Kantonsgericht
Basel-Landschaft
Abteilung Sozialversicherungsrecht

Entscheid des Kantonsgerichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht

vom 16. April 2015 (730 14 261)

Krankenversicherung

Wirtschaftlichkeit der Spitex-Kosten für die nächtliche Überwachung der Beatmung einer am Undine-Syndrom erkrankten Versicherten.

Unter den Begriff der Behandlungspflege im Sinne von Art. 7 Abs. 2 KLV fallen nicht nur die Messung der Vitalzeichen und die Massnahmen zur Atemtherapie, sondern insbesondere auch die Massnahmen zur Überwachung von Geräten, die der Kontrolle sowie der Erhaltung von vitalen Funktionen der versicherten Person dienen.

Das Kriterium der Wirtschaftlichkeit spielt erst dann eine Rolle, wenn und soweit im Einzelfall mehrere diagnostische oder therapeutische Alternativen zweckmässig sind. Eine alternative Behandlung in einem stationären Pflegeheim erweist sich in casu als unzumutbar und damit als unzweckmässig.

Selbst wenn ein Spitalaufenthalt, welcher wie eine alternative Übernachtung in einem stationären Pflegeheim als ebenso ungeeignet und damit als unzweckmässig bezeichnet werden muss, in Betracht gezogen würde, ist unter Berücksichtigung der bundesgerichtlichen Rechtsprechung kein grobes Missverhältnis zwischen den Kosten eines stationären Spitalaufenthalts und den anfallenden Spitex-Kosten zu erkennen.

Besetzung	Präsidentin Eva Meuli, Kantonsrichterin Elisabeth Berger Götz, Kantonsrichter Beat Hersberger, Gerichtsschreiber Stephan Paukner
Parteien	**Gemeinde A.____**, Beschwerdeführerin, vertreten durch Dr. Axel Delvoigt, Advokat, St. Johanns-Vorstadt 23, Postfach 1328, 4001 Basel gegen **CSS Kranken-Versicherung AG**, Abt. Recht & Compliance, Tribschenstrasse 21, Postfach 2568, 6002 Luzern, Beschwerdegegnerin
Betreff	Leistungen für B.____

A. Die 1989 geborene und in A.____ wohnhafte B.____ ist bei der CSS Kranken-Versicherung AG (CSS) im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung gegen Krankheits- und Unfallfolgen versichert. Sie leidet unter einem kongenitalen zentralen Hypoventilationssyndrom (Undine-Syndrom), welches dazu führt, dass die Versicherte die normalen Erstickungsgefühle nicht wahrnehmen kann und ihre Beatmung insbesondere nachts überwacht werden muss. Die Versicherte nimmt hierfür Leistungen der Spitex in Anspruch.

B. Bereits im Jahre 2009 wurde bei der CSS um Kostenübernahme für die entsprechenden Spitex-Kosten im Umfang von jährlich Fr. 204‘6190.— ersucht. Mit Schreiben vom 10. Dezember 2009 lehnte die CSS deren vollumfängliche Übernahme mit Hinweis auf die fehlende Wirtschaftlichkeit und auf das Gleichbehandlungsgebot aller Versicherten ab. Zur Begründung brachte sie im Wesentlichen vor, dass die nächtliche Überwachung der Versicherten in einer stationären Einrichtung ebenso wirksam und zweckmässig umgesetzt werden könne. Da es ihr jedoch ein Anliegen sei, der Versicherten ein Verbleiben in ihrem familiären Umfeld zu ermöglichen, beteilige sie sich unpräjudiziell und ohne Anerkennung einer weiteren Leistungspflicht an den Spitex-Kosten mit einem Betrag von Fr. 470.— pro Tag, der auch im Falle eines stationären Aufenthalts anfallen würde. Mit Schreiben vom 10. Mai 2012 gelangte das Zentrum C.____ an die CSS mit der Bitte um Prüfung der Kostenübernahme während eines Jahres für Spitex-Leistungen, da die Leistungen für eine Nachtwache das normale Mass übersteigen würden. Am 7. Februar 2013 hielt die CSS fest, dass die Leistungspflicht unter der nunmehr geltenden Pflege- und Spitalkostenfinanzierung erneut beurteilt werden müsse. Da der Gesetzgeber in der neuen Pflegefinanzierung aber leider keine Regelung vorgesehen habe, welche für einen solchen Spezialfall angewendet werden könne, bestehe einzig die Möglichkeit, Kosten im Umfang der maximal anwendbaren Pflegestufe von Fr. 108.— pro Pflegetag zu vergüten. Der Versicherten werde dabei von den aus der Grundversicherung nicht gedeckten Pflegekosten ein Anteil im Umfang von maximal 20% des höchsten, gesetzlich festgelegten Spitex-Beitrags in Rechnung

gestellt. Die Restkosten würden zu Lasten des Kantons oder der Gemeinde gehen. Gestützt auf die Offerte der Stiftung D.____ vom 12. März 2013 wurde in der Folge mit Schreiben vom 19. März 2013 darum ersucht, Leistungen für eine Sitzwache während der Dauer von acht Stunden à Fr. 65.40 pro Nacht zu erbringen. Mit Schreiben vom 26. März 2013 hielt die CSS fest, dass die Sitzwache grundsätzlich keine Leistungspflicht nach dem Krankenversicherungsgesetz darstelle.

C. Nachdem die CSS ihre bisherige Kostengutsprache vorerst bis Ende März 2013 verlängert hatte, informierte sie mit Schreiben vom 3. Mai 2013 den zwischenzeitlich involvierten Rechtsvertreter der Wohnsitzgemeinde der Versicherten, dass die bisherige Ausrichtung einer Tagespauschale seit Einführung der neuen Spitalfinanzierung nicht mehr gesetzeskonform sei. Darüber hinaus sei eine Referenztaxe nach dem Krankenversicherungsgesetz basierend auf einer 24-Stunden-Betreuung unangemessen hoch. Es liege deshalb nahe, die Pflegefinanzierung heranzuziehen. Da es sich aber um eine ausserordentliche Situation handle, sei die CSS bereit, für die Behandlungspflege durch eine KVG-anerkannte Pflegeperson einen Kostenbeitrag von Fr. 217.78 pro Tag zu vergüten. Dieser Betrag resultiere, wenn man von einer effektiven Interventionszeit der Pflegeperson von insgesamt 3,33 Stunden pro Nacht infolge von maximal 20 behandlungspflegerischen Interventionen à zehn Minuten ausgehe.

D. Nachdem die CSS ihre vorübergehende Kostengutsprache bis Ende Mai 2013 vorerst verlängert hatte, hielt sie nach einem weiteren Schriftenwechsel mit der Wohnsitzgemeinde der Versicherten mit Verfügung vom 12. August 2013 an ihrem Entscheid vom 3. Mai 2013 fest und lehnte eine über den maximalen Betrag von Fr. 217.78 pro Tag hinaus gehende Kostenübernahme für Spitex-Leistungen aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung ab. Zur Begründung brachte sie im Wesentlichen vor, dass die fragliche Behandlungspflege mit sehr unterschiedlichem Bedarf und Häufigkeit durchgeführt werde. Pro Nacht seien jeweils zwischen fünf und 20 Interventionen dokumentiert. Weil die Einsätze nicht planbar seien, werde die aussergewöhnliche Situation anerkannt. Man sei jedoch der Ansicht, dass sich auch die Wohnsitzgemeinde beteiligen müsse. Die von der Gemeinde A.____ am 16. September 2013 gegen diese Verfügung erhobene Einsprache wies die CSS mit Einspracheentscheid vom 20. August 2014 ab.

E. Hiergegen erhob die Gemeinde A.____, vertreten durch Dr. Axel Delvoigt, Advokat, am 8. September 2014 Beschwerde beim Kantonsgericht des Kantons Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht (Kantonsgericht), und beantragte, die CSS sei in Aufhebung des angefochtenen Einspracheentscheids zu verpflichten, für die Versicherte spätestens ab 1. Juni 2013 die Behandlungspflegekosten in der Höhe von mindestens Fr. 3‘741.— pro Woche, entsprechend 58 Stunden à Fr. 64.50, zu übernehmen, unter o/e-Kostenfolge. Zur Begründung brachte sie im Wesentlichen vor, dass die insgesamt anfallende Arbeitszeit der Pflegefachkraft, die im Zusammenhang mit der dauerhaft notwendigen Beatmungsüberwachung der Versicherten stehe, eine Pflichtleistung der Krankenversicherung darstelle. Die Tatsache alleine, dass dadurch hohe Kosten entstehen, bewirke kein unhaltbares Ergebnis.

F. Mit Vernehmlassung vom 28. November 2014 schloss die CSS auf Abweisung der Beschwerde. Zur Begründung verwies sie im Wesentlichen auf ihren Einspracheentscheid vom 20. August 2014.

G. Mit Schreiben vom 5. Januar 2015 zog das Kantonsgericht die in der Angelegenheit der Versicherten ergangenen Akten der IV-Stelle Basel-Landschaft bei. Mit Aufforderung ebenfalls vom 5. Januar 2015 ersuchte das Kantonsgericht die CSS um Nachreichung ihrer in den bisherigen Rechtsschriften erwähnten vertrauensärztlichen Beurteilung. Mit Eingabe vom 26. Januar 2015 teilte die CSS dem Gericht mit, dass die pflegerischen Unterlagen ihrem Vertrauensarzt zugestellt, indes nicht von ihm, sondern von der Verwaltung beurteilt worden seien. Eine vertrauensärztliche Beurteilung liege demnach nicht vor. Am 24. Februar 2015 wurde der Fall in der Folge dem Gericht zur Beurteilung überwiesen.

Das Kantonsgericht zieht **i n E r w ä g u n g** :

1. Gemäss Art. 1 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) vom 18. März 1994 in Verbindung mit Art. 56 Abs. 1 und Art. 60 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) vom 6. Oktober 2000 kann gegen Verfügungen und Einspracheentscheide eines Sozialversicherungsträgers beim zuständigen Versicherungsgericht innerhalb von 30 Tagen Verwaltungsgerichtsbeschwerde erhoben werden. Zuständig ist gemäss Art. 58 Abs. 1 ATSG das Versicherungsgericht desjenigen Kantons, in dem die versicherte Person oder der Beschwerde führende Dritte zum Zeitpunkt der Beschwerdeerhebung ihren Wohnsitz hat. Gemäss § 15a des basellandschaftlichen Einführungsgesetzes zum Bundesgesetz über die Krankenversicherung (EG KVG) vom 25. März 1996 ist die Differenz zwischen den anrechenbaren Pflegekosten und dem von der Krankenversicherung zu übernehmenden Beitrag abzüglich des Anteils der versicherten Person von der Wohngemeinde der Versicherten zu übernehmen. Die Gemeinde A.____ ist vorliegend demnach gemäss Art. 59 ATSG durch den angefochtenen Einspracheentscheid berührt. Zugleich ist damit die örtliche Zuständigkeit des Kantonsgerichts Basel-Landschaft zu bejahen. 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 gegen Einspracheentscheide der Versicherungsträger gemäss Art. 56 ATSG. Damit ist das Kantonsgericht auch sachlich zur Behandlung der vorliegenden Beschwerde befugt. Auf die im Übrigen frist- und formgerecht eingereichte Beschwerde ist daher einzutreten.

2.1 Am 1. Januar 2011 ist die Neuordnung der Pflegefinanzierung vom 13. Juni 2008 in Kraft getreten (AS 2009 3517, 6847). Gemäss Art. 25a Abs. 1 KVG leistet die obligatorische Krankenversicherung lediglich noch einen Beitrag an die Pflegeleistungen, die aufgrund ärztlicher Anordnung ambulant oder im Pflegeheim erbracht werden. Der versicherten Person dürfen von den nicht von der Sozialversicherung gedeckten Pflegekosten maximal 20% des höchsten vom Bundesrat festgesetzten Pflegebeitrags überwälzt werden. Die Kantone regeln die Restfinanzierung (Art. 25a Abs. 5 KVG). Die von den Krankenversicherungen zu erbringenden Bei-

träge 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 Abs. 2 der Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 13. Juni 2008 (Pflegefinanzierung) sind die bei Inkrafttreten dieser Änderung geltenden Tarife und Tarifverträge innert drei Jahren an die vom Bundesrat festgesetzten Beiträge an die Pflegeleistungen anzugleichen. Die Angleichung ist von den Kantonsregierungen zu regeln. Im Kanton Basel-Landschaft galten die bestehenden Tarife für ambulante Pflegeleistungen lediglich bis 31. Dezember 2012 (vgl. § 1a und 2 der Verordnung über die Finanzierung von Pflegeleistungen vom 22. Februar 2011).

2.2 Gemäss ständiger Praxis des Bundesgerichts beurteilt sich die Rechtmässigkeit eines Verwaltungsaktes grundsätzlich nach der Rechtslage am Tag des (Einsprache-) Entscheids (BGE 129 II 522 E. 5.3.2, mit Hinweisen). Das Sozialversicherungsgericht hat ferner bei der Beurteilung eines Falles grundsätzlich auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verfügung bzw. des streitigen Einspracheentscheids eingetretenen Sachverhalt abzustellen (BGE 132 V 220 E. 3.1.1, 131 V 11 E. 1; jeweils mit Hinweisen). Nachdem die CSS mit Schreiben vom 3. Mai 2013 ihre bisherige Kostengutsprache vorerst noch bis Mai 2013 verlängert hatte, sind vorliegend Leistungen der Beschwerdegegnerin ab 1. Juni 2013 strittig. Anfechtungsobjekt ist der Einspracheentscheid vom 20. August 2014. Anwendbar für die vorliegende Beurteilung sind demnach die seit dem 31. Dezember 2012 geltenden Bestimmungen der neuen Pflegefinanzierungsordnung.

2.3 Zu prüfen ist die Verpflichtung der Beschwerdegegnerin zur Kostenvergütung der nach ärztlicher Anordnung erfolgten Spitex-Leistungen ab 1. Juni 2013 und damit zusammenhängend die Frage, ob die Beschwerdegegnerin berechtigt ist, ihren Kostenbeitrag aus KVG auf Fr. 217.78 pro Tag zu plafonieren.

3.1 Nach Art. 24 KVG übernimmt die obligatorische Krankenpflegeversicherung die Kosten für die Leistungen gemäss den Art. 25-31 nach Massgabe der in den Art. 32-34 KVG festgelegten Voraussetzungen. Die Leistungen umfassen unter anderem Untersuchungen, Behandlungen und Pflegemassnahmen, die ambulant, bei Hausbesuchen, stationär, teilstationär oder in einem Pflegeheim durch Personen durchgeführt werden, die auf Anordnung oder im Auftrag eines Arztes oder einer Ärztin Leistungen erbringen (Art. 25 Abs. 2 lit. a Ziff. 3 KVG in der bis 31. Dezember 2010 geltenden und vorliegend aufgrund der kantonalen Übergangsfrist anwendbaren Fassung, vgl. Art. 25 Abs. 2 lit. a und Art. 25a Abs. 1 KVG in der seit 1. Januar 2011 geltenden Fassung).

3.2 Bei einem Aufenthalt in einem Pflegeheim (Art. 39 Abs. 3 KVG) vergütet der Versicherer gemäss Art. 50 KVG die gleichen Leistungen wie bei ambulanter Krankenpflege nach Art. 25a KVG. In Art. 7 KLV wird der Leistungsbereich bei Krankenpflege zu Hause, ambulant oder im Pflegeheim näher bestimmt. Die Revision der Pflegefinanzierung hat die Art der versicherten Leistungen nicht geändert. Neu geregelt wurde bloss der Kostentragungsmodus (GEBHARD EUGSTER, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Krankenversicherung, Erwin Murer/Hans-Ulrich Stauffer [Hrsg.], Zü-

rich/Basel/Genf 2010, Art. 25 N 4; vgl. auch: Urteil des Bundesgerichts vom 21. September 2012, 9C_940/2011, E. 2.1). 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 (sog. „WZW-Kriterien"). Zweckmässigkeit und Wirksamkeit der Leistung setzen voraus, dass die angeordnete Massnahme geeignet ist, das angestrebte Ziel, in casu die Pflege der versicherten Person, zu erreichen (Kranken- und Unfallversicherung – Rechtsprechung und Verwaltungspraxis [RKUV] 1999 Nr. KV 64 S. 67 f. E. 3a). Diese Frage beurteilt sich primär nach medizinischen Gesichtspunkten; persönliche Umstände (z.B. Familie, Erwerbstätigkeit, gesellschaftliche, soziale und politische Aktivitäten) sind indessen mit zu berücksichtigen (Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG] vom 2. Dezember 2003, K 33/02, E. 2.1; RKUV 2001 Nr. KV 144 S. 26 E. 3b). Das Gebot der Wirtschaftlichkeit besagt demgegenüber, dass die Krankenversicherer die Leistungen auf das Mass zu beschränken haben, das im Interesse des Versicherten liegt und für den Behandlungszweck erforderlich ist (Art. 56 Abs. 1 KVG). Demnach haben sie dort, wo gleichzeitig mehrere Massnahmen als wirksam und zweckmässig zu qualifizieren sind, grundsätzlich nur für die kostengünstigere dieser Massnahmen aufzukommen (vgl. RKUV 1999 Nr. KV 64 S. 67 f. E. 3a).

3.4 Im Zusammenhang mit dem Wirtschaftlichkeitskriterium hat sich das Bundesgericht bislang vor allem zum Vergleich der Kosten durch eine Spitex-Pflege einerseits und den Kosten in einem Pflegeheim geäussert. Das Kriterium der Wirtschaftlichkeit betrifft jedoch nicht nur die Art und das Ausmass der durchzuführenden diagnostischen oder therapeutischen Massnahmen, sondern berührt auch die Form der Behandlung, namentlich die Fragen, ob eine Behandlung überhaupt stationär erfolgen soll, und zu welcher Pflege- oder gegebenenfalls Spitaleinrichtung ein solcher Fall vom medizinischen Standpunkt aus gehört. Nach der in BGE 126 V 334 ff. ausführlich dargelegten Rechtsprechung bedeutet das Gebot der Wirtschaftlichkeit nicht, dass der Krankenversicherer befugt ist, die Vergütung der Spitex-Dienste stets auf jene Leistungen zu beschränken, die er bei Aufenthalt in einem Pflegeheim zu gewähren hätte. Die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit darf daher nicht anhand einer strikten Gegenüberstellung der dem Krankenversicherer entstehenden Kosten eines Spitex-Einsatzes einerseits und eines Pflegeheimaufenthalts andererseits erfolgen. Wenn aber –bei gleicher Zweckmässigkeit der Massnahmen – zwischen den Kosten eines Spitex-Einsatzes und denjenigen des Aufenthalts in einem Pflegeheim ein grobes Missverhältnis besteht, kann der Spitex-Einsatz auch unter Berücksichtigung der berechtigten Interessen der versicherten Person nicht mehr als wirtschaftlich angesehen werden. Dies hat auch dann zu gelten, wenn der Spitex-Einsatz im konkreten Fall als zweckmässiger und wirksamer zu betrachten ist als ein an sich ebenfalls zweckmässiger und wirksamer Heimaufenthalt (BGE 126 V 338 E. 2a; Urteil des Bundesgerichts vom

21. September 2012, 9C_940/2011, E. 2.3). Das Kriterium der Wirtschaftlichkeit spielt daher dann eine Rolle, wenn und soweit im Einzelfall überhaupt mehrere diagnostische oder therapeutische Alternativen zweckmässig sind. Erst dann ist das Verhältnis zwischen den Kosten und Nutzen jeder Massnahme abzuwägen. Wenn die eine von diesen Massnahmen ermöglicht, den erfolgten Zweck erheblich kostengünstiger als die anderen zu erreichen, hat die versicherte Person keinen Anspruch auf die Vergütung der Kosten der teureren Massnahme (Pra 87 Nr. 160).

4.1 Die im Zeitpunkt des angefochtenen Einspracheentscheids 23 Jahre alte Versicherte leidet gemäss ärztlichem Bericht von Prof. Dr. E.____, Leiter Intensivmedizin und Pneumologie des Spitals F.____ vom 18. Mai 2009 (vgl. Beilage 3 zur Beschwerdebegründung) an einem kongenitalen zentralen Hypoventilationssyndrom (Undine-Syndrom). Diese seltene Krankheit führt dazu, dass weder die normalen Erstickungsgefühle noch eine Luftnot wahrgenommen werden können. Ohne künstliche Beatmung würde die Patientin nachts ersticken, weshalb sie seit Geburt im Schlaf maschinell beamtet werden müsse. Diese Beatmung wiederum müsse permanent überwacht werden, weil eine Diskonnektion oder eine Fehlfunktion des Beatmungsgeräts trotz lauten Alarmsignals von der Patientin nicht realisiert werde. Eine permanente Überwachung während der ganzen Nacht sei daher unabdingbar. Diese Leistung müsse offensichtlich von Pflegefachleuten erbracht werden, um das Leben der Patientin nicht zu gefährden. Diese realisiere nicht mal tagsüber, ob sie genügend atme. Gemäss Bedarfsabklärung vom 12. Oktober 2009 (vgl. Beilage 4 zur Beschwerdebegründung) bedürfe die Versicherte pro Woche einer komplexen Grundpflege im Umfang von 56 Stunden. Dem Bericht des Zentrums C.____ vom 7. Mai 2013 (vgl. Beilage 9 zur Beschwerdebegründung) kann ergänzend entnommen werden, dass seit dem Beginn des Aufenthalts der Versicherten innert eines Monats bereits drei risikovolle Situationen eingetreten seien, in welchen sie auch tagsüber beinahe bzw. bereits eingeschlafen sei. Es habe sich herausgestellt, dass die Versicherte nebst mindestens acht Stunden Schlaf pro Nacht einmal pro Woche morgens zusätzlich zwei Stunden Schlaf benötige, um ihren Alltag meistern zu können. Damit könne das Risiko, tagsüber unbeobachtet einzuschlafen, minimiert werden.

4.2 Unter den Begriff der Behandlungspflege im Sinne von Art. 7 Abs. 2 KLV fallen nicht nur die Messung der Vitalzeichen und die Massnahmen zur Atemtherapie, wie beispielsweise O2-Verabreichungen, sondern insbesondere auch die Massnahmen zur Überwachung von Geräten, die der Behandlung oder der Kontrolle sowie der Erhaltung von vitalen Funktionen der versicherten Person dienen. Die fragliche, medizinisch als lebensnotwendig zu qualifizierende Beatmungs-Überwachung der Versicherten lässt sich mithin zwanglos unter die Pflichtleistungen gemäss Art. 7 Abs. 1 und 2 lit. b Ziffern 1, 4 und 9 KLV subsumieren. Unter den Parteien ist ausserdem unbestritten geblieben, dass die umstrittene Spitex-Pflege eine grundsätzlich wirksame und zweckmässige Behandlung darstellt, um die maschinelle Beatmung der am Undine-Syndrom erkrankten Versicherten nachts zu überwachen. In diesem Sinne hat die Beschwerdegegnerin bereits mit Schreiben vom 10. Dezember 2012 zu Recht erkannt, dass die nächtliche Überwachung der Versicherten medizinisch ausgewiesen ist (vgl. Beilage 6 zur Beschwerdebegründung). Gestützt auf die entsprechenden Berichte in den Akten ist diese auch im angefochtenen Einspracheentscheid vertretene Auffassung nicht zu bemängeln.

4.3.1 Umstritten ist hingegen der Umfang dieser Leistungen. Während die Beschwerdeführerin davon ausgeht, dass eine Unterscheidung zwischen eigentlichen Tätigkeiten und wartenden Zeiten weder sachgerecht noch vom Gesetz vorgesehen sei, stellt sich die Beschwerdegegnerin auf den Standpunkt, dass nur tatsächliche Vorkehrungen, nicht jedoch sogenannt „wartende" Zeiten zu entschädigen seien. Vorliegend würden Leistungen der Behandlungspflege gemäss Art. 7 Abs. 2 KLV zwar klar erbracht. Diese würden jedoch mit sehr unterschiedlichem Bedarf und Häufigkeit durchgeführt. Ausgehend von einer ausgewiesenen Höchstzahl von 20 Interventionen pro Nacht und unter der Annahme einer durchschnittlichen Dauer von zehn Minuten pro Intervention sei von einer durchschnittlichen Notwendigkeit pflegerischer Massnahmen im Umfang von 3,33 Stunden pro Nacht auszugehen. Gestützt auf den Pflegebeitrag gemäss Art. 7a Abs. 1 li.t b KLV von Fr. 65.40 resultiere eine Entschädigung pro Tag im Umfang von Fr. 217.78 (20 x 10 Minuten = 3,33 Stunden x Fr. 65.40).

4.3.2 Dem Hilfe- und Pflegeplan der D.____ vom 12. Januar 2013 zufolge umfasst die Pflege der Versicherten während der Ruhe- und Schlafphase die Überwachung von nächtlichen Störfaktoren, die Vitalkontrolle bei der Beatmung sowie die Garantie von Sicherheit durch eine Überwachung und Kontrolle der Beatmungsgeräte (vgl. Akt 29 der Beschwerdegegnerin, Übersicht Unterstützung und stellvertretende Übernahme der Aktivitäten des täglichen Lebens, Ziffer 1, 7 und 8). Das Pflegeziel liegt in der Gewährleistung der sicheren Atemregulation während der Schlafphase. Die Massnahmen bestehen im Einzelnen in einer sorgfältigen Überwachung von lebensbedrohlichen Situationen, wie insbesondere eine Unterbrechung der Verbindung der Beatmungsmaschine mit dem Beatmungsschlauch und die Überwachung kritischer Momente bei der Beatmung im Tiefschlaf; darüber hinaus sind Alarme zu bewältigen, indem ein situativer Lagerungswechsel der Patientin durchgeführt, die Patientin geweckt sowie die Beatmungsmaske kontrolliert und allenfalls fixiert werden muss. Ausserdem ist bei der Beatmung allfälliges Kondenswasser aus dem Schlauch zu entfernen. Am Gerät selbst ist der Druck anzupassen. Die Messdaten, das Volumen und der Druck sind zu überprüfen und die Beatmungsmaschine ist auf sonstige Ausfälle wie defekte Sensoren, Kabel und Anschlüsse sowie Stromausfälle hin zu überwachen. Bei Krankheiten der Patientin muss eine zusätzliche Überwachung und Kontrolle gemäss medizinischer Vorgabe erfolgen (vgl. Akt 29 der Beschwerdegegnerin, Übersicht Unterstützung und stellvertretende Übernahme der Aktivitäten des täglichen Lebens, Ziffer 1, 7 und 8). Den Überwachungsblättern der D.____ (vgl. Akt 30 der Beschwerdegegnerin) lässt sich entnehmen, dass diese im Pflegeplan aufgeführten Massnahmen auch tatsächlich alle wiederholt anfallen. Ausgewiesen sind diverse nächtliche Verbindungsunterbrüche des Beatmungsschlauches (vgl. Eintragungen beispielsweise vom 10. Mai 2012 um 6.10 Uhr, ebenso 12. Mai 2012 um 3.53 sowie 4.39 Uhr, 17. Mai 2012 um 5.45 Uhr, et al.), ein Festzurren der Maske und der Kinnstütze (vgl. Eintragungen vom 29. Mai 2012 um 23.15 Uhr, 3. Juni, 6.30 Uhr, 25. Juni 2.30 Uhr, et al.), wiederholte Korrekturen von Körper- und Kopfhaltung infolge teils mehrfacher Vitalalarme (vgl. Eintragungen vom 17. Juni 2012, 3.00 Uhr, 28. Juni 2012, 3.00 Uhr, 10. Juli 2012, 4.50 Uhr, sowie 20. Juli 2012 um 3.00 Uhr, et al.), vereinzelte Weckinterventionen (vgl. Eintragung vom 23. Juli 2012, 1.20 Uhr) sowie das Entfernen von Kondenswasser (vgl. Eintragungen vom 2. Juni 2012, 3 Uhr, 14. Juli 2012, 3.30 Uhr, et al.). Die Beschwerdeführerin weist sodann zu Recht darauf hin, dass teils deutlich mehr als 20 Alarme pro Nacht zu

verzeichnen sind (vgl. Eintragungen vom 7. / 8. Mai 2012: 27 Alarme; 26. Mai 2012: 21 Alarme; 6. /. 7. Juni 2012 23 Alarme; 12. 13. August 2012: 29 Alarme; 16. / 17. Oktober 2012 26 Alarme; 30. / 31. Oktober 2012 42 Alarme).

4.3.3 Eine Beschränkung des Pflegeaufwands auf 3,33 Stunden pro Nacht erweist sich bereits in Anbetracht der teils deutlich öfters anfallenden Interventionen als nicht sachgerecht. Wie die Beschwerdegegnerin selber bereits in ihrem Schreiben vom 3. Mai 2013 (vgl. Beilage 10 der Beschwerdebegründung) festgehalten hat, resultiert im Gegenteil ein insgesamt weder zeitlich noch qualitativ planbarer Pflegeaufwand. Aus den Details der dargelegten Pflegedokumentation erhellt, dass die strittige Überwachung und die daraus resultierenden Interventionen gemäss Art. 7 Abs. 2 lit. b Ziffer 1, 4 und 9 KLV nur gewährleistet werden können, wenn die Pflegefachkraft einerseits die Versicherte selbst und andererseits das Beatmungsgerät während der medizinisch ausgewiesenen Schlafphase von acht Stunden bzw. zweimal pro Woche neun Stunden pro Nacht, insgesamt somit total während 58 Stunden pro Woche (vgl. oben, Erwägung 5.1 hievor), durchgehend genau beobachtet. Andernfalls droht die Versicherte zu ersticken. Nichts anderes ergibt sich aus dem am 22. April 2014 bei der IV-Stelle Basel-Landschaft eingegangenen Arztbericht des Spitals F.____, wonach die Beatmung kontinuierlich und „engmaschigst“ überwacht werden muss, andernfalls ein lebensgefährlicher, massiver Hirnschaden drohe (vgl. IV-Dok 211). Diese mithin dauernde Überwachung stellt eine aktive Tätigkeit dar, welche mit Blick auf eine jederzeit mögliche, kritische Situation ein sofortiges Eingreifen garantieren muss und somit stete Aufmerksamkeit bedingt. Dies belegt zweifelsohne auch der Blick in die Pflegedokumentation der D.____ (vgl. Akt 30 der Beschwerdegnerin): Die rein maschinelle Alarmierung erfordert jeweils unterschiedlich und sofortige Interventionen, was nicht nur im Zusammenhang mit der teils zu geringen Sauerstoffsättigung, sondern insbesondere auch mit Blick auf ein Befestigen der Atemmaske sowie das Entfernen von Kondenswasser aus dem Beatmungsschlauch gilt. Die von der CSS vertretene Auffassung, wonach ein Eingreifen durch die anwesende Pflegefachkraft nur dann notwendig sei, wenn die Beatmungsmaschine versage oder die Sauerstoffkonzentration angepasst werden müsse, widerspricht den Akten und greift deutlich zu kurz (vgl. Schreiben der CSS vom 19. Mai 2008, Beilage 5 der Beschwerdebegründung). Die mithin während 58 Stunden pro Woche als dauerhaft zu qualifizierende Überwachung erweist sich aber auch unter Berücksichtigung der medizinischen Akten als unerlässlich, wonach eine Diskonnektion oder eine Fehlfunktion des Beatmungsgeräts trotz lauten Alarmsignals von der Versicherten nicht realisiert wird (vgl. oben, Erwägung 5.1 hievor). Unter diesen Umständen ist eine dauernde Beobachtung und Überwachung geradezu lebensnotwendig. Diese stellt zweifelsohne eine durchgehend aktive Tätigkeit dar. Daran vermag nichts zu ändern, dass in den übrigen Akten terminologisch teils von einer Sitzwache gesprochen wird (vgl. beispielsweise Akt 31 der Beschwerdegegnerin). Ob eine Behandlungsmassnahme überwacht oder ein Dauerkrankheitszustand, der situativ ein sofortiges Eingreifen zum Einleiten von vital notwendigen Massnahmen erfordert, permanent beobachtet werden muss, vermag mit Blick auf Art. 7 Abs. 2 lit. b KLV keinen Unterschied zu begründen. Die entsprechende Pflegemassnahme muss während der gesamten Schlafphase der Versicherten erbracht werden. Die Beobachtung und Überwachung der Atmungsfunktion der Versicherten durch die Spitexdienste der D.____ hat deshalb im Umfang von 58 Stunden pro Woche zu erfolgen, um wirksam und zweckmässig zu sein.

5.1 Zu prüfen bleibt die Wirtschaftlichkeit der strittigen Pflegemassnahmen. In Anbetracht des soeben dargelegten Pflegeaufwands steht im vorliegenden Fall keine alternative Massnahme zur Verfügung, welche sich hinsichtlich ihrer Wirksamkeit und Zweckmässigkeit als mindestens gleichwertig erweisen würde. Es daran zu erinnern, dass das Kriterium der Wirtschaftlichkeit erst dann eine Rolle spielt, wenn und soweit im Einzelfall mehrere diagnostische oder therapeutische Alternativen zweckmässig sind. Erst dann berührt das Kriterium der Wirtschaftlichkeit auch die Form der Behandlung, namentlich die Fragen, ob eine Behandlung überhaupt stationär erfolgen soll, und zu welcher Pflege- oder gegebenenfalls Spitaleinrichtung ein solcher Fall vom medizinischen Standpunkt aus gehört. Nur diesfalls ist das Verhältnis zwischen Kosten und Nutzen der in Frage kommenden Massnahmen überhaupt gegenseitig abzuwägen (vgl. oben, Erwägung 3.3 a.E.). Im vorliegenden Fall ist aufgrund der medizinischen und pflegerischen Akten davon auszugehen, dass ein chronischer Krankheitszustand vorliegt und zwecks Überwachung der Vitalzeichen und Gewährleistung von Massnahmen zur Atemtherapie und zur Überwachung des Beatmungsgeräts (vgl. Art. 7 Abs. 2 lit. b Ziffern 1, 4 und 9 KLV) grundsätzlich nur noch eine Pflege, nicht aber eine Therapie möglich ist. Weiter ergibt sich, dass dieser Zustand seit Jahren stabil ist und auch lebenslänglich andauern wird. Trotzdem kann die Betreuung der Versicherten nicht in einem Pflegeheim erfolgen. So sieht der Leistungskatalog des „Bewohner/innen-Einstufungs- und Abrechnungssystems“ BESA (vgl. www. besacare.ch) unter dem Titel 5.2.3 „Atmung und Sauerstoffversorgung“ zwar die Überwachung von Inhalationen oder Inhalationslösungen vor. Diese Überwachung aber beschränkt sich der vereinheitlichen Normhäufigkeit zufolge auf lediglich zwei bis viermal pro Tag und Mitarbeiter (vgl. a.a.O., S. 12). Nicht anderes verhält es sich hinsichtlich der Messung von Vitalzeichen, welche zwar ebenso zwanglos unter die Leistungen nach Art. 7 KLV fallen, gemäss BESA-Einstufung in zeitlicher Hinsicht jedoch auf eine Normhäufigkeit von ein bis drei Mal pro Monat und Mitarbeiter beschränkt sind (vgl. a.a.O., S. 10, ad Ziffer 5.2.1). Damit aber resultiert, dass die in den medizinischen und pflegerischen Akten übereinstimmend als lebensnotwendig umschriebenen Bedürfnisse der Versicherten in Bezug auf ihre zeitliche Permanenz in einem Pflegeheim schlicht nicht abgedeckt werden können. Es tritt hinzu, dass die Normhäufigkeit der BESA-Richtlinie auf dem Prinzip des Multitaskings der Pflegemitarbeitenden beruht; eine durchgehende Betreuung von Patienten wie im vorliegend medizinisch ausgewiesenen Spezialfall wird davon gerade nicht erfasst. In qualitativer Hinsicht ist zu berücksichtigen, dass der BESA-Katalog zwar die Messung der Vitalzeichen (Atem) sowie allfällige Massnahmen zur Atemtherapie, nicht aber die in casu lebensnotwendige Überwachung eines Beatmungsgeräts gemäss Art. 7 Abs. 2 lit. b Ziffer 9 beinhaltet. Eine patientenbezogene Einzelüberwachung in einem Pflegeheim ist daher aus systemischen Überlegungen grundsätzlich ausgeschlossen.

5.2 Eine alternative Behandlung der Versicherten in einem stationären Pflegeheim kommt auch unter dem Blickwinkel von Art. 7 Abs. 3 KLV nicht in Frage. Das für Pflegeheime vorgesehene Finanzierungssystem, wonach bei einem Pflegebedarf von bereits 221 Minuten pro Tag die höchste Pflegestufe erreicht wird, vermag der in casu notwendigen acht bis neunstündigen, permanenten Überwachung in finanzieller Hinsicht offensichtlich nicht gerecht zu werden. Diese Ansicht scheint auch die Beschwerdegegnerin zu vertreten, wenn sie festhält, dass die Pflegeheim-Leistungen der Situation nicht gerecht würden (vgl. Schreiben der CSS vom 25. Juni

2013, Akt 48 der Beschwerdegegnerin). In der Tat erschiene es als nicht sachgerecht, die Kostenbeteiligung im Umfang der für die höchste Pflegestufe vorgesehenen Kostenbeteiligung von Fr. 108.— zu plafonieren, obgleich der medizinisch ausgewiesene Zeitaufwand in casu mindestens doppelt so hoch ausfällt, als dies Art. 7a Abs. 3 lit. l KLV vorsieht.

5.3 Hinzu tritt ein Weiteres: Wie bereits erwähnt, sind bei der Beurteilung der Geeignetheit bzw. Zweckmässigkeit einer bestimmten Leistung nebst medizinischen Gesichtspunkten stets auch die persönlichen, familiären und sozialen Umstände mit zu berücksichtigen (vgl. oben, Erwägung 3.3 hievor). Mit Blick auf diese Umstände erweist sich die Alternative einer nächtlichen Beatmung und Überwachung in einem stationären Pflegeumfeld aber als unrealistisch. Im Zeitpunkt des angefochtenen Einspracheentscheids (vgl. oben, Erwägung 2.2 hievor) wohnte die Versicherte seit knapp 1 ½ Jahren im Zentrum C.____, wo sie seither den Weg in ein „normales“, eigenverantwortliches Leben zu beschreiten versucht. Das dort absolvierte Wohntraining hat zum Ziel, selbständig wohnen, arbeiten und leben zu lernen (vgl. Abklärung D.____ vom 12. Januar 2013, Akt 30 der Beschwerdegegnerin). Eine Konsolidierung dieser noch neuen sozialen Verhältnisse würde faktisch verunmöglicht, wenn die Versicherte jeweils in einem externen Pflegeheim übernachten müsste. Es ist notorisch, dass eine tägliche, auswärtige Übernachtung für die Betroffene mit einem grossen organisatorischen Aufwand verbunden wäre. Eine externe Übernachtung würde die Wohn- und Lebenssituation im Zentrum C.____ daher destabilisieren. Sie würde dazu führen, dass jegliche Sozial- und Tagestrukturen zeitlich auseinandergerissen würden. Bereits die abendliche Hin- und morgendliche Rückfahrt sowie die Abend- und Morgentoilette dürften einen nicht unbeachtlichen, zusätzlichen Zeitbedarf einnehmen. Dieser würde dazu führen, dass der Versicherten praktisch keine Zeit mehr für private Verrichtungen und sonstige Interessen zur Verfügung stünde. Ausschlaggebend ist, der Pflegebedürftigen eine stets möglichst grosse Teilhabe am gesellschaftlichen Leben zu ermöglichen. Diese Zielsetzung aber würde vereitelt, müsste sie auswärts in einem Pflegeheim nächtigen. Ausserdem würde sie – anders als in ihrer gewohnten Wohnumgebung – kaum innert nützlicher Frist zu einem adäquaten und ruhigen Schlaf finden. Die Gewährleistung einer Tagesstruktur würde letztlich verunmöglicht. Die Beschwerdegegnerin weist in ihrer Vernehmlassung zu Recht darauf hin, dass die Versicherte trotz der bei ihr gestellten Diagnose – im Gegensatz beispielsweise zu einem Tetraplegiker (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 5. September 2014, 8C_457/2014) – ein normales Leben führen kann. Ein Pflegeheim, in welchem sich praktisch ausschliesslich körperlich behinderte oder gar schwer altersdemente Menschen befinden, kann für die erst 23 Jahre junge Versicherte, welche sich grundsätzlich frei bewegen kann, unter Berücksichtigung ihrer sozialen und intellektuellen Bedürfnisse deshalb auch aus grundsätzlichen Überlegungen schlicht keine geeignete Institution darstellen. Unter Berücksichtigung der persönlichen und sozialen Verhältnisse erweist sich ein allnächtlicher Aufenthalt in einem Pflegeheim insgesamt als unzumutbar und damit als unzweckmässig.

5.4 Als weiteres Zwischenergebnis kann demnach festgestellt werden, dass eine alternative Behandlung in einer stationären Pflegeheim-Einrichtung als ungeeignet zu qualifizieren ist. Mangels alternativer Pflegemassnahmen in einer stationären Pflegeinstitution gemäss Art. 7 Abs. 1 lit. c KLV (Pflegeheim oder Pflegeabteilung in einem Spital für nicht akutspitalbedürftige Pflegepatienten) bedarf das Kriterium der Wirtschaftlichkeit somit keiner eigenständigen Prü-

fung. Die Kostenbeteiligung der Beschwerdegegnerin wäre somit bereits an dieser Stelle im Umfang von 58 Stunden pro Woche à Fr. 65.40 (recte: in Abweichung zum Rechtsbegehren in Ziffer 1 der Beschwerdebegründung; so bereits auch Schreiben der CSS vom 25. Juni 2013, Akt 48 der Beschwerdegegnerin; Art. 7a Abs. 1 li.t b KLV) zu bejahen.

5.5 Auch wenn bei der Versicherten keine eigentliche Spitalbedürftigkeit ausgewiesen ist (vgl. ebenso Schreiben der CSS vom 25. Juni 2013, Akt 48 der Beschwerdegegnerin), verbliebe als alternative, wirksame Behandlung letztlich einzig eine nächtliche Beatmung in einer Spitaleinrichtung. Ob deren Überwachung – wie die D.____ in ihrem Schreiben vom 27. März 2013 geltend macht – einzig auf der Intensivstation gewährleistet werden könnte (vgl. Akt 38 der Beschwerdegegnerin), kann allerdings offen bleiben.

5.5.1 Die bundesgerichtliche Rechtsprechung sieht vor, dass zu Hause erbrachte Krankenpflegeleistungen, trotz Bestehens eines Missverhältnisses im wirtschaftlichen Sinne, dann als angemessener gelten müssen als in einem Pflegeheim (oder in einer sonstigen geeigneten Institution), wenn sie der versicherten Person eine Entwicklung in persönlicher Hinsicht, wie Arbeit, Ausbildung oder ein soziales Engagement ermöglichen können, welche die Verlegung in eine alternative Institution nicht zuliesse (BGE 126 V 341 E. 3a). Dies sei jedoch dann nicht der Fall, wenn die Hauspflege der versicherten Person nur eine bessere Lebensqualität verschaffe. Die Erbringung der Hauspflege muss mit anderen Worten mit einem offensichtlichen Vorteil (sog. bénéfice manifeste; Urteil des Bundesgerichts vom 21. Januar 2014, 9C_343/2013, E. 4.2.1) verbunden sein. Wenn demgegenüber zwischen den Kosten alternativ zur Verfügung stehender Massnahmen ein offenkundiges Missverhältnis besteht, können die zu Hause erbrachten Krankenpflegeleistungen nicht mehr als wirtschaftlich angesehen werden, selbst wenn diese Leistungen im Einzelfall wirksamer und zweckmässiger erscheinen als der Aufenthalt in einem Pflegeheim (BGE 126 V 338 E. 2a).

5.5.2 In Fällen, in denen die Spitex-Pflege als leicht wirksamer und zweckmässiger als eine Heimpflege qualifiziert worden ist, hat das Bundesgericht in der Vergangenheit einen Anspruch auf Kostenübernahme bejaht bei 1.9-mal, 2.6- bis 2.9-mal sowie 2.87-mal höheren Spitex-Kosten (Urteil des EVG vom 2. Dezember 2003, K 33/02, E. 2.2 mit vielen weiteren Hinweisen; RKUV 2001 Nr. KV 162 S. 182 f. E. 3; Urteil des EVG vom 13. September 2001, K 201/00, E. 3c). Bei Gleichwertigkeit der Spitex- und der Heimpflege hat das Bundesgericht in einem weiteren Entscheid bei rund 2.35-mal höheren Kosten die Spitex-Pflege als "gerade noch" wirtschaftlich qualifiziert (Urteil des Bundesgerichts vom 21. September 2012, 9C_940/2011, E. 3.4). Hingegen hat es die Wirtschaftlichkeit verneint bei 3- bis 4-mal sowie bei 4- bis 5-mal höheren Spitex-Kosten (Urteil des EVG vom 11. Mai 2004, K 95/03, E. 3.2, Urteil des EVG vom 5. Oktober 2000, K 61/00, E. 4, hingegen bei 3.5-mal höheren Kosten in BGE 126 V 342 f. E. 3b bejaht, da die Spitex-Pflege als erheblich zweckmässiger und wirksamer qualifiziert wurde). In einem weiteren Fall einer 1932 geborenen, leicht dementen Person, welche sich trotz Gangunsicherheit und Sturzgefahr unter Zuhilfenahme von Stöcken bzw. des Rollators im eigenen Haus und in der näheren Umgebung noch frei bewegen und an sozialen bzw. familiären Aktivitäten teilnehmen konnte, wurde die Spitex-Pflege schliesslich bei einem Faktor von 2,57 eben-

falls noch als wirtschaftlich bejaht (Urteil des Bundesgerichts vom 21. Januar 2014, 9C_343/2013, E. 4.2.1).

5.5.3 Diese Rechtsprechung ist analog ohne Weiteres auch auf eine alternative Behandlung in einer Spitaleinrichtung anzuwenden. Dabei fallen die bei einem nächtlichen Spitalaufenthalt anfallenden Kosten bereits auf der Basis der tiefsten Spitalpauschale so oder anders zu hoch aus, als dass von einem Missverhältnis der strittigen Spitex-Kosten gesprochen werden könnte. Daran ändert auch nichts, dass die anfallenden Spitex-Kosten im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung nur mit den Kosten zu vergleichen sind, welche vom Krankenversicherer effektiv zu tragen sind (BGE 126 V 334). Der Kanton sieht für einen stationären Aufenthalt in der allgemeinen Abteilung eines Spitals eine Tagespauschale im Umfang der Vertragstaxe der KVG-Versicherten nach Art. 49 Abs. 1 KVG vor (Verordnung über die Taxen und Tarife der kantonalen Krankenhäuser [Spitaltax- und Tarifverordnung] vom 14. Dezember 2004, Stand 1. Januar 2012, Anhang 1, Ziffer 1.1.1 lit. a). Diese belief sich im Zeitpunkt des angefochtenen Einspracheentscheids per 2014 gemäss Vertragsvereinbarung „tarifsuisse“ für das Spital G.____ auf mindestens Fr. 630.— (vgl. Übersichtstabelle unter www.baselland.ch / pflegefinanzierung). Die tägliche Kostenbeteiligung des Krankenversicherers beträgt nach Abzug des kantonalen Kostenanteils von 55% (vgl. Art. 49a Abs. 2 KVG) demnach mindestens Fr. 283.50 pro Tag bzw. Nacht. Die Kosten, die der Beschwerdegegnerin bei einem stationären Spitalaufenthalt pro Woche entstünden, betragen somit Fr. 1‘984.50. Die von der Spitex-Pflege D.____ erbrachten Leistungen belaufen sich pro Woche demgegenüber auf Fr. 3‘793.20 (58 x Fr. 65.40). Damit sind die Kosten der Spitex-Pflege maximal 1.91-mal höher als ein Aufenthalt in einer stationären Spitaleinrichtung. Selbst wenn ein solcher Spitalaufenthalt, welcher wie eine alternative Übernachtung in einem stationären Pflegeheim als letztlich ebenso ungeeignet und damit als unzweckmässig bezeichnet werden muss (vgl. oben, Erwägung 5.2 hievor), in Betracht gezogen würde, ist unter Berücksichtigung der zitierten bundesgerichtlichen Rechtsprechung jedenfalls kein grobes Missverhältnis zwischen den Kosten eines stationären Spitalaufenthalts und den anfallenden Spitex-Kosten zu erkennen. Die Spitex-Pflege erwiese sich somit auch als wirtschaftlich. Das von der Beschwerdegegnerin noch vorprozessual ins Feld geführte Argument der Gleichbehandlung aller Versicherten vermag in Anbetracht der medizinisch ausgewiesenen Sondersituation nichts daran zu ändern.

6. Die Beschwerde ist bei diesem Ergebnis gutzuheissen. Der Einspracheentscheid der CSS Kranken-Versicherung AG vom 28. August 2014 ist aufzuheben und die CSS Kranken-Versicherung AG ist zu verpflichten, für die Versicherte ab 1. Juni 2013 die Behandlungspflegekosten im Umfang von 58 Stunden pro Woche nach dem gesetzlich umschriebenen Tarif von Art. 7a Abs. 1 li.t b der Krankenpflege-Leistungsverordnung KLV zu übernehmen.

7.1 Für das vorliegende Verfahren sind gestützt auf Art. 61 lit. a ATSG keine Kosten zu erheben.

7.2 Die obsiegende Partei hat nach Art. 61 lit. g ATSG grundsätzlich Anspruch auf Ersatz ihrer Parteikosten. Gemeinden und andere Träger öffentlicher Aufgaben haben allerdings nur dann Anspruch auf eine Parteientschädigung, sofern der Beizug eines Anwalts bzw. einer An-

wältin gerechtfertigt war (§ 21 Abs. 2 VPO). Nach der Rechtsprechung des Kantonsgerichts wird den Gemeinden gestützt auf § 21 Abs. 2 VPO generell nur dann ein Anspruch auf Parteientschädigung eingeräumt, wenn der Beizug eines externen Rechtsvertreters im Einzelfall auch für Gemeinden mit juristischer Fachkompetenz innerhalb der eigenen Verwaltung gerechtfertigt erscheint. Dies trifft vor allem dann zu, wenn für eine angemessene Prozessvertretung rechtliches Spezialwissen gefordert ist, das über die bei der Rechtsanwendungstätigkeit erforderlichen Kenntnisse hinausgeht und über welches gemeindeeigene Rechtsdienste normalerweise nicht verfügen (vgl. dazu den wegweisenden Kantonsgerichtsentscheid KGE VV vom 21. April 1999, Nr. 62). Diese Voraussetzung ist nur bei kleinen Gemeinden mit geringen Ressourcen zu bejahen. Im vorliegenden Fall der Gemeinde A.____, welche sowohl organisatorisch als auch personell über einen umfangreichen Verwaltungsapparat verfügt, kann jedoch nicht davon gesprochen werden, dass die vorliegende Fragestellung im Quervergleich zu anderen Fällen, wie beispielsweise im Bereich von Ergänzungsleistungen, etc., jene Komplexität überschritten hätte, welche ein juristisches Spezialwissen erforderlich gemacht hätte. Dies gilt umso mehr, als die Beschwerde führende Gemeinde im Rahmen ihrer Verwaltungsführung über einen eigenen Rechtsdienst verfügt und vorliegend eine ausführliche, vorprozessuale Vorgeschichte bestanden hat, aufgrund welcher die Standpunkte beider Parteien bereits schon vor Erlass des angefochtenen Einspracheentscheids in rechtlicher Hinsicht hinlänglich bekannt waren. Unter diesen Umständen besteht kein Raum für eine Verlegung der Parteikosten nach dem Verursacherprinzip, weshalb die Beschwerdeführerin keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung hat. Die ausserordentlichen Kosten sind daher wettzuschlagen.

Demgemäss wird **e r k a n n t** :

://: 1. In Gutheissung der Beschwerde wird der Einspracheentscheid der CSS Kranken-Versicherung AG vom 28. August 2014 aufgehoben und die CSS Kranken-Versicherung AG wird verpflichtet, für die Versicherte ab 1. Juni 2013 die Behandlungspflegekosten im Umfang von 58 Stunden pro Woche nach dem gesetzlich umschriebenen Tarif von Art. 7a Abs. 1 lit. b der Krankenpflege-Leistungsverordnung KLV zu übernehmen.

2. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.

3. Die ausserordentlichen Kosten werden wettgeschlagen.

Gegen dieses Urteil wurde am 3. Juli 2015 Beschwerde beim Bundesgericht (siehe nach Vorliegen des Urteils: Verfahren-Nr. 9C_489/2015) erhoben.