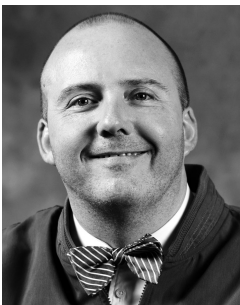


Ersatzpflicht des Krankenversicherers für Kommunikationsleistungen in der Pflege



Annette Jamieson

lic. rer. pol. (Ökonomin), Abteilung Gesundheitspolitik, Helsana Versicherungen AG, Zürich



Hardy Landolt

Prof. Dr. iur. LL.M., Lehrbeauftragter an den Universitäten St. Gallen und Zürich, Rechtsanwalt und Notar, Glarus

Inhaltsübersicht:

- I. Einleitung
- II. Umfang der Ersatzpflicht für Pflegeleistungen
 - A. Allgemeines
 - B. Versicherte Pflegemassnahmen
- III. Kommunikationsleistungen als versicherte Leistungen
 - A. Allgemeines
 - B. Beratung bei der Durchführung versicherter Pflegeleistungen
 - C. Beratung von psychisch kranken Personen
- IV. Kommunikationsleistungen gemäss PLAISIR
 - A. Allgemeines
 - B. CSB-Leistungen als Abklärungs- und Beratungsleistung
 - C. CSB-Leistungen als Koordinationsleistung
 - D. CSB-Leistungen als Dokumentationsleistung

I. Einleitung

Die medizinische Behandlung, aber auch die Pflege, erfordert eine vielfältige Kommunikation:

- *Kommunikation zwischen der versicherten Person und dem Leistungserbringer:* Die versicherte Person (unter Einschluss allfälliger Angehöriger) und der Leistungserbringer führen mehr oder minder intensive Vertragsverhandlungen. Im Zusammenhang mit Pflegemassnahmen hat der Leistungserbringer bzw. das Pflegeunternehmen (Spitex-Betrieb, Pflegeheim oder freiberufliche Pflegefachkraft) in Zusammenarbeit mit der versicherten Person den Bedarf der versicherten Leistungen prospektiv festzustellen, die Pflegemassnahmen zu planen und eine ärztliche Anordnung [1](#) einzuholen [2](#) sowie die versicherte Person zu beraten und aufzuklären. Bei der Aufklärung wird zwischen der Versicherungs-, [3](#) Sicherungs- [4](#) und Eingriffsaufklärung [5](#) unterschieden.
- *Kommunikation zwischen der versicherten Person und dem Versicherer:* Den Versicherer trifft gegenüber der versicherten Person ebenfalls eine sog. Aufklärungs- und Beratungspflicht. [6](#) Der Weg dieser Kommunikation hängt in der Regel davon ab, ob

Pflegerecht–2012– 131

die Leistungen des Leistungserbringers direkt (Tiers payant) oder über die versicherte Person (Tiers garant) abgewickelt werden. [7](#) In der Regel erteilt der Versicherer der versicherten Person nach Beginn der pflegerischen Massnahme eine Kostengutsprache oder lehnt diese ab. In einem solchen Fall hat die versicherte Person Anspruch, dass die Ablehnung in Form einer begründeten Verfügung ergeht. Nach durchgeführter Behandlung erfolgt mitunter eine Diskussion im Zusammenhang mit der Rechnung des Leistungserbringers und dessen Bezahlung. Allenfalls schliessen die Parteien einen Vergleich. [8](#)

- *Kommunikation innerhalb des Pflegeunternehmens oder zwischen Leistungserbringern:* Die Mitarbeiter des Pflegeunternehmens haben die Pflegeplanung und -durchführung miteinander zu koordinieren und gegebenenfalls mit anderen Leistungserbringern (Arzt, Spezialist etc.) Kontakt aufzunehmen und Informationen einzuholen.
- *Kommunikation zwischen Leistungserbringer und Versicherer:* Nach erfolgter Behandlung rechnet der Leistungserbringer (im Anwendungsbereich des Tiers payant) mit dem Versicherer ab und/oder stellt diesem (im Anwendungsbereich des Tiers garant wie auch des Tiers payant) auf Anforderung hin die Rechnung und ergänzende Unterlagen zu. [9](#) Allenfalls erfolgt ein Kontroll- oder Schlichtungsverfahren. [10](#)

In all diesen Fällen, vor allem dann, wenn Leistungserbringer Kommunikationsleistungen im direkten oder indirekten Interesse der versicherten Person erbringen, stellt sich die Frage, ob und inwieweit *Kommunikationsleistungen im Interesse der versicherten Person* Pflichtleistungen darstellen, sei es, dass der Kommunikationsbedarf beim versicherten Pflegebedarf zu berücksichtigen ist oder als separate Pflichtleistung zusätzlich zu den versicherten Pflegeleistungen verrechnet werden darf. Soweit Kommunikationsleistungen im Interesse der versicherten Person nicht als Pflichtleistungen qualifiziert werden können, ist aufgrund des Tarifschutzes [11](#) grundsätzlich davon auszugehen, dass keine Ersatzpflicht besteht. [12](#)

Die nachfolgenden Ausführungen befassen sich mit der grundsätzlichen Ersatzpflicht für Kommunikationsleistungen (Ziffern II und III) und dem Ausmass der Leistungspflicht gemäss KVG/KLV für die im Pflegebedarfsermittlungssystem PLAISIR umfassend aufgeführten Kommunikationsleistungen (Ziffer IV).

II. Umfang der Ersatzpflicht für Pflegeleistungen

A. Allgemeines

Nach [Art. 24 KVG](#) übernimmt die obligatorische Krankenpflegeversicherung die Kosten für die in [Art. 25 bis 31 KVG](#) aufgeführten Leistungen nach Massgabe der in den [Art. 32 bis 34 KVG](#) festgelegten Voraussetzungen. Mit der Neuordnung der Pflegefinanzierung in [Artikel 25a KVG](#), die am 1. 1. 2011 in Kraft trat, werden Pflegeleistungen von der generellen Kostenübernahme von Leistungen nach [Art. 25 KVG](#) ausgenommen.

Die obligatorische Krankenpflegeversicherung leistet 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. [13](#) Der Bundesrat bezeichnet die Pflegeleistungen, regelt das Verfahren der Bedarfsermittlung [14](#) und setzt die Beiträge differenziert nach dem Pflegebedarf in Franken fest. Massgebend dabei ist der Aufwand nach Pflegebedarf für Pflegeleistungen, die in der notwendigen Qualität, effizient und kostengünstig erbracht werden. [15](#)

Der Bundesrat hat die Aufgaben der Bezeichnung von Pflichtleistungen der Pflege, der Regelung des Verfahrens der Bedarfsermittlung und die Festlegung der Beiträge an die Pflegeleistungen dem Eidgenössischen Departement des Innern (EDI) übertragen. [16](#) Aufgrund dieser Kompetenznorm hat das Departement in [Art. 7 KLV](#) den Leistungsbereich bei Krankenpflege ambulant oder im Pflegeheim bestimmt. In [Art. 7a und b KLV](#) sind die Beiträge festgelegt, in [Art. 8 KLV](#) ist das Verfahren der Bedarfsermittlung umschrieben. Pflegeleistungen gelten grundsätzlich als ambulante Leistungen; beim Aufenthalt in einem Pflegeheim vergütet der Versicherer die gleichen Leistungen wie bei ambulanter Krankenpflege nach [Art. 25a KVG](#). [17](#)

B. Versicherte Pflegemassnahmen

1. Allgemeines

Mit der Neuordnung der Pflegefinanzierung wurde der Leistungsbereich von Art. 7 KLV nicht verändert. Die Leistungen der Krankenpflege ambulant oder im Pflegeheim umfassen gemäss Art. 7 Abs. 2 KLV:

- Massnahmen der Abklärung, Beratung und Koordination (lit. a);
- Massnahmen der Untersuchung und Behandlung (lit. b);
- Massnahmen der Grundpflege (lit. c).

2. Stellt Art. 7 Abs. 2 KLV eine Positivliste dar?

Im Krankenversicherungsrecht gilt grundsätzlich das Listensystem mit Positiv- und Negativlisten. ¹⁸ Es stellt sich insoweit die grundsätzliche Frage, ob die innerhalb der jeweiligen Leistungskategorie aufgeführten Pflichtleistungen abschliessend oder lediglich exemplifikativ aufgeführt sind.

In einem Entscheid von Januar 2003 konkretisierte das EVG das System zur Bezeichnung von Pflichtleistungen im KVG. Die in Art. 7 KLV aufgeführten Leistungen der ambulanten Krankenpflege und von Pflegeheimen wurden dabei grundsätzlich als positive und abschliessende Aufzählung qualifiziert. ¹⁹ In späteren Entscheiden des Bundesgerichtes aus dem Jahr 2005, bei denen es um die Gleichbehandlung bei ambulanter psychiatrischer Krankenpflege ging, differenzierte das Gericht diese Sicht: Die Auflistung der Massnahmen der Grundpflege sei dem Wortlaut von Art. 7 Abs. 2 lit. c KLV nach nicht abschliessend zu verstehen. ²⁰

Im April 2010 verneinte das Bundesgericht, dass das Richten der Medikamente durch eine Pflegefachperson eine Pflichtleistung sei. ²¹ Es begründete dies damit, dass die Massnahmen der Untersuchung und Behandlung nach Art. 7 Abs. 2 lit. b Ziff. 1–14 abschliessend aufgelistet seien. Auch wenn einige aufgelistete Pflegeleistungen dem Wortlaut nach beispielhaft aufgeführt seien, heisse dies nicht, dass andere Massnahmen zulasten der OKP mitgedacht seien.

Das Bundesgericht führt aus, dass nur Massnahmen der Untersuchung und Behandlung unter Art. 7 Abs. 2 lit. b KLV verstanden werden, die ein diagnostisches oder therapeutisches Ziel hätten. Es würden in diesem Bereich nur spezifische Massnahmen am Patienten aufgelistet, die eine Intervention bei ihm bezweckten. Daraus folgert das Bundesgericht, dass nur die Verabreichung des Medikamentes eine Pflichtleistung sei. Das Vorbereiten bzw. Richten der Medikamente durch die Pflegefachperson sei aus rechtlicher Sicht eine vom Verabreichen getrennte Leistung, die nicht zu den aufgelisteten Pflichtleistungen der Behandlungspflege nach Art. 7 Abs. 2 lit. b KLV gehöre. Obwohl das Vorbereiten bzw. Richten der Medikamente oft

Voraussetzung dafür sei, dass ein Medikament erst verabreicht werden könne, dürfen die beiden unterschiedlichen Leistungen nicht gleich behandelt werden. [22](#)

Auch aus der Tatsache, dass im weit verbreiteten Bedarfsermittlungsinstrument der Spitex, RAI-Home-Care, das Richten der Medikamente enthalten sei, dürfe nicht auf eine Pflichtleistung gefolgert werden, da Empfehlungen eines von Privatpersonen verfassten Pflegebedarfsermittlungsinstrumentes keinen normativen Charakter hätten. Die Tatsache, dass das RAI-Home-Care zwei verschiedene Leistungen für «Medikamente richten» und «Medikamente verabreichen» vorsehe, bestätigt das Bundesgericht in der Ansicht, dass die beiden Leistungen auch in der Pflegepraxis als getrennte Leistungen qualifiziert würden. [23](#) Mit Änderung der KLV per 1. 1. 2012 hat das EDI die entsprechende Formulierung angepasst und damit auch das «Medikamente richten» zur Pflichtleistung erklärt. [24](#)

In einem später ergangenen Urteil hat das Bundesgericht bestätigt, dass die Aufzählung der einzelnen Massnahmen in [Art. 7 Abs. 2 lit. c KLV](#) dem Wortlaut nach («wie», «tels que», «quali») – im Unterschied zu den Tätigkeiten der Behandlungspflege gemäss [Art. 7 Abs. 2 lit. b Ziff. 1–14 KLV](#) – nicht abschliessend sei und – im Unterschied zum früheren Recht (bis Ende 1997) und im Unterschied zum Pflegeaufwand in Heimen – auch keine zeitlichen Grenzen festgelegt sind, es im Hinblick auf eine rechtsgleiche Praxis aber zu begrüssen wäre, wenn der Verordnungsgeber die unter dem Titel der Grundpflege als Pflichtleistungen zu vergütenden Massnahmen näher umschreiben würde. [25](#)

Die «offene» Grundpflegeliste umfasst insoweit auch nicht explizit aufgeführte Pflegeleistungen. Diese können aber nicht alternativ oder sogar kumulativ zu anderen explizit aufgeführten Leistungen beansprucht werden. Das Durchführen von Bewegungsübungen, Mobilisieren, Massnahmen zur

Pflegerecht–2012– 133

Decubitusprophylaxe und zur Verhütung von Hautschäden stellen etwa Grundpflegeleistungen dar [26](#) und können im Rahmen einer Physiotherapie nicht (nochmals) zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung beansprucht werden. Das Bundesgericht stellt aber fest, dass das Pflegepersonal keine «eigentliche Physiotherapie» durchführen könne und Bewegungsübungen im Rahmen der Grundpflege keine Physiotherapie darstelle, gleichwohl aber dieselben Leistungen nicht doppelt abgerechnet werden dürfen. [27](#)

3. Abgrenzung der Grundpflege- von den Betreuungsleistungen

Da [Art. 7 Abs. 2 lit. b und c KLV](#) nur eigentliche Pflegeleistungen umfassen, ist in jedem Einzelfall zu prüfen, ob eine eigentliche Pflege- oder eine nicht versicherte Betreuungsleistung bzw. hauswirtschaftliche Dienstleistung (Hauspflege) vorliegt. [28](#) Bei der Grundpflege handelt es sich um *grundlegende Selbstversorgungsleistungen*, welche die versicherte Person nicht mehr selber

ausführen kann, [29](#) bzw. um Massnahmen zur Überwachung und Unterstützung psychisch kranker Personen in der grundlegenden Alltagsbewältigung. [30](#)

Grundpflegerische Massnahmen sind *nicht medizinischer Natur*, [31](#) obwohl Art. 7 Abs. 2 lit. c Ziff. 1 KLV – systemwidrig – auch einzelne Leistungen dieser Art, insbesondere die Decubitusprophylaxe oder Verhinderung und Pflege von Hautwunden, die infolge einer Behandlung entstehen könnten, enthält. [32](#) Nicht im Grundpflegeleistungskatalog enthalten sind Handlungen, die hauptsächlich *die physische und psychische Begleitung* betreffen und die der *Entwicklung der persönlichen Kapazitäten und sozialen Beziehungen* dienen. [33](#)

Als *hauswirtschaftliche Dienstleistungen* zu qualifizieren sind Tätigkeiten, die mit der wirtschaftlichen und tatsächlichen Haushaltsführung in Zusammenhang stehen, wie etwa Einkäufe, Nahrungszubereitung inklusive Hilfe beim Essen und Trinken, [34](#) Besorgen der Wäsche und andere ähnliche Verrichtungen, welche nicht auf der Liste der Grundpflegeleistungen stehen, welche die obligatorische Pflegeversicherung vergüten muss. [35](#) Die Begleitung der pflegebedürftigen Person vom Schlafzimmer zum Esssaal stellt ebenfalls keine Pflegemassnahme nach KVG/KLV dar. [36](#) Die Hilfe beim Essen und Trinken kann kontextabhängig eine Grundpflegeleistung sein. [37](#)

III. Kommunikationsleistungen als versicherte Leistungen

A. Allgemeines

Kommunikationsleistungen im Interesse der versicherten Person sind vor diesem Hintergrund schwierig zu qualifizieren. Sie befinden sich in der Schnittstelle zwischen Nichtpflichtleistung, indirekter Dritthilfe [38](#) und lebenspraktischer Begleitung, [39](#) die beide mit der Hilflosenentschädigung abgegolten werden, sowie der krankensicherungsrechtlich relevanten Hilfe für psychisch kranke Personen in der grundlegenden Alltagsbewältigung [40](#) und der Beratung im Zusammenhang mit der Durchführung von Pflegemassnahmen. [41](#)

Pflegerecht–2012– 134

B. Beratung bei der Durchführung versicherter Pflegeleistungen

Nach Art. 7 Abs. 2 lit. a Ziff. 2 KLV stellt die Beratung der versicherten Person sowie gegebenenfalls der nichtberuflich an der Krankenpflege Mitwirkenden [42](#) bei der Durchführung der Krankenpflege eine Pflichtleistung dar. [43](#) Nach dem Wortlaut sind nur Kommunikationsleistungen im Zusammenhang mit der *Durchführung der Krankenpflege* versichert. Die Beratung kann sich dabei sowohl auf die Behandlungspflege nach Abs. 2 lit. b als auch auf die Grundpflege nach

Abs. 2 lit. c von Art. 7 KLV beziehen. Dazu gehört laut Verordnung insbesondere die *Beratung im Umgang mit Krankheitssymptomen, bei der Einnahme von Medikamenten oder beim Gebrauch medizinischer Geräte, und Vornahme der notwendigen Kontrollen*. [44](#)

Andere Beratungsdienstleistungen sind nach dem Wortlaut («insbesondere», «en particulier») [45](#) ebenfalls versichert, sofern und soweit sie hauptsächlich der Durchführung von versicherten Pflegeleistungen dienen, wozu auch die Aufklärung der versicherten Person zählt. Ausgeschlossen sind Beratungsdienstleistungen, die von anderen Leistungserbringern zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung erbracht werden, z. B. die Beratung durch den Arzt [46](#) sowie Ernährungs-, Diabetes- und Stillberatung. [47](#)

C. Beratung von psychisch kranken Personen

Bei psychisch Erkrankten hat die Beratung den besonderen Anforderungen an die Krankenpflege bei psychischen Beeinträchtigungen Rechnung zu tragen. Die *Abgrenzung zwischen Beratungs- und Grundpflegeleistungen* bei psychisch kranken Personen ist nicht immer klar. Gewisse Massnahmen, beispielsweise Überwachung und Unterstützung im Alltag sowie in Krisensituationen, können im Einzelfall sowohl unter lit. a (Beratung) als auch unter lit. c (Grundpflege) von Art. 7 Abs. 2 KLV subsumiert werden. Eine klare *Abgrenzung der Massnahmen der psychiatrischen oder psychogeriatrischen Grundpflege gemäss Art. 7 Abs. 2 lit. c Ziff. 2 KLV von den nicht zu den Pflichtleistungen gehörenden Massnahmen* der Hilfe im Haushalt und der sozialen Betreuung ist ebenfalls mit Schwierigkeiten verbunden. [48](#)

Als versicherte Beratungsdienstleistung kann gemäss einem Urteil des EVG aus dem Jahr 2005 im Einzelfall die Anleitung und Einübung von Bewältigungsmechanismen (sog. Coping-Strategien), die Unterstützung in Krisensituationen oder die Beratung im Umgang mit Krankheitssymptomen erforderlich sein. [49](#) Mit der nach diesem Urteil per 1. 1. 2007 ergangenen Verordnungsänderung wurden *pflegerische Massnahmen zur Umsetzung der ärztlichen Therapie im Alltag*, wie Einüben von Bewältigungsstrategien und Anleitung im Umgang mit Aggression, Angst, Wahnvorstellungen, sowie die *Unterstützung für psychisch kranke Personen in Krisensituationen*, insbesondere zur Vermeidung von akuter Selbst- oder Fremdgefährdung, als Leistungen der Behandlungspflege explizit in Art. 7 Abs. 2 lit. b KLV neu als Ziffern 13 und 14 eingefügt.

Die Beratungsmassnahmen dürfen *nicht therapeutischen Charakter* (Abklärung oder Heilung der psychischen Beeinträchtigungen) aufweisen, [50](#) sondern haben sich auf die pflegerische Betreuung der psychisch erkrankten Person zu beschränken. Zudem dürfen sie sich nicht in einer (vom Gesundheitsschaden bzw. der Krankenpflege unabhängigen) Beratung in persönlicher oder sozialer Hinsicht oder in der Mithilfe im Haushalt erschöpfen. [51](#) Das EVG hat im vorerwähnten Entscheid von 2005, der eine an Schizophrenie leidende Person betraf, erwogen, dass ein Angsttraining, stützende Gespräche, gemeinsame Spaziergänge, gemeinsames Essen, das Erstellen einer Wochen-Haushaltsplanung und die Überwachung bei der Medikation nicht von vornherein als nicht versicherte psychotherapeutische Massnahmen, sondern auch als versicherte Beratungsdienstleistungen qualifiziert werden können. [52](#)

Der Verordnungsgeber hat nunmehr mit Wirkung ab 1. 1. 2007 in Ziffer 2 von Art. 7 Abs. 2 lit. c KLV *Massnahmen zur Überwachung und Unterstützung psychisch kranker Personen in der grundlegenden Alltagsbewältigung*

Pflegerecht–2012– 135

wältigung, wie Erarbeitung und Einübung einer angepassten Tagesstruktur, zielgerichtetes Training zur Gestaltung und Förderung sozialer Kontakte, Unterstützung beim Einsatz von Orientierungshilfen und Sicherheitsmassnahmen, als Pflichtleistung qualifiziert. Diese Voraussetzungen sind beispielsweise erfüllt bei einem an einer depressiven Episode mit Suizidalität im Rahmen einer rezidivierenden depressiven Störung (ICD-10 F33.2) leidenden Versicherten, bei dem die Spitex eine Bedarfsabklärung von einmal einer Stunde und Grundpflegeleistungen von zweimal 1 ½ Stunden pro Woche vorgenommen hat, wobei die Grundpflegeleistungen in einer gezielten Hilfe beim Aktivitätsaufbau (Tages-Nacht-Rhythmus, Kochen/Essen, Wohnungspflege, Besorgungen und Korrespondenz erledigen, sich bewegen, Kontakte aufnehmen usw.) bestanden haben. [53](#)

Aufgrund des Wortlauts («wie», «telles que» und «quali») ist davon auszugehen, dass die einzeln aufgezählten Massnahmen nicht abschliessend sind, andere nicht explizite Dienstleistungen aber die grundlegende Alltagsbewältigung betreffen müssen und diese nur so weit versichert sind, als sie als Folge einer psychischen Erkrankung notwendig sind. Es muss sich zudem um Massnahmen der Personenhilfe und nicht der Sachhilfe (insbesondere Haushaltshilfe) handeln. [54](#) Keine Ersatzpflicht besteht für die Beratung der versicherten Person im Umgang mit der Krankheit und den damit verbundenen Belastungen, da diese Beratung im Aufgabenbereich des behandelnden Arztes liegt. [55](#)

Das EVG hat in einem anderen Urteil von 2005 infrage gestellt, ob die von einer freiberuflich tätigen Pflegefachfrau erfolgte Anleitung und Unterstützung einer Bäuerin bei der Alltagsbewältigung und der Problemlösungsfähigkeit bei chronisch tiefem Selbstwertgefühl und Schuldgefühlen nach dem Suizid eines Sohnes diese Voraussetzungen erfüllt. Es wies die Angelegenheit an die Vorinstanz u. a. mit der Erwägung zurück, dass näher abzuklären sei, ob überhaupt eine psychische Krankheit vorliege. [56](#)

IV. Kommunikationsleistungen gemäss PLAISIR

A. Allgemeines

In den Kantonen GE, JU, NE und VD wird in den Pflegeheimen das Bedarfsermittlungsinstrument PLAISIR [57](#) zur Ermittlung des Pflegebedarfs verwendet. Die Methode PLAISIR dient der Messung des Pflegeaufwandes und wurde durch das Team EROS [58](#) in Quebec speziell für Langzeitpflegeinstitutionen entwickelt. Die interkantonale Übereinkunft vom 16. 6. 1997 regelt die

erforderlichen Modalitäten, damit mit der Methode PLAISIR in den Institutionen und Kantonen vergleichbare Daten erhoben werden können. Zu diesem Zweck wurde eine interkantonale Technische Kommission [59](#) eingesetzt.

Die angeschlossenen Kantone haben entschieden, dass die Pflegeheime ab 1. 1. 2011 die Kommunikationsleistungen («communications au sujet du bénéficiaire» – nachfolgend CSB-Leistungen) in das Instrument PLAISIR integrieren und so der Krankenversicherung in Rechnung stellen. [60](#) Der Zuschlag für die CSB hängt vom Total des restlichen Pflegeaufwandes ab. Er beträgt im Durchschnitt ca. 11,5 Minuten pro Tag. [61](#) Die CSB-Leistungen umfassen folgende Verrichtungen. [62](#)

Pflegerecht–2012– 136

- mündliche Übergaberapporte zwischen den Pflegepersonen;
- Kommunikation des Pflegepersonals mit anderen Fachpersonen (Arzt, Ergotherapeut etc.);
- Kommunikation mit weiteren Diensten wie Radiologie, Labor, Apotheke etc.;
- bewohnerbezogene Kommunikation/Information mit Verwandten und Freunden;
- Planung und Überarbeitung des Pflegeplans;
- quantitative Evaluation der erforderlichen Pflegemassnahmen (= Bedarfsermittlung);
- Aktualisierung/Überarbeitung der Informationen im Patientendossier.

Bundesrat [63](#) und EVG [64](#) haben sich in der Vergangenheit bereits verschiedentlich im Zusammenhang mit Pflegeleistungen, die mit dem Bedarfsermittlungsinstrument PLAISIR erhoben wurden, auseinandergesetzt. Der Bundesrat erwog so z. B. in ähnlichem Zusammenhang, dass es sich bei den Verrichtungen, welche hauptsächlich darin bestehen, dass Heimbewohner begleitet oder angeleitet werden, nicht um Leistungen im Sinne von [Artikel 7 KLV](#) handelt; dasselbe trifft für Dienstleistungen zu, bei denen es hauptsächlich darum geht, ihre persönlichen Fähigkeiten zu entwickeln oder zu ihnen soziale Kontakte zu pflegen. [65](#) Für nicht nach KVG/KLV versicherte Zusatzleistungen können u. U. separate Taxen verrechnet werden. [66](#)

Im Lichte dieser Praxis stellt sich die Frage, ob die vorerwähnten CSB-Leistungen Pflichtleistungen darstellen, insbesondere weil sie einerseits die gesamte Kommunikation mit der versicherten Person und andererseits auch die betriebsinterne Kommunikation und diejenige mit Dritten als ersatzpflichtig qualifizieren.

B. CSB-Leistungen als Abklärungs- und Beratungsleistung

Entscheidend für die Leistungspflicht des Krankenversicherers ist, dass die Pflegeleistungen im Hinblick auf einen ausgewiesenen Bedarf an Pflichtleistungen erbracht wurden. Die Abklärungs- und Beratungsleistungen nach Art. 7 Abs. 2 lit. a Ziff. 1 und 2 KLV erheben den Bedarf und planen die Durchführung der in Art. 7 Abs. 2 umschriebenen Pflichtleistungen. In diesem Sinne ist die Definition der CSB-Leistungen («Les communications au sujet du bénéficiaire comprennent toutes les activités de communication orales et écrites au sujet du bénéficiaire») unpräzise und missverständlich, weil sie nicht auf krankheitsbezogene Massnahmen eingeschränkt ist.

Die ärztliche Anordnung und der ausgewiesene Pflegebedarf sind – wie erwähnt – Voraussetzung für die Vergütung von Pflegeleistungen. Der Aufwand, den die Pflegefachpersonen zur Abklärung des Pflegebedarfs und Planung der Massnahmen haben, ist eine verrechenbare Pflichtleistung. 67 Nach dem Wortlaut der Bestimmung gehört die Planung der Massnahmen zusammen mit dem Arzt und dem Patienten zu den Pflichtleistungen. Keine Pflichtleistung ist nach dem Wortlaut die Planung von Massnahmen zusammen mit anderen Leistungserbringern, z. B. den involvierten Therapeuten.

Bei einer wortgetreuen Auslegung sind demnach die folgenden CSB-Leistungen Pflichtleistungen der Abklärung und Beratung nach Art. 7 Abs. 2 lit a Ziff. 1 und 2 KLV:

- Kommunikation des Pflegepersonals mit anderen Fachpersonen (Arzt);
- bewohnerbezogene Kommunikation/Information mit Verwandten und Freunden (krankheitsbezogene Abklärung des Umfeldes und Beratung, die sich auf Durchführung der Krankenpflege bezieht);
- quantitative Evaluation der erforderlichen Pflegemassnahmen (= Bedarfsermittlung) und
- Planung und Überarbeitung des Pflegeplans.

Die weiteren aufgeführten CSB-Leistungen lassen sich weder als Massnahmen der Abklärung und Beratung nach Art. 7 Abs 2 lit. a Ziff. 1 und 2 KLV noch als Massnahmen der Untersuchung und Behandlung (Art. 7 Abs 2 lit. b KLV) oder als Massnahmen der Grundpflege (Art. 7 Abs 2 lit. c KLV) qualifizieren. Diese restlichen CSB-Leistungen betreffen Koordinations- oder Dokumentationsleistungen.

Tabelle 1: Zuordnung der CSB zu Abklärung und Beratung (nach Wortlaut)

Dienstleistung	Explizit positiv gelistet in Art. 7 Abs. 2 lit. a Ziff. 1 KLV (Abklärung)	Explizit positiv gelistet in Abs. 2 lit. a Ziff. 2 KLV (Beratung)
mündliche Übergaberapporte zwischen den Pflegepersonen	Nein	Nein
Kommunikation des Pflegepersonals mit anderen Fachpersonen (Arzt, Ergotherapeut etc.)	Ja, aber nur mit Arzt	Nein
Kommunikation mit weiteren Diensten wie Radiologie, Labor, Apotheke etc.	Nein	Nein
bewohnerbezogene Kommunikation/Information mit Verwandten und Freunden	Ja (mit Arzt/Patient). Krankheitsbezogene Abklärung des Umfeldes.	Ja. Beratung bezieht sich auf die Durchführung der Krankenpflege.
Planung und Überarbeitung des Pflegeplans	Ja (mit Arzt)	Nein
laufende Aktualisierung des Pflegeplans	Nein	Nein
quantitative Evaluation der erforderlichen Pflegemassnahmen (= Bedarfsabklärung)	Ja (mit Arzt/Patient)	Nein
Aktualisierung/Überarbeitung der Informationen im Patientendossier	Nein	Nein

C. CSB-Leistungen als Koordinationsleistung

In der Pflegepraxis laufen Absprachen/Informationen mit Therapeuten sowie anderen Diensten oft über das Pflegepersonal. Der PLAISIR-Leistungskatalog widerspiegelt insoweit konkret in der Pflegepraxis vorkommende Pflegeleistungen. Daraus kann aber nicht abgeleitet werden, dass alle Verrichtungen während des Pflegeprozesses ersatzpflichtig sind. Bis zum 31. 12. 2011 war im KVG/KLV keine Vergütungspflicht für eine Koordination mit anderen Fachpersonen (ausser dem Arzt) vorgesehen. Diese Koordinationsleistungen sind keine eigenständigen Leistungen, sondern unterstützen die Durchführung der Pflege. Systematisch und inhaltlich passen sie am besten zu den Massnahmen der Abklärung und Beratung nach Art. 7 Abs. 2 lit. a KLV, insofern es um die Absprache und Planung der Massnahmen geht. Diesbezüglich sieht die am 1. 1. 2012 in Kraft getretene Ziffer 3 von Art. 7 Abs. 2 lit. a KLV nunmehr vor, dass auch die «Koordination der Massnahmen sowie Vorkehrungen im Hinblick auf Komplikationen in komplexen und instabilen Pflegesituationen durch spezialisierte Pflegefachpersonen» versichert sind.

D. CSB-Leistungen als Dokumentationsleistung

Bei den nachfolgenden CSB-Leistungen handelt es sich um Dokumentationsleistungen der Pflege:

- mündliche Übergaberapporte zwischen den Pflegepersonen;
- laufende Aktualisierung des Pflegeplans und
- Aktualisierung/Überarbeitung der Informationen im Patientendossier.

Diese Dokumentationsleistungen beziehen sich auf alle durchgeführten Pflegemassnahmen und sind als «Hintergrundleistungen» bzw. akzessorische oder indirekte Pflegeleistungen zu

qualifizieren. Indirekte Pflegeleistungen erfolgen nicht in Anwesenheit des Patienten. Es sind jedoch aus pflegefachlicher und betrieblicher Sicht notwendige Leistungen, um eine sachgerechte und professionelle Pflege durchzuführen.

Bei der laufenden Aktualisierung des Pflegeplans und der Aktualisierung/Überarbeitung der Informa-

Pflegerecht–2012– 138

tionen im Patientendossier kann man argumentieren, dass sie zur Abklärung des Pflegebedarfs und der Planung der Massnahmen gehören. Auch das Patientendossier kann als Teil der Abklärung des Pflegebedarfs und der Planung verstanden werden. Allerdings gilt dies nur für die krankheitsbezogenen, d. h. auf die Durchführung der Massnahmen der Krankenpflege gerichteten Leistungen der Pflegeplanung und Führung des Patientendossiers.

Die Führung einer Pflegedokumentation stellt eine vertragliche [68](#) bzw. gesetzliche Pflicht [69](#) dar. Die Dokumentationspflicht besteht dabei nicht nur gegenüber der versicherten Person (Vertragspartner) und der Bewilligungs- bzw. Aufsichtsbehörde. Auch der Krankenversicherer kann zwecks Durchführung der Wirtschaftlichkeitskontrolle die Herausgabe der Unterlagen verlangen, welche die Grundlage für die Pflegebedarfseinstufung bilden, was zum Beispiel auf den Pflegebericht und die Vitalzeichenkontrolle zutrifft. [70](#) Das Herausgabebegehren bedarf keiner individuellen Begründung im Einzelfall. [71](#)

Die Abklärung des Pflegebedarfs, die laufende Aktualisierung der Pflegeberichte sowie das Führen des Patientendossiers werden insoweit von den Leistungserbringern auch gemäss KVG/KLV erwartet. Diese Dokumentationsleistungen sind gemäss dem ausdrücklichen Wortlaut von [Art. 7 Abs. 2 lit. b und c KLV](#) nicht aufgeführt, sind aber untrennbar mit den dort aufgeführten Pflegemassnahmen verbunden. Es rechtfertigt sich daher – trotz der Positivliste gemäss [Art. 7 Abs. 2 lit. b KLV](#) – von der Ersatzpflicht des Dokumentationsaufwands auszugehen.

Die *Dokumentationskosten* stellen *indirekte Pflegekosten* dar. Im Zusammenhang mit der Tarifierung von solchen Kosten präziserte die KLV bis Ende 2010, welche Kosten im Bereich Pflege als anrechenbar galten. Art. 7 Abs. 3 aKLV (in Kraft bis Ende 2010) sah vor, dass allgemeine Infrastruktur- und Betriebskosten der Leistungserbringer nicht angerechnet werden. Diese Bestimmung verbot jedoch nicht, sämtliche durch die Erbringung von versicherten Pflegeleistungen direkten und indirekten Kosten dem Tarif zulasten der Krankenversicherung zuzurechnen. Vielmehr wurden mit dieser Bestimmung nur jene Leistungen vom Tarif ausgeschlossen, die nicht unter die Krankenversicherung fallen, insofern als die Leistungserbringer gleichzeitig Leistungen nach KVG und Nicht-KVG-Leistungen anbieten. [72](#)

Mit der ab 1. 1. 2011 geltenden Neuordnung der Pflegefinanzierung wurde lediglich die Verteilung der Kosten von Pflichtleistungen auf drei Kostenträger (Beiträge der Krankenversicherer, Selbstbehalt der versicherten Person und Restfinanzierung des Kantons/der Gemeinde), [73](#) nicht

aber eine Änderung von Pflichtleistungen bzw. der anrechenbaren Kosten vorgenommen. Insoweit ist davon auszugehen, dass weiterhin alle direkten und indirekten Kosten der Pflichtleistungen nach KVG/KLV zu vergüten sind. Der Zeitaufwand für die Dokumentation ist folglich bei der Ermittlung des vergütungsfähigen Abklärungs-, Beratungs-, Kontroll- und Pflegebedarfs anzurechnen.

E. Tabellarische Übersicht

Tabelle 2: Übersicht CSB als Pflichtleistungen der OKP

Dienstleistung	Positiv gelistet in Art. 7 Abs. 2 Ziff. 1 KLV (Abklärung)	Positiv gelistet in Abs. 2 Ziff. 2 KLV (Beratung)	Positiv gelistet in Abs. 2 Ziff. 3 KLV (Koordination)	Indirekte Pflegeleistungen	Bemerkung
mündliche Übergaberapporte zwischen den Pflegepersonen	Nein	Nein	Nein	Ja	Dokumentation. Ja, wenn sie Pflichtleistungen betrifft.
Kommunikation des Pflegepersonals mit anderen Fachpersonen (Arzt, Ergotherapeut etc.)	Ja, aber nur mit Arzt	Nein	Ja, in speziellen Situationen	Nein	Koordination. Ja, bei Komplikationen in komplexen und instabilen Situationen
Kommunikation mit weiteren Diensten wie Radiologie, Labor, Apotheke etc.	Nein	Nein	Ja, in speziellen Situationen	Nein	Koordination. Ja, bei Komplikationen in komplexen und instabilen Situationen
bewohnerbezogene Kommunikation/Information mit Verwandten und Freunden	Ja	Ja	Nein		
Planung und Überarbeitung des Pflegeplans	Ja (mit Arzt/Patient)	Nein	Nein	Ja (auch ohne Arzt/Patient)	Dokumentation. Ja, wenn sie Pflichtleistungen betrifft.
Laufende Aktualisierung des Pflegeplans	Nein	Nein	Nein	Ja	Dokumentation. Ja, wenn sie Pflichtleistungen betrifft.
Quantitative Evaluation der erforderlichen Pflegemassnahmen (=Bedarfsabklärung)	Ja (mit Arzt/Patient)	Nein	Nein	Ja (auch ohne Arzt/Patient)	Dokumentation. Ja, wenn sie Pflichtleistungen betrifft.
Aktualisierung/Überarbeitung der Informationen im Patientendossier	Nein	Nein	Nein	Ja	Dokumentation. Ja, wenn sie Pflichtleistungen betrifft.

1 ... Das Erfordernis ärztlicher Anordnung ((Art. 8 KLV)) setzt voraus, dass die versicherte Person in ambulanter ärztlicher Behandlung steht oder ärztliche Besuche zu Hause oder im Pflegeheim stattfinden (vgl. BGE 131 V 178 E. 2.2).

- 2 Vgl. Art. 8 KLV..
.....
- 3 Der Patient ist darüber aufzuklären, ob die beabsichtigte Behandlung von der obligatorischen
..... Krankenpflegeversicherung gedeckt ist (vgl. BGE 119 II 456 = Pra 1995 Nr. 72 E. 2c und d).
Vom Leistungserbringer kann auch «erwartet werden, dass er die zweifelhaften Fälle erkennt, die
möglicherweise von den Krankenkassen nicht übernommen werden» (BGE 119 II 456 = Pra 1995
Nr. 72 E. 2d).
- 4 Der Patient ist über ein für die Behandlung erforderliches therapiegerechtes Verhalten aufzuklären
..... (vgl. BGE 116 II 519 = Pra 1991 Nr. 72 E. 3b und c).
- 5 Der Patienten ist vor einem invasiven Eingriff umfassend und risikogerecht aufzuklären, wobei die
..... Aufklärung Voraussetzung für die Einwilligung und damit die Rechtmässigkeit des Eingriffs ist (vgl.
BGE 115 Ib 175 = Pra 1989 Nr. 251 E. 2b und 113 Ib 420 = Pra 1988 Nr. 278 E. 4).
- 6 Vgl. Art. 27 ATSG und ferner Art. 3 f. VVG..
.....
- 7 Vgl. Art. 42 KVG..
.....
- 8 Vgl. Art. 50 ATSG..
.....
- 9 Vgl. Art. 9 KLV..
.....
- 10 Vgl. Art. 8a KLV..
.....
- 11 Vgl. Art. 44 Abs. 1 KVG..
.....
- 12 Vgl. Entscheid Bundesrat vom 20. 12. 2000 = RKUV 2001 KV 186 S. 522 E. II.10.
.....
- 13 Vgl. Art. 25a Abs. 1 KVG..
.....
- 14 Vgl. Art. 25a Abs. 3 KVG..
.....
- 15 Vgl. Art. 25a Abs. 4 KVG..
.....
- 16 Vgl. Art. 33 KVV..
.....
- 17 Vgl. Art. 50 KVG..
.....
- 18 Statt vieler Urteil EVG vom 24. 10. 2005 (K 55/05) E. 1.2.
.....
- 19 Vgl. Urteil des EVG vom 10. 1. 2003 (K 98/01) = RKUV 2003 KV 240 S. 69 E. 3.4.
.....
- 20 Vgl. BGE 131 V 178 E. 2.2.3.
.....
- 21 Vgl. BGE 136 V 172 = Pra 2010 Nr. 135.
.....
- 22 Ibid., E. 4.3.2.
.....
- 23 Ibid., E. 4.3.3.
.....

- 24 Vgl. Ziff. I der V des EDI vom 5. Dez. 2011, in Kraft seit 1. Jan. 2012 (AS 2011 6487).
Bemerkenswert ist die neue Formulierung in Art. 7 Abs. 2 lit. b Ziff. 7: Vorbereitung und
Verabreichung von Medikamenten sowie Dokumentation der damit verbundenen Tätigkeiten.
- 25 Vgl. Urteil BGer vom 21. 12. 2010 (9C_702/2010) E. 4.2.2.
- 26 Vgl. Urteil BGer vom 23. 12. 2010 (9C_374/2010) E. 2.3.
- 27 Ibid., E. 4.4.
- 28 Vgl. BGE 131 V 178 E. 2.2.3.
- 29 Vgl. Art. 7 Abs. 2 lit. c Ziff. 1 KLV..
- 30 Vgl. Art. 7 Abs. 2 lit. c Ziff. 2 KLV..
- 31 Vgl. Urteil EVG vom 20. 12. 2004 (P 19/03) = SVR 2005 EL Nr. 2 S. 5 E. 4.2.2 und ferner
Botschaft des Bundesrats zur Neuordnung der Pflegefinanzierung vom 16. 2. 2005 = BBI 2005 2041
Ziff. 1.1.3.2.1.
- 32 Vgl. BGE 136 V 172 E. 5.3.1.
- 33 Vgl. Entscheid Bundesrat vom 28. 1. 1998 = RKUV 1998 KV Nr. 27 S. 161 E. 8.2.
- 34 Vgl. Entscheid Bundesrat vom 9. 3. 1998 = RKUV 1998 KV Nr. 28 S. 180 E. II.
- 35 Vgl. BGE 136 V 172 E. 5.3.2.
- 36 Ibid.
- 37 Vgl. Art. 7 Abs. 2 lit. c Ziff. 1 KLV..
- 38 Die Rechtsprechung differenziert bei der Hilfe in Bezug auf alltägliche Lebensverrichtungen
zwischen direkter und indirekter Dritthilfe. Eine indirekte Dritthilfe besteht in einer Überwachung des
Versicherten bei der Vornahme der relevanten Lebensverrichtungen, indem etwa die Drittperson
ihn auffordert, eine Lebensverrichtung vorzunehmen, die er wegen seines psychischen Zustandes
ohne besondere Aufforderung nicht vornehmen würde (vgl. z. B. BGE 133 V 472 E. 5.1, 121 V
88 E. 3c sowie 107 V 145 E. 1c und 136 E. 1b). Die dauernde persönliche Überwachung bezieht
sich nicht auf die alltäglichen Lebensverrichtungen und ist deshalb von der indirekten Dritthilfe zu
unterscheiden (vgl. Urteil BGer vom 5. 3. 2009 [8C_912/2008] E. 3.2.3 und ZAK 1984, S. 354 E. 2c).
- 39 Ein Bedarf an lebenspraktischer Begleitung i. S. v. Art. 42 Abs. 3 IVG liegt vor, wenn eine volljährige
versicherte Person ausserhalb eines Heimes lebt und infolge Beeinträchtigung der Gesundheit
ohne Begleitung einer Drittperson nicht selbstständig wohnen kann, für Verrichtungen und Kontakte
ausserhalb der Wohnung auf Begleitung einer Drittperson angewiesen oder ernsthaft gefährdet ist,
sich dauernd von der Aussenwelt zu isolieren (vgl. Art. 38 Abs. 1 IVV)).
- 40 Vgl. Art. 7 Abs. 2 lit. c Ziff. 2 KLV..
- 41 Vgl. Art. 7 Abs. 2 lit. a Ziff. 2 KLV..

- 42 Siehe dazu Urteil EVG vom 21. 6. 2006 (K 156/04). Dieser Fall betraf den von der Spitex
angestellten Ehemann (gelernter Architekt) der versicherten Person.
- 43 Es handelt sich dabei um eine Sachleistung (vgl. GEBHARD EUGSTER, ATSG und
Krankenversicherung: Streifzug durch Art. 1–55 ATSG, in: SZS 2003 213 ff., 219).
- 44 Vgl. BGE 131 V 178 E. 2.2.1.
- 45 Der italienische Wortlaut ist abschliessend.
- 46 Vgl. Urteil EVG vom 18. 3. 2005 (K 114/04) E. 3.3.
- 47 Vgl. Art. 4a Abs. 1 lit. a, Art. 9b und 9c sowie Art. 15 KLV..
- 48 Vgl. BGE 131 V 178 E. 2.3.
- 49 Ibid., E. 2.2.1, und Urteil des EVG vom 18. 3. 2005 (K 97/ 03) = RKUV 2005 KV 328 S. 186 E. 3.2.1.
- 50 Ibid.
- 51 Vgl. BGE 131 V 178 E. 2.2.1.
- 52 Ibid., E. 3.3, und ferner Urteil EVG vom 18. 3. 2005 (K 113/04) E. 4.3 (Ersatzpflicht für einmalige
Bedarfsabklärung und von der Spitex vorgenommene Tages- und Wochenplanung sowie
motivierende sowie strukturgebende Gespräche im Umfang von 1 ½ Stunden pro Woche bejaht).
- 53 Vgl. Urteil EVG vom 18. 3. 2005 (K 105/04) E. 3.2 f.
- 54 Vgl. BGE 131 V 178 E. 2.2.3 und Urteil des EVG vom 18. 3. 2005 (K 97/03) = RKUV 2005 KV 328
S. 186 E. 3.2.3.
- 55 Vgl. Urteil EVG vom 18. 3. 2005 (K 114/04) E. 3.3.
- 56 Vgl. Urteil des EVG vom 18. 3. 2005 (K 97/03) = RKUV 2005 KV 328 S. 186 E. 4.2.3.
- 57 Planification Informatisée des Soins Infirmiers Requis.
- 58 Equipe de recherche opérationnelle en santé. Weiterführend <http://www.erosinfo.com> (zuletzt
besucht am 13. 3. 2012).
- 59 Weiterführend <http://www.isesuisse.ch> (zuletzt besucht am 13. 3. 2012).
- 60 Siehe http://www.isesuisse.ch/fr/ct-plaisir/note_CSB_11_01.pdf (zuletzt besucht am 13. 3. 2012).
- 61 Ibid. Mithilfe des Bedarfsermittlungsinstruments PLAISIR werden die notwendigen Pflegeleistungen
eruiert. Die CSB werden individuell pro Patient als Minutenzuschlag auf dem Total der
Pflegeminuten für Pflichtleistungen nach Art. 7 Abs. 2 KLV errechnet (Nettopflegeminuten). Sie
betragen im Jahr durchschnittlich über alle Patienten ca. 11,5 Min.

62 Siehe Table de concordance des actions de soins PLAISIR avec l'art 7 OPAS Révision 2010 (http://www.isesuisse.ch/fr/ct-plaisir/table_concordance.pdf – zuletzt besucht am 13. 3. 2012). Erwähnt sind folgende Leistungen:

Les transmissions orales du début et de la fin des services (quarts) de travail entre les membres du personnel infirmier;

Les communications du personnel infirmier avec les autres professionnels (médecin, ergothérapeute, etc.);

Les communications avec les autres services (radiologie, laboratoire, pharmacie);

Les communications avec les parents et amis du bénéficiaire pour donner de l'information à son sujet;

La planification et rédaction du plan de soins;

L'évaluation quantitative des soins infirmiers requis;

La rédaction des notes de transmission au dossier du bénéficiaire.

63 Siehe Entscheide Bundesrat vom 20. 12. 2000 = RKUV 2001 KV 186 S. 522, vom 23. 6. 1999 = RKUV 1999 KV 86 S. 371 und vom 28. 1. 1998 = RKUV 1998 KV 27 S. 161.

64 Vgl. Urteil EVG vom 24. 7. 2000 ([2P.371/1997](#) und [2P.372/1997](#)).

65 Vgl. Entscheid Bundesrat vom 28. 1. 1998 = RKUV 1998 KV 27 S. 161 E. II.8.2

66 Vgl. Entscheid Bundesrat vom 20. 12. 2000 = RKUV 2001 KV 186 S. 522 E. II.10 f.

67 Vgl. Art. 7 Abs. 2 lit a Ziff. 1 KLV.

68 Vgl. Art. 400 Abs. 1 OR und Urteile BGer vom 9. 7. 2010 ([4A 48/2010](#)) E. 7, vom 25. 9. 2008 ([9C 567/2007](#)) E. 4.2 und vom 23. 11. 2004 ([4C.378/1999](#)) E. 3.2 f.

69 Siehe z. B. §§ 17 ff. Patientinnen- und Patientengesetz vom 5. 4. 2004 (ZH), § 37 Abs. 2 lit. f Reglement über die Rechte und Pflichten der Patientinnen und Patienten des Luzerner Kantonsspitals (Patientenreglement LUKS) vom 20. 11. 2007 (LU) und Art. 31 Verordnung über den Betrieb privater Einrichtungen der Gesundheitspflege vom 21. 6. 2011 (SG).

70 Vgl. BGE 133 V 359 E. 7.

71 Ibid., E. 8.1 f.

72 Vgl. Entscheide Bundesrat vom 1. 2. 2006 = RKUV 2006 KV 372 S. 282 E. 6.2, vom 10. 12. 1998 = RKUV 2002 KV 221 S. 312 E. 5.3.3 und vom 23. 6. 1999 = RKUV 1999 KV 86 S. 371 E. II.5.

73 Vgl. Art. 25a KVG..