



**Versicherungsgericht**

Abteilung III



**Entscheid vom 3. Dezember 2024**

Besetzung Versicherungsrichterin Mirjam Angehrn (Vorsitz), Versicherungsrichter Michael Rutz und Versicherungsrichterin Corinne Schambeck; Gerichtsschreiberin Katja Blättler

Geschäftsnr. KV 2023/8

2618400

Parteien



**Beschwerdeführer,**

vertreten durch Rechtsanwalt Prof. Dr. Hardy Landolt,  
PflegeRechtsAnwalt GmbH, Schweizerhofstrasse 14, Postfach 1608,  
8750 Glarus,

gegen

**Avenir Krankenversicherung AG**, Rechtsdienst,  
Rue des Cèdres 5, Postfach, 1919 Martigny,

**Beschwerdegegnerin,**

Gegenstand

**Pflegeleistungen**



## Sachverhalt

### A.

**A.a**  (nachfolgend: Versicherter), geboren 1954, war seit 1. Januar 2019 bei der Avenir Krankenversicherung AG (nachfolgend: Avenir) im Rahmen der obligatorischen Krankenpflege (OKP) versichert (vgl. dazu die Akten der Avenir [act. G8.1; nachfolgend zitiert: KV-act.], insbesondere KV-act. 1). Aufgrund einer primär progredienten Multiplen Sklerose mit beinbetonter, spastischer Tetraparese, Lymphabflussstörung Bein links, Trigeminusneuralgie links sowie Einschränkung in Grob- und Feinmotorik ist er auf Pflegeleistungen der Spitex angewiesen. Insbesondere benötigt er Unterstützung für die Körperpflege, beim An- und Auskleiden, beim Toilettengang und beim Aufstehen sowie Hinlegen (KV-act. 12).

**A.b** Am 28. November 2019 reichte die Arana Care GmbH (nachfolgend: Arana), Mitglied der Association Spitex privée Suisse (ASPS; vgl. KV-act. 3), der Avenir das Leistungsplanungsblatt und das Bedarfsmeldeformular für Spitex Leistungen für die Verordnungsperiode vom 7. Oktober 2019 bis 31. März 2020, unterzeichnet von Dr. med. J.-J. Brocard, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, Sargans, ein (KV-act. 4). Die Pflege des Versicherten wurde (primär) von dessen Ehefrau durchgeführt (vgl. KV-act. 7). Die Avenir teilte der Arana mit Schreiben vom 16. Dezember 2019 mit, sie kürze diverse – näher umschriebene – Leistungen, weshalb in der Tarifstufe C maximal 50 Stunden und 47 Minuten anstelle der beantragten 63 Stunden und 59 Minuten pro Monat abgerechnet werden dürften (KV-act. 5). Damit erklärte sich die Arana mit E-Mail vom 23. Dezember 2019 nicht einverstanden (KV-act. 7). Mit Schreiben vom 17. Januar 2020 hielt die Avenir an ihrem Entscheid fest und führte aus, die Mithilfe der Ehefrau des Versicherten könne für die Berechnung der pflegerischen Leistungen nicht berücksichtigt werden und sei daher nicht zulässig (KV-act. 8). Nach einer Beanstandung der Arana mit E-Mail vom 9. April 2020 (KV-act. 10), teilte die Avenir der Arana am 17. April 2020 mit, die Rechnung des Januars 2020 betreffend die pflegerischen Leistungen für den Versicherten sei nun zur entsprechenden Nachzahlung weitergeleitet worden (KV-act. 13).

**A.c** Am 6. April 2020 hatte die Arana der Avenir das Bedarfsmeldeformular für die Verordnungsperiode vom 1. April bis 30. September 2020 samt dazugehörigem Leistungsplanungsblatt eingereicht (KV-act. 9). Die Avenir hatte die Arana mit Schreiben vom 14. April 2020 aufgefordert, zur Überprüfung ihrer Leistungspflicht weitere Unterlagen (Pflegeplanung und Verlaufsbericht) einzureichen (KV-act. 11). Die Arana hatte am



16. April 2020 diverse Unterlagen eingereicht (KV-act. 12). Mit Schreiben vom 22. April 2020 bestätigte die Avenir der Arana die Kostenübernahme der Pflegeleistungen (KV-act. 14).

**A.d** Am 30. September sowie 15. Dezember 2020 reichte die Arana der Avenir die Bedarfsmeldeformulare für die Verordnungsperioden vom 1. Oktober 2020 bis 31. März 2021 bzw. vom 1. Dezember 2020 bis 31. Mai 2021 sowie die entsprechenden Leistungsplanungsblätter ein (KV-act. 15 f.). Zur Prüfung der letzteren forderte die Avenir die Arana am 18. Dezember 2020 auf, weitere Unterlagen (Pflegeplanung, Verlaufsbericht, Erklärung der enorm hohen Stundenerhöhung) einzureichen (KV-act. 17). Nach Eingang derselben (KV-act. 18) bestätigte die Avenir der Arana mit Schreiben vom 23. Dezember 2020 die Kostenübernahme der Pflegeleistungen vom 1. Dezember 2020 bis 31. Mai 2021 (KV-act. 19).

**A.e** Am 21. Mai und 15. Oktober 2021 reichte die Arana der Avenir die Bedarfsmeldeformulare für die Verordnungsperioden vom 1. Mai bis 31. Oktober 2021 bzw. vom 1. November 2021 bis 30. April 2022 sowie die dazugehörigen Leistungsblätter ein (KV-act. 20 f.). Zur Prüfung der Leistungsübernahme bezüglich letzterer Verordnungsperiode forderte die Avenir die Arana mit Schreiben vom 5. November 2021 zur Einreichung weiterer Dokumente (Pflegeplanung, Verlaufsberichte, Medikamentenliste) auf (KV-act. 22). Die Arana kam dieser Forderung am 15. November 2021 nach (KV-act. 23). Die Avenir teilte der Arana mit Schreiben vom 25. November 2021 mit, sie kürze diverse – näher umschriebene – Leistungen, weshalb in der Tarifstufe C maximal 68 Stunden und 52 Minuten anstelle der beantragten 90 Stunden und 59 Minuten pro Monat abgerechnet werden dürften (KV-act. 24). Die Arana erklärte sich am 2. Dezember 2021 damit nicht einverstanden (KV-act. 25). Mit E-Mail vom 8. Dezember 2021 teilte die Avenir der Arana mit, sie halte an ihrem Entscheid vom 25. November 2021 fest (KV-act. 26). Nach erneuter Intervention der Arana (KV-act. 27), teilte die Avenir ihr mit E-Mail vom 20. Dezember 2021 mit, sie akzeptiere pro Monat (weitere) 15 Stunden in der Tarifstufe C, womit monatlich maximal 83 Stunden und 52 Minuten Pflegestunden in der Tarifstufe C abgerechnet werden dürften (KV-act. 28).

**A.f** Am 30. Dezember 2021 und 8. März 2022 reichte die Arana der Avenir die Bedarfsmeldeformulare für die Verordnungsperioden vom 1. Januar bis 31. März 2022 bzw. 1. April bis 30. Juni 2022 sowie die dazugehörigen Leistungsblätter ein (KV-act. 29 f.). Die Avenir teilte der Arana mit Schreiben vom 16. März 2022 mit, sie kürze diverse – näher umschriebene – Leistungen, weshalb in der Tarifstufe C maximal 75.30 Stunden anstelle der für die Verordnungsperiode vom 1. April bis 30. Juni 2022 beantragten 88.30 Stunden



pro Monat abgerechnet werden dürften. Sie begründete dies unter anderem damit, nicht verrechenbar sei, was der Ehefrau des Versicherten im Rahmen der Schadenminderungspflicht bzw. aufgrund ihrer ehelichen Beistandspflicht an Pflege zuzumuten sei. Ausserdem wies die Avenir darauf hin, dass keine Pflegeleistungen vergütet werden könnten, ohne dass ein Pflegerapport der Ehefrau des Versicherten entsprechend einem solchen einer professionellen Spitex-Angestellten, eingereicht werde (KV-act. 31). Die Arana erklärte sich damit am 29./30. März 2022 nicht einverstanden (KV-act. 31 f.). Mit Schreiben vom 25. April 2022 teilte die Avenir der Arana mit, sie übernehme für die Abrechnungsperiode vom 1. April bis 30. Juni 2022 einmalig die Leistungen "Beim Trinken unterstützen" und "Nägel schneiden", halte aber ansonsten an ihrer Ablehnung vom 16. März 2022 fest (KV-act. 34).

**A.g** Aufgrund eines veränderten Leistungsbedarfs reichte die Arana der Avenir am 19. Mai 2022 eine aktualisierte Bedarfsmeldung für die Verordnungsperiode vom 19. Mai bis 31. August 2022 sowie das entsprechende Leistungsblatt ein (KV-act. 35).

**A.h** Der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt Prof. Dr. iur. H. Landolt, Glarus, fragte die Avenir mit Schreiben vom 29. Juni 2022 an, ob sie zu einer vergleichweisen Lösung der Angelegenheit bereit wäre (KV-act. 36). Die Avenir teilte dem Versicherten mit Schreiben vom 18. August 2022 mit, sie habe seit Beginn des Pflegecoachings durch die Arana erheblich mehr Leistungen übernommen, als gesetzlich zulässig gewesen wäre. Sie sistiere daher die Leistungen vorsorglich und fordere die Arana auf, ihr weitere Akten (insbesondere detaillierte Pflegerapporte) einzureichen (KV-act. 38, vgl. dazu auch das Schreiben der Avenir vom 19. August 2022 [KV-act. 39]).

**A.i** Mit E-Mail vom 19. August 2022 reichte die Arana der Avenir das Bedarfsmeldeformular für die Verordnungsperiode vom 1. September bis 30. November 2022 inklusive Leistungsplanungsblatt ein (KV-act. 40). Die Avenir teilte der Arana mit Schreiben vom 23. August 2022 mit, bis zur Klärung der juristischen Angelegenheit und Einreichung der von ihr geforderten Unterlagen sistiere sie vorsorglich alle Leistungen. Daher könne sie vorerst keine Kostengutsprache für die beantragte Zeugnisperiode erteilen (KV-act. 41). Die Arana führte mit E-Mail vom 16. September 2022 aus, aufgrund der derzeitigen Verschlechterung des Allgemeinzustandes des Versicherten würden die morgendlichen und abendlichen Pflegeeinsätze vorläufig durch Pflegefachfrauen der Arana und nicht durch die pflegende Ehefrau übernommen. Sie bitte die Avenir, die Kosten für diese regulären Spitexeinsätze per sofort zu übernehmen (KV-act. 42). Mit Erinnerungsschreiben vom 28. September 2022 forderte die Avenir die Arana auf, ihr die detaillierten Verlaufsberichte und Pflegeplanungen seit Beginn der Pflege des Versicherten (7. Oktober 2019) sowie



den Arbeitsvertrag zwischen ihr und der Ehefrau des Versicherten zukommen zu lassen (KV-act. 44). Die Arana reichte der Avenir mit E-Mails vom 30. September bzw. 3. Oktober 2022 diverse Unterlagen ein (eine frühere Übermittlung war offenbar aufgrund der hohen Datenmenge nicht erfolgreich; vgl. KV-act. 45 f.) und machte geltend, sie könne der Avenir den gewünschten Arbeitsvertrag aus Gründen des Datenschutzes nicht zukommen lassen (KV-act. 45, 47).

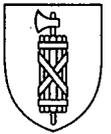
**A.j** Die IV-Stelle teilte der Avenir auf Anfrage hin mit Schreiben vom 16. November 2022 mit, der Versicherte habe Anspruch auf eine Hilflosenentschädigung schweren Grades mit Besitzstandsgarantie (KV-act. 49). Am 30. November 2022 eröffnete die Avenir dem Versicherten, sie müsse ab 1. Dezember 2022 ihre Leistungen für die spitalexterne Pflege aufgrund der Hilflosenentschädigung um 40 % kürzen (KV-act. 52).

**A.k** Am 22. November 2022 reichte die Arana der Avenir das Bedarfsmeldeformular für die Verordnungsperiode vom 1. bis 31. Dezember 2022 sowie das zugehörige Leistungsblatt ein (KV-act. 51). Mit Schreiben vom 13. Dezember 2022 teilte die Avenir der Arana mit, die Leistungsübernahme für den Zeitraum vom 1. September bis 31. Dezember 2022 sei derzeit nicht möglich. Sie benötige weitere Unterlagen zur Prüfung der Leistungspflicht (KV-act. 54). Die Arana reichte am 16. Dezember 2022 diverse Unterlagen ein (KV-act. 55).

**A.l** Mit E-Mail vom 27. Dezember 2022 reichte die Arana der Avenir die Bedarfsmeldung für die Verordnungsperiode vom 1. Januar bis 31. März 2023 samt Leistungsplanungsblatt ein (KV-act. 56). Die Avenir forderte die Arana am 6. Februar 2023 erneut auf, den Arbeitsvertrag der pflegenden Ehefrau des Versicherten einzureichen (KV-act. 59). Die Arana kam dieser Aufforderung am 9. Februar 2023 nach (KV-act. 60). Am 24. Februar 2023 teilte sie ausserdem mit, seit dem 7. Februar 2023 erfolgten gewisse (näher umschriebene) Einsätze beim Versicherten durch eine diplomierte Pflegefachfrau (KV-act. 61).

**A.m** Die Arana reichte der Avenir am 28. März 2023 die Bedarfsmeldung für die Verordnungsperiode vom 1. April bis 30. September 2023 sowie das dazugehörige Leistungsblatt ein (KV-act. 64).

**A.n** Mit Verfügung vom 20. April 2023 hielt die Avenir fest, sie übernehme zwei Einsätze pro Tag der pflegenden Ehefrau zu maximal zwei Stunden täglich bis 30. April 2023. Die Abklärung durch die betreuende Spitex-Pflegefachperson werde monatlich übernommen. Dies bedeute eine Limitation der Leistungsübernahme durch die Avenir auf maximal



Fr. 3'214.-- pro Monat. Ab 1. Mai 2023 seien die Leistungen in einem korrekten Leistungsnachweis festzuhalten. Ansonsten würden keine Leistungen mehr vergütet. Die Vergütung der sistierten Leistungen bis 30. April 2023 erfolge nach Eintritt der Rechtskraft der Verfügung (KV-act. 65).

**B.**

**B.a** Dagegen liess der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt Landolt, am 19. Mai 2023 Einsprache erheben und eine Stellungnahme der Arana vom 5. Mai 2023 zur Verfügung vom 20. April 2023 einreichen (KV-act. 68).

**B.b** Mit Einspracheentscheid vom 7. Juli 2023 hielt die Avenir fest, sie übernehme zwei Einsätze der pflegenden Ehefrau pro Tag, das heisse insgesamt zwei Stunden täglich ab Juli 2022 bis 30. April 2023. Die Abklärung durch die betreuende Pflegefachperson der Spitex werde im Rahmen von 45 Minuten monatlich übernommen. Dies bedeute eine Limitation der Leistungsübernahme durch die Avenir auf maximal Fr. 3'214.-- pro Monat. Ab 1. Juli 2023 seien die Leistungen in einem korrekten Leistungsnachweis festzuhalten. Ansonsten würden ab Juli 2023 keine Leistungen mehr vergütet. Die Limitierung der Vergütung der Pflegeleistungen auf maximal Fr. 3'214.-- gelte auch für künftige Gesuche um Kostengutsprache ab 1. Mai 2023. Gebe es triftige Gründe bzw. eine Änderung bezüglich der Pflegebedürftigkeit des Versicherten, sei der Mehrbedarf an Pflege von der pflegenden Spitexorganisation stichhaltig zu begründen und zu belegen. Der Versicherte werde aufgefordert, im Rahmen der Mitwirkungspflicht Auskunft zu geben, ob er IV-Leistungen (insbesondere Hilflosenentschädigung und Assistenzbeitrag) erhalte. Falls ja, sei die Höhe dieser Leistungen zwecks Leistungskoordination anzugeben. Die Aufhebung der Leistungssistierung erfolge erst nachdem der Einspracheentscheid in Rechtskraft erwachsen sei (KV-act. 71).

**C.**

**C.a** Dagegen erhob der Versicherte (nachfolgend: Beschwerdeführer), vertreten durch Rechtsanwalt Landolt, am 6. September 2023 Beschwerde und beantragte, der Einspracheentscheid sei aufzuheben und die Avenir (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) sei zu verpflichten, der Arana im Zeitraum 2019 bis 2022 in Rechnung gestellten Pflegeleistungen zu bezahlen. Eventuell sei der Einspracheentscheid aufzuheben und die Angelegenheit an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen; alles unter Kosten- und Entschädigungsfolge (act. G1).



**C.b** Die Beschwerdegegnerin beantragte am 14. Dezember 2023, die Beschwerde sei abzuweisen, soweit darauf einzutreten sei. Es sei festzustellen, dass die Pflegeleistungen in den eingereichten Pflegerapporten nur pauschalisiert aufgeführt seien und so der Beschwerdegegnerin nicht in Rechnung gestellt werden könnten. Die bezahlten Beiträge an die Pflegeleistungen ab Oktober 2019 seien der Beschwerdegegnerin vollständig zurückzuerstatten. Eventualiter sei der Pflegebedarf des Beschwerdeführers auf maximal zwei Stunden Grundpflege pro Tag, ausmachend 60 Stunden pro Monat und 45 Minuten Abklärung pro Monat ab 1. November 2019, ausmachend Fr. 3'214.-- pro Monat, zu beschränken. Von den Pflegeleistungsbeiträgen des Beschwerdeführers sei im Rahmen der Koordination mit der Hilflosenentschädigung der Invalidenversicherung seit Beginn der Pflege im Oktober 2019 Fr. 748.-- abzuziehen. Eine halbe Stunde unentgeltliche Grundpflege, ausmachend Fr. 784.-- sei im Rahmen der Verwandtenunterstützungspflicht und Schadenminderungspflicht seit Beginn der Pflege im Oktober 2019 von den von der OKP zu vergütenden Beiträgen an die Grundpflege abzuziehen. Der Beschwerdegegnerin sei inskünftig ein monatlicher Pflegerapport/Stundenrapport mit Nennung von Datum, Zeit, Pflegehandlung und Position gemäss Leistungskatalog Spitex einzureichen (act. G8).

**C.c** In seiner Replik vom 7. Februar 2024 liess der Beschwerdeführer an seinen Anträgen festhalten und unter anderem eine Stellungnahme der Arana zur Beschwerdeantwort einreichen (act. G10, G10.1).

**C.d** Mit Duplik vom 3. Mai 2024 hielt die Beschwerdegegnerin grundsätzlich an ihren Anträgen fest, präziserte diese jedoch leicht (act. G14).

**C.e** Der Beschwerdeführer liess am 24. Mai 2024 eine weitere Stellungnahme einreichen und insbesondere in verfahrensrechtlicher Hinsicht beantragen, der umstrittene versicherte Pflegebedarf sei im Rahmen einer gerichtlichen Begutachtung festzustellen (act. G16). Er liess weitere Stellungnahmen der Arana sowie eine entsprechende Vollmacht derselben einreichen (act. G16.1 ff.).

**C.f** Die Beschwerdegegnerin reichte am 13. Juni 2024 ebenfalls eine Stellungnahme ein (act. G18).



## Erwägungen

### 1.

**1.1** Art. 24 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG; SR 832.10) verpflichtet die Krankenkassen, im Rahmen der OKP unter anderem im Fall der Krankheit (Art. 1a Abs. 2 lit. a KVG) die Kosten für die in den Art. 25-31 KVG aufgelisteten Leistungen nach Massgabe der in den Art. 32-34 KVG festgelegten Voraussetzungen zu übernehmen. Als Krankheit gilt dabei jede Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Gesundheit, die nicht Folge eines Unfalls ist und die eine medizinische Untersuchung oder Behandlung erfordert oder eine Arbeitsunfähigkeit zur Folge hat (Art. 3 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG; SR 830.1] i. V. m. Art. 1 Abs. 1 KVG, Art. 25 Abs. 2 lit. b KVG und Art. 1a Abs. 2 lit. a KVG).

**1.2** Laut Art. 25a Abs. 1 KVG leistet die OKP einen Beitrag an die Pflegeleistungen, welche aufgrund einer ärztlichen Anordnung und eines ausgewiesenen Pflegebedarfs ambulant, auch in Tages- oder Nachtstrukturen, oder im Pflegeheim erbracht werden. Der Bundesrat bezeichnet die Pflegeleistungen und regelt das Verfahren der Bedarfsermittlung (Art. 25a Abs. 3 KVG). Die Übernahmepflicht des Krankenversicherers wird durch Art. 32 Abs. 1 KVG begrenzt. Danach sind nur jene Leistungen zu vergüten, welche wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sind, wobei die Wirksamkeit nach wissenschaftlichen Methoden nachgewiesen sein muss. Der Leistungserbringer muss sich in seinen Leistungen auf das Mass beschränken, das im Interesse der Versicherten liegt und für den Behandlungszweck erforderlich ist (Art. 56 Abs. 1 KVG). Der Bundesrat setzt die Beiträge differenziert nach dem Pflegebedarf in Franken fest; massgebend ist der Aufwand nach Pflegebedarf für Pflegeleistungen, die in der notwendigen Qualität, effizient und kostengünstig erbracht werden (Art. 25a Abs. 4 Satz 1 und 2 KVG). Der entsprechende Leistungsbereich wird – gestützt auf Art. 33 lit. b der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) – in Art. 7 ff. der Verordnung über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (KLV; SR 832.112.31) näher umschrieben.

**1.3** Gemäss Art. 7 Abs. 1 KLV übernimmt die OKP Untersuchungen, Behandlungen und Pflegemassnahmen, die auf Grund der Bedarfsabklärung nach Art. 7 Abs. 2 lit. a KLV (vgl. zu dieser auch Art. 8a KLV) und nach Art. 8 KLV auf ärztliche Anordnung hin oder im ärztlichen Auftrag erbracht werden. 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, Beratung und Koordination (lit. a) auch jene der Untersuchung und der Behandlung (lit. b) sowie der Grundpflege (lit. c).

**1.4** Die Bedarfsermittlung hat nach Art. 8a KLV durch einen Pflegefachmann oder eine Pflegefachfrau nach Art. 49 KVV in Zusammenarbeit mit dem Patienten oder der Patientin oder den Angehörigen zu erfolgen (Abs. 1). Sie umfasst die Beurteilung der Gesamtsituation des Patienten sowie die Abklärung des Umfelds (Abs. 3). Sie erfolgt auf Grund einheitlicher Kriterien. Ihr Ergebnis wird auf einem einheitlichen Formular festgehalten. Dort ist insbesondere der voraussichtliche Zeitbedarf anzugeben (Abs. 4). Der Krankenversicherer kann verlangen, dass ihm die relevanten Elemente der Bedarfsabklärung mitgeteilt werden (Abs. 6). Gemäss Art. 8c KLV können ärztliche Aufträge oder Anordnungen vom Vertrauensarzt oder der Vertrauensärztin (Art. 57 KVG) überprüft werden, wenn diese einen voraussichtlichen Pflegebedarf von mehr als 60 Stunden pro Quartal vorsehen. Erforderlichenfalls ist dem Krankenversicherer somit eine umfassende Dokumentation der erbrachten Leistungen (Pflegedokumentation) einzureichen.

**1.5** Detaillierte Bestimmungen, insbesondere zur Bedarfsabklärung und zur ärztlichen Anordnung, finden sich auch in den zwischen den Versichererverbänden und den Leistungserbringerverbänden abgeschlossenen Administrativverträgen (vgl. u. a. Art. 7 des Administrativ-Vertrages Spitex, abgeschlossen zwischen der Spitex Schweiz und der ASPSP [dazu gehört u.a. die Arana; vgl. KV-act. 3] sowie den im Vertrag genannten Versicherern [u. a. der Beschwerdegegnerin]; vgl. act. G10.2.1).

**1.6** Die Beiträge der OKP an die Leistungen für Bedarfsabklärungen sowie Behandlungs- und Grundpflege sind in Art. 7a Abs. 1 KLV festgelegt. Gemäss Art. 25a Abs. 5 KVG dürfen der versicherten Person von den nicht von Sozialversicherungen gedeckten Pflegekosten höchstens 20 % des höchsten vom Bundesrat festgesetzten Pflegebeitrages überwältzt werden.

**1.7** Für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsverfahren gelten die Grundsätze der Untersuchungspflicht (Art. 43 Abs. 1 und Art. 61 lit. c ATSG) und der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c ATSG). Nach Letzterem haben die urteilenden Instanzen die Beweise frei, d. h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen und alle Beweismittel unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. Im Sozialversicherungsrecht hat das Gericht seinen Entscheid, sofern das Gesetz nicht etwas



Abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen. Die blosse Möglichkeit eines bestimmten Sachverhalts genügt den Beweisanforderungen nicht. Das Gericht folgt vielmehr jener Sachverhaltsdarstellung, die es von allen möglichen Geschehensabläufen als die wahrscheinlichste würdigt (BGE 126 V 353 E. 5b mit Hinweisen; vgl. BGE 130 III 321 E. 3.2 und 3.3).

## 2.

2.1 Hinsichtlich des Anfechtungsgegenstands ist zu beachten, dass im verwaltungsgerichtlichen Beschwerdeverfahren grundsätzlich lediglich Rechtsverhältnisse zu überprüfen bzw. zu beurteilen sind, zu denen die zuständige Verwaltungsbehörde vorgängig verbindlich – in Form einer Verfügung bzw. eines Einspracheentscheids – Stellung genommen hat. Insoweit bestimmen die Entscheide der Beschwerdegegnerin den beschwerdeweise weiterziehbaren Anfechtungsgegenstand. Umgekehrt fehlt es an einem Anfechtungsgegenstand und somit an einer Sachurteilsvoraussetzung, wenn und insoweit kein Entscheid ergangen ist (BGE 131 V 164 f. E. 2.1). Anfechtungsgegenstand des vorliegenden Verfahrens bildet der Einspracheentscheid vom 7. Juli 2023 (KV-act. 71), welchem die Verfügung vom 20. April 2023 (KV-act. 65) zugrunde liegt. Die Beschwerdegegnerin entschied damit, sie übernehme ab Juli 2022 (in der Verfügung abweichend keine Zeitangabe; vgl. KV-act. 65) bis 30. April 2023 zwei Einsätze pro Tag der pflegenden Ehefrau, das heisse insgesamt zwei Stunden täglich. Die Abklärung durch die betreuende Spitexpflegefachperson werde im Rahmen von 45 Minuten monatlich übernommen. Dies bedeute eine Limitation der Leistungsübernahme auf maximal Fr. 3'214.-- pro Monat. Ab 1. Juli 2023 (in Verfügung abweichend: 1. Mai 2023; vgl. KV-act. 65) seien die Leistungen in einem korrekten Leistungsnachweis (detaillierte Pflegedokumentation mit Datum, Uhrzeit, Pflegehandlung, Art der Pflegehandlung, RAI-HC-Position) festzuhalten. Ansonsten würden ab Juli 2023 keine Leistungen mehr vergütet. Die Limitierung der Vergütung der Pflegeleistungen auf maximal Fr. 3'214.-- gelte auch für künftige Gesuche um Kostengutsprache ab 1. Mai 2023. Gebe es triftige Gründe bzw. eine Änderung bezüglich der Pflegebedürftigkeit des Beschwerdeführers, so sei der Mehrbedarf an Pflege von der pflegenden Spitexorganisation stichhaltig zu begründen und zu belegen (KV-act. 71, vgl. KV-act. 65). Damit können vorliegend grundsätzlich nur beantragte bzw. verweigerte Leistungen seit dem 1. Juli 2022 Streitgegenstand sein (bezüglich der Leistungen nach 30. April 2023 vgl. E. 3.5). Soweit der Beschwerdeführer die Bezahlung von Pflegeleistungen, welche im Zeitraum von 2019 bis 30. Juni 2022 erbracht worden waren, beantragt, ist darauf nicht einzutreten.



**2.2** Die Beschwerdegegnerin hielt jedoch im Einspracheentscheid vom 7. Juli 2023 zusammenfassend fest, sie habe trotz fehlendem Leistungsnachweis (detaillierte Pflegedokumentation), trotz teilweise nicht unterzeichneten ärztlichen Pflegeverordnungen und trotz wiederkehrender Diskussionen um Limitierungen schliesslich bis zum 30. Juni 2022 sämtliche Rechnungen der Arana übernommen. Aufgrund des Fallverlaufs stelle sie keine Rückforderungen, obwohl es sich beim Krankenversicherungsrecht grundsätzlich um zwingendes Recht handle und sie aufgrund des Gesetzmässigkeits- und Gleichbehandlungsprinzips dazu verpflichtet wäre (KV-act. 71, vgl. zu denselben Ausführungen in der Verfügung vom 20. April 2023 KV-act. 65). Die Beschwerdegegnerin erliess keine Rückforderungsverfügung, obwohl sie der Ansicht ist, sie habe zu Unrecht Leistungen erbracht und der Beschwerdeführer sei daher (i. S. v. Art. 25 Abs. 1 ATSG) zur Rückerstattung derselben verpflichtet. Vorliegend kann somit mangels Anfechtungsgegenstand nicht über eine allfällige Rückforderung entschieden werden. Auf den Antrag der Beschwerdegegnerin, wonach ihr alle bezahlten Beiträge an die Pflegeleistungen seit Oktober 2019 vollständig zurückzuerstatten seien (act. G8), ist nicht einzutreten. Bezüglich der weiteren Anträge der Beschwerdegegnerin (act. G8, G14) ist auf die nachfolgenden E. 3.5 f. zu verweisen.

### 3.

Nachfolgend ist die Rechtmässigkeit der von der Beschwerdegegnerin vorgenommenen Leistungskürzung zu überprüfen.

**3.1** Die Beschwerdegegnerin macht insbesondere geltend, die von der Arana verrechneten Pflegeleistungen seien nicht ausreichend dokumentiert. Es sei ein korrekter Leistungsnachweis in Form einer detaillierten Pflegedokumentation mit Datum, Uhrzeit, Pflegehandlung, Art der Pflegehandlung und RAI-HC-Position nötig (KV-act. 71, act. G8).

**3.1.1** Gemäss Art. 42 Abs. 3 KVG muss der Leistungserbringer dem Schuldner eine detaillierte und verständliche Rechnung zustellen. Er muss ihm auch alle Angaben machen, die er benötigt, um die Berechnung der Vergütung und die Wirtschaftlichkeit der Leistung überprüfen zu können. Genügen die vorhandenen Angaben nicht für eine zuverlässige Beurteilung der Leistungspflicht, hat der Krankenversicherer ergänzende Unterlagen einzufordern. Wird dieser Aufforderung nicht oder nur ungenügend nachgekommen, so ist er befugt, die Leistungspflicht für die beantragten Massnahmen abzulehnen (BGE 131 V 178, E. 2.4). Laut Art. 10 Abs. 2 des Administrativ-Vertrags Spitex vom 1. Januar 2022 rechnet der Leistungserbringer die effektiv erbrachten Pflegeleistungen ab. Vorausrechnungen sind nicht zulässig (act. G10.2.1). Gemäss Art. 12 Abs. 2 lit. j des



Administrativvertrages muss die Leistungserbringerin die erbrachten Minuten pro Leistungsart angeben. Das Bundesgericht führte in seinem Urteil vom 24. März 2016, 9C\_466/2015, E. 7.2.3 (publiziert als BGE 142 V 203) ebenfalls aus, es könnten nur die effektiven Pflegeleistungen, welche im Leistungskatalog von Art. 7 Abs. 2 KLV enthalten seien, übernommen werden. Eine pauschale Fakturierung sei nicht zulässig.

**3.1.2** Die Beschwerdegegnerin bringt vor, sie habe keine Pflegerapporte erhalten, welche die einzelnen erbrachten Leistungen detailliert dokumentiert hätten. Es seien nur einzelne Tage nachträglich beispielhaft aufgeführt und für eine Woche dokumentiert worden (KV-act. 71). Die Arana reichte der Beschwerdegegnerin diverse Pflege- und Betreuungspläne ein. Die Ehefrau des Beschwerdeführers bzw. Betreuungspersonen der Arana listeten darauf stichwortartig auf, welche Pflegeleistungen an welchen Tagen erbracht wurden. Zwar bezifferten nur die gelegentlich im Einsatz stehenden Betreuungspersonen der Arana ihren Aufwand zeitmässig, den Einträgen der Ehefrau ist jedoch eine Regelmässigkeit zu entnehmen, welche die verrechneten Leistungen zumindest im Grundsatz nachvollziehbar macht. So wurden gewisse Leistungen täglich festgehalten (z.B. Intimpflege im Bett oder am Lavabo, Unterstützung beim Trinken, Begleitung beim Toilettengang, Kompressionsstrümpfe/-verband, Aufstehen oder Hinlegen mit Hilfe). Andere, wie beispielsweise die Unterstützung beim Duschen und Haare waschen erfolgten ebenfalls in regelmässigen Abständen (vgl. z.B. den Pflege- und Betreuungsplan für den Zeitraum vom 1. September bis 30. November 2022; KV-act. 47). Die Beschwerdegegnerin bringt vor, es brauche sowohl bei Pflegefachpersonen der Spitex als auch bei pflegenden Angehörigen einen Stundenrapport, der festhalte, welche (kassenpflichtigen) Pflegeleistungen sie an welchem Tag zu welcher Zeit mit welcher Dauer erbracht hätten. Dies einerseits, um die gearbeiteten Stunden zu belegen und andererseits, um die kassenpflichtigen Leistungen von Betreuungsleistungen zu unterscheiden. Eine – wie vorliegend – lediglich möglicherweise erbrachte Pflegeleistung erfülle nicht den im Sozialversicherungsrecht erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit. Da keine Pflegerapporte mit dem geforderten Detaillierungsgrad vorlägen und die tatsächliche Erbringung der Leistungen gemäss Pflegebedarfsabklärung damit nicht erwiesen sei, sei diese Beweislosigkeit zu Ungunsten des Leistungserbringers auszulegen (act. G8). Diese Kritik der Beschwerdegegnerin ist insofern nicht nachvollziehbar, als trotz fehlender zeitlich exakter Auflistung der erbrachten Pflegeleistungen nicht von einer "lediglich möglicherweise erbrachten Pflegeleistung" gesprochen werden kann. Die Ehefrau des Beschwerdeführers hat jeweils täglich festgehalten, welche Leistungen sie erbracht hat, so dass diese grundsätzlich belegt sind. Aufgrund der speziellen Situation der Pflege durch die mit dem Beschwerdeführer zusammenlebenden Ehefrau ist nachvollziehbar, dass sie die im für sie



üblichen Tagesablauf erbrachten Leistungen nur stichwortmässig festgehalten und nicht detailliert zeitlich beziffert hat. Eine pauschale Fakturierung kann ihr entgegen der Ansicht der Beschwerdegegnerin nicht vorgeworfen werden. Dies auch zumal die (Regel-)Dauer der einzelnen aufgeführten Pflegeleistungen den eingereichten Leistungsplanungsblättern zu entnehmen ist (vgl. KV-act. 47). Die von der Beschwerdegegnerin geforderte Detailliertheit der Pflegerapporte (insbesondere Angabe der RAI-HC-Position) lässt sich so auch weder der Gesetzgebung noch der Rechtsprechung oder dem Administrativ-Vertrag Spitex (vgl. act. G10.2.1) entnehmen. Art. 12 Abs. 2 lit. j des genannten Vertrages sieht jedoch vor, dass die Leistungserbringern die erbrachten Minuten pro Leistungsart angeben muss (act. G10.2.1).

**3.1.3** Zusammenfassend ist eine Kürzung der Übernahme der vom Streitgegenstand erfassten Pflegeleistungen infolge mangelnder Dokumentation derselben vorliegend nicht gerechtfertigt. Da eine allfällige künftige Leistungskürzung bzw. -verweigerung nicht zum Streitgegenstand gehört, muss hier nicht abschliessend geklärt werden, welche Anforderungen die Pflegedokumentation bezüglich zeitlicher Erfassung der effektiv erbrachten Leistungen künftig erfüllen muss.

**3.2** Ein Entschädigungsanspruch im Rahmen der OKP besteht nur für klar ausgewiesene und effektiv durchgeführte Leistungen von Pflegefachfrauen und -männern (Urteil des Bundesgerichts vom 6. Dezember 2018, 9C\_912/2017, E. 2.3.1 mit Hinweisen). Angestellte Familienangehörige können grundsätzlich auch ohne pflegerische Fachausbildung Massnahmen der Grundpflege gemäss Art. 7 Abs. 2 lit. c Ziff. 1 KLV zulasten der OKP erbringen (vgl. BGE 145 V 161, E. 5). Mit Blick auf das hier bestehende Missbrauchspotential müssen dann Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit der Leistungen nach Art. 32 Abs. 1 KVG, allenfalls durch einen Vertrauensarzt, genauer überprüft werden (vgl. Art. 57 Abs. 4 KVG). Ebenfalls zu beachten ist, dass der OKP lediglich Kosten in Rechnung gestellt werden können, welche eine Pflege zu Hause durch aussenstehende Spitex-Angestellte verursachen würde. Nicht verrechenbar ist, was dem Familienangehörigen im Rahmen der Schadenminderungspflicht und dem Ehegatten im Besonderen aufgrund der ehelichen Beistandspflicht nach Art. 159 Abs. 3 des Schweizerischen Zivilgesetzbuches (ZGB; SR 210) an Pflege zuzumuten ist. Dabei ist den Spitex-Verantwortlichen von der Natur der Sache her bei der Frage, was an Hilfestellung von den Familienangehörigen erwartet werden kann, ein vernünftiger und praktikabler Beurteilungsspielraum zuzugestehen (Urteil des Bundesgerichts vom 21. Dezember 2010, 9C\_702/2010, E. 7.1 mit diversen Hinweisen, BGE 145 V 161, E. 3.3.2, SBVR Soziale



Sicherheit, 2016, Krankenversicherung, Rz. 378). Dies ist im Folgenden bei der detaillierten Prüfung der umstrittenen Übernahme von Pflegeleistungen zu berücksichtigen.

### 3.3

**3.3.1** Für die Verordnungsperiode vom 19. Mai bis 31. August 2022 reichte die Arana der Beschwerdegegnerin ein Bedarfsformular ein. Gemäss ärztlicher Verordnung waren Leistungen nach Art. 7 Abs. 2 lit. a KLV (Abklärung und Beratung) von monatlich 116 Minuten (entsprechend 1 Stunde und 56 Minuten) sowie Leistungen nach Art. 7 Abs. 2 lit. c KLV (Grundpflege) von monatlich 4'574 Minuten (entsprechend 76 Stunden und 14 Minuten) nötig (KV-act. 35). Für die Verordnungsperiode vom 1. September bis 30. November 2022 reichte die Arana der Beschwerdegegnerin sodann ein Bedarfsmeldeformular ein, worauf monatliche Leistungen nach Art. 7 Abs. 1 lit. a KLV von 116 Minuten (entsprechend 1 Stunde und 56 Minuten) sowie Leistungen nach Art. 7 Abs. 2 lit. c KLV von 4'786 Minuten (entsprechend 79 Stunden und 46 Minuten) aufgeführt waren (KV-act. 40). Für die Verordnungsperiode vom 1. bis 31. Dezember 2022 reichte die Arana der Beschwerdegegnerin ein Bedarfsmeldeformular für Leistungen nach Art. 7 Abs. 1 lit. a KLV von 116 Minuten (entsprechend 1 Stunde und 56 Minuten) sowie Leistungen nach Art. 7 Abs. 2 lit. c KLV von 4'889 Minuten (entsprechend 81 Stunden und 29 Minuten) ein (KV-act. 51). Das Bedarfsmeldeformular für die Verordnungsperiode vom 1. Januar bis 31. März 2023 wies monatliche Leistungen nach Art. 7 Abs. 1 lit. a KLV von 146 Minuten (entsprechend 2 Stunden und 26 Minuten) sowie Leistungen nach Art. 7 Abs. 2 lit. c KLV von 4'737 Minuten (entsprechend 78 Stunden und 57 Minuten) auf (KV-act. 56). Für die Verordnungsperiode vom 1. April bis 30. September 2023 reichte die Arana der Beschwerdegegnerin schliesslich ein Bedarfsmeldeformular ein, auf welchem Leistungen nach Art. 7 Abs. 1 lit. a KLV von 146 Minuten (entsprechend 2 Stunden und 26 Minuten) sowie Leistungen nach Art. 7 Abs. 2 lit. c KLV von 5'269 Minuten (entsprechend 87 Stunden und 49 Minuten) aufgeführt waren (KV-act. 64).

**3.3.2** Die Beschwerdegegnerin macht insbesondere geltend, die verordneten Leistungen nach Art. 7 Abs. 2 lit. c KLV entsprächen nicht den Voraussetzungen nach Art. 32 KVG, insbesondere seien sie nicht wirtschaftlich. Sie kürzte die (von der Ehefrau des Beschwerdeführers erbrachten) Leistungen daher auf zwei Stunden pro Tag, entsprechend 60 Stunden pro Monat. Dabei stützte sich die Beschwerdegegnerin auf die Beurteilungen ihres Vertrauensarztes Dr. med. C. Repond, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, sowie ihres Vertrauenspflegefachmanns C. Haltiner (KV-act. 75). Diese hatten zusammenfassend beurteilt, aufgrund der Diagnose der Multiplen Sklerose mit chronisch progredientem Verlauf und des in der Pflegebedarfsabklärung beschriebenen Gesund-



heitszustandes seien auch unter Berücksichtigung der von der Arana erstellten Bedarfsmeldungen ab 1. Oktober 2020 maximal zwei Einsätze pro Tag für Grundpflege plus Toilettengänge nachvollziehbar. Damit sei ein maximaler Pflegebedarf von 120 Minuten pro Tag, entsprechend 60 Stunden pro Monat, anzunehmen (KV-act. 75). Sie begründeten ihre Einschätzung bezüglich der verordneten Leistungen ab dem vorliegend relevanten Zeitpunkt vom 1. Juli 2022 nicht konkret. Ihren Ausführungen bezüglich der vorangegangenen Zeitperiode bzw. den damals eingereichten Bedarfsmeldungen lassen sich jedoch – wie nachfolgend auszuführen ist – diverse Gründe für eine Kürzung der Leistungen auch ab 1. Juli 2022 entnehmen.

**3.3.3** Die Arana führte auf ihren Leistungsblättern unter anderem tägliche Unterstützung beim Trinken von insgesamt 8 bzw. 10 Minuten (4 bzw. 5 x 2 Minuten) sowie das Schneiden der Fingernägel von monatlich 30 Minuten (2 x 15 Minuten) auf (KV-act. 35, 40, 51, 56, 64). Die Beschwerdegegnerin hatte die Übernahme dieser Leistungen mit Schreiben vom 16. März 2022 abgelehnt, da der Ehefrau des Beschwerdeführers diese Pflege im Rahmen der Schadenminderungspflicht bzw. aufgrund ihrer ehelichen Beistandspflicht zumutbar sei (KV-act. 31). Bezüglich des Umfangs der Zumutbarkeit von Pflegeleistungen für Angehörige bestehen keine eindeutigen gesetzlichen Vorgaben bzw. eine detaillierte Rechtsprechung (zu den Grundsätzen vgl. E. 3.2). Mit der Beschwerdegegnerin ist jedoch davon auszugehen, dass der pflegenden Ehefrau im Rahmen ihrer ehelichen Beistandspflicht zumutbar ist, den Beschwerdeführer im genannten, nicht sehr zeitintensiven Umfang beim Trinken zu unterstützen bzw. zweimal monatlich die Fingernägel zu schneiden. Es ist damit gerechtfertigt, dass die Beschwerdegegnerin die genannten Leistungen nicht entschädigt. In ihrer Beschwerdeantwort (act. G8) machte die Beschwerdegegnerin sodann geltend, sie habe die verrechenbare Zeit im Rahmen der ehelichen Beistandspflicht um eine halbe Stunde pro Tag gekürzt. Auch diese Bezifferung von einer halben Stunde pro Tag (unter Einschluss der genannten Leistungen des Nägelschneidens und der Unterstützung beim Trinken), also 15 Stunden pro Monat, erscheint nicht übermässig und steht im Einklang mit der Rechtsprechung des Bundesgerichts. Der Beschwerdeführer lässt vorbringen, es werde rechtsprechungsgemäss lediglich im Zusammenhang mit der Invaliditätsbemessung von versicherten Personen, welche hauswirtschaftlich tätig gewesen seien, ein entsprechender Abzug vorgenommen. Bei Sachleistungen erfolgten keine Abzüge aufgrund der Schadenminderungspflicht (act. G1). Diesbezüglich ist festzuhalten, dass das Bundesgericht auch hinsichtlich Leistungen im KVG-Bereich, insbesondere von Pflegeleistungen, entschieden hat, was dem Familienangehörigen im Rahmen der Schadenminderungspflicht und dem Ehegatten im Besonderen aufgrund der ehelichen Beistandspflicht an Pflege zuzumuten sei, sei nicht verrechenbar (vgl. Urteil des



Bundesgerichts vom 21. Dezember 2010, 9C\_702/2010, E. 7.1, BGE 145 V 161, E. 3.3.2, beide mit weiteren Hinweisen). Die von der Beschwerdegegnerin vorgenommene Kürzung ist damit gerechtfertigt.

**3.3.4** Die Arana verrechnete – wie gesagt (E. 3.3.1) – im relevanten Zeitraum für Leistungen nach Art. 7 Abs. 2 lit. c KLV monatlich zwischen 76 Stunden und 14 Minuten und 87 Stunden und 49 Minuten (KV-act. 35, 40, 51, 56, 64). Unter Berücksichtigung der im Rahmen der Schadenminderungspflicht bzw. ehelichen Unterstützungspflicht von der Ehefrau des Beschwerdeführers erbrachten Leistungen von 15 Stunden pro Monat verbleiben noch zwischen 61 Stunden und 14 Minuten und 72 Stunden und 49 Minuten. Dr. Repond und C. Haltiner führten jedoch aus, bei der Diagnose einer Multiplen Sklerose seien mehr als 60 Stunden Grundpflege pro Monat als nicht wirtschaftlich bzw. notwendig zu erachten (KV-act. 75). Dies ist insofern überzeugend, als die beantragten Leistungen für die Verordnungsperiode vom 19. Mai bis 31. August 2022 unter Berücksichtigung der Schadenminderungspflicht lediglich 1 Stunde und 14 Minuten über den von der Beschwerdegegnerin akzeptierten 60 Stunden lag. Für die Verordnungsperiode vom 1. September bis 30. November 2022 reichte die Arana der Beschwerdegegnerin ein Bedarfsmeldeformular mit monatlich 79 Stunden und 46 Minuten für Leistungen nach Art. 7 Abs. 2 lit. c KLV, also im Vergleich zur vorherigen Verordnungsperiode unter Berücksichtigung der Schadenminderungspflicht dreieinhalb Stunden mehr, ein, ohne dies zu begründen (KV-act. 40). Die Arana führte mit E-Mail vom 16. September 2022 zwar aus, aufgrund der derzeitigen Verschlechterung des Allgemeinzustandes und der Gesamtsituation des Beschwerdeführers würden die morgendlichen und abendlichen Pflegeeinsätze vorläufig durch Pflegefachfrauen der Arana statt durch die Ehefrau durchgeführt (KV-act. 42). Sie belegte jedoch nicht, inwiefern eine Verschlechterung eingetreten und weshalb infolgedessen ein höherer Zeitaufwand nötig gewesen sein sollte. Insbesondere liegt auch keine ärztliche Einschätzung vor, welche die Steigerung der Stundenanzahl nachvollziehbar machen würde. Für die Erhöhung auf 81 Stunden und 29 Minuten in der Verordnungsperiode vom 1. bis 31. Dezember 2022 ist den Akten ebenfalls keine Begründung zu entnehmen (vgl. KV-act. 51). Dasselbe gilt auch für die in der Verordnungsperiode vom 1. Januar bis 31. März 2023 geringere Stundenanzahl von 78 Stunden und 57 Minuten für monatliche Leistungen nach Art. 7 Abs. 2 lit. c KLV (KV-act. 56) sowie die Steigerung des angegebenen Pflegebedarfs auf 87 Stunden und 49 Minuten für die Verordnungsperiode vom 1. April bis 30. September 2023 (KV-act. 64).

**3.3.5** Damit ist insgesamt die Limitation der Übernahme von Leistungen nach Art. 7 Abs. 2 lit. c KLV auf 60 Stunden pro Monat nicht zu beanstanden.



**3.4** Im angefochtenen Einspracheentscheid limitierte die Beschwerdegegnerin die Übernahme für die Abklärung durch die betreuende Spitexfachperson auf 45 Minuten pro Monat (KV-act. 71). Die Arana hatte hingegen – wie erwähnt (E. 3.3.1) – auf ihren Bedarfsformularen vom 19. Mai bis 31. Dezember 2022 Leistungen nach Art. 7 Abs. 1 lit. a KLV im Umfang von monatlich 1 Stunde und 56 Minuten bzw. ab 1. Januar 2023 von 2 Stunden und 26 Minuten aufgeführt (vgl. KV-act. 35, 40, 51, 56, 64). Die Leistungen setzten sich vom 19. Mai bis 31. November 2022 aus 11 Minuten Arztkonsultation, 15 Minuten "Pflegeanleitung/Beratung des Klienten oder von Angehörigen" sowie 90 Minuten "Pflegebedarf bestimmen und evaluieren" zusammen (vgl. KV-act. 35, 40). Für den 1. bis 31. Dezember 2022 teilte die Arana letztere 90 Minuten in 60 Minuten "Reassessment" sowie 30 Minuten "Pflegebedarf bestimmen und evaluieren" auf (KV-act. 51). Für die Verordnungsperioden vom 1. Januar bis 31. März 2023 und 1. April bis 30. September 2023 listete die Arana monatlich 11 Minuten Arztkonsultation, 30 Minuten Koordination, 15 Minuten "Pflegeanleitung/Beratung des Klienten oder von Angehörigen", zweimal 45 Minuten "Pflegebedarf bestimmen und evaluieren" sowie 60 Minuten "Reassessment" auf (KV-act. 56, 64). Im Unterschied zum Dezember 2022 machte die Arana monatlich 30 Minuten für die Koordination und insgesamt 60 Minuten mehr für "Pflegebedarf bestimmen und evaluieren" geltend. Es ist jedoch kein Grund für die Änderung des Zeitaufwandes ersichtlich. Die Ehefrau des Beschwerdeführers fiel zwar als pflegende Person im Jahr 2023 kurzzeitig aus, dies vermag jedoch eine Erhöhung des Pflegebedarfs ab 1. Januar 2023 nicht zu erklären. Laut Pflege- und Betreuungsplan wurden teilweise Leistungen nach Art. 7 Abs. 1 lit. a KLV für die aufgewendete Zeit für Korrespondenz mit der Beschwerdegegnerin bzw. dem Rechtsvertreter des Beschwerdeführers sowie Gespräche über einen allfälligen Wechsel der Spitexorganisation verrechnet (vgl. KV-act. 55). Dabei handelt es sich jedoch nicht um Massnahmen der Abklärung, Beratung und Koordination im Sinne von Art. 7 Abs. 1 lit. a KLV. Als regelmässige Leistungen nachvollziehbar sind aufgrund der eingereichten Unterlagen der Arana einzig 45 Minuten monatlich zur "Bestimmung und Evaluation des Pflegebedarfs" (vgl. KV-act. 55). Die entsprechende Limitation durch die Beschwerdegegnerin ist damit nachvollziehbar.

**3.5** Basierend auf monatlichen Leistungen nach Art. 7 Abs. 2 lit. a von 45 Minuten sowie Leistungen nach Art. 7 Abs. 2 lit. c von 60 Minuten ergibt sich gestützt auf Art. 7a Abs. 1 lit. a und c KLV die von der Beschwerdegegnerin errechnete Beschränkung der Übernahme von Pflegeleistungen auf maximal Fr. 3'214.-- ( $0.75 \times \text{Fr. } 76.90 + 60 \times \text{Fr. } 52.60$ ) monatlich. Diese ist folglich nicht zu beanstanden und eine gerichtliche Begutachtung des versicherten Pflegebedarfs, wie sie der Beschwerdeführer beantragen lässt (act. G1), erübrigt sich. Es ist jedoch darauf hinzuweisen, dass die Limitation vorliegend



entsprechend dem angefochtenen Einspracheentscheid nur bis zum 30. April 2023 überprüft werden kann und die Beschwerdegegnerin allfällige spätere Gesuche des Beschwerdeführers bzw. der betreuenden Arana (oder einer allfälligen anderen Pflegeorganisation) basierend auf der dann bestehenden Gesundheitssituation des Beschwerdeführers erneut zu prüfen hat. Eine pauschale Limitation der Übernahme von Pflegeleistungen für die Zukunft ist nicht zulässig.

**3.6** Soweit die Beschwerdegegnerin vorbringt, sie sei berechtigt, ihre Leistungen infolge des gleichzeitigen Bezugs einer Hilflosenentschädigung (vgl. KV-act. 49) zu kürzen (Überentschädigung; act. G8), ist dies vorliegend mangels konkreter Prüfung und allfälligen Bezifferung im Einspracheentscheid nicht Streitgegenstand. Die im Recht liegenden Angaben würden sodann auch nicht ausreichen, um eine allfällige Überentschädigung und deren Umfang zu beurteilen. Auf den diesbezüglichen (Eventual-)Antrag der Beschwerdegegnerin ist nicht einzutreten.

**3.7** Die Beschwerdegegnerin beantragt in ihrer Duplik, die Arana sei zu verpflichten, den Stundenlohn der pflegenden Ehefrau offenzulegen. Falls der Stundenlohn der pflegenden Ehefrau weniger als Fr. 42.-- betrage bzw. die Arana mehr als 25 % des Beitrags des Krankenversicherers (Beschwerdegegnerin) an die Pflege für das Unternehmen einbehalte, sei festzustellen, dass dies nicht der ratio legis entspreche und nicht rechtmässig sei (act. G14). Auf diese Anträge ist mangels Anfechtungsgegenstand nicht einzutreten.

#### **4.**

**4.1** Im Sinne der Erwägungen ist die Beschwerde bezüglich der Limitation der Leistungsübernahme auf Fr. 3'214.-- monatlich für den Zeitraum vom 1. Juli 2022 bis 30. April 2023 abzuweisen. Auf den Antrag des Beschwerdeführers auf Bezahlung von Pflegeleistungen, welche im Zeitraum von 2019 bis 30. Juni 2022 erbracht wurden, ist nicht einzutreten. Ebenfalls nicht einzutreten ist auf den Antrag der Beschwerdegegnerin bezüglich Offenlegung des Stundenlohns der pflegenden Ehefrau, den in Abhängigkeit der Lohnhöhe gestellten Feststellungsantrag, den Antrag auf eine Kürzung der Pflegeleistungsbeiträge im Rahmen der Koordination mit der Hilflosenentschädigung sowie den Antrag auf Rückerstattung sämtlicher von ihr bezahlter Beiträge an die Pflegeleistungen seit Oktober 2019 (act. G8, G14).

**4.2** Gerichtskosten sind mangels gesetzlicher Grundlage im KVG keine zu erheben (Art. 61 lit. f<sup>bis</sup> ATSG).



4.3 Ausgangsgemäss hat der Beschwerdeführer keinen Anspruch auf eine Parteient-schädigung.

5.

Da die Gerichtsschreiberin verhindert ist, wird der Entscheid für diese stellvertretend von einem mitwirkenden Richter unterzeichnet (Art. 39<sup>ter</sup> Abs. 2 VRP).

### Entscheid

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

1.

Im Sinne der Erwägungen wird die Beschwerde abgewiesen, soweit darauf eingetreten wird.

2.

Auf den Antrag der Beschwerdegegnerin bezüglich Offenlegung des Stundenlohns der pflegenden Ehefrau, den in Abhängigkeit der Lohnhöhe gestellten Feststellungsantrag, den Antrag auf eine Kürzung der Pflegeleistungsbeiträge im Rahmen der Koordination mit der Hilflosenentschädigung sowie den Antrag auf Rückerstattung sämtlicher von ihr bezahlter Beiträge an die Pflegeleistungen seit Oktober 2019 wird nicht eingetreten.

3.

Es werden keine Gerichtskosten erhoben.

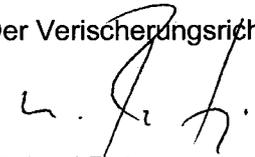
Für die Abteilung III

Die Vorsitzende:

  
Mirjam Angehrn



Der Versicherungsrichter:

  
Michael Rutz



Zustellung an

- Rechtsanwalt Prof. Dr. Hardy Landolt, PflegeRechtsAnwalt GmbH, Schweizerhofstrasse 14, Postfach 1608, 8750 Glarus (2-fach)
- Avenir Krankenversicherung AG, Rechtsdienst, Rue des Cèdres 5, Postfach, 1919 Martigny
- Bundesamt für Gesundheit, Direktionsbereich Kranken- und Unfallversicherung, Schwarzenburgstrasse 157, 3003 Bern

Versand am: **- 5. Dez. 2024**

#### **Rechtsmittelbelehrung**

Gegen diesen Entscheid kann **innert 30 Tagen**, nachdem er in vollständiger Ausfertigung zugestellt wurde, beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, **Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten** erhoben werden. Die Beschwerde ist in einer Amtssprache abzufassen und hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift zu enthalten. Der angefochtene Entscheid ist beizulegen.

Einzelheiten zur Erhebung der Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten sind dem Bundesgesetz über das Bundesgericht vom 17. Juni 2005 (BGG; SR 173.110), insbesondere den Art. 39 ff. und 82 ff. zu entnehmen. Eine allfällige subsidiäre Verfassungsbeschwerde wäre nach den Vorschriften von Art. 113 ff. BGG einzureichen.

Für fristwahrende Eingaben auf dem elektronischen Weg sind die Vorschriften im Reglement des Bundesgerichts über den elektronischen Rechtsverkehr mit Parteien und Vorinstanzen vom 20. Februar 2017 (ReRBGer; SR 173.110.29) zu beachten, ansonsten sind sie ungültig.