



Entscheid des Kantonsgerichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht

vom 2. August 2018 (730 17 386 / 201)

Krankenversicherung

**Aufteilung der Pflegekostenfinanzierung zwischen den verschiedenen Kostenträgern.
Ermittlung des Pflegebedarfs und pflegerischer Mehrbedarf in Pflegeheimen.**

_____ Besetzung Präsidentin Doris Vollenweider, Kantonsrichter Dieter Freiburghaus,
Kantonsrichter Daniel Noll, Gerichtsschreiber Stephan Paukner

_____ Parteien **A.**_____, Beschwerdeführer
B._____, Beschwerdeführer
C._____, Beschwerdeführer
D._____, Beschwerdeführerin

alle vertreten durch Silvan Ulrich, Advokat, Postgasse 3, Postfach
619, 4147 Aesch

gegen

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

_____ Betreff Leistungen

A. Aufgrund fortschreitender Krankheit und zunehmenden Pflegebedarfs trat die am 13. Juni 2014 verstorbene E.____ sel. am 17. Dezember 2012 in das Alters- und Pflegeheim F.____ ein. In der Folge meldete sie sich zum Bezug von Ergänzungsleistungen (EL) an. Mit Verfügung vom 11. November 2013 setzte die Kasse den Anspruch auf Ergänzungsleistungen (EL) ab Dezember 2012 fest. Eine hiergegen am 3. Dezember 2013 erhobene Einsprache wies die Kasse mit Einspracheentscheid vom 9. Dezember 2013 ab. Die dagegen durch die Versicherte, vertreten durch ihre beiden Söhne am 24. Januar 2014 erhobene Beschwerde hiess das Kantonsgericht des Kantons Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht (Kantonsgericht), mit Urteil vom 4. Dezember 2014 teilweise gut.

B. Bereits am 16. Juni 2014 hatten die Nachkommen der Verstorbenen der Ausgleichskasse Basel-Landschaft (Kasse) sechs Rechnungen des G.____ bzw. der H.____ für die Nachtbetreuung von E.____ sel. im Umfang von insgesamt CHF 31'132.35 eingereicht und geltend gemacht, dass die in Rechnung gestellte Sitzwache wegen einer drohenden Vertragsauflösung durch das F.____ notwendig geworden sei. Mit Schreiben vom 13. Februar 2015 teilte die Kasse mit, dass die Nachtbetreuung für im Heim wohnhafte Personen nicht über die EL vergütet werden könne. Am 19. März 2015 verfügte die Kasse für die Periode von Dezember 2012 bis Juni 2014 eine nach Abzug bereits ausgerichteter Leistungen resultierende EL-Nachzahlung im Umfang von CHF 23'840.—, wobei sie die eingereichten Rechnungen für die Nachtbetreuung der Verstorbenen in ihrer Berechnung unberücksichtigt liess. Eine dagegen am 20. April 2015 erhobene Einsprache hiess die Kasse mit Einspracheentscheid vom 12. Juni 2015 in Bezug auf eine Anpassung von Hypothekarzinsen gut. In Bezug auf die geltend gemachte Nachtbetreuung hielt sie hingegen daran fest, dass die entsprechenden Kosten der angeordneten Sitzwache nicht über die EL vergütet werden könnten.

C. Eine dagegen erhobene Beschwerde wies das Kantonsgericht des Kantons Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht (Kantonsgericht) mit Urteil vom 25. August 2016 ab. Zur Begründung hielt es im Wesentlichen fest, dass aufgrund der gesetzlichen Bestimmungen keine Möglichkeit bestehe, die geltend gemachten Nachtbetreuungskosten über die EL abzugelten. Abschliessend wies es darauf hin, dass die obligatorische Krankenpflegeversicherung die Kosten für die Leistungen nach Massgabe der festgelegten Voraussetzungen gemäss den Bestimmungen über die obligatorische Krankenpflegeversicherung zu übernehmen habe. Ob die strittige Nachtbetreuung letztlich unter die Pflichtleistungen falle, könne offen bleiben.

D. Am 30. April 2017 reichten die Erben der Verstorbenen die Rechnungen des G.____ und der H.____ im Umfang von CHF 31'132.35 dem Krankenversicherer der Verstorbenen, der Concordia Schweizerische Kranken- und Unfallversicherung AG (Concordia), ein und ersuchten um Rückerstattung bzw. um Erlass einer anfechtbaren Verfügung für den Fall, dass diese ihre Leistungspflicht ablehne. Mit Verfügung vom 24. Mai 2017 wies die Concordia das Leistungsbegehren mit der Begründung ab, dass die obligatorische Krankenpflegeversicherung nur Pflichtleistungen erbringen dürfe. Die Beiträge an die Pflegefinanzierung seien im vorliegenden Fall vollständig erbracht worden. Eine hiergegen gerichtete Einsprache der Erben der Verstorbenen wies die Concordia mit Einspracheentscheid vom 18. Oktober 2017 ab.

E. Hiergegen erhoben die Erben der Verstorbenen, vertreten durch Advokat Silvan Ulrich, am 19. April 2018 Beschwerde beim Kantonsgericht. Sie beantragten, der angefochtene Einspracheentscheid sowie die vorangehende Verfügung der Concordia vom 24. Mai 2017 seien aufzuheben und die Concordia sei zu verpflichten, den Beschwerdeführenden einen Betrag von CHF 31'132.35 für die Nachtbetreuung der Verstorbenen auszurichten. Zur Begründung liessen sie zusammenfassend geltend machen, dass sich die Verstorbene in den letzten Lebenswochen in einem polymorbiden Zustand befunden habe. Hinsichtlich der Therapie habe es ein Hin- und Her gegeben. Schliesslich sei durch den behandelnden Hausarzt eine Nachtwache verordnet worden, weil das F.____ die notwendige Rundum-Betreuung nicht habe übernehmen wollen. Zusammen mit der Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde (KESB) habe man sich auf die ärztlich empfohlene Nachtwache geeinigt, welche nicht vom F.____, sondern durch das G.____ und die H.____ erbracht worden sei. Entgegen den Erwägungen im angefochtenen Einspracheentscheid der Concordia handle es sich bei der H.____ um einen im Kanton zugelassenen Leistungserbringer. Die Verstorbene habe leistungspflichtige Dienste in Anspruch genommen, für welche der Krankenversicherer aufzukommen habe.

F. Mit Vernehmlassung vom 2. Februar 2018 schloss die Concordia auf Abweisung der Beschwerde. Zur Begründung machte sie zusammenfassend geltend, dass es sich bei den Leistungen gemäss den eingereichten Rechnungen nicht um Pflichtleistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung handle. Die Krankenkasse habe sämtliche krankensicherungsrechtlichen Leistungen für Pflegemassnahmen bereits abgegolten.

G. Mit Replik vom 13. April 2018 und Duplik vom 17. April 2018 hielten die Parteien im Wesentlichen an ihren jeweiligen Standpunkten fest. Mit verfahrensleitender Verfügung vom 19. April 2018 wurde die Angelegenheit dem Gericht zur Beurteilung überwiesen. Zugleich wurden die Akten im Zusammenhang mit der vormals vor Kantonsgericht strittigen Angelegenheit betreffend die Ergänzungsleistungen (Verfahren 745 15 262) zum Verfahren beigezogen.

Auf die weiteren Vorbringen der Parteien ist soweit notwendig in den nachfolgenden Erwägungen einzugehen.

Das Kantonsgericht zieht **in Erwägung** :

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. Obschon die Mehrheit der Beschwerde führenden Erben der Versicherten nicht im hiesigen Kanton wohnhaft sind, ist vorliegend die örtliche Zustän-

digkeit des Kantonsgerichts zu bejahen. Hintergrund bildet der Umstand, dass es eine Konkurrenz verschiedener örtlicher Zuständigkeiten und mithin eine mit Blick auf die Mehrzahl der Beschwerde führenden Nachkommen parallele, allenfalls gar abweichende gerichtliche Beurteilung zu vermeiden gilt. Die Gerichtszuständigkeit ist deshalb im vorliegenden Fall in Analogie zu zivilprozessualen Grundsätzen nach dem Erfüllungsort der charakteristischen Leistung des ursprünglich zwischen der vormals im Kanton Basel-Landschaft wohnhaften und hier Verstorbenen sowie der Beschwerdegegnerin bestehenden Versicherungsverhältnisses zu bestimmen (Art. 31 des Bundesgesetzes über die Schweizerische Zivilprozessordnung, ZPO, vom 19. Dezember 2008). Die Erben der verstorbenen Versicherten sind durch den angefochtenen Einspracheentscheid gemäss Art. 59 ATSG sodann zweifellos berührt. Laut § 54 Abs. 1 lit. a des Gesetzes über die Verfassungs- und Verwaltungsprozessordnung (VPO) vom 16. Dezember 1993 beurteilt das Kantonsgericht als Versicherungsgericht schliesslich 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. Vorab ist festzustellen, dass die rechtlichen Grundlagen der obligatorischen Krankenversicherung sowohl auf der Ebene des Bundesrechts als auch im Bereich des ergänzenden kantonalen Rechts in den letzten Jahren stetig im Fluss sind. Das Sozialversicherungsgericht hat 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). Es ist deshalb klarzustellen, dass für den vorliegenden Fall jene Rechtsgrundlagen massgebend sind, welche im Zeitpunkt der strittigen Leistungserbringung zwischen Januar und April 2014 gegolten haben.

3. Strittig und zu prüfen ist die Verpflichtung der Beschwerdegegnerin zur Kostenvergütung der gegenüber der Verstorbenen während ihres Aufenthalts im F.____ erfolgten Nachwache gemäss den Rechnungen des G.____ und der H.____ im Umfang von insgesamt CHF 31'132.35.

3.1 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 seither 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 überwältzt werden. Die Kantone regeln die Restfinanzierung (Art. 25a Abs. 5 KVG). Die von den Krankenversicherungen zu erbringenden Beiträge sind in Art. 7a Abs. 1 und 2 in Verbindung mit 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 genau festgehalten.

3.2 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).

3.3 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 mit anderen Worten 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.], Zürich/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 von Pflegefachfrauen und Pflegefachmännern, von Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause oder von Pflegeheimen 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).

3.4 Um den Leistungsbereich der obligatorischen Krankenpflegeversicherung im Sinne von Art. 7 KLV im Allgemeinen und im Detail abzustecken, sind genaue Angaben über die zu verordnenden und erbrachten Leistungen im Einzelfall unumgänglich (Art. 42 Abs. 3 KVG). Generelle Grundlage für den Entschädigungsanspruch von Leistungen der Krankenpflegerinnen und Krankenpfleger oder der Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause bildet stets der ärztliche Auftrag oder die ärztliche Anordnung, welche aufgrund einer Bedarfsabklärung und der gemeinsamen Planung der notwendigen Massnahmen näher zu umschreiben sind (Art. 8 Abs. 1 KLV). Die Bedarfsabklärung umfasst diesfalls die Beurteilung der Gesamtsituation des Patienten oder der Patientin sowie die Abklärung des Umfelds und des individuellen Pflege- und Hilfebedarfs (Art. 8 Abs. 2 KLV). Sie erfolgt aufgrund einheitlicher Kriterien. Das Ergebnis ist auf einem von den Tarifpartnern geschaffenen Formular festzuhalten, worin insbesondere der voraussichtliche Zeitbedarf anzugeben ist (Art. 8 Abs. 3 KLV). Die Bedarfsabklärung in Pflegeheimen erfolgt demgegenüber durch die Ermittlung des Pflegebedarfs (Art. 8 Abs. 4 KLV). Die resultierenden Leistungen der Pflegeheime müssen entsprechend diesem Pflegebedarf in Rechnung gestellt werden (Art. 9 Abs. 2 KLV).

4.1.1 Die Beschwerdeführer rügen, die Concordia habe die Sitzwache zu Unrecht nicht als Pflegeleistung im Sinne von Art. 7 KLV qualifiziert. Die Sitzwache sei vom Hausarzt verordnet worden, weil der nächtlichen Unruhe der mittlerweile Verstorbenen mit einer pharmakologischen Sedierung nicht mehr habe begegnet werden können und zu einer Übermedikation und

zu einer Spitaleinweisung geführt habe. Obschon dies notwendig gewesen wäre, habe das F.____ die Verstorbene nicht rund um die Uhr betreuen wollen und habe deshalb sogar die KESB eingeschaltet. Man habe sich schliesslich auf die ärztlich empfohlene Nachtwache geeinigt. Zusätzlich seien weitere Pflegedienstleistungen erbracht worden. Die Nachtwache und die zusätzlichen Pflegedienstleistungen seien jedoch nicht durch das F.____, sondern durch die H.____ und das G.____ erbracht worden. Die ärztliche Diagnose der Polymorbidität und der sich daraus als absolut notwendig erweisenden Nachtwache ergebe sich klar aus dem Zeugnis des Hausarztes und dessen Aussagen vor Gericht anlässlich des vorangegangenen Verfahrens des Kantonsgerichts 745 15 262 betreffend Ergänzungsleistungen der Verstorbenen sowie aus den im Zusammenhang mit der KESB vereinbarten Massnahmen und den Interventionen der Nachkommen der Verstorbenen gegenüber dem F.____. Massgebend für den konkreten Bedarf der Patientin seien gemäss der bundesgerichtlichen Rechtsprechung die Beurteilungen des die Leistungen anordnenden Hausarztes, die hier vorliege. Replicando weisen die Beschwerdeführer sodann darauf hin, dass die strittige Nachtwache von der Leiterin des Pflegedienstes im F.____ organisiert worden sei, die Beschwerdeführer jedoch keinen Hinweis auf die Kosten und deren Übernahme erhalten hätten. Es werde daran festgehalten, dass die Verstorbene an einer Übermedikation gelitten habe und deshalb in einem sehr schlechten Zustand teils auch ins Spital habe verlegt werden müssen.

4.1.2 Die Beschwerdegegnerin stellt sich demgegenüber auf den Standpunkt, dass die behauptete Übermedikation nicht aus den Akten hervorgehe. Der Konsiliararzt des F.____ habe gemäss Abklärungsbericht vielmehr angegeben, dass anlässlich der Hospitalisation der Verstorbenen im Spital keine solche Medikation habe festgestellt werden können. Entscheidend sei im vorliegenden Fall ohnehin einzig, ob die Nachtwache eine Pflichtleistung darstelle. Dies sei zu verneinen, weil die Nachtwache nur erfolgt sei, um die Verstorbene zu beruhigen und ihr das Gefühl zu geben, nicht alleine zu sein, wenn sie nachts aufwachte. Dabei habe es sich um einen nicht versicherten Entlastungsdienst gehandelt. Aus dem Abklärungsbericht der KESB sei ausserdem ersichtlich, dass den Nachkommen der Verstorbenen sehr wohl bewusst gewesen sei, dass die entsprechenden Kosten nicht von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung gedeckt würden. Die Beschwerdeführenden würden verkennen, dass das ärztliche Zeugnis des Hausarztes den gesetzlichen Anforderungen an eine ärztliche Anordnung nicht entspreche. Ausserdem sei der vom F.____ ausgewiesene Pflegebedarf vom Hausarzt bestätigt worden. Eine Überprüfung dieser Pflichtleistungen sei rechtsprechungsgemäss legitim gewesen und habe zum Ergebnis geführt, dass die strittige Nachtwache keine Pflichtleistung darstelle. Ausserdem würde das Zeugnis des Hausarztes nichts über die Pflichtleistungsqualität der strittigen Dienstleistungen aussagen.

4.2 Im Zusammenhang mit den strittigen Kosten der Sitzwache ist in generell-abstrakter Hinsicht auf Art. 7 Abs. 2 lit. b Ziffern 13 und 14 KLV sowie auf Art. 7 Abs. 2 lit. c Ziffer 2 KLV hinzuweisen. Lit. b Ziffer 13 der genannten Bestimmung benennt pflegerische Massnahmen zur Umsetzung ärztlicher Therapien im Alltag, wie insbesondere das Einüben von Bewältigungsstrategien und die Anleitung im Umgang mit Aggressionen, Angst und Wahnvorstellungen; Ziffer 14 die Unterstützung psychisch kranker Personen in Krisensituationen, insbesondere zur Vermeidung einer akuten Selbst- oder Fremdgefährdung. Als Leistungen der obligatorischen

Grundversicherung werden gemäss Art. 7 Abs. 2 lit. c Ziffer 2 KLV im Weiteren die Massnahmen zur Überwachung und Unterstützung psychisch kranker Personen in der grundlegenden Alltagsbewältigung anerkannt, wie die Erarbeitung und Einübung einer angepassten Tagesstruktur, ein zielgerichtetes Training zur Gestaltung und Förderung sozialer Kontakte und die Unterstützung beim Einsatz von Orientierungshilfen und von Sicherheitsmassnahmen. Als zusätzliche Leistungsvoraussetzung ist dabei zu beachten, dass die Abklärung der in Art. 7 Abs. 2 lit. b Ziffer 13 und 14 und lit. c Ziffer 2 genannten Massnahmen gemäss Art. 7 Abs. 2^{bis} lit. b KLV von einer Pflegefachperson (Art. 49 KVV) vorgenommen werden müssen, die eine zweijährige praktische Tätigkeit in der Fachrichtung der Psychiatrie nachzuweisen in der Lage ist. Von Relevanz in diesem Zusammenhang ist im Weiteren die Bestimmung von Art. 8 KLV, welche die Anforderungen an die in Art. 7 Abs. 2^{bis} lit. b KLV genannte Bedarfsabklärung dahingehend ergänzt, dass die ärztliche Anordnung aufgrund der Bedarfsabklärung und der gemeinsamen Planung näher zu umschreiben ist (Absatz 1). Die Bedarfsabklärung in Pflegeheimen erfolgt durch die Ermittlung des Pflegebedarfs. Der vom Arzt oder von einer Ärztin bestimmte Pflegebedarf gilt als ärztliche Anordnung oder als ärztlicher Auftrag (Abs. 4). Das Ergebnis der Bedarfsabklärung ist aufgrund einheitlicher Kriterien schliesslich auf dem entsprechenden Formular festzuhalten (Absatz 3). Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung bestimmt das Bundesrecht das Bedarfsermittlungssystem nicht im Einzelnen (Urteil des Bundesgerichts vom 5. November 2012, 2C_333/2012, E. 5.2), sondern es ist insoweit das kantonale Recht und im vorliegenden Fall mithin der kantonale Vertrag betreffend Leistungen und Tarife bei Aufenthalt im Pflegeheim im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung KVG (Pflegeheimtarifvertrag des Kantons Basel-Landschaft, SGS 941.14) vom 16. Juli 2007 massgebend. Demnach übernehmen die Versicherer für ihre Versicherten die festgelegten Tagespauschalen je nach Pflegebedarfsstufe (a.a.O., § 6). Diese Bestimmung steht im Einklang mit Art. 9 Abs. 2 KLV, wonach die Leistungen der Pflegeheime nach Art. 7 Abs. 2 KLV nach dem Pflegebedarf in Rechnung zu stellen sind. Insofern weisen die Beschwerdeführer in ihrer Beschwerdebeurteilung zu Recht darauf hin, dass die Bedarfsabklärung in zeitlicher Hinsicht für die Kostenübernahme der Krankenversicherung in der Regel massgebend und dabei nur im Hinblick auf die abschliessende Aufzählung gemäss Art. 7 ff. KLV überprüfbar ist (Urteil des Bundesgerichts vom 20. Juni 2013, 9C_528/2012, E. 4).

4.3 Im Zusammenhang mit der Indikation betreffend die Anordnung der umstrittenen Sitzwache bestehen im vorliegenden Fall nur wenige Unterlagen. Aus den Akten geht zunächst hervor, dass die nächtliche Unruhe der Verstorbenen bereits Ende 2013 zu Problemen geführt habe, weil sie phasenweise laut um Hilfe gerufen habe. Dadurch hätten sich die anderen Heimbewohner und Heimbewohnerinnen gestört gefühlt (Schreiben des F.____ vom 1. April 2014). Ein verschlechterter Unruhezustand habe in der Folge dazu geführt, dass ein Zusammenleben mit den anderen Heimbewohnerinnen und Heimbewohnern aus Sicht des F.____ nicht mehr möglich gewesen sei (a.a.O.). Der Aktennotiz des F.____ vom 8. August 2013 kann weiter entnommen werden, dass offenbar bereits seit dem Eintritt der Verstorbenen ins F.____ unterschiedliche Auffassungen zwischen den Angehörigen, der Heimleitung, dem Hausarzt der Verstorbenen und dem Konsiliararzt des F.____ bezüglich der Pflege und der zu verordnenden Medikamente bestanden haben. Aus dieser Aktennotiz geht insbesondere auch hervor, dass die Pflegeverantwortlichen des F.____ zusammen mit den Angehörigen einen aus Sicht des

F.____ „mach- und umsetzbaren Betreuungsplan“ zu erstellen vereinbart haben, wobei unter anderem auch freiwillige Helfer mit eingeplant werden sollten (a.a.O., Ziffer 4). In seinem ärztlichen Zeugnis vom 28. März 2014 bestätigt Dr. med. I.____, FMH Innere Medizin und Hausarzt der Verstorbenen, dass diese eine Nachtwache benötigt hätte. Diese Indikation stütze sich auf die nächtliche Unruhe, welche, wie die Austrittsberichte des Spitals J.____ belegen würden, nicht gänzlich mit Beruhigungsmitteln bekämpft werden könne, da die Patientin andernfalls in einen komatösen Zustand verfallen würde. Anlässlich der im Verfahren 745 15 262 durchgeführten Parteiverhandlung führte der Hausarzt sodann aus, dass anfangs des Jahres 2014 zusätzliche Massnahmen hätten getroffen werden müssen. Der Verstorbenen sei es schlechter gegangen und sie sei unruhig geworden. Man habe zu Sedierungsmassnahmen greifen müssen, was ihren Zustand beeinflusst habe. Dr. I.____ habe sich mit dem Heimarzt des F.____ auch über die Behandlung unterhalten. Dabei sei man zum Schluss gekommen, dass die Sedierung möglichst weggelassen und stattdessen auf eine Nachtwache gesetzt werden sollte. Diese Schlussfolgerung sei seitens des Heimarztes des F.____ jedoch nicht getragen worden (Protokoll des Kantonsgerichts vom 25. August 2016 im Verfahren 745 15 262). Die Sitzwache sei teuer gewesen. Man habe sich diese nicht mehr leisten können. Weiter kann dem Protokoll entnommen werden, dass die Angehörigen gespürt hätten, dass das F.____ den Aufenthalt kurzfristig auflösen würde, wenn die Nachtwache nicht durch die Angehörigen übernommen würde. Man habe die Nachtwache deshalb bezahlt, habe die Angelegenheit aber später überprüfen wollen. Aus den Aussagen der Heimvertretung anlässlich dieser Parteiverhandlung geht ausserdem hervor, dass die Diskussion betreffend eine alternative Heimunterbringung nicht zielführend gewesen sei. Dem Abklärungsbericht der KESB vom 18. März 2014 ist schliesslich zu entnehmen, dass aufgrund der starken nächtlichen Unruhe der Verstorbenen und der dadurch verursachten Ruhestörung der Konsiliararzt des F.____ beigezogen worden sei. Unter der von ihm verordneten Medikation hätten sich die Angstzustände und die Panikattacken wesentlich verbessert. Andererseits sei die Verstorbene in der Folge auch tagsüber sehr schläfrig und zweitweise nicht mehr ansprechbar gewesen. Nachdem sie in somnolentem Zustand ins Spital habe eingewiesen werden müssen, sei die Sedierung in Absprache mit ihrer Tochter und ihrem Hausarzt bis auf eine minimale Nachtreserve gestoppt worden. In der Folge sei die Verstorbene jedoch auch nachts wieder häufig äusserst unruhig gewesen. Nach einem klärenden Gespräch zwischen dem F.____ und den Angehörigen am 17. Januar 2014 sei probenhalber eine Sitzwache eingeführt worden. In der Folge habe sich gezeigt, dass sich die Situation beruhigt habe. Die Pflege könne durch das F.____ nun wieder gewährleistet werden.

5.1 Gemäss der zitierten Aktenlage bleibt unklar, zu welchem Zweck genau eine Sitzwache im Sinne von Art. 7 Abs. 2 KLV angeordnet worden ist. Weder das ärztliche Zeugnis des Hausarztes der Verstorbenen vom 28. März 2014 noch dessen Aussagen anlässlich der Parteiverhandlung vom 25. August 2016 enthalten eine Diagnose. Aus den erwähnten Unterlagen ist zwar ersichtlich, dass die Verstorbene unter anderem an einer fortschreitenden demenziellen Erkrankung gelitten hat, was in Übereinstimmung mit der bundesgerichtlichen Rechtsprechung zwanglos als psychische Erkrankung qualifiziert werden kann (Urteil des Bundesgerichts vom 20. Juni 2013, 9C_528/2012, E. 3.2). Ein Zusammenhang zwischen dieser Erkrankung und der Notwendigkeit einer Sitzwache ist dem Zeugnis von Dr. I.____ aber nicht zu entnehmen. Dessen Indikation stützt sich einzig auf die nächtliche Unruhe der Verstorbenen, was alleine

aber nicht ausreicht, um zu belegen, dass und in welchem Umfang bei der Versicherten dazumal im rechtlichen Sinne beispielsweise eine medizinische Notwendigkeit für eine Orientierungshilfe oder eine Sicherheitsmassnahme gemäss Art. 7 Abs. 2 lit. c Ziffer 2 bestanden hätte. Nicht anders ist in Bezug auf das ärztliche Zeugnis der Psychiatrie Baselland vom 19. Mai 2014 zu entscheiden. Auch daraus geht lediglich hervor, dass die Versicherte an einem demenziellen Syndrom in Form von Verhaltensstörungen gelitten hat. Erschwerend tritt hinzu, dass die Aussage von Dr. I.____ in seinem ärztlichen Zeugnis vom 28. März 2014 nicht unbestritten geblieben ist. So hat der Hausarzt der Verstorbenen anlässlich der Parteiverhandlung vom 25. August 2016 zu Protokoll gegeben, dass der Heimarzt des F.____ offenbar eine andere Sichtweise vertreten hatte (oben, Erwägung 4.3 hiervor). Klar scheint immerhin zu sein, dass die Massnahme der strittigen Nachtwache nicht der Umsetzung einer ärztlichen Therapie im Alltag im Sinne von Art. 7 Abs. 2 lit. b Ziffer 13 dienen sollte. Aufgrund der Aktenlage ist vielmehr davon auszugehen, dass die Sitzwache eingerichtet worden ist, um den infolge der nächtlichen Unruhe zwischen den Heimbewohnerinnen und Heimbewohnern entstandenen Konflikten Rechnung zu tragen. Weil eine Fremd- oder Selbstgefährdung, wie sie für die Erfüllung der Indikationsvoraussetzungen im Besonderen vorausgesetzt gewesen wäre, damit aber nicht belegt ist, lag mithin vielmehr eine soziale, denn eine medizinische Indikation vor, welche sich unter Art. 7 Abs. 2 lit. b Ziffer 14 hätte subsumieren lassen. Zusätzlich ist zu berücksichtigen, dass die Abklärung der in Frage kommenden Massnahmen gemäss Art. 7 Abs. 2 lit. b Ziffern 13 und 14 sowie lit. c KLV von einer Pflegefachfrau oder einem Pflegefachmann mit psychiatrischer Fachausbildung vorgenommen werden muss. Das von Dr. I.____ verfasste Zeugnis vom 28. März 2014 vermag diesen Anforderungen aber auch in dieser Hinsicht nicht zu genügen. Ausserdem wäre das Ergebnis der Bedarfsabklärung aufgrund einheitlicher Kriterien auf dem entsprechenden Formular festzuhalten gewesen; auch dieses formelle Kriterium vermag das fragliche Zeugnis von Dr. I.____ nicht zu erfüllen. Den in dieser Hinsicht den Formalien genügenden Unterlagen kann im Gegenteil gerade kein Bedarf für eine Sitzwache entnommen werden: In der von Dr. I.____ unterzeichneten BESA-Einteilung vom 28. Januar 2014 ist nämlich weder ein entsprechender Bedarf noch eine Diagnose oder eine präzisierende Begründung einer besonderen Pflegebedürftigkeit der Versicherten zu entnehmen. Letztlich ist darauf hinzuweisen, dass das von Dr. I.____ erst am 28. März 2014 verfasste Zeugnis die bereits schon seit Januar 2014 erbrachten Leistungen in Form der zusätzlich organisierten Sitzwache auch in zeitlicher Hinsicht nicht abzudecken vermag. Bei dieser Aktenlage ist im Sinne eines Zwischenfazit festzustellen, dass im Zusammenhang mit der fraglichen Sitzwache keine Pflichtleistung im Sinne von Art. 7 Abs. 2 KLV ausgewiesen ist.

5.2 Selbst wenn die fragliche Sitzwache als Pflichtleistung gemäss Art. 7 Abs. 2 KLV qualifiziert werden könnte, würde dies nicht zu einer Kostenübernahmepflicht der Beschwerdegegnerin führen. Dem Gesagten zufolge (oben, Erwägung 3.4) sind die Leistungen der Pflegeheime entsprechend dem ermittelten Pflegebedarf in Rechnung zu stellen (Art. 9 Abs. 2 KLV in Verbindung mit Art. 8 Abs. 4 KLV). Die einhergehende Kostenübernahme zu Lasten der Krankenversicherer (Art. 7 Abs. 1 lit. c KLV) in Bezug auf Leistungen in Pflegeheimen (Art. 7 Abs. 1 lit. c KLV) ist in Art. 7a Abs. 3 KLV geregelt und im Umfang von CHF 108.— pro Tag plafoniert worden (lit. I). Daran ändert nichts, dass die fraglichen Leistungen nach Art. 7 Abs. 2 KLV auch in einem Pflegeheim erbracht werden können, da die resultierenden Kosten diesfalls an den

nach Pflegebedarf ermittelten Beitrag gemäss Art. 7a Abs. 3 KLV anzurechnen sind. Da die Versicherte vorliegend per 1. Januar 2014 in die Pflegestufe 9 eingereiht worden war (BESA-Einstufung vom 28. Januar 2014), beschränkte sich die von der Krankenversicherung zu übernehmende Leistung mithin auf CHF 81.— pro Tag. Die Beschwerdegegnerin hat diese Kosten unbestrittenermassen bereits übernommen und beglichen. Die durch die beiden Spitex-Organisationen erbrachte, strittige ambulante Sitzwache kann daher nicht zusätzlich vergütet werden (Urteil des Bundesgerichts vom 20. Juli 2018, 9C_446/2017, E. 3.2.2). Vor diesem Hintergrund kann deshalb auch offen bleiben, ob es sich bei den strittigen Leistungen ausschliesslich um Sitzwachen gehandelt hat, oder ob durch die beiden Spitexdienste des G.____ und der H.____ darüber hinaus noch weitere Leistungen erbracht worden sind. Mangels eines anderweitigen Kostenträgers sind die strittigen Kosten, welche die Pflichtleistungen der Krankenversicherung übersteigen, im hier fraglichen Zeitraum von der betroffenen Person selbst zu tragen.

5.3 Daran ändert nichts, dass ein pflegerischer Mehrbedarf gemäss der seit 1. Januar 2018 geltenden Fassung von § 15^{bis} des kantonalen Einführungsgesetzes zum Bundesgesetz über die Krankenversicherung (EG KVG) vom 25. März 1996 in begründeten Einzelfällen durch den Kanton abgegolten wird. Zumal der Pflegebedarf diesfalls vorgängig ohnehin durch die zuständige Direktion zu überprüfen gewesen wäre, hat im hier fraglichen Zeitraum bis Mitte des Jahres 2014 noch keine entsprechende Regelung bestanden, welche es den Beschwerdeführenden nunmehr erlauben würde, dem Kanton die Kosten der vorliegend fraglichen Nachtwache zu überwälzen. Für die Familie der Verstorbenen kam diese erst seit 1. Januar 2018 in Kraft stehende Regelung ebenso zu spät wie die zuvor seit 1. Januar 2016 geltende Regelung gemäss § 1^{bis} der Verordnung über die Finanzierung von Pflegeleistungen vom 22. Februar 2011, der zufolge ein erhöhter Pflegebedarf – bereits dazumal ebenfalls nur unter der Prämisse der vorgängigen Überprüfung durch das kantonale Amt für Gesundheit – noch durch die Wohnsitzgemeinde zu übernehmen war. An der Kostentragungspflicht der Versicherten ändert letztlich auch nichts, dass das Bundesgericht erst unlängst entschieden hat, dass die Kantone bzw. ihre Gemeinden vollumfänglich für jene Restkosten aufzukommen haben, die weder durch die limitierten Beträge der obligatorischen Krankenpflegeversicherung noch durch die Versicherten selbst gedeckt werden, selbst wenn das kantonale Recht hierfür Höchstansätze vorsieht (Urteil des Bundesgerichts vom 20. Juli 2018, 9C_446/2017). Eine Überwälzung der in den Jahren 2013 und 2014 entstandenen Kosten zu Lasten der Beschwerdegegnerin erweist sich bei diesem Ergebnis so oder anders unzulässig. Die Beschwerde ist daher abzuweisen.

6. Auf die Erhebung von Verfahrenskosten ist zu verzichten. Die ausserordentlichen Kosten sind wettzuschlagen.

Demgemäss wird **e r k a n n t** :

- ://:
1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
 2. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.
 3. Die ausserordentlichen Kosten werden wettgeschlagen.

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