Tribunale federale
Tribunal federal

{T 7}
K 141/06
K 145/06

Urteil vom 10. Mai 2007
II. sozialrechtliche Abteilung

Besetzung
Bundesrichter Lustenberger, präsidierendes Mitglied,
Bundesrichter Kernen, nebenamtlicher Richter Bühler,
Gerichtsschreiberin Helfenstein Franke.

Parteien
K 141/06
X._____, 1965, Beschwerdeführer,

gegen

Concordia Schweizerische Kranken- und Unfallversicherung, Bundesplatz 15, 6003 Luzern, Beschwerdegegnerin,

und

K 145/06
Concordia Schweizerische Kranken- und Unfallversicherung, Bundesplatz 15, 6003 Luzern, Beschwerdeführerin,

gegen

X._____, 1965, Beschwerdegegner,

Gegenstand
Krankenversicherung,

Verwaltungsgerichtsbeschwerde gegen den Entscheid des Verwaltungsgerichts des Kantons Glarus vom 7. November 2006.

Sachverhalt:
A.
A.a Der 1965 geborene, als selbstständiger Rechtsanwalt tätige X._____ ist bei der Concordia Schweizerische Kranken- und Unfallversicherung (nachfolgend: Concordia) nach dem Bundesgesetz über die Krankenpflegeversicherung (KVG) obligatorisch versichert. Am 30. Oktober 1979 erlitt er als Folge eines Unfalles im Schulhaus in Z._____ eine sensomotorisch inkomplette Tetraplegie sub C4, motorisch komplett sub C6. In einer aussergerichtlichen Vereinbarung zwischen der Schulgemeinde Z._____ und zwei weiteren Beteiligten einerseits sowie X._____ und der Concordia (damals als Krankenkasse Konkordia firmierend) andererseits vom 15. April/ 26. Mai 1999 einigten sich die Parteien unter anderem darauf, dass die Schulgemeinde Z._____ der Concordia "unter Offenlassung der Haftungsfrage in Abgeltung des Regressrechtes gemäss Art. 79 KVG" einen Betrag von Fr. 100'000.- bezahlte. Mit Bezug auf die dieser Zahlung entsprechenden Versicherungs-, Schadenersatz- und Regressforderungen vereinbarten die Vertragsparteien Folgendes:
"Die Parteien stellen fest, dass sich im Pflege- und Betreuungsschaden zu berücksichtigende Leistungen Dritter

mit den Leistungen im Sinne von Art. 25 Abs. 2 lit. a Ziff. 3 KVG und Art. 7-9a KLV (ambulant oder bei Hausbesuchen von Personen, die im Auftrag eines Arztes Leistungen erbringen, durchgeführte Untersuchungen, Behandlungen oder Pflegemassnahmen) überschneiden. Um allseits Klarheit zu schaffen, stellen die Parteien fest, dass bei der Festlegung des Betrages von Fr. 100'000.- gemäss Ziff. 2 vorstehend die Annahme getroffen worden ist, der wöchentliche Bedarf für Grundpflege, Mobilisierung und Betreuung im Sinne von Art. 25 Abs. 2 lit. a Ziff. 3 KVG und Art. 7-9a KLV betrage 24.5 Stunden (7 Tage à 3 ½ Stunden). Diese Annahme ist dabei lediglich im Verhältnis zwischen dem Geschädigten/der Schulgemeinde und der Krankenkasse, nicht aber im Verhältnis zwischen dem Geschädigten und der Schulgemeinde verbindlich; letzteren beiden Parteien steht es frei, im bevorstehenden Prozess über die Höhe des Pflege- und Betreuungsschadens einen anderen Standpunkt zu vertreten."

A.b Am 28. April 2005 teilte X._____ der Concordia mit, dass seine Ehefrau, K._____, seit 1988 diplomierte Pflegefachfrau und seit dem 9. Februar 2005 von santésuisse, Verband der Krankenversicherer, anerkannte Leistungserbringerin (mit Abrechnungsnummer) sei. Das im Haftpflichtprozess bei Dr. med. E._____, Oberarzt, Behandlungs- und Forschungszentrum für Paraplegie, Klinik Y._____, eingeholte Pflegeaufwandgutachten vom 10. April 2002 (nachfolgend: Gutachten Y._____) habe einen täglichen Pflegeaufwand von 6.66 Stunden ermittelt, der von seiner Ehefrau geleistet werde. Gestützt auf die Vereinbarung vom 15. April/26. Mai 1999 stehe ihm daher gegenüber der obligatorischen Krankenpflegeversicherung noch ein Anspruch auf Pflegeleistungen im Umfang von 3.166 Stunden pro Tag zu, und zwar rückwirkend ab April 2000. Im Nachgang zu diesem Leistungsgesuch liess X._____ der Concordia die ärztliche Pflegeverordnung des Dr. med. M._____ vom 24. Mai 2005 und die Bedarfsabklärung/Pflegeplanung von K._____ vom 23. Mai 2005 zugehen, mit welcher ein Pflegeaufwand von 2'655 Minuten pro Woche oder 6.32 Stunden pro Tag ermittelt wurde.

Am 22. August 2005 verfügte die Concordia, X._____ stehe unter Berücksichtigung des Leistungsverzichts gemäss Vereinbarung vom 15. April/26. Mai 1999 noch ein Anspruch auf Vergütung eines versicherten Pflegeaufwandes von 0.3 Stunden pro Tag zu. Auf Einsprache hin holte sie von der Pflegefachberaterin S._____ eine detaillierte Begründung vom 19. Oktober 2005 für den von dieser auf 3 Stunden und 50 Minuten oder 3.88 Stunden pro Tag bezifferten Pflegeaufwand ein. Mit Einspracheentscheid vom 24. Oktober 2005 wies die Concordia die Einsprache ab und ergänzte ihre Verfügung vom 22. August 2005 dahingehend, dass sie den versicherten Pflegeaufwand neu auf 0.38 Stunden festsetzte sowie einen Vergütungsanspruch für die von K._____ vor dem 9. Februar 2005 erbrachten Pflegeleistungen ablehnte.

B.

Die hiegegen von X._____ erhobene Beschwerde mit dem Antrag auf Vergütung von Pflegeleistungen von täglich 3.16 Stunden ab 9. Februar 2000 hiess das Verwaltungsgericht des Kantons Glarus mit Entscheid vom 7. November 2006 teilweise gut und setzte den "ausgewiesene(n) tägliche(n) Pflegeaufwand" auf 2.82 Stunden fest.

C.

Beide Parteien führen dagegen Verwaltungsgerichtsbeschwerde. X._____ erneuert sein vorinstanzliches Rechtsbegehren. Die Concordia beantragt, der angefochtene Entscheid sei aufzuheben und der Einspracheentscheid vom 24. Oktober 2005 sei zu bestätigen. X._____ und die Concordia schliessen je auf Abweisung der von der Gegenpartei erhobenen Verwaltungsgerichtsbeschwerde, während das Bundesamt für Gesundheit auf entsprechende Vernehmlassungen verzichtet.

Das Bundesgericht zieht in Erwägung:

1.

1.1 Da den beiden Verwaltungsgerichtsbeschwerden derselbe Sachverhalt zu Grunde liegt, sich die gleichen Rechtsfragen stellen und die Rechtsmittel den nämlichen vorinstanzlichen Entscheid betreffen, rechtfertigt es sich, die beiden Verfahren zu vereinigen und in einem einzigen Urteil zu erledigen (BGE 128 V 126 E. 1 mit Hinweisen; vgl. auch BGE 128 V 194 E. 1).

1.2 Am 1. Januar 2007 ist das Bundesgesetz über das Bundesgericht vom 17. Juni 2005 (BGG; SR 173.110) in Kraft getreten (AS 2006 1205, 1243). Damit wurden das Eidgenössische Versicherungsgericht und das Bundesgericht in Lausanne zu einem einheitlichen Bundesgericht (an zwei Standorten) zusammengefügt (Seiler/von Werdt/ Güngerich, Bundesgerichtsgesetz [BGG], Bern 2007, S. 10 Rz. 75). Da der kantonale Entscheid vor dem 1. Januar 2007 ergangen ist, ist das BGG noch nicht anwendbar (Art. 132 Abs. 1 BGG). Die Kognition des

Bundesgerichtes richtet sich daher noch nach Art. 132 OG. Danach ist die Überprüfungsbefugnis im Beschwerdeverfahren um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen nicht auf die Verletzung von Bundesrecht einschliesslich Überschreitung oder Missbrauch des Ermessens beschränkt, sondern sie erstreckt sich auch auf die Angemessenheit der angefochtenen Verfügung; das Gericht ist dabei nicht an die vorinstanzliche Feststellung des rechtserheblichen Sachverhalts gebunden und kann über die Begehren der Parteien zu deren Gunsten oder Ungunsten hinausgehen (Art. 132 OG).
2.
2.1 Die Vorinstanz hat zutreffend dargelegt, dass die obligatorische Krankenversicherung die Kosten für die Leistungen gemäss Art. 25-31 KVG nach Massgabe der in den Art. 32-34 KVG festgelegten Voraussetzungen übernimmt. Nach Art. 25 Abs. 2 lit. a Ziff. 3 KVG umfassen diese unter anderem die Untersuchungen, Behandlungen und Pflegemassnahmen, die ambulant bei Hausbesuchen, stationär, teilstationär oder in einem Pflegeheim durchgeführt werden durch Personen, die auf Anordnung oder im Auftrag eines Arztes oder einer Ärztin Leistungen erbringen. Die von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung für Krankenpflege zu Hause, ambulant oder im Pflegeheim zu erbringenden Leistungen werden in Art. 7 KLV näher umschrieben. Nach Abs. 1 dieser Norm übernimmt die Versicherung nach lit. a die von Pflegefachfrauen und Pflegefachmännern (Art. 49 KVV) oder nach lit. b von Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause (Art. 51 KVV) auf Grund der Bedarfsabklärung auf ärztliche Anordnung hin oder im ärztlichen Auftrag erbrachten Leistungen. Gemäss Abs. 2 sind Leistungen im Sinne von Abs. 1 Massnahmen der Abklärungen und Beratung (lit. a), der Untersuchung und Behandlung (lit. b) sowie der Grundpflege (lit. c). Die Untersuchungs- und Behandlungsmassnahmen nach lit. b sind in einem 12 Positionen umfassenden Leistungskatalog spezifiziert. Als Massnahmen der Grundpflege sind in lit. c aufgeführt: die allgemeine Grundpflege bei Patienten und Patientinnen, welche die Tätigkeiten nicht selber ausführen können, wie Beine einbinden, Kompressionsstrümpfe anlegen; Betten, Lagern; Bewegungsübungen, Mobilisieren; Dekubitusprophylaxe, Massnahmen zur Verhütung oder Behebung von behandlungsbedingten Schädigungen der Haut; Hilfe bei der Mund- und Körperpflege, beim An- und Auskleiden, beim Essen und Trinken (Ziff. 1) sowie die psychiatrische oder psychogeriatrische Grundpflege (Ziff. 2).
2.2 Grundlage des Entschädigungsanspruches für Leistungen von Pflegefachfrauen und Pflegefachmännern oder der Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause bildet der ärztliche Auftrag oder die ärztliche Anordnung, welcher auf Grund der Bedarfsabklärung und der gemeinsamen Planung der notwendigen Massnahmen näher zu umschreiben ist (Art. 8 Abs. 1 KLV). Die Bedarfsabklärung umfasst die Beurteilung der Gesamtsituation des Patienten oder der Patientin sowie die Abklärung des Umfeldes und des individuellen Pflege- und Hilfebedarfs (Art. 8 Abs. 2 KLV). Sie erfolgt auf Grund einheitlicher Kriterien. Das Ergebnis wird auf einem von den Tarifpartnern geschaffenen Formular festgehalten, worin insbesondere der voraussichtliche Zeitbedarf anzugeben ist (Art. 8 Abs. 3 KLV). Der ärztliche Auftrag oder die ärztliche Anordnung sind zu befristen. Sie können bei Akutkranken für maximal drei Monate und bei Langzeitpatienten oder -patientinnen für maximal sechs Monate erteilt werden (Art. 8 Abs. 6 KLV). Der ärztliche Auftrag oder die ärztliche Anordnung können wiederholt werden (Art. 8 Abs. 7 KLV). Für die Leistungen der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner oder der Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause vereinbaren die
Vertragspartner oder setzen die zuständigen Behörde Tarife fest, die nach Art und Schwierigkeit der notwendigen Leistungen abzustufen sind (Art. 9 Abs. 3 KLV).
2.3
2.3.1 Gemäss Art. 8a Abs. 1 KLV vereinbaren die Versicherer und Leistungserbringer in den Tarifverträgen gemeinsame Kontroll- und Schlichtungsverfahren bei Krankenpflege zu Hause. Das Verfahren dient der Überprüfung der Bedarfsabklärung sowie der Kontrolle der Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit der Leistung (Art. 8a Abs. 3 Satz 1 KLV). Die ärztlichen Aufträge oder Anordnungen sind zu überprüfen, wenn voraussichtlich mehr als 60 Stunden pro Quartal benötigt werden (Art. 8a Abs. 3 Satz 2 KLV). Werden voraussichtlich weniger als 60 Stunden pro Quartal benötigt, sind systematische Stichproben durchzuführen (Art. 8a Abs. 3 Satz 3 KLV).
2.3.2 Der vom Konkordat der Schweizerischen Krankenversicherer (heute: santésuisse) mit dem Schweizer Berufsverband der Krankenschwestern und Krankenpfleger am 23. Mai 1997 abgeschlossene und am 1. Januar 1998 in Kraft getretene Vertrag regelt das in Art. 8a Abs. 1 KLV vorgeschriebene Kontroll- und Schlichtungsverfahren nicht. Er enthält im Abschnitt I (Qualitätssicherung/Wirtschaftlichkeit) in Absatz 1 nur die Verpflichtung der Leistungserbringer, bei den Untersuchungen, Behandlungen und Pflegemassnahmen, die auf ärztliche

Anordnung hin oder im ärztlichen Auftrag erbracht werden, sowie beim Einsatz von Mitteln und Gegenständen das Wirtschaftlichkeitsgebot zu beachten. Damit haben die Vertragsparteien vertraglich festgehalten, dass auch die Leistungen der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner dem für das ganze Leistungsrecht der obligatorischen Krankenpflegeversicherung grundlegenden, in Art. 56 Abs. 1 KVG statuierten Wirtschaftlichkeitsgebot unterliegen. Dieses schliesst unwirtschaftliche Leistungen aus (vgl. Art. 56 Abs. 2 Satz 1 KVG) und schützt die Krankenversicherer (sowie indirekt die Versichertengemeinschaft) davor, unnötige Massnahmen oder Massnahmen, die durch weniger kostspielige ersetzt werden können, übernehmen zu
müssen (BGE 127 V 46 f. E. 2b, 125 V 99 E. 2b mit Hinweisen; RKUV 2000 KV 132 S. 282 E. 2d, 1999 KV 64 S. 68 E. 3b).
2.3.3 Um eine Konkretisierung des Wirtschaftlichkeitsgebotes handelt es sich auch bei der Verordnungsbestimmung von Art. 8a Abs. 3 Satz 2 KLV, wonach Bedarfsabklärungen für Leistungen der Krankenpflege zu Hause und die ihnen zugrunde liegenden ärztlichen Aufträge oder Anordnungen zu überprüfen sind, wenn voraussichtlich mehr als 60 Stunden pro Quartal benötigt werden. Damit werden die Krankenversicherer angewiesen, die Wirtschaftlichkeit der im Einzelfall geplanten und angeordneten Pflegemassnahmen antizipiert und umfassend (nicht nur mittels Stichproben) zu überprüfen. Diese Überprüfung müssen die Krankenversicherer im Einzelfall auch dann vornehmen, wenn und solange im massgebenden Tarifvertrag das hiefür in Art. 8a Abs. 1 KLV vorgesehene gemeinsame Kontroll- und Schlichtungsverfahren (noch) nicht geregelt ist.
3.
3.1 Der Versicherte beruft sich für den von ihm geltend gemachten, von seiner Ehefrau erbrachten und zu erbringenden täglichen Pflegeaufwand von total 6.66 Stunden einerseits auf das als Gerichtsexpertise erstattete Gutachten Y._____ vom 10. April 2002 sowie andererseits auf das in seinem Auftrag von P._____ im April 1998 erstellte Privatgutachten.
Das kantonale Gericht hat das Gutachten von P._____ als nicht beweiskräftig erachtet, weil es lediglich in anonymisierter Form verurkundet worden und daher nicht nachgewiesen sei, dass sich der darin mit rund 6 Stunden pro Tag ermittelte Pflegeaufwand wirklich den Versicherten betreffe. Hingegen sei auf das Gutachten Y._____ abzustellen, da es vom Kantonsgericht Glarus im Haftpflichtprozess eingeholt worden sei und als "unabhängig und beweistauglich" gelten könne.
3.2
3.2.1 Die Vorinstanz hat ausser Acht gelassen, dass die Gerichtsexpertise Y._____ vom 10. April 2002 wie auch das Privatgutachten von P._____ vom April 1998 - dieses vorprozessual - als Beweismittel für den Nachweis der als Folge einer Körperverletzung bereits entstandenen und zukünftigen "Kosten" im Sinne von Art. 46 Abs. 1 OR eingeholt worden ist. Die gestützt auf diese Rechtsgrundlage vom Haftpflichtigen zu ersetzenden Kosten der Pflege und Betreuung des Geschädigten stellen, wenn sie von Familienangehörigen unentgeltlich geleistet werden, einen normativen Schaden dar, der auf Seiten des Geschädigten keine Vermögenseinbusse voraussetzt. Seine Berechnung und Abgeltung wird durch zahlreiche Ermessensfaktoren bestimmt, denen der Richter nach Massgabe von Art. 42 Abs. 2 OR im Rahmen einer Schadensschätzung auch dann Rechnung zu tragen hat, wenn er sich dabei auf ein Pflegeaufwandgutachten stützt (vgl. Urteile des Bundesgerichtes vom 26. März 2002, 4C.276/2001, teilweise publ. in Pra 2002 Nr. 212 S. 1127 ff., und vom 23. Juni 1999, 4C.412/1998, teilweise publ. in Pra 1999 Nr. 171 S. 890 ff., insbes. S. 892 f. E. 3; ZR 2002 Nr. 94 S. 289 ff., insbesondere S. 289-299; vgl. zu den einzelnen Ermessensfaktoren auch Hardy Landolt,
Der Fall Kramis (BGE vom 24. März 2002, 4C.276/2001) - Pflegeschaden quo vadis?, ZBJV 2003, 394 ff.).
3.2.2 Demgegenüber sind die vom obligatorischen Krankenversicherer zu übernehmenden Pflegeleistungen in Art. 7 Abs. 2 KLV im Einzelnen spezifiziert und detailliert umschrieben sowie mit Bezug auf die Massnahmen der Untersuchung und Behandlung in einem abschliessenden Leistungskatalog normiert (Art. 7 Abs. 2 lit. d Ziff. 1-12). Diese gesetzliche Regelung der versicherten Pflegeleistungen und die Pflicht der Krankenversicherer zum Abschluss von Tarifverträgen mit den Leistungserbringern (Art. 8a Abs. 1 KLV) zeichnen sich gerade dadurch aus, dass damit Ermessensleistungen praktisch ausgeschlossen werden. Die Krankenversicherer haben sich sowohl bei der nachträglichen Vergütung als auch bei der antizipierten Überprüfung der geplanten und angeordneten Pflegeleistungen an deren gesetzliche Umschreibung sowie die vertraglich vereinbarten Bemessungs- und Vergütungsansätze zu halten. Soweit innerhalb des gesetzlich und vertraglich so begrenzten Leistungsumfanges ein Ermessensspielraum verbleibt, haben die Krankenversicherer zudem mit aller gebotenen Sorgfalt das Wirtschaftlichkeitsgebot im Sinne von Art. 56 Abs. 1 KVG in Verbindung mit Art. 8a Abs. 3 Satz 1 KLV zu beachten.

3.2.3 Die Rechtsnatur sowie der unterschiedliche Norm- und Schutzzweck der haftpflichtrechtlichen Personenschadenregeln von Art. 46 Abs. 1 in Verbindung mit Art. 42 Abs. 2 OR schliessen aus, dass ein zum Nachweis des vom Haftpflichtigen geschuldeten Pflegeschadens eingeholtes Pflegeaufwandgutachten tel quel als Grundlage für die Bemessung der vom Krankenversicherer nach Massgabe von Art. 7 Abs. 2 KLV und des einschlägigen Tarifvertrages zu vergütenden Pflegeleistungen herangezogen wird. Einem im Haftpflichtprozess eingeholten Gerichtsgutachten zu dem im Einzelfall erforderlichen Pflegeaufwand kommt sozialversicherungsrechtlich nur insofern Beweiskraft zu, als die darin enthaltenen Erfahrungssätze und Schlussfolgerungen der gesetzlichen Regelung von Art. 7 Abs. 2 KLV und den vertraglichen Vereinbarungen des massgebenden Tarifvertrages entsprechen.
3.2.4 Das kantonale Gericht hat demgemäss Bundesrecht verletzt, indem es für die von der Concordia zu vergütenden Pflegeleistungen vorbehaltlos auf den im Gutachten Y._____ vom 10. April 2002 ermittelten Pflegeaufwand von 6.66 Stunden pro Tag abgestellt und diesen lediglich auf den in der Bedarfsabklärung/Pflegeplanung ermittelten, leicht geringeren Pflegeaufwand von 6.32 Stunden täglich herabgesetzt hat.
4.
4.1 Grundlage des Vergütungsanspruches für Leistungen von Pflegefachfrauen und Pflegefachmännern bildet wie dargelegt (E. 2.2 hievor) der ärztliche Auftrag oder die ärztliche Anordnung, welche auf Grund der Bedarfsabklärung und der gemeinsamen Planung der notwendigen Massnahmen durch Arzt und Pflegefachfrau/Pflegefachmann zu erstellen ist. Im vorliegenden Fall hat der die Pflegeleistungen anordnende Arzt in seiner Verordnung vom 24. Mai 2005 ausdrücklich auf das Gutachten Y._____ vom 10. April 2002 verwiesen, und die Ehefrau des Versicherten dürfte sich als Leistungserbringerin in ihrer Bedarfsabklärung/Pflegeplanung vom 23. Mai 2005 ebenfalls am in jenem Gutachten beschriebenen täglichen Pflegeaufwand orientiert haben. Jedenfalls weist die Bedarfsabklärung/Pflegeplanung vom 23. Mai 2005 gegenüber dem Pflegeaufwandgutachten lediglich einen um 0.34 Stunden pro Tag geringeren täglichen Pflegeaufwand aus (6.66 Stunden pro Tag gemäss Gutachten Y._____/ 6.32 Stunden pro Tag gemäss Bedarfsabklärung/Pflegeplanung vom 23. Mai 2005).
4.2 Die Concordia hat die Bedarfsabklärung/Pflegeplanung von K._____ durch ihre Pflegefachberaterin S._____ überprüfen lassen. Diese hat in ihrem Bericht vom 19. Oktober 2005 im Einzelnen dargelegt, welche geplanten Pflegeleistungen und Zeitaufwände keine Massnahmen der Untersuchung und Behandlung im Sinne von Art. 7 Abs. 2 lit. b Ziff. 1-12 KLV oder der allgemeinen Grundpflege im Sinne von Art. 7 Abs. 2 lit. c Ziff. 1 KLV darstellen. In einem weiteren ausführlichen Bericht vom 12. Dezember 2005 hat sie auch zu den vom Versicherten in seiner vorinstanzlichen Beschwerde dagegen erhobenen Einwendungen im Einzelnen Stellung genommen. Die so durchgeführte fachmännische Beurteilung der Bedarfsabklärung/Pflegeplanung steht in Einklang mit der gesetzlichen Regelung der von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu übernehmenden Pflegeleistungen (Art. 7 Abs. 2 KLV). Die Concordia hat damit auch die ihr in Art. 8a Abs. 3 KLV auferlegte Pflicht zur Überprüfung und Kontrolle der Bedarfsabklärung/Pflegeplanung nach Massgabe des Wirtschaftlichkeitsgebotes bundesrechtskonform erfüllt. Demgegenüber hat sich die Vorinstanz mit den einzelnen Pflegemassnahmen und Zeitaufwänden, welche die Pflegefachberaterin der Concordia ganz oder teilweise als Nichtpflichtpflegeleistung oder als unwirtschaftlich eingestuft hat, überhaupt nicht befasst. Das ist nachzuholen, weshalb die Streitsache zwecks Wahrung des Instanzenzuges an die Vorinstanz zurückzuweisen ist.
5.
5.1 Der Versicherte beantragt im letztinstanzlichen Verfahren erneut die rückwirkende Zusprechung von Pflegeleistungen ab dem 9. Februar 2000, d.h. für die Dauer der Verwirkungsfrist gemäss Art. 24 Abs. 1 ATSG für sozialversicherungsrechtliche Leistungen. Er beruft sich in diesem Zusammenhang auf den Umstand, dass seine Ehefrau die Zulassungsvoraussetzungen als Pflegefachfrau (Art. 49 KVV) seit 1990 erfülle. Es sei stossend und stelle einen überspitzten Formalismus dar, wenn ihm die Austauschbefugnis für die Pflege durch seine Ehefrau, welche dieselben fachlichen Voraussetzungen wie eine anerkannte Leistungserbringerin erfülle, nicht zugestanden bzw. die Concordia in ihrem "Pochen" auf der formellen Zulassung geschützt werde.
5.2 Das Eidgenössische Versicherungsgericht hat in BGE 126 V 330 ff., in dem ebenfalls die Vergütung von Pflegeleistungen eines nicht als Leistungserbringer zugelassenen Ehegatten zu beurteilen war, den Rechtsgrund, die Voraussetzungen, die Funktion und den Zweck der Austauschbefugnis dargelegt, und seine Rechtsprechung (BGE 111 V 326 E. 2a) bestätigt, wonach diese Rechtsfigur nicht dazu dienen kann, Nichtpflichtleistungen durch Pflichtleistungen zu ersetzen. Als Pflichtleistungen gelten aber nur die von zugelassenen Leistungser-

bringern erbrachten Leistungen. Die Vorinstanz hat gestützt darauf den vom Versicherten geltend gemachten, rückwirkenden Vergütungsanspruch für die von seiner Ehefrau vor dem 9. Februar 2005 erbrachten Pflegeleistungen zutreffend verneint. Was er dagegen vorbringt, ist nicht stichhaltig. Es verstösst weder gegen das Rechtsgleichheitsgebot (Art. 8 Abs. 1 BV) noch das Willkürverbot (Art. 9 BV), wenn die fehlende Leistungsberechtigung seiner Ehefrau als Pflegefachfrau bis zum 9. Februar 2005 nicht durch eine fingierte Zulassung als Leistungserbringerin ersetzt wird. Denn erst mit der Zulassung als anerkannte Leistungserbringer werden die Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner dem Wirtschaftlichkeitsgebot
unterstellt, während sie vorher keine Pflicht zu ausschliesslich wirtschaftlichen Pflegeleistungen trifft (Gebhard Eugster, Wirtschaftlichkeitskontrolle ambulanter ärztlicher Leistungen mit statistischen Methoden, Bern 2003, S. 45 Rz. 99).
6.
Das Verfahren ist kostenlos (Art. 134 OG). Der im Verfahren K 145/06 obsiegende Versicherungsträger hat keinen Anspruch auf Parteientschädigung (BGE 118 V 169 f.).

Demnach erkennt das Bundesgericht:

1.
Die Verfahren K 141/06 und K 145/06 werden vereinigt.
2.
Die Verwaltungsgerichtsbeschwerde des X._____ wird abgewiesen.
3.
In teilweiser Gutheissung der Verwaltungsgerichtsbeschwerde der Concordia wird der Entscheid des Verwaltungsgerichts des Kantons Glarus vom 7. November 2006 aufgehoben und die Sache zu neuer Entscheidung im Sinne der Erwägungen 2-4 an die Vorinstanz zurückgewiesen.
4.
Es werden keine Gerichtskosten erhoben.
5.
Dieses Urteil wird den Parteien, dem Verwaltungsgericht des Kantons Glarus und dem Bundesamt für Gesundheit zugestellt.
Luzern, 10. Mai 2007

Im Namen der II. sozialrechtlichen Abteilung
des Schweizerischen Bundesgerichts

Das präsidierende Mitglied: Die Gerichtsschreiberin: