 (KG amtl.Bel. 23) wurde die Concordia orientiert (KG amtl.Bel. 24).

Erwägungen

1.

Streitig und zu prüfen ist, ob sich die Concordia rechtsverweigernd oder rechtsverzögernd verhalten hat.

2.

2.1.

Gemäss Art. 56 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) kann gegen Einspracheentscheide oder Verfügungen, gegen welche eine Einsprache ausgeschlossen ist, Beschwerde erhoben werden (Abs. 1). Zudem kann Beschwerde erhoben werden, wenn der Versicherungsträger entgegen dem Begehren der betroffenen Person keine Verfügung oder keinen Einspracheentscheid erlässt (Abs. 2). Diese Bestimmung bezieht sich auf Fälle der Rechtsverweigerung oder Rechtsverzögerung (BGer-Urteil 8C_1014/2012 vom 3.7.2013 E. 4).

Nach Art. 29 Abs. 1 der Bundesverfassung der Schweizerischen Eidgenossenschaft (BV; SR 101) haben die Parteien Anspruch auf gleiche und gerechte Behandlung sowie auf Beurteilung innert angemessener Frist.

Eine Verletzung von Art. 29 Abs. 1 BV – sowie gegebenenfalls von Art. 6 Ziff. 1 der Konvention zum Schutze der Menschenrechte und Grundfreiheiten (EMRK; SR 0.101) – liegt nach der Rechtsprechung unter anderem dann vor, wenn eine Gerichts- oder Verwaltungsbehörde ein Gesuch, dessen Erledigung in ihre Kompetenz fällt, nicht an die Hand nimmt und behandelt. Ein solches Verhalten einer Behörde gilt als formelle Rechtsverweigerung. Art. 29 Abs. 1 BV ist aber auch verletzt, wenn die zuständige Behörde sich zwar bereit zeigt, einen Entscheid zu treffen, diesen aber nicht binnen der Frist fasst, welche nach der Natur der Sache und nach der Gesamtheit der übrigen Umstände als angemessen erscheint (sog. Rechtsverzögerung). Für den Rechtssuchenden ist es unerheblich, auf welche Gründe – beispielsweise auf ein Fehlverhalten der Behörden oder auf andere Umstände – die Rechtsverweigerung oder Rechtsverzögerung zurückzuführen ist. Entscheidend ist ausschliesslich, dass die Behörde nicht oder nicht fristgerecht handelt (EVG-Urteil I 436/00 vom 15.11.2000 E. 3a und b; vgl. ferner BGE 124 V 130 E. 4, 117 Ia 116 E. 3a).

Die Beurteilung der angemessenen Verfahrensdauer entzieht sich starren Regeln. Es ist vielmehr in jedem Einzelfall zu prüfen, ob sich die Dauer unter den konkreten Umständen als angemessen erweist. Der Streitgegenstand und die damit verbundene Interessenlage können raschere Entscheide erfordern oder längere Behandlungsperioden erlauben. Massgebend sind weiter der Umfang und die Komplexität der aufgeworfenen Sachverhalts- und Rechtsfragen, die Bedeutung des Streits für die Parteien und ihr Verhalten (BGE 130 I 312 E. 5.2 mit Hinweisen). Bei der Prüfung der Frage, ob der Anspruch auf Beurteilung innert angemessener Frist verletzt ist, ist auch zu berücksichtigen, dass es dem Rechtsuchenden obliegt, im Rahmen des Zumutbaren die zum Entscheid berufene Gerichtsbehörde, wenn nötig, darauf aufmerksam zu machen, das Verfahren voranzutreiben oder allenfalls Rechtsverzögerungsbeschwerde zu führen (BGer-Urteil 9C_418/2009 vom 24.8.2009 E. 1.1).

2.2.

Das mit der Rechtsverzögerungs- oder Rechtsverweigerungsbeschwerde verfolgte rechtlich geschützte Interesse besteht darin, einen an eine gerichtliche Beschwerdeinstanz weiterziehbaren Entscheid zu erhalten. Streitgegenstand des Beschwerdeverfahrens ist daher allein die Prüfung der beanstandeten Rechtsverweigerung oder Rechtsverzögerung, während die durch die Verfügung oder den Einspracheentscheid zu regelnden materiellen Rechte und Pflichten nicht Prozessthema sind (BGE 131 V 407 E. 1.1, EVG-Urteil I 328/03 vom 23.10.2003 E. 4.2 mit Hinweisen).

3.

Die Concordia erklärte in ihrem Schreiben vom 14. November 2022, sie werde zum Leistungsgesuch der Beschwerdeführerin erst Stellung nehmen, wenn rechtskräftige Entscheide der IV über den Anspruch auf Hilflosenentschädigung und Intensivpflegezuschlag vorlägen (KG bf.Bel. 3). Damit sistierte sie faktisch das Verfahren betreffend Übernahme der Pflegeleistungen durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP). Die Beschwerdeführerin forderte sie daher am 21. November 2022 auf, eine anfechtbare Zwischenverfügung zu erlassen, sofern sie an einer Sistierung festhalten wolle (KG bf.Bel. 4). Die Concordia antwortete am 1. Dezember 2022 auf dieses Schreiben, unterliess es aber, die geforderte Zwischenverfügung zu erlassen (vgl. KG bf.Bel. 5). Auf die Aufforderung der Beschwerdeführerin vom 12. Dezember 2022, eine "Nichteintretensverfügung" zu erlassen, um die umstrittene Frage (Rechtfertigung des Zwartens bis zum Entscheid der IV) gerichtlich klären zu können (KG bf.Bel. 6), reagierte die Concordia nicht. Auch das Schreiben der Beschwerdeführerin vom 30. Januar 2023, in welchem nochmals der Erlass eines "Nichteintretensentscheids" gefordert und für den Weigerungsfall eine Rechtsverweigerungsbeschwerde angekündigt wurde (KG bf.Bel. 7), bewirkte keine Reaktion der Concordia. Da die Beschwerdeführerin ausdrücklich einen anfechtbaren Entscheid verlangte, hätte die Concordia einen solchen über die faktisch vorgenommene Sistierung des Verfahrens bis zum Abschluss eines Entscheids der IV – wie ursprünglich mit Schreiben vom 21. November 2022 beantragt (KG bf.Bel. 4) – nach Art. 49 Abs. 1 ATSG erlassen müssen. Indem sie dies unterlassen hat, beging sie eine Rechtsverweigerung. Die Beschwerdeführerin hat daher zu Recht Rechtsverweigerungsbeschwerde erhoben.

Die Sache wäre daher bereits vor diesem Hintergrund an die Concordia zurückzuweisen, damit sie die vorgenommene faktische Sistierung formell korrekt verfügt. Dies würde vorliegend allerdings zu einem formalistischen Leerlauf führen. Neben der fehlenden Verfügung über die Sistierung bringt die Beschwerdeführerin auch vor, indem die Concordia nicht über das Leistungsgesuch vom 18. Oktober 2022 (recte 14.10.2022) entscheide, verhalte sie sich rechtsverweigernd, evtl. rechtsverzögernd (vgl. KG amtl.Bel. 1 S. 3). Sie verlangte denn auch diesbezüglich einen Entscheid (Nichteintretensentscheid, KG bf.Bel. 6, 7).

Es ist daher im Weiteren zu prüfen, ob die Concordia zu Recht das Gesuch der Beschwerdeführerin um Kostengutsprache bis anhin nicht behandelt hat.

4.

Die Beschwerdeführerin bringt vor, die Concordia habe betreffend Grundpflege einen Entscheid zu fällen. Die IV sei im Rahmen von anerkannten Geburtsgebrechen in Bezug auf die Grundpflege nicht leistungspflichtig. Entsprechend sei von vornherein klar, dass diese keinen Entscheid fällen werde. Der Umstand, dass sich die Concordia weigere, vor dem Vorliegen eines rechtskräftigen Entscheids der IV über ihr Leistungsgesuch zu entscheiden, stelle eine Rechtsverweigerung oder evtl. eine Rechtsverzögerung dar (KG amtl.Bel. 1 S. 3).

Die Concordia wendet dagegen ein, gemäss Art. 64 Abs. 2 ATSG gingen Pflegeleistungen der IV den Pflegeleistungen der OKP vor. Allfällige Leistungen aus der OKP könnten daher erst geprüft werden, wenn Leistungen der IV – namentlich der Intensivpflegezuschlag – definitiv feststünden (KG amtl.Bel. 7 S. 2).

5.

5.1.

5.1.1.

Die OKP übernimmt nach Art. 25 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG; SR 832.10) die Kosten für Leistungen, die der Diagnose oder der Behandlung einer Krankheit und ihrer Folgen dienen. Geburtsgebrechen sind nach Art. 1a Abs. 2 lit. a KVG i.V.m. Art. 3 Abs. 2 ATSG Krankheiten. Die Leistungen umfassen unter anderem die Untersuchungen und Behandlungen, die ambulant, stationär oder in einem Pflegeheim, sowie die Pflegeleistungen, die in einem Spital durchgeführt werden. Die Leistungen müssen von Ärzten, Chiropraktoren oder auf deren Anordnung hin erbracht werden (Art. 25 Abs. 2 lit. a KVG). Die OKP leistet auch einen Beitrag an die Pflegeleistungen, welche aufgrund einer ärztlichen Anordnung und eines ausgewiesenen Pflegebedarfs erbracht werden (Art. 25a Abs. 1 KVG).

Der Bundesrat hat die Kompetenz, die nicht von Ärzten oder Chiropraktoren erbrachten Leistungen nach Art. 25 Abs. 2 und Art. 25a Abs. 1 und 2 KVG zu bezeichnen. Er machte davon in Art. 33 lit. b der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) Gebrauch und delegierte diese Aufgabe an das Eidgenössische Departement des Innern (EDI). Gestützt darauf

umschrieb das EDI in Art. 7 KLV den Leistungsbereich bei der Krankenpflege zu Hause, ambulant oder im Pflegeheim. Die KLV sieht Massnahmen der Abklärung, Beratung und Koordination (Art. 7 Abs. 2 lit. a KLV), Massnahmen der Untersuchung und der Behandlung (Art. 7 Abs. 2 lit. b KLV) und Massnahmen der Grundpflege (Art. 7 Abs. 2 lit. c KLV) vor. Während die Behandlungspflege alle Pflegemassnahmen medizinischer Art umfasst (Art. 7 Abs. 2 lit. b KLV), beinhaltet die Grundpflege unter anderem die sogenannte nichtmedizinische Pflege in den alltäglichen Lebensverrichtungen (Art. 7 Abs. 2 lit. c KLV).

5.1.2.

Die Leistungen der ambulanten Krankenpflege sind nach Art. 35 Abs. 2 KVG i.V.m. Art. 49 KVV von Pflegefachpersonen oder von Organisationen der Pflege zu Hause zu erbringen (vgl. auch Art. 7 Abs. 1 lit. a und b KLV). Die OKP übernimmt dabei jeweils einen pauschalen Stundenbeitrag (Art. 7a Abs. 1 und 2 KLV). Während bei einer Organisation der Krankenpflege und Hilfe zu Hause angestellte Familienangehörige grundsätzlich auch ohne pflegerische Fachausbildung Massnahmen der Grundpflege gemäss Art. 7 Abs. 2 lit. c Ziff. 1 KLV zulasten der OKP erbringen können, erfordern die Vorkehren der Untersuchungs- und Behandlungspflege nach Art. 7 Abs. 2 lit. b KLV entsprechende berufliche Fähigkeiten (vgl. BGE 145 V 161).

5.2.

5.2.1.

Nach Art. 13 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG; SR 831.20) hat die versicherte Person bis zum vollendeten 20. Altersjahr Anspruch auf medizinische Massnahmen zur Behandlung von Geburtsgebrechen. Die von der IV anerkannten Geburtsgebrechen sind im Anhang der Verordnung des EDI über Geburtsgebrechen (GgV-EDI; SR 831.232.211) aufgeführt. Die medizinischen Massnahmen umfassen unter anderem die Behandlungen und die dazugehörigen Untersuchungen, die ambulant oder stationär, sowie die Pflegeleistungen, die in einem Spital von einem Arzt, einem Chiropraktor, oder auf deren Anordnung hin, durchgeführt werden (Art. 14 Abs. 1 lit. a IVG). Medizinische Pflegeleistungen, die ambulant erbracht werden, sind davon ebenfalls erfasst (Art. 14 Abs. 1 lit. b IVG). Als ambulant erbrachte medizinische Pflegeleistungen nach Art. 14 Abs. 1 lit. b IVG gelten Massnahmen, die von Pflegefachpersonen erbracht werden und die der Abklärung, Beratung und Koordination sowie der Untersuchung und Behandlung der versicherten Person dienen (Art. 3^{quinqüies} Abs. 1 der Verordnung über die Invalidenversicherung [IVV; SR 831.201]). Die medizinischen Massnahmen müssen wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sein. Die Wirksamkeit muss nach wissenschaftlichen Methoden nachgewiesen sein (Art. 14 Abs. 2 IVG). Die einzelnen medizinischen Massnahmen der IV (Abklärung, Beratung, Untersuchung, Behandlung) stimmen im Wesentlichen mit den von der OKP abgedeckten Abklärungs- und Beratungsmassnahmen sowie der Behandlungspflege überein (vgl. Janett, Spitex-Leistungen bei Geburtsgebrechen – wer zahlt?, in: Kieser/Lendfers [Hrsg.], JaSo 2019 S. 191 ff., vgl. S. 196).

5.2.2.

Als hilflos gilt eine Person, die wegen der Beeinträchtigung der Gesundheit für alltägliche Lebensverrichtungen dauernd der Hilfe Dritter oder der persönlichen Überwachung bedarf (Art. 9 ATSG). Versicherte mit Wohnsitz und gewöhnlichem Aufenthalt (Art. 13 ATSG) in der Schweiz, die hilflos (Art. 9 ATSG) sind, haben Anspruch auf eine Hilflosenentschädigung (Art. 42 Abs. 1 IVG). Es ist zu unterscheiden, zwischen schwerer, mittelschwerer und leichter Hilflosigkeit (Art. 42 Abs. 2 IVG). Minderjährige haben keinen Anspruch auf eine Hilflosenentschädigung, wenn sie lediglich auf lebenspraktische Begleitung angewiesen sind (Art. 42^{bis} Abs. 5 IVG). Massgebend für die Höhe der Hilflosenentschädigung ist das Ausmass der persönlichen Hilflosigkeit. Die Hilflosenentschädigung wird personenbezogen ausgerichtet und soll die Wahlfreiheit in den zentralen Lebensbereichen erleichtern. Die monatliche Entschädigung beträgt bei schwerer Hilflosigkeit 80 Prozent, bei mittelschwerer Hilflosigkeit 50 Prozent und bei leichter Hilflosigkeit 20 Prozent des Höchstbetrags der Altersrente nach Art. 34 Abs. 3 und 5 des Bundesgesetzes über die Alters- und Hinterlassenenversicherung (AHVG; SR 831.10). Die Entschädigung für minderjährige Versicherte berechnet sich pro Tag (Art. 42^{ter} Abs. 1 IVG).

Gemäss Art. 42^{ter} Abs. 3 IVG wird die Hilflosenentschädigung für Minderjährige, die zusätzlich eine intensive Betreuung brauchen, um einen Intensivpflegezuschlag erhöht. Der monatliche Intensivpflegezuschlag beträgt bei einem invaliditätsbedingten Betreuungsaufwand von mindestens acht Stunden pro Tag 100 %, bei einem solchen von mindestens sechs Stunden pro Tag 70 % und bei einem solchen von mindestens vier Stunden pro Tag 40 % des Höchstbetrages der Altersrente nach Art. 34 Abs. 3 und 5 AHVG. Der Zuschlag berechnet sich pro Tag. Nach Art. 39 IVV liegt eine intensive Betreuung im Sinn von Art. 42^{ter} Abs. 3 IVG bei Minderjährigen vor, wenn diese im Tagesdurchschnitt infolge Beeinträchtigung der Gesundheit zusätzliche Betreuung von mindestens vier Stunden benötigen (Abs. 1). Anrechenbar als Betreuung ist der Mehrbedarf an Behandlungs- und Grundpflege im Vergleich zu nichtbehinderten Minderjährigen gleichen Alters. Nicht anrechenbar ist der Zeitaufwand für ärztlich verordnete medizinische Massnahmen, welche durch medizinische Hilfspersonen vorgenommen werden, sowie für pädagogisch-therapeutische Massnahmen (Abs. 2). Bedarf eine minderjährige Person infolge Beeinträchtigung der Gesundheit zusätzlich einer dauernden Überwachung, so kann diese als Betreuung von zwei Stunden angerechnet werden. Eine besonders intensive behinderungsbedingte Überwachung ist als Betreuung von vier Stunden anrechenbar (Abs. 3).

5.2.3.

Medizinische Massnahmen nach Art. 13 und Art. 14 IVG werden in der IV nur berücksichtigt, wenn sie eine medizinische Qualität aufweisen und zwingend von medizinisch ausgebildeten Fachpersonen erbracht werden müssen (Art. 14 Abs. 1 lit. a i.V.m. Art. 39 Abs. 2 IVV). Die teilweise in die Hilflosenentschädigung fallende Grundpflege setzt dagegen keine medizinische Berufsqualifikation voraus und kann auch von Personen ohne medizinische Fachkenntnisse erbracht werden. Die von der IV zu übernehmenden Leistungsarten sind zweigeteilt: einerseits in medizinische Pflegemassnahmen, welche in Art. 13 und Art. 14 IVG geregelt sind, und anderer-

seits in nicht medizinische Grundpflegemassnahmen, welche – nach der Intention des Gesetzgebers – pauschal durch die Hilflosenentschädigung bzw. den Intensivpflegezuschlag nach Art. 42 Abs. 1 und Art. 42^{ter} Abs. 3 IVG abgedeckt sind (vgl. Janett, a.a.O., S. 197).

5.3.

5.3.1.

Nach Art. 64 Abs. 1 ATSG wird die Heilbehandlung, soweit die Leistungen gesetzlich vorgeschrieben sind, ausschliesslich von einer einzigen Sozialversicherung übernommen. Art. 64 Abs. 2 hält fest, dass – wenn die Voraussetzungen des jeweiligen Einzelgesetzes erfüllt sind – die Heilbehandlung im gesetzlichen Umfang und in nachstehender Reihenfolge zu Lasten der Militärversicherung (lit. a), der Unfallversicherung (lit. b), der Invalidenversicherung (lit. c), der Krankenversicherung (lit. d) geht.

Das Zusammentreffen von Leistungen verschiedener Sozialversicherungen darf nicht zu einer Überentschädigung der berechtigten Person führen. Bei der Berechnung der Überentschädigung werden nur Leistungen gleicher Art und Zweckbestimmung berücksichtigt, die der anspruchsberechtigten Person aufgrund des schädigendes Ereignisses gewährt werden (Art. 69 Abs. 1 ATSG). Die Leistungen werden um den Betrag der Überentschädigung gekürzt. Von einer Kürzung ausgeschlossen sind die Renten der Alters- und Hinterlassenenversicherung und der IV sowie alle Hilflosen- und Integritätsentschädigungen. Bei Kapitalleistungen wird der Rentenwert berücksichtigt (Art. 69 Abs. 3 ATSG).

Begründet ein Versicherungsfall einen Anspruch auf Sozialversicherungsleistungen, bestehen aber Zweifel darüber, welche Sozialversicherung die Leistungen zu erbringen hat, so kann die berechtigte Person Vorleistung verlangen (Art. 70 Abs. 1 ATSG). Nach Art. 70 Abs. 2 lit. a ATSG ist die Krankenversicherung vorleistungspflichtig für Sachleistungen und Taggelder, deren Übernahme durch die Krankenversicherung, die Unfallversicherung, die Militärversicherung oder die Invalidenversicherung umstritten ist.

5.3.2.

Zur Koordination zwischen IV- und OKP-Leistungen bei den medizinischen Pflegemassnahmen lässt sich den Materialien zum IVG entnehmen, dass der historische Gesetzgeber mit Art. 13 IVG bei Geburtsgebrechen weitergehende Massnahmen gewähren wollte, da solche Leistungen damals begrifflich weder von der Krankenversicherung noch von der Unfallversicherung erfasst wurden. Der Gesetzgeber hielt insbesondere fest, dass geburtsgebrechliche Personen im Hinblick auf ihre besondere Lage Anspruch auf alle zur Behandlung des Geburtsgebrechens notwendigen medizinischen Massnahmen hätten (BBl 1958 II 1178 f.). Er beabsichtigte damit, dass bei einem Geburtsgebrechen sämtliche medizinischen Leistungen (Anm. des Gerichts: durch medizinische Fachpersonen) – im Sinn einer der Krankenpflegeversicherung entsprechenden, umfassenden Versicherungslösung – von der IV übernommen werden sollten. Dies hat er in Art. 13 und Art. 14 IVG kodifiziert. Mit der Revision der OKP ist diese Ausschliesslichkeit nochmals verdeutlicht worden, indem festgehalten worden ist, dass die (seit 1996 obligatorische)

Krankenpflegeversicherung die Kosten der erforderlichen Leistungen bei Geburtsgebrechen nur in zwei Fällen übernehme, nämlich wenn das Geburtsgebrechen aus der abschliessenden Liste im damals geltenden Anhang zur Verordnung über Geburtsgebrechen (GgV; SR 831.232.21) gestrichen worden ist oder wenn die versicherte Person das 20. Altersjahr erreicht hat. In beiden Fällen ist das Geburtsgebrechen nicht (mehr) von der IV gedeckt (BBl 1992 I 154 f.). Sinn und Zweck von Art. 13 IVG ist es, eine inhaltlich derjenigen des KVG entsprechende, umfassende Krankenpflegeversicherung für von der IV anerkannte Geburtsgebrechen zur Verfügung zu stellen. Damit sind gestützt auf Art. 13 und Art. 14 IVG sämtliche medizinischen Pflegemassnahmen, die zur Behandlung eines Geburtsgebrechens und dessen Folgen notwendig sind, ausschliesslich von der IV zu übernehmen (vgl. Art. 64 Abs. 2 ATSG, Janett, a.a.O., S. 198 f.).

Die OKP ist bis zu einer sicheren Diagnosestellung die Kostenträgerin notwendiger medizinischer Massnahmen. Erst in diesem Zeitpunkt fällt die für den Zeitraum der umstrittenen Leistungspflicht geltende Vorleistungspflicht dahin (vgl. Hürzeler, Basler Komm., Basel 2020, Art. 70 ATSG N 13 mit Hinweis auf die Rechtsprechung). Im Bereich der medizinischen Massnahmen zur Behandlung eines Geburtsgebrechens besteht somit nach Art. 70 Abs. 2 lit. a ATSG eine Vorleistungspflicht der OKP. Das Bundesgericht subsumierte die medizinischen Massnahmen nach Art. 13 IVG und Art. 14 IVG, obwohl an sich Eingliederungsmassnahmen, koordinationsrechtlich als Heilbehandlungen unter Art. 64 ATSG (vgl. Hürzeler/Bürgi, Basler Komm., Art. 64 ATSG N 7 mit Hinweis auf die Rechtsprechung).

Sobald ein Geburtsgebrechen mittels rechtskräftiger Verfügung von der IV anerkannt worden ist, fällt die Anwendbarkeit des KVG in Bezug auf medizinische Pflegemassnahmen ausser Betracht. Solange jedoch noch nicht feststeht, ob ein von der IV anzuerkennendes Geburtsgebrechen besteht bzw. noch keine IV-Verfügung vorliegt, hat die Krankenversicherung nach Art. 70 Abs. 2 lit. a ATSG und Art. 78 KVG für die medizinischen Massnahmen aufzukommen. Hat die IV rechtskräftig verfügt, hat die Krankenversicherung ihre Vorleistungen nach Art. 71 ATSG bei der IV zurückzufordern (vgl. Janett, a.a.O., S. 199).

5.3.3.

In koordinationsrechtlicher Hinsicht besteht anders als bei der eigentlichen Heilbehandlung hinsichtlich der nicht medizinischen Grundpflege, welche teilweise durch die Hilflosenentschädigung gedeckt wird, teilweise von der OKP nach Art. 7 Abs. 2 lit. c KLV übernommen wird, keine gesetzliche Regelung.

Nach der Rechtsprechung können als weitgehend gleichartig die Hilflosenentschädigung (inkl. Intensivpflegezuschlag) und 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 (vgl. BGE 125 V 297 E. 5b). Allerdings lehnte es das Bundesgericht in seinem Urteil 9C_886/2010 vom 10. Juni 2011 ab, auch nach Einführung der neuen Pflegeleistungen in der 4. IV-Revision, das Verhältnis zwischen Hilflosenentschädigung und Leistungen nach Art. 7 Abs. 2 lit. c KLV unter Art. 64 Abs. 2 ATSG zu subsumieren. Es erklärte in E. 4.4.4, die ständige

und besonders aufwändige Pflege bzw. die Behandlungs- und Grundpflege, welche nach Art. 37 Abs. 3 lit. c bzw. Art. 39 Abs. 2 IVV Voraussetzung für Hilflosenentschädigung bzw. Intensivpflegezuschlag sei, überschneide sich materiell weitestgehend mit den Krankenpflegeleistungen gemäss Art. 7 Abs. 2 lit. b und c KLV. Dies könne aber wie bisher unter dem Titel der Überentschädigung berücksichtigt werden (vgl. auch BGer-Urteil 9C_773/2020 vom 15.3.2021 E. 4.2.3).

6.

6.1.

Aufgrund der ursprünglichen Aktenlage war nicht klar, ob die Beschwerdeführerin an einem Geburtsgebrechen leidet. Sie bezog sich in ihren Rechtsschriften jeweils auf die Rechtslage bei Vorliegen eines solchen Gebrechens (vgl. KG amtl.Bel. 1 S. 3, 9 S. 2, 15 S. 2). Das Gericht zog deshalb das vollständige Aktendossier der IV aus dem ebenfalls am Kantonsgericht hängigen IV-Verfahren 5V 23 172 bei (vgl. KG amtl.Bel. 19, 20). Diesen Akten lässt sich entnehmen, dass die IV-Stelle bis zum 19. Juni 2023 gestützt auf die Beurteilungen des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) kein Geburtsgebrechen bei der Beschwerdeführerin anerkannt hat (vgl. hierzu Stellungnahmen von Dr. med. D. Boss, Fachärztin Kinder- und Jugendmedizin, vom 4.7.2022 und 22.5.2023, 5V 23 172 KG bg.Bel. 32, 116).

6.2.

In der ärztlichen Anordnung für Spitex-Leistungen von Dr. med. J. Affentranger, FMH Kinder- und Jugendmedizin, vom 7. Oktober 2022 wurde ein Zeitaufwand von 4 Stunden und 34 Minuten für Massnahmen der Abklärung und Beratung (Art. 7 Abs. 2 lit. a KLV) und 681 Stunden und 45 Minuten für Massnahmen der Grundpflege (Art. 7 Abs. 2 lit. c KLV) als Bedarf für drei Monate angemeldet (KG bg.Bel. 2).

Die Massnahmen in Bezug auf Abklärung und Beratung nach Art. 7 Abs. 2 lit. a KLV werden im Bereich der IV unter Behandlungspflege subsumiert, welche im Rahmen von Geburtsgebrechen grundsätzlich übernommen wird (vgl. E. 5.2.1, IV-Rundschreiben Nr. 394). Die Massnahmen der Grundpflege nach Art. 7 Abs. 2 lit. c KLV werden von der IV, wie die Beschwerdeführerin zu Recht vorbringt (KG amtl.Bel. 1 S. 3), nicht übernommen, sondern allenfalls im Rahmen der Hilflosenentschädigung und des Intensivpflegezuschlags berücksichtigt (vgl. E. 5.2.2).

7.

Betreffend die Behandlungspflege (Pfleagemassnahmen gemäss Art. 7 Abs. 2 lit. a und b KLV) ist zu wiederholen, dass die OKP nicht mehr zuständig ist, sobald eine rechtskräftige Anerkennung des Geburtsgebrechens durch die IV vorliegt (vgl. E. 5.3.2). Die Kosten in diesem Zusammenhang sind ausschliesslich von der IV zu übernehmen. Allerdings liegt im hier zu beurteilenden Fall gemäss jetzigem Kenntnisstand des Gerichts (noch) keine rechtskräftige Anerkennung der IV über ein Geburtsgebrechen vor. Die Concordia ist daher für die Leistungen nach Art. 7 Abs. 2 lit. a KLV (vor-)leistungspflichtig und wird diesbezüglich über das Gesuch der Beschwerdeführerin zu verfügen haben.

8.

In Bezug auf die Grundpflege hat die Concordia ebenfalls vorab materiell zu entscheiden, wie im Folgenden zu zeigen ist:

8.1.

Zunächst ist darauf hinzuweisen, dass die OKP nach Art. 70 Abs. 2 lit. a ATSG für Sachleistungen und Taggelder, deren Übernahme durch sie, die Unfallversicherung, die Militärversicherung oder die IV umstritten ist, vorleistungspflichtig ist (vgl. E. 5.3.2). Diese Vorleistungspflicht der OKP ist jedoch betreffend Grundpflegeleistungen nach Art. 7 Abs. 2 lit. c KLV, für deren Erbringung keine spezifische medizinische Ausbildung im Sinn von Art. 14 Abs. 1 lit. a IVG notwendigerweise vorausgesetzt wird (vgl. dazu BGE 136 V 209 E. 7 und 10 ff.), für die IV nicht einschlägig. Die OKP ist nur für Sachleistungen und Taggelder, nicht aber für weitere Geldleistungen vorleistungspflichtig. Die Heilbehandlung ist eine Sachleistung (Art. 14 ATSG), die Hilflosenentschädigung und der Intensivpflegezuschlag sind dagegen Geldleistungen (Art. 15 ATSG). Die Spitexleistungen nach Art. 7 Abs. 2 lit. c KLV sind gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung auch nicht unter dem Titel der medizinischen Massnahmen nach Art. 13 und Art. 14 IVG zu übernehmen (vgl. BGer-Urteil 9C_370/2018 vom 21.9.2018 E. 3.2.2). Es kann somit vorliegend keine Streitigkeit über die Zuständigkeit der Leistungen entstehen, da die OKP nicht für die Hilflosenentschädigung und den Intensivpflegezuschlag nach Art. 42 Abs. 1 und Art. 42^{ter} Abs. 3 IVG aufzukommen hat und Taggelder ausser Betracht fallen. Infolge der intersystemischen Koordination (vgl. Art. 63 Abs. 1 ATSG) fehlt es an einem Zuständigkeitskonflikt der für Sachleistungen und Taggelder in Art. 70 Abs. 2 lit. a ATSG vorleistungspflichtig erklärten OKP mit der IV. Denn Voraussetzung dafür, eine Vorleistung nach Art. 70 Abs. 2 ATSG zu verlangen, ist das Bestehen eines Anspruchs auf Sozialversicherungsleistungen, jedenfalls gegenüber dem nach Art. 70 Abs. 2 ATSG vorleistungspflichtigen Versicherungsträger (vgl. dazu Kieser, ATSG-Komm., 4. Aufl. 2020, Art. 70 ATSG N 3).

Die Beschwerdeführerin beruft sich daher zu Recht nicht auf die Vorleistungspflicht der Krankenversicherung nach Art. 70 Abs. 2 lit. a ATSG.

8.2.

8.2.1.

Wenn aufgrund des Ausgeführten keine Streitigkeit über die Zuständigkeit der Grundpflege zwischen der IV und der OKP entstehen kann, da die IV diese jedenfalls unter dem Titel der Heilbehandlung nicht zu übernehmen hat, kann folglich auch die Prioritätenordnung für die Übernahme der Heilbehandlungen nach Art. 64 Abs. 2 ATSG nicht zur Anwendung kommen. Die Hilflosenentschädigung samt Intensivpflegezuschlag fällt nicht unter den Begriff der Heilbehandlung im Sinn von Art. 64 ATSG (vgl. E. 5.3.3). Das Bundesgericht hielt in seinem Urteil 9C_886/2010 vom 10. Juni 2011 in E. 4.4.4 ausdrücklich fest, auch nach Wortlaut und Systematik des Gesetzes seien Hilflosenentschädigungen nicht gleichartig im Sinn von Art. 110 KVV wie die Krankenpflegeleistungen. Die Prioritätenordnung nach Art. 64 ATSG werde nur in Bezug auf Leistungen der gleichen Art angewendet, was im Verhältnis zwischen Pflegeleistungen der

Krankenversicherung und Hilflosenentschädigung nicht zutreffe. Die mit der Hilflosenentschädigung und dem Intensivpflegezuschlag der IV (vgl. Art. 42 Abs. 1 und Art. 42^{ter} Abs. 3 IVG, Art. 36 ff. IVV) abgegoltene ständige und besonders aufwändige Pflege sind zwar nach bundesgerichtlicher Rechtsprechung weitgehend gleichartig im Vergleich zu den Krankenpflegeleistungen gemäss Art. 7 Abs. 2 lit. c KLV. Dem sei allerdings unter dem Titel der Überentschädigung nach Art. 69 ATSG Rechnung zu tragen (vgl. BGer-Urteil 9C_43/2012 vom 12.7.2012 E. 2).

Soweit sich die Concordia auf den Standpunkt stellt, sie sei aufgrund von Art. 64 Abs. 2 ATSG nicht dazu angehalten, über das Leistungsgesuch der Beschwerdeführerin vorab zu entscheiden (KG amtl.Bel. 7 S. 2), kann ihr mit Blick auf die dargelegte Rechtslage nicht gefolgt werden. Denn diese Bestimmung dient nur der Koordination der Leistungspflicht verschiedener Versicherer mit Blick auf Heilbehandlungsmassnahmen (als Sachleistungen), nicht aber mit Blick auf Geldleistungen. Für die Grundpflegeleistungen besteht gerade keine Leistungspflicht der IV unter dem Titel der Heilbehandlung (so auch Beschwerdeführerin in KG amtl.Bel. 15 S. 2).

Ebenso wenig stichhaltig ist der Einwand der Beschwerdegegnerin, für die Anwendung von Art. 64 Abs. 2 ATSG sei es unerheblich, welches Vergütungssystem zur Anwendung komme (KG amtl.Bel. 17 S. 2). Es trifft zwar zu, dass es nicht entscheidend ist, ob das Naturalleistungsprinzip oder das Kostenvergütungsprinzip angewendet wird (Hürzeler/Bürgi, a.a.O., Art. 64 ATSG N 8). Allerdings ist – wie die Beschwerdeführerin vorbringt (KG amtl.Bel. 15 S. 2) – für die Anwendbarkeit von Art. 64 Abs. 2 ATSG nach dem Gesagten sehr wohl entscheidend, ob es sich bei den fraglichen Leistungen um Sachleistungen nach Art. 14 ATSG oder um Geldleistungen nach Art. 15 ATSG handelt (woran das Vergütungssystem selbstredend nichts ändert). Die hier im Streit stehenden Leistungen der Grundpflege stellen nur aus Sicht der OKP Sachleistungen dar, von Seiten der IV werden sie allenfalls unter dem Titel der Geldleistungen (Hilflosenentschädigung und Intensivpflegezuschlag) abgegolten. Letztere fallen nicht unter Art. 64 Abs. 2 ATSG.

8.2.2.

Die Ansprüche auf Kostenübernahme nach Art. 7 Abs. 2 lit. c KLV und auf Hilflosenentschädigung und Intensivpflegezuschlag nach Art. 42 Abs. 1 und Art. 42^{ter} Abs. 3 IVG können folglich selbständig geltend gemacht werden. Da die Hilflosenentschädigung und der Intensivpflegezuschlag unabhängig von allfälligen Leistungen der Krankenversicherung ausgerichtet werden, ist es Sache der Krankenversicherung, den notwendigen Grundpflegebedarf effektiv abzuklären (vgl. Janett, a.a.O., S. 202). Die Concordia hat demnach zu prüfen, ob die verordneten, pflegerischen Massnahmen nach Art. 7 Abs. 2 lit. c KLV die allgemeinen Voraussetzungen der Leistungen der OKP erfüllen. Art. 43 Abs. 1 ATSG führt denn auch ausdrücklich aus, dass der Versicherungsträger die Begehren prüft, die notwendigen Abklärungen von Amtes wegen vornimmt und die notwendigen erforderlichen Auskünfte einholt.

8.2.3.

Die Concordia wendet gegen dieses Vorgehen ein, sie könne ihre Leistungspflicht erst prüfen, wenn die Leistungen der IV definitiv feststünden (KG amtl.Bel. 7 S. 2). Es dürfe keine Überentschädigung entstehen. Sie habe daher ihre Leistungen erst festzulegen, wenn die IV rechtskräftig verfügt habe (KG amtl.Bel. 13 S. 2, 17 S. 3).

Dem kann nicht gefolgt werden. Es ist zwar richtig, dass die OKP, sofern die Leistungsvoraussetzungen nach KVG erfüllt sind, zu prüfen hat, ob eine Überentschädigung vorliegt (Art. 69 ATSG i.V.m. Art. 122 KVV). Da eine Kürzung der Hilflosenentschädigung nach Art. 69 Abs. 3 ATSG ausgeschlossen ist, kann die OKP ihre Leistungen reduzieren. Es ist daher Sache der Krankenversicherung eine allfällige Überentschädigung zu vermeiden (vgl. Janett, a.a.O., S. 200).

Das bedeutet aber nicht, dass die Beschwerdegegnerin die rechtskräftigen Entscheide im Verfahren betreffend IV abzuwarten hat, bevor sie über die beantragte Kostengutsprache für Leistungen nach Art. 7 Abs. 2 lit. c KLV befindet. Denn solange im IV-Verfahren keine Leistungen rechtskräftig zugesprochen sind (wie dies vorliegend der Fall ist, vgl. hierzu IV-Akten 5V 23 172), kann die Beschwerdeführerin auch nicht überentschädigt werden. Sollte der Beschwerdeführerin im IV-Verfahren rückwirkend eine Hilflosenentschädigung und ein Intensivpflegezuschlag zugesprochen werden, so würde diese – bei bereits erfolgter Kostengutsprache für Leistungen nach Art. 7 Abs. 2 lit. c KLV durch die OKP – rückwirkend überentschädigt und hätte unrechtmässig Leistungen bezogen, welche zurückzuerstatten wären (vgl. Art. 25 Abs. 1 ATSG). Die Concordia könnte diesfalls bei den Eltern der Beschwerdeführerin die Überentschädigung zurückfordern (vgl. Art. 2 Abs. 2 der Verordnung über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSV; SR 830.11]). Mit der (rückwirkend) rechtskräftig verfügten Hilflosenentschädigung samt Intensivpflegezuschlag im IV-Verfahren läge ein prozessualer Revisionsgrund nach Art. 53 Abs. 1 ATSG vor (vgl. Flückiger, Basler Komm., Art. 53 ATSG N 28), auf den sich die Beschwerdegegnerin berufen könnte (vgl. das diesbezüglich analoge Vorgehen, wenn die Arbeitslosenkasse nachträglich von einer Einstellung in der Anspruchsberechtigung erfährt und bereits Taggelder ausbezahlt hat, BGer-Urteil 8C_789/2014 vom 7.9.2015 E. 3.2.3). Die Concordia hat somit keinen Rechtsnachteil zu erwarten, wenn sie vor der Rechtskraft der IV-Entscheidung verfügt. Eine Gesamtbetrachtung der pflegerischen Situation, wie sie selbst vorbringt (KG amtl.Bel. 7 S. 2 f.), hat sie bereits im Zeitpunkt ihrer Verfügung vorzunehmen, und zwar unabhängig von den Feststellungen der IV.

8.2.4.

Aufgrund des Ausgeführten hat die Concordia – im Anschluss an die zu erfolgenden Abklärungen – umgehend über das Leistungsgesuch der Beschwerdeführerin betreffend Grundpflege nach Art. 7 Abs. 2 lit. c KLV zu entscheiden.

Soweit die Concordia vorbringt, die IV-Rundschreiben seien für sie und das Gericht nicht verbindlich (KG amtl.Bel. 7 S. 2, 13 S. 3), ist ihr grundsätzlich zuzustimmen. Allerdings geht aus

dem von der Beschwerdeführerin vorgebrachten IV-Rundschreiben Nr. 424 vom 3. März 2023 (KG amtl.Bel. 9 S. 2; vgl. auch KG amtl.Bel. 1 S. 3, in welchem auf das – durch das IV-Rundschreiben Nr. 424 ersetzte – IV-Rundschreiben Nr. 418 verwiesen wurde) lediglich hervor, dass in Bezug auf die Koordination zwischen Leistungen der OKP und der Hilflosenentschädigung und des Intensivpflegezuschlags diese auf der Ebene der OKP zu erfolgen und diese eventuell einen Teil der Hilflosenentschädigung und des Intensivpflegezuschlags von ihren Leistungen abzuziehen habe. Inwiefern dieses Vorgehen für die OKP nicht verbindlich sein soll, erschliesst sich dem Gericht nicht, zumal die Kürzung nur auf Seiten der OKP erfolgen kann (vgl. Art. 69 Abs. 3 ATSG). Das Rundschreiben äussert sich auch zum Assistenzbeitrag nach Art. 42^{sexies} IVG. Ein solcher scheint vorliegend nicht von der IV abgeklärt zu werden bzw. abgeklärt worden zu sein (vgl. KG amtl.Bel. 9 S. 2, KG bf.Bel. 5), weshalb sich Weiterungen dazu erübrigen.

Ebenfalls kann der Concordia nicht gefolgt werden, wenn sie sich auf das Urteil des Bundesgerichts 8C_751/2018 vom 6. Mai 2019 beruft (KG amtl.Bel. 13 S. 3). In diesem Urteil ging es darum, ob die IV Anspruch auf die Eröffnung des Einspracheentscheids der Unfallversicherung habe, in welchem diese ihre Leistungspflicht für Hilfsmittel verneinte. Aufgrund der Prioritätenordnung nach Art. 65 ATSG anerkannte das Bundesgericht, dass die IV Anspruch auf die Eröffnung des Einspracheentscheids habe. Vorliegend dagegen wurden Leistungen nach Art. 7 Abs. 2 lit. c KLV beantragt, die von der IV grundsätzlich nicht unter dem Titel der Sachleistungen erbracht werden. Entgegen der Ansicht der Concordia ist es im Übrigen auch nicht so, dass die unterstehende Versicherung gemäss Prioritätenordnung prinzipiell nicht verfügen darf, wenn die ranghöhere Versicherung nicht verfügt hat. Die unterstehende Versicherung hat allerdings Anspruch auf die Eröffnung des angefochtenen Entscheids der ranghöheren Versicherung.

8.3.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die Concordia den Anspruch der Beschwerdeführerin auf Kostenübernahme der ab 1. Oktober 2022 von der Care Solution GmbH ausgeführten Pflegeleistungen abzuklären hat. Indem sie sich seit dem 14. November 2022 (KG bf.Bel. 3) weigert, das Gesuch der Beschwerdeführerin bis zum Vorliegen rechtskräftiger IV-Entscheide zu bearbeiten, verhält sie sich rechtsverzögernd.

9.

Die Verwaltungsgerichtsbeschwerde ist gutzuheissen. Es ist festzustellen, dass sich die Concordia in Bezug auf das Gesuch um Erlass einer anfechtbaren Zwischenverfügung vom 21. November 2022 (Gegenstand: Sistierung, vgl. KG bf.Bel. 4) rechtsverweigernd und hinsichtlich des Gesuchs um Kostengutsprache vom 14. Oktober 2022 (Gegenstand: Leistungen nach Art. 7 Abs. 2 lit. a und lit. c KLV, vgl. KG bg.Bel. 1, 2) rechtsverzögernd verhalten hat. Die Concordia ist anzuweisen, den Sachverhalt so zeitnah wie möglich abzuklären und anschliessend umgehend in der Sache zu verfügen.

10.

Bei der vorliegenden Sache handelt es sich nicht um eine Leistungsstreitigkeit gemäss Art. 61 lit. f^{bis} ATSG. Das Verfahren unterliegt daher in Anwendung der diesbezüglichen kantonalen Verfahrensbestimmungen (vgl. Art. 61 ATSG) der Kostenpflicht (§ 193 ff. des Gesetzes über die Verwaltungsrechtspflege [VRG; SRL Nr. 40] und § 14 der Verordnung über die Kosten in Zivil-, Straf- und verwaltungsgerichtlichen Verfahren [JusKV; SRL Nr. 265]). Gestützt auf § 198 Abs. 1 lit. c VRG hat die Concordia die Gerichtskosten zu tragen. Diese werden auf Fr. 1'000.-- festgesetzt. Der von der Beschwerdeführerin geleistete Kostenvorschuss von Fr. 500.-- ist ihr zurückzuerstatten.

Die obsiegende Beschwerde führende Person hat Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Diese werden vom Gericht festgesetzt und ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen (Art. 61 lit. g ATSG). In Anwendung dieser Grundsätze rechtfertigt sich die Zusprechung einer Parteientschädigung von pauschal Fr. 3'000.-- (inkl. Auslagen und MWST) zu Lasten der Concordia. Abschliessend sei noch angemerkt, dass vorliegend keine Pflicht der Beschwerdeführerin zur Einreichung eines detaillierten Leistungsjournals besteht (vgl. Hinweis in KG amtl.Bel. 1 S. 4), weshalb auf eine entsprechende Mitteilung seitens des Gerichts an diese verzichtet werden konnte.

Demnach erkennt das Kantonsgericht:

1.

Die Verwaltungsgerichtsbeschwerde wird gutgeheissen. Es wird festgestellt, dass sich die Concordia in Bezug auf das Gesuch um Erlass einer anfechtbaren Zwischenverfügung vom 21. November 2022 rechtsverweigernd und hinsichtlich des Gesuchs um Kostengutsprache vom 14. Oktober 2022 rechtsverzögernd verhalten hat. Die Concordia wird angewiesen, den Sachverhalt so zeitnah wie möglich abzuklären und anschliessend umgehend in der Sache zu verfügen.

2.

Die Concordia hat die Gerichtskosten von Fr. 1'000.-- zu bezahlen. Das Kantonsgericht erstattet der Beschwerdeführerin den Kostenvorschuss von Fr. 500.-- zurück.

3.

Die Concordia hat der Beschwerdeführerin eine Parteientschädigung von pauschal Fr. 3'000.-- (inkl. Auslagen und MWST) zu bezahlen.

4.

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen nach den Bestimmungen des Bundesgerichtsgesetzes beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten erhoben werden. Die Beschwerdeschrift ist im Doppel einzureichen. Sie muss einen Antrag und dessen Begründung enthalten. Der angefochtene Entscheid und die Beweisurkunden sind beizulegen.

5.

Dieses Urteil wird zugestellt an:

- Parteien
- Finanz- und Rechnungswesen Gerichte (im Dispositiv)
- Bundesamt für Gesundheit

Kantonsgericht

3. Abteilung



Suter

Präsidierender Kantonsrichter



S. Odermatt

Gerichtsschreiberin

Versand:

26. FEB. 2024