



**Entscheid des Kantonsgerichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht**

**vom 7. Juli 2021 (730 20 466 / 186)**

---

**Krankenversicherung**

**Übernahme der Kosten für die ärztlich verordnete ambulante psychiatrische Pflege (psychiatrische Spitex).**

\_\_\_\_\_ Besetzung      Präsident Dieter Freiburghaus, Gerichtsschreiberin Felicia Käslin

\_\_\_\_\_ Parteien      A.\_\_\_\_, Beschwerdeführerin

gegen

**CSS Kranken-Versicherung AG**, Abt. Recht & Compliance, Trib-  
schenstrasse 21, Postfach 2568, 6002 Luzern, Beschwerdegegnerin

\_\_\_\_\_ Betreff      Leistungen Spitex

A. Die 1967 geborene A.\_\_\_\_ ist bei der CSS Kranken-Versicherung AG (CSS) obligatorisch krankenpflegeversichert. Seit März 2011 erbringt die CSS Leistungen für die ambulante psychiatrische Pflege (APP) zu Hause (psychiatrische Spitex). Gestützt auf die ärztliche Spitex-Verordnung vom 31. Januar 2020 ersuchte A.\_\_\_\_ die CSS um Kostenübernahme für die APP im Umfang von 44 Stunden für den Zeitraum vom 4. Februar 2020 bis zum 3. August 2020. Nach Prüfung der Unterlagen lehnte die CSS eine Kostenübernahme mit Schreiben vom

23. März 2020 zunächst ab. Gestützt auf eine angepasste Bedarfsabklärung nahm sie mit Schreiben vom 14. April 2020 eine Zuteilung des Pflegeaufwands in den Tarif der psychiatrischen Grundpflege vor und reduzierte den Leistungsanspruch auf wöchentlich 60 Minuten und somit von 44 Stunden auf 26 Stunden, wobei sie die Kostenübernahme im Leistungsbereich der Abklärung/Beratung und der Behandlungspflege ablehnte. Zur Begründung brachte sie vor, die Beratungen und/oder psychoedukativen Massnahmen im Umgang mit den Krankheitssymptomen/Defiziten sowie das Erarbeiten/Einüben von Handlungsstrategien seien in den Pflegedokumenten nicht ausgewiesen. Zudem seien die Interventionen im Rahmen der seit 2011 erfolgten APP unverändert und folglich ohne nachhaltigen Therapieerfolg geblieben, womit die Voraussetzungen der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit nicht mehr erfüllt seien. Daran hielt sie auch mit Schreiben vom 24. April 2020 fest. Aufgrund weiterer eingereicherter Unterlagen kam die CSS mit Schreiben vom 16. Juni 2020 wiedererwägungsweise zum Schluss, zusätzlich zu den 26 Stunden im Leistungsbereich der Grundpflege sechs Stunden im Leistungsbereich der Abklärung und Beratung aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu übernehmen. Mit Verfügung vom 24. Juni 2020 bestätigte sie die Kostenübernahme von insgesamt 32 Stunden APP für den Zeitraum vom 4. Februar 2020 bis zum 3. August 2020. Eine dagegen erhobene Einsprache wies die CSS mit Entscheid vom 6. November 2020 ab.

B. Hiergegen erhob A.\_\_\_\_ am 3. Dezember 2020 Beschwerde beim Kantonsgericht Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht (Kantonsgericht). Sie beantragte sinngemäss, in Gutheissung der Beschwerde sei der Einspracheentscheid vom 6. November 2020 aufzuheben und die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, die Kosten der ärztlich verordneten APP zu übernehmen, wobei sie einer zeitlichen Reduktion von 100 Minuten auf 75 Minuten versuchsweise, vorerst für ein halbes Jahr, zustimmen würde. Inhaltlich bestehe sie jedoch auf die Leistungen der Tarife a) und b). Zur Begründung machte sie im Wesentlichen geltend, dass die APP mit den Leistungen der Tarife a (Massnahmen der Abklärung und Beratung) und b (Massnahmen der Behandlungspflege) jeweils ihrer aktuellen gesundheitlichen Situation entsprechend gezielt intervenieren könne, denn die schnellen und heftigen Veränderungen ihres physischen und psychischen Zustands seien Symptome ihrer Krankheit. Für den Erhalt der erreichten Stabilität und einer möglichen Weiterentwicklung bestehe ihrerseits Bedarf an Leistungen der APP mit den bisher gewährten Tarifen im bisherigen Rahmen. Ihrer Beschwerde legte A.\_\_\_\_ eine Stellungnahme des betreuenden Pflegefachmanns vom 30. November 2020 bei.

C. Mit Vernehmlassung vom 18. Januar 2021 schloss die CSS auf Abweisung der Beschwerde.

Der Präsident zieht **in Erwägung** :

1.1 Gemäss Art. 56 Abs. 1 und Art. 57 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) vom 6. Oktober 2000, dessen Bestimmungen gemäss Art. 2 ATSG in Verbindung mit Art. 1 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) vom 18. März 1994 auf die Krankenversicherung anwendbar sind, kann gegen Einspracheentscheide der Krankenversicherer beim zuständigen kantonalen Versicherungsgericht

Beschwerde erhoben werden. Zuständig ist nach Art. 58 ATSG das Versicherungsgericht desjenigen Kantons, in dem die versicherte Person zur Zeit der Beschwerdeerhebung ihren Wohnsitz hat. Vorliegend hat die Beschwerdeführerin ihren Wohnsitz in X.\_\_\_\_, weshalb die örtliche Zuständigkeit des Kantonsgerichts Basel-Landschaft zu bejahen ist. Laut § 54 Abs. 1 lit. a des Gesetzes über die Verfassungs- und Verwaltungsprozessordnung (VPO) vom 16. Dezember 1993 beurteilt das Kantonsgericht als Versicherungsgericht als einzige gerichtliche Instanz des Kantons Beschwerden aus dem Bereich der Krankenversicherung. Es ist somit auch sachlich zur Behandlung der vorliegenden Beschwerden zuständig. Auf die – im Übrigen frist- und formgerecht erhobene – Beschwerde vom 3. Dezember 2020 ist einzutreten.

1.2 Gemäss § 55 Abs. 1 VPO entscheidet die präsidierende Person der Abteilung Sozialversicherungsrecht des Kantonsgerichts Streitigkeiten bis zu einem Streitwert von Fr. 20'000.-- durch Präsidialentscheid. Im vorliegenden Fall liegt der Streitwert unter dieser Grenze, weshalb die Angelegenheit präsidial zu entscheiden ist.

2. Materiell streitig und zu prüfen ist die Verpflichtung der Beschwerdegegnerin zur Kostenübernahme der ärztlich verordneten APP-Leistungen im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung. Damit zusammenhängend sind die Fragen zu beantworten, ob die Beschwerdegegnerin berechtigt war, eine Umteilung von der Behandlungs- in die Grundpflege vorzunehmen sowie die Leistungen im Zeitraum vom 4. Februar 2020 bis zum 3. August 2020 von 44 Stunden auf 32 Stunden zu kürzen.

3.1 Nach Art. 24 KVG übernimmt die obligatorische Krankenpflegeversicherung die Kosten für die Leistungen gemäss den Art. 25-31 KVG nach Massgabe der in den Art. 32-34 KVG festgelegten Voraussetzungen. Im Bereich der Pflegeleistungen leistet die obligatorische Krankenpflegeversicherung nach Art. 25a KVG 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.

3.2 Die von den Krankenversicherungen zu erbringenden Beiträge sind in Art. 7a Abs. 1 und 2 i.V.m. Art. 7 Abs. 1 lit. a und b der Verordnung des EDI über Leistungen in der obligatorischen Krankenversicherung (Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) vom 29. September 1995 frankenmässig festgehalten. Gemäss Art. 7 Abs. 1 KLV gelten als Pflegeleistungen die Untersuchungen, Behandlungen und Pflegemassnahmen, die aufgrund der Bedarfsabklärung auf ärztliche Anordnung hin oder im ärztlichen Auftrag unter anderem von Pflegefachfrauen und Pflegefachmännern oder Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause erbracht werden. Gemäss Art. 7 Abs. 2 KLV umfassen die Leistungen im Sinne von Art. 7 Abs. 1 KLV Massnahmen der Abklärung, Beratung und Koordination (lit. a), der Untersuchung und Behandlung (lit. b) sowie der Grundpflege (lit. c).

3.3 Als allgemeine Voraussetzung für die Leistungspflicht aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung verlangt Art. 32 Abs. 1 KVG, dass die Leistungen nach Art. 25-31 KVG wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sind (Satz 1), wobei die Wirksamkeit nach wissenschaftlichen Methoden nachgewiesen sein muss (Satz 2). Es handelt sich bei den in dieser Be-

stimmung statuierten Kriterien der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit (WZW-Kriterien) um die grundlegenden, kumulativ zu erfüllenden Voraussetzungen jeder Leistung. Ihr Zweck ist es, eine effiziente, qualitativ hochstehende und zweckmässige Gesundheitsversorgung zu möglichst günstigen Kosten sicherzustellen. An diesem Ziel haben sich alle Akteure im Bereich der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu orientieren (BGE 145 V 116 E. 3.2).

3.3.1 Wirksam ist eine medizinische Leistung, wenn sie objektiv geeignet ist, auf den angestrebten diagnostischen, therapeutischen oder pflegerischen Nutzen hinzuwirken bzw. den Verlauf einer Krankheit günstig zu beeinflussen (BGE 133 V 115 E. 3.1 mit weiteren Hinweisen).

3.3.2 Die Zweckmässigkeit setzt die Wirksamkeit der Behandlung voraus (BGE 137 V 295 E. 6.2). Dabei gilt jene Anwendung als zweckmässig, welche gemessen am angestrebten Erfolg und unter Berücksichtigung der Risiken den besten diagnostischen oder therapeutischen Nutzen aufweist (BGE 139 V 135 E. 4.4.2). Die Frage nach der Wirksamkeit und Zweckmässigkeit der Massnahme beurteilt sich primär nach medizinischen Gesichtspunkten. Persönliche, familiäre und soziale Umstände (z.B. Ausübung einer Erwerbstätigkeit, Anstreben einer Berufsbildung, politisches oder soziales Engagement, Rolle als Ehefrau und Mutter) sind jedoch mitzuberechnen (Urteil des Bundesgerichts vom 17. Juni 2020, 9C\_41/2020, E. 4.1).

3.3.3 Die Wirtschaftlichkeit setzt die Wirksamkeit und Zweckmässigkeit der Behandlung voraus. Der Leistungserbringer hat sich in seinen Leistungen auf dasjenige Mass zu beschränken, das im Interesse der Versicherten liegt und für den Behandlungszweck erforderlich ist (vgl. auch Art. 56 Abs. 1 KVG). Die Wirtschaftlichkeit beurteilt sich objektiv und hat vergleichenden Charakter, indem sie eine Rolle spielt, wenn im Einzelfall mehrere diagnostische oder therapeutische Alternativen zweckmässig sind. Diesfalls ist das Verhältnis zwischen Kosten und Nutzen jeder Massnahme abzuwägen. Erlaubt eine der Massnahmen, den verfolgten Zweck erheblich kostengünstiger zu erreichen als dies mit der anderen Massnahme der Fall wäre, hat die versicherte Person keinen Anspruch auf die Vergütung der Kosten der teureren Massnahme. Demgegenüber kann eine vergleichsweise grössere medizinische Zweckmässigkeit (durch Vorteile in diagnostischer oder therapeutischer Hinsicht wie beispielsweise geringere Risiken, weniger Komplikationen, günstigere Prognose betreffend Nebenwirkungen und Spätfolgen) die Übernahme einer teureren Massnahme rechtfertigen. Die Frage der Wirtschaftlichkeit stellt sich grundsätzlich nicht, wenn es nur eine Behandlungsmöglichkeit bzw. keine Behandlungsalternative gibt, weil sich das in Art. 32 Abs. 1 KVG verankerte Erfordernis auf die Wahl unter mehreren zweckmässigen Behandlungsalternativen bezieht (BGE 145 V 116 E. 3.2.3 mit weiteren Hinweisen).

4.1 Das sozialversicherungsrechtliche Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsbeschwerdeverfahren ist vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht. Danach haben Versicherungsträger und Gerichte von Amtes wegen für die richtige und vollständige Feststellung des rechtserheblichen Sachverhaltes zu sorgen (BGE 138 V 218 E. 6 mit weiteren Hinweisen; Art. 43 Abs. 1 und Art. 61 lit. c ATSG). Dies bedeutet, dass in Bezug auf den rechtserheblichen Sachverhalt Abklärungen vorzunehmen sind, wenn hierzu aufgrund der Parteivorbringen oder anderer sich aus den Akten ergebender Anhaltspunkte hinreichender Anlass besteht (Urteil des Bundesgerichts

vom 8. Juni 2009, 8C\_106/2009, E. 1 mit weiteren Hinweisen). Dieser Grundsatz gilt indessen nicht uneingeschränkt; er findet sein Korrelat in den Mitwirkungspflichten der Parteien (BGE 125 V 193 E. 2; Urteil des Bundesgerichts vom 27. November 2013, 8C\_742/2013, E. 4.2). Die Mitwirkungspflicht kommt als allgemeiner Verfahrensgrundsatz auch im kantonalen Beschwerdeverfahren zur Anwendung und bedeutet das aktive Mitwirken der Parteien bei der Feststellung des Sachverhalts (vgl. KURT PÄRLI/LAURA KUNZ, Basler Kommentar zum ATSG, N 9 und 14 zu Art. 28 ATSG).

4.2 Das Kantonsgericht besitzt in Sozialversicherungssachen die vollständige Überprüfungsbefugnis und ist in der Beweiswürdigung frei (§ 57 VPO in Verbindung mit Art. 61 Satz 1 ATSG; Art. 61 lit. c ATSG). Die Verwaltung als verfügende Instanz und – im Beschwerdefall – das Gericht dürfen eine Tatsache nur dann als bewiesen annehmen, wenn sie von ihrem Bestehen überzeugt sind (RENÉ WIEDERKEHR/KASPAR PLÜSS, Praxis des öffentlichen Verfahrensrechts, Eine systematische Analyse der Rechtsprechung, Bern 2020, Rz. 1313 mit weiteren Hinweisen). 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. Der Richter und die Richterin haben vielmehr jener Sachverhaltsdarstellung zu folgen, die sie von allen möglichen Geschehensabläufen als die wahrscheinlichste würdigen (BGE 144 V 429 E. 3.2, 138 V 218 E. 6 mit weiteren Hinweisen).

5. Für die Beurteilung des vorliegenden Falls sind im Wesentlichen die folgenden Unterlagen zu berücksichtigen:

5.1 Der behandelnde Arzt Dr. med. B.\_\_\_\_, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, diagnostizierte in seinem Verlaufsbericht vom 14. März 2020 eine Persönlichkeitsstörung, ein Messie-Syndrom, eine Binge-Eating Disorder, eine Adipositas permagna, einen psychosozialen Ordnungsverlust (bei Messie-Syndrom), eine Gaming Disorder, eine Angst- und depressive Störung (gemischt) sowie multiple somatische Erkrankungen, unter anderem schwere Gonarthrose beidseits, Coxarthrose, Lumbago, insulinpflichtiger Diabetes, Hyperlipidämie, migräniforme Attacken und Refluxerkrankung. Dr. B.\_\_\_\_ hielt zum Befund fest, die Versicherte sei in zeitweise deutlich depressiver, verzweifelter Stimmungslage mit regressiven Tendenzen, Grübeln, Zukunftsangst, Schuldgefühlen, ausgesprochener Antriebshemmung, mit auf Essens-Themen fokussiertem Denken, das formal unauffällig sei. Sie habe zudem eine Tendenz zu Impulsausbrüchen, berichte über somatische und soziale Probleme und klage über nächtliche Angst-Attacken und Suizidfantasien. In Bezug auf die psychosoziale Situation gab er an, dass die Versicherte weiterhin isoliert in ihrer überladenen Wohnung lebe, äusserst wenige soziale Kontakte pflege, ihren Verpflichtungen nur mit Hilfe von APP und Spitex nachkomme, die Post nur unter Anleitung und Mithilfe der ambulanten Dienste öffne, zeitweise noch immer unkontrolliert esse und oft suchtartig Computerspiele spiele. Ebenfalls sei sie in ihrer Mobilität aufgrund der körperlichen Schmerzen eingeschränkt und sage wegen ihrer somatischen Limitierung viele auswärtige Termine ab, so auch bei ihm. Aufgrund der gestellten Diagnosen, des Befunds und der psychosozialen Situation sei die APP medizinisch absolut indiziert. Diese Pflege helfe der Versicherten, überhaupt noch in ihrer eigenen Wohnung leben zu können, denn dank der am-

bulanten Hilfe sei sie auf einem sehr tiefen Niveau stabil. Ziele der APP seien weiterhin die Anleitung/Hilfe vor Ort, die Wiederherstellung/das Erhalten einer gewissen Ordnung (wenn auch auf relativ tiefem Niveau), das Erarbeiten von Strategien, um der Unordnung Herr zu werden, das Auffangen emotionaler Krisen bei diesem für die Versicherte schwierigen Prozess, die Unterstützung bei der Ernährungsplanung, das Erhalten von Selbständigkeit sowie das Vermeiden einer dauerhaften Hospitalisation in einem Pflegeheim, was von der Versicherten absolut nicht gewünscht werde. Weiteres Ziel sei das Minimieren einer gewissen Selbstgefährdung, evtl. sogar Fremdgefährdung (Ungeziefer, Feuer). Aufgrund der Schwere der Symptomatik sei gemäss Dr. B.\_\_\_\_ die APP weiter im bisherigen Rahmen von 2 Stunden pro Woche angezeigt. Schliesslich führte er aus, angesichts der komplexen psychophysisch-sozialen Gesamtsituation sei eine Prognose mit Vorsicht zu stellen; möglicherweise seien die somatischen Einschränkungen in nächster Zeit der limitierende Faktor.

5.2 Mit Bericht vom 4. Juni 2020 führte Dr. B.\_\_\_\_ aus, folgende Fortschritte hätten erzielt werden können: weniger Unordnung und kein Chaos mehr in der Wohnung – als äusserlich sichtbarer Ausdruck von mehr innerer Ordnung respektive Struktur –, keine Beteiligungen, keine Steuerschulden, keine Berge ungeöffneter Post mehr, bessere Motivation mitzuarbeiten und sich nicht vollends aufzugeben, in der Regel auch bessere Kontrolle und Planung der Ernährung mit Abnahme und Stabilisierung des Körpergewichts. Aktuell seien allerdings erneut – eindeutig im Rahmen der Auseinandersetzung um die beschlossene Versicherungsleistungskürzung durch die CSS – unkontrollierte Nahrungsaufnahme mit den Folgen von Gewichtszunahme und vermehrter Übelkeit aufgetreten, was einem Rückschritt in den psychiatrisch pflegerischen und ärztlichen Bemühungen gleichkomme. Aufgrund der bestehenden Defizite, die tief verankert und nur bedingt korrigierbar seien, sei die Versicherte vermutlich lebenslang auf psychiatrisch und allgemein pflegerische Unterstützung im beantragten Ausmass angewiesen. Ziele der APP seien insbesondere das Wiederherstellen und die Erhaltung von Lebensqualität, das Auffangen und Bewältigen von Krisensituation sowie das Verhindern einer Dauerhospitalisation respektive von Hospitalismus.

5.3 Gemäss Schreiben der Spitex Y.\_\_\_\_ vom 29. Oktober 2020 lebe die Versicherte zurückgezogen und isoliert. Die Pflegenden würden versuchen, durch die wöchentlichen Einsätze eine Selbstgefährdung zu vermeiden, einen Ist-Zustand der Wohnhygiene zu halten und durch Gespräche Emotionen aufzufangen. Zudem sei durch das wöchentliche Fussbad der erste Einstieg im Bereich der Körperpflege erfolgt. Die CSS erteilte mit Schreiben vom 29. November 2019 für den Zeitraum von 1. September 2019 bis zum 30. November 2019 Kostengutsprache für die Leistungen der Spitex Y.\_\_\_\_ im Umfang von 17.43 Stunden, davon 4.43 Stunden im Leistungsbereich der Abklärung und Beratung und 13 Stunden im Leistungsbereich der Grundpflege.

5.4 Der betreuende Pflegefachmann bestätigte in seiner Stellungnahme vom 30. November 2020, dass es sich bei der APP vorerst um Erhaltungsziele handle. Fortschritte seien zwar nur in ganz kleinen Schritten möglich, würden jedoch trotzdem angestrebt. Diese könnten jedoch nur erreicht werden, wenn die Pflegeleistungen erhöht anstatt reduziert würden. Seine pflegerischen Interventionen würden hauptsächlich auf den Tarifen a (Beratung) und b (Be-

handlungspflege) basieren. Die Versicherte erlebe nach wie vor trotz oder auch wegen der Chronifizierung wiederkehrende Ängste und Krisensituationen, auch wenn sie gelernt habe, besser damit umzugehen.

6. Unbestritten ist vorliegend, dass die Beschwerdeführerin seit mindestens 2011 an einer vielschichtigen somatischen und psychischen Erkrankung leidet und auf pflegerische Leistungen angewiesen ist, um ihren Alltag bewältigen zu können. Unter den Parteien ist ferner unbestritten geblieben, dass die APP eine grundsätzlich wirksame und zweckmässige Behandlung darstellt, um die erreichte gesundheitliche Stabilität der Versicherten zu erhalten. Umstritten ist allerdings, in welchem Umfang und in welcher Anspruchskategorie die Kosten der APP-Leistungen von der Grundversicherung im Zeitraum vom 4. Februar 2020 bis zum 3. August 2020 von der Beschwerdegegnerin zu tragen sind.

6.1.1 Unter den Begriff der Massnahmen der Abklärung, Beratung und Koordination fallen gemäss Art. 7 Abs. 2 lit. a KLV die Ermittlung des Pflegebedarfs und des Umfelds der Patienten und die Planung der notwendigen Massnahmen (Ziff. 1), die Beratung der Patienten sowie gegebenenfalls der nichtberuflich an der Krankenpflege Mitwirkenden bei der Durchführung der Krankenpflege, insbesondere im Umgang mit Krankheitssymptomen, bei der Einnahme von Medikamenten oder beim Gebrauch medizinischer Geräte, und Vornahme der notwendigen Kontrollen (Ziff. 2) und die Koordination der Massnahmen sowie Vorkehrungen im Hinblick auf Komplikationen in komplexen und instabilen Pflegesituationen durch spezialisierte Pflegefachpersonen (Ziff. 3). Die Leistungen nach Art. 7 Abs. 2 lit. a KLV werden gemäss Art. 7a Abs. 1 lit. a KLV in der hier massgebenden Fassung vom 1. Januar 2020 mit Fr. 76.90 pro Stunde vergütet.

6.1.2 Am 30. Januar 2020 ordnete Dr. B.\_\_\_\_\_ für den Zeitraum vom 4. Februar 2020 bis zum 3. August 2020 13 Stunden APP im Leistungsbereich der Abklärung, Beratung und Koordination an (Art. 7 Abs. 2 lit. a KLV). Die Beschwerdegegnerin kürzte diesen Betrag auf sechs Stunden mit der Begründung, der verordnete Bedarf sei in den Pflegeunterlagen des betreuenden Pflegefachmanns nicht genügend dokumentiert. Da die psychischen Krankheiten der Versicherten seit Aufnahme der Pflegeleistungen im Jahr 2011 praktisch unverändert geblieben seien, beschränke sich der Beratungsbedarf nur noch auf die sonstigen Veränderungen. Nachvollziehbar sei deshalb ein Bedarf von sechs Stunden für das Reassessment, das fortlaufende Evaluieren/Anpassen der Pflegeplanung sowie die punktuelle Beratung in Bezug auf das Covid-19-Virus.

6.1.3 Der vom betreuenden Pflegefachmann erstellten Pflegedokumentation der APP zufolge umfasste die Pflege der Versicherten im Zeitraum vom 2. Januar 2020 bis zum 14. Mai 2020 im Leistungsbereich der Abklärung, Beratung und Koordination jeweils zwischen 20 und 30 Minuten pro Woche (vgl. Beilage 3 und 17 zur Vernehmlassung der Beschwerdegegnerin). Den Einträgen in der Pflegedokumentation lässt sich zudem entnehmen, dass die in der Bedarfsabklärung vom 29. Januar 2020 (vgl. Beilage 7 zur Vernehmlassung der Beschwerdegegnerin) aufgeführten Beratungen auch tatsächlich anfallen. Allerdings ist der Beschwerdegegnerin beizupflichten, dass die Dokumentation der Beratungen knapp ausfällt und der dafür ausgewiese-

ne Zeitbedarf nicht nachvollziehbar erscheint, zumal sich die Beratung hauptsächlich auf sonstige Veränderungen und nicht auf den Umgang mit Krankheitssymptomen und/oder die Einnahme von Medikamenten oder Ähnlichem bezieht. Gestützt auf die eingereichten Pflegeunterlagen der APP ist somit von einem geringeren zeitlichen Bedarf auszugehen, wobei 15 Minuten pro Woche angemessen und sachgerecht erscheinen. Es ist somit im Leistungsbereich der Abklärung, Beratung und Koordination nach Art. 7 Abs. 2 lit. a KLV von einem Pflegebedarf von sechseinhalb Stunden für den Zeitraum vom 4. Februar 2020 bis zum 3. August 2020 auszugehen.

6.2.1 Im Leistungsbereich der Untersuchung und Behandlungspflege im Sinne von Art. 7 Abs. 2 lit b KLV sind in Bezug auf psychiatrische Pflegemassnahmen die Ziffern 13 und 14 einschlägig. Darunter fallen pflegerische Massnahmen zur Umsetzung der ärztlichen Therapie im Alltag, wie Einüben von Bewältigungsstrategien und Anleitung im Umgang mit Aggression, Angst, Wahnvorstellungen (Ziff. 13) sowie die Unterstützung für psychisch kranke Personen in Krisensituationen, insbesondere zur Vermeidung von akuter Selbst- oder Fremdgefährdung (Ziff. 14). Die Leistungen nach Art. 7 Abs. 2 lit. b KLV werden gemäss Art. 7a Abs. 1 lit. b KLV in der hier massgebenden Fassung vom 1. Januar 2020 mit Fr. 63.-- pro Stunde vergütet.

6.2.2 Als Massnahmen der Grundpflege bei psychisch Erkrankten zählen nach Art. 7 Abs. 2 lit. c Ziff. 2 KLV die Überwachung und Unterstützung psychisch kranker Personen in der grundlegenden Alltagsbewältigung, wie: Erarbeitung und Einübung einer angepassten Tagesstruktur, zielgerichtetes Training zur Gestaltung und Förderung sozialer Kontakte, Unterstützung beim Einsatz von Orientierungshilfen und Sicherheitsmassnahmen. Die Leistungen nach Art. 7 Abs. 2 lit. c KLV werden gemäss Art. 7a Abs. 1 lit. c KLV in der hier massgebenden Fassung vom 1. Januar 2020 mit Fr. 52.60 pro Stunde vergütet.

6.2.3 Dr. B.\_\_\_\_ verordnete für den Zeitraum vom 4. Februar 2020 bis zum 3. August 2020 26 Stunden APP im Leistungsbereich der Untersuchung und Behandlung (Art. 7 Abs. 2 lit. b KLV). Demgegenüber kürzte die Beschwerdegegnerin diesen Betrag auf null Stunden respektive nahm sie eine Umteilung in die Grundpflege (Art. 7 Abs. 2 lit. c KLV) vor. Zur Begründung führte sie an, den ärztlichen Berichten von Dr. B.\_\_\_\_ könne nicht entnommen werden, dass bei der Versicherten noch Therapiemassnahmen im Sinne einer eigentlichen Heilbehandlung mit dem Ziel einer Verbesserung des Gesundheitszustands oder gar einer Heilung durchgeführt würden. Vielmehr begründe auch Dr. B.\_\_\_\_ die Zielsetzung seiner Therapie weitgehend mit dem Erhalt der aktuellen Situation. Gestützt auf die Berichte von Dr. B.\_\_\_\_ sei somit ersichtlich, dass es sich bei der aktuellen Ausrichtung der psychiatrischen Therapie um eigentliche Unterstützung der Versicherten in der Alltagsbewältigung handle. Dies entspreche in pflegerischer Hinsicht wiederum der Grund- und nicht der Behandlungspflege. Ferner sei auch keine akute Fremd- oder Eigengefährdung ersichtlich, aufgrund derer interveniert werden müsse, weshalb die Abweisung der Behandlungspflege korrekt sei.

6.2.4 Entgegen der Auffassung der Beschwerdegegnerin sind die pflegerischen Massnahmen im Leistungsbereich der Untersuchung und Behandlung (Art. 7 Abs. 2 lit b) ausführlich in der Pflegedokumentation der APP ausgewiesen (vgl. Beilage 3 und 17 zur Vernehmlassung der

Beschwerdegegnerin). So ist beispielsweise im Eintrag vom 9. Januar 2020 aufgeführt, dass mögliche Verhaltensweisen für die Zukunft aufgezeigt wurden. Am 20. Februar 2020 wurden Dialektisch-Behaviorale Therapie (DBT)-Arbeitsblätter bearbeitet, am 26. März 2020 ein Expositionstraining durchgeführt, am 23. April 2020 und am 30. April 2020 ein DBT-Modul bearbeitet, zudem wurden mehrere Aufräumarbeiten angegangen sowie Bewältigungsstrategien ausgearbeitet. Diese Massnahmen dienen allesamt der Umsetzung der ärztlichen Therapie im Alltag. Der pflegerische Bedarf in dieser Leistungskategorie ist somit ausgewiesen. Dem Vorbringen der Beschwerdegegnerin, es sei gestützt auf die Berichte von Dr. B.\_\_\_\_ keine Durchführung von Therapiemassnahmen im Sinne einer eigentlichen Heilbehandlung mit dem Ziel einer Verbesserung des Gesundheitszustands oder gar einer Heilung ersichtlich, ist zu entgegnen, dass die Beschwerdegegnerin diesbezüglich keine detaillierteren Nachfragen angestellt hat und es damit versäumt hat, den Sachverhalt in diesem Punkt ausreichend abzuklären. Folglich bleibt offen, welche Therapiemassnahmen Dr. B.\_\_\_\_ trifft. Allerdings lässt die Pflegedokumentation der APP vermuten, dass bei der Versicherten eine Verhaltenstherapie durchgeführt und diese im Rahmen der APP umgesetzt wird. Aus den beiden Schreiben von Dr. B.\_\_\_\_ vom 14. März 2020 und vom 4. Juni 2020 geht – entgegen der Behauptung der Beschwerdegegnerin – denn auch nicht klar hervor, dass eine eigentliche Heilbehandlung mit dem Ziel der Verbesserung des Gesundheitszustands nicht beabsichtigt ist, sondern lediglich die blosserhaltung des jetzigen Zustands. Insgesamt erscheint der im Leistungsbereich der Untersuchung und Behandlung verordnete Bedarf von 26 Stunden für den Zeitraum vom 4. Februar 2020 bis zum 3. August 2020 nachvollziehbar und angemessen. Zu beanstanden ist deshalb das Vorgehen der Beschwerdegegnerin, die in dieser Leistungskategorie im Zeitraum vom 4. Februar 2020 bis zum 3. August 2020 verordneten 26 Stunden auf null zu kürzen respektive in die Grundpflege umzuteilen.

6.3 In der Leistungskategorie der Grundpflege (Art. 7 Abs. 2 lit. c KLV) verordnete Dr. B.\_\_\_\_ für den hier interessierenden Zeitraum vom 4. Februar 2020 bis zum 3. August 2020 fünf Stunden. Massnahmen der Grundpflege sind in der Pflegedokumentation des betreuenden Pflegefachmanns ausgewiesen und nachvollziehbar erläutert. Da die Spitex Y.\_\_\_\_ ebenfalls Leistungen in der Grundpflege erbringt (vgl. Beilage 2 zur Vernehmlassung der Beschwerdegegnerin), erscheint der verordnete Bedarf von fünf Stunden im vorliegend interessierenden Zeitraum sachgerecht, zumal auch die Beschwerdegegnerin von einem Bedarf in der Leistungskategorie Grundpflege ausgeht. Im Ergebnis erscheinen die ärztlich verordneten fünf Stunden in der Leistungskategorie Grundpflege somit angemessen.

6.4 Zu prüfen bleibt, ob die APP-Leistungen wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich gemäss Art. 32 Abs. 1 KVG sind.

6.4.1 Die Beschwerdegegnerin bringt vor, seit der ersten Beurteilung am 6. Juni 2011 habe sich bei der Versicherten an den vorliegenden Problematiken, den angestrebten Zielen und Schwerpunkten nur wenig geändert. Es sei ein zunehmender Bedarf an Betreuung und Hauswirtschaft festgestellt worden und auch die Unterstützung in administrativen Aufgaben sei nach jahrelanger Anleitung praktisch unverändert. Ein nachhaltiger Therapieerfolg lasse sich nicht feststellen. Auch eine Verbesserung sei nicht eingetreten und es finde keine Entwicklung statt.

Eine gewisse Stabilität habe zwar erreicht werden können, was sie auch als sichtbare Wirksamkeit anerkenne und deshalb insgesamt 32 Stunden an APP für die beabsichtigte Erhaltungsunterstützung anerkenne. Aus den medizinischen Berichten sei nicht ersichtlich, dass es für die blosserhaltung des aktuellen Zustands zwingend eines höheren Pflegeaufwands bedürfe.

6.4.2 Unter den Parteien ist unbestritten geblieben, dass die APP eine grundsätzlich wirksame und zweckmässige Behandlung der komplexen Erkrankungen der Versicherten erlaubt. Entgegen der Auffassung der Beschwerdegegnerin lassen sich Hinweise auf eine Verbesserung – wenn auch nur leicht und schwankend – sowie auf eine positive Entwicklung seit 2011 erkennen (vgl. E. 5 hiavor). In Bezug auf die Wirtschaftlichkeit ist festzuhalten, dass vorliegend zwischen der von Dr. B.\_\_\_\_ verordneten APP und der von der CSS verfügten Kostenübernahme mit Umteilung in eine andere Anspruchskategorie eine Differenz von Fr. 1'071.70 (Fr. 2'900.70 - Fr. 1'829.--) besteht. Die mit dem vorliegenden Urteil begründete Kürzung im Leistungsbereich Abklärung und Beratung auf sechseinhalb Stunden ergibt demgegenüber eine Differenz von Fr. 571.85 zur von der Beschwerdegegnerin verfügten Kostenübernahme (Fr. 2'400.85 - Fr. 1'829.--). Angesichts dieser geringen Differenz ist das Kriterium der Wirtschaftlichkeit immer noch erfüllt, umso mehr, als keine Massnahme ersichtlich ist, die den verfolgten Zweck erheblich kostengünstiger erreichen würde. Darüber hinaus gilt ohnehin die gesetzliche Vermutung, dass ärztlich verordnete Leistungen im Sinne von Art. 32 Abs. 1 KVG wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sind (Urteil des Bundesgerichts vom 16. Oktober 2018, 9C\_1/2018, E. 4.2.2.2; BGE 129 V 167 E. 3.2 am Ende und E. 4). Zu erinnern ist abschliessend, dass es sich vorliegend lediglich um den Zeitraum vom 3. Februar 2020 bis zum 4. August 2020 handelt. Sollte sich die gesundheitliche Situation der Versicherten seit dann verändert haben, steht es der Beschwerdegegnerin frei, den Umfang für eine allfällige weitere Kostenübernahme von APP-Leistungen erneut zu prüfen.

6.5 Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die Versicherte für den Zeitraum vom 3. Februar 2020 bis zum 4. August 2020 im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung Anspruch auf Übernahme der Kosten für die ärztlich verordnete APP im Umfang von sechseinhalb Stunden zum Tarif a, von 26 Stunden zum Tarif b und von fünf Stunden zum Tarif c hat.

7. Die Beschwerde ist bei diesem Ergebnis teilweise gutzuheissen. Der Einspracheentscheid der CSS vom 6. November 2020 ist aufzuheben und diese ist zu verpflichten, für die Versicherte vom 3. Februar 2020 bis zum 4. August 2020 die APP im Umfang von gesamthaft 37.5 Stunden nach dem gesetzlich umschriebenen Tarif von Art. 7a Abs. 1 lit. a (sechseinhalb Stunden), lit. b (26 Stunden) und lit. c (fünf Stunden) KLV zu übernehmen.

8. Für das vorliegende Verfahren sind gestützt auf Art. 61 lit. a ATSG in der bis 31. Dezember 2020 gültig gewesenen, hier anwendbaren Fassung keine Kosten zu erheben.

Demgemäss wird **erkannt** :

- ://:
1. In teilweiser Gutheissung wird der angefochtene Einspracheentscheid vom 6. November 2020 aufgehoben und die Beschwerdegegnerin verpflichtet, der Beschwerdeführerin vom 3. Februar 2020 bis zum 4. August 2020 die verordneten ambulanten psychiatrischen Pflegeleistungen im Umfang von sechseinhalb Stunden zu Fr. 76.90, 26 Stunden zu Fr. 63.-- und fünf Stunden zu Fr. 52.60 zu bezahlen.
  2. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.

<http://www.bl.ch/kantonsgericht>