Bundesgericht
Tribunal fédéral
Tribunale federale
Tribunal federal

{T 0/2}
9C 702/2010

Urteil vom 21. Dezember 2010
II. sozialrechtliche Abteilung

Besetzung
Bundesrichter U. Meyer, Präsident,
Bundesrichter Kernen, Seiler,
Gerichtsschreiberin Helfenstein Franke.

Verfahrensbeteiligte
CONCORDIA Schweizerische Kranken- und Unfallversicherung AG, Bundesplatz 15, 6003 Luzern,
Beschwerdeführerin,

gegen

X._____,
Beschwerdegegner.

Gegenstand
Krankenversicherung (Leistungen),

Beschwerde gegen den Entscheid des Verwaltungsgerichts des Kantons Glarus
vom 30. Juni 2010.

Sachverhalt:

A.
A.a Der 1965 geborene, als selbstständiger Rechtsanwalt tätige X._____ ist bei der CONCORDIA Schweizerische Kranken- und Unfallversicherung AG (nachfolgend: Concordia) nach dem Bundesgesetz über die Krankenpflegeversicherung (KVG) obligatorisch versichert. Am 30. Oktober 1979 erlitt er als Folge eines Unfalles im Schulhaus eine sensomotorisch inkomplette Tetraplegie sub C4, motorisch komplett sub C6. In einer aussergerichtlichen Vereinbarung zwischen der Schulgemeinde 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 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 am 15. April/26. Mai 1999 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 sei. Das im Haftpflichtprozess bei Dr. med. E._____, Oberarzt, Behandlungs- und Forschungszentrum für Paraplegie, Klinik A._____, eingeholte Pflegeaufwandgutachten vom 10. April 2002 (nachfolgend: Gutachten A._____) 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. S._____ 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 T._____ 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 (nachfolgend: Beurteilung Z._____). 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.
A.c 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.
Mit Urteil K 141+145/06 vom 10. Mai 2007 wies das Bundesgericht die von X._____ dagegen erhobene Beschwerde mit dem Antrag auf Zusprache von Vergütung der Pflegeleistungen von täglich 3.16 Stunden ab 9. Februar 2000 ab. Die von der Concordia erhobene Beschwerde mit dem Antrag auf Aufhebung des vorinstanzlichen Entscheides und der Bestätigung ihres Einspracheentscheides hiess das Bundesgericht teilweise gut, hob den Entscheid des Verwaltungsgerichts des Kantons Glarus vom 7. November 2006 auf und wies die Sache zu neuem Entscheid im Sinne der Erwägungen an die Vorinstanz zurück.

B.
Nachdem die Parteien im Rahmen des ersten Vorschlages des Verwaltungsgerichtes zur Einholung eines neuen Gutachtens zur Erhebung des Pflegeaufwandes den Experten abgelehnt hatten, ordnete das Verwaltungsgericht die Begutachtung durch K._____, Pflegefachfrau und RAI-HC-Ausbildnerin, und C._____, Pflegeexpertin und RAI-HC-Ausbildnerin, an, nachdem sich die Parteien mit diesen Personen einverstanden erklärt hatten und die Fragestellung hatte bereinigt werden können. Nach Erstattung des Gutachtens am 27. Oktober 2009 (nachfolgend: Gutachten Y._____) und einer ergebnislos verlaufenen Referentenaudienz vom 25. März 2010 zwecks aussergerichtlicher Erledigung des Streitfalles hiess das Verwaltungsgericht des Kantons Glarus die Beschwerde mit Entscheid vom 30. Juni 2010 teilweise gut und hob den angefochtenen Einspracheentscheid insoweit auf, als der ab 9. Februar 2005 ausgewiesene tägliche Pflegeaufwand auf 2.82 Stunden festgesetzt wurde. Im Übrigen wies es die Beschwerde ab.

C.
Die Concordia führt Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten und beantragt, der Entscheid des Verwaltungsgerichts des Kantons Glarus vom 30. Juni 2010 sei aufzuheben und die Verfügung vom 22. August 2005 und der Einspracheentscheid vom 24. Oktober 2005 seien zu bestätigen.
X._____ schliesst auf Anweisung der Beschwerde. Das Bundesamt für Gesundheit verzichtet auf eine Vernehmlassung.

Erwägungen:

1.
Die Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten kann wegen Rechtsverletzung gemäss den Art. 95 f. BGG erhoben werden. Das Bundesgericht legt seinem Urteil den Sachverhalt zugrunde, den die Vorinstanz festgestellt hat (Art. 105 Abs. 1 BGG), und kann deren Sachverhaltsfeststellung von Amtes wegen nur berichtigen oder ergänzen, wenn sie offensichtlich unrichtig ist oder auf einer Rechtsverletzung im Sinne von Art. 95 BGG beruht (Art. 105 Abs. 2 BGG; vgl. auch Art. 97 Abs. 1 BGG). Mit Blick auf diese Kognitionsregelung ist aufgrund der Vorbringen in der Beschwerde ans Bundesgericht zu prüfen, ob der angefochtene Gerichtsentscheid in der Anwendung der massgeblichen materiell- und beweisrechtlichen Grundlagen (u.a.) Bundesrecht verletzt (Art. 95 lit. a BGG), einschliesslich einer allfälligen rechtsfehlerhaften Tatsachenfeststellung (Art. 97 Abs. 1, Art. 105 Abs. 2 BGG). Das Bundesgericht darf nicht über die Begehren der Parteien hinausgehen (Art. 107 Abs. 1 BGG).

2.
Streitgegenstand bildet der Anspruch auf Vergütung des Pflegeaufwandes durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung ab 9. Februar 2005 bis zum massgebenden Zeitpunkt des Einspracheentscheides vom 24. Oktober 2005. Somit sind die bis 31. Dezember 2005 geltenden Normen anzuwenden, die im Folgenden in der entsprechenden Fassung zitiert werden.

2.1 Die obligatorische Krankenversicherung übernimmt die Kosten für die Leistungen gemäss Art. 25-31 KVG nach Massgabe der in den Art. 32-34 KVG festgelegten Voraussetzungen. 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) aufgrund 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. Zu Massnahmen der Grundpflege gehört einerseits die allgemeine Grundpflege bei Patienten oder 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. Andererseits gehören dazu Massnahmen zur Überwachung und Unterstützung psychisch kranker Personen in der grundlegenden Alltagsbewältigung, wie: Erarbeitung und Einübung einer angepassten Tagesstruktur, zielgerichtetes Training zur Gestaltung und Förderung sozialer Kontakte, Unterstützung beim Einsatz von Orientierungshilfen und Sicherheitsmassnahmen (Art. 7 Abs. 2 lit. c KLV).

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 aufgrund 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 aufgrund 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 Behörden Tarife fest, die nach Art und Schwierigkeit der notwen-

digen Leistungen abzustufen sind (Art. 9 Abs. 3 KLV).

3.
Verbindlicher Ausgangspunkt für die Beurteilung der streitigen Frage bildet das Urteil K 141+145/2006 vom 10. Mai 2007. Darin hat das Bundesgericht festgestellt, dass eine Leistungszusprache bereits ab 9. Februar 2000, wie das der Beschwerdegegner ursprünglich beantragt hatte, unbegründet ist und für die Beurteilung des späteren Leistungsanspruchs nicht auf das Gutachten A._____ abgestellt werden kann, da dieses im Hinblick auf den zivilrechtlichen Schaden eingeholt wurde und für den Bedarf gemäss Art. 7 Abs. 2 KLV und den entsprechenden tarifrechtlichen Vereinbarungen nicht massgebend ist. Weil sich die Vorinstanz nicht mit den Berichten der Pflegefachberaterin auseinandergesetzt hat, welche im Einklang mit Art. 7 Abs. 2 KLV stehen, hat das Bundesgericht schliesslich auf Rückweisung entschieden, um dies nachzuholen.

4.
In der Folge hat die Vorinstanz das neue Gutachten Y._____ vom 27. Oktober 2009 eingeholt. In Frage steht zunächst, ob das kantonale Gericht zur Beurteilung des Pflegeaufwandes zu Recht auf dieses Gutachten abgestellt hat, was die Beschwerdeführerin bestreitet.

4.1 Vorab ist festzuhalten, dass die Rechtsprechung zu den Voraussetzungen für ein beweiskräftiges gerichtliches Gutachten (BGE 134 V 231 E. 5.1 S. 232; 125 V 351 E. 3a S. 352) grundsätzlich massgebend ist und diese Voraussetzungen hier erfüllt sind. Ob das kantonale Gericht mit Recht die Unparteilichkeit der Pflegefachberaterin T._____ in Frage gestellt hat, ist daher nicht erheblich. Jedenfalls ist es nicht willkürlich, wenn es dem Gutachten Y._____ höheren Beweiswert zuerkannt hat als der Beurteilung Z._____.

4.2 Hinsichtlich der Rüge der Beschwerdeführerin, mit dem Gutachten Y._____ sei der Abklärungsauftrag gemäss Urteil K 141+145/2006 vom 10. Mai 2007 nicht erfüllt, trifft es zwar zu, dass sich die Vorinstanz nicht im Einzelnen mit den Berichten der Pflegefachberaterin T._____ auseinandergesetzt hat, sondern sich bloss auf das neue Gutachten stützt, das sich seinerseits S. 7 nur summarisch mit der Beurteilung Z._____ auseinandersetzt. Im Ergebnis kann aber im vorinstanzlichen Vorgehen keine Missachtung des Urteils vom 10. Mai 2007 erblickt werden:
4.2.1 In der Beurteilung Z._____ wurden die dortigen Kürzungen gegenüber der Bedarfsabklärung K._____ teilweise damit begründet, bestimmte Handlungen seien Assistenz- und nicht Pflegeleistungen und teilweise damit, sie seien im Zeitaufwand für die Grundpflege inbegriffen sowie auch damit, der dafür eingesetzte Zeitaufwand sei zu hoch. Das Gutachten Y._____ gibt an, die darin berücksichtigten Tätigkeiten seien alle als Grundpflege zu betrachten.
4.2.2 Massnahmen der Grundpflege sind in Art. 7 Abs. 2 lit. c KLV aufgeführt. Im Unterschied zu den Tätigkeiten der Behandlungspflege gemäss Art. 7 Abs. 2 lit. b Ziffern 1-14 KLV ist die Aufzählung der einzelnen Massnahmen in Art. 7 Abs. 2 lit. c KLV dem Wortlaut nach (”wie”, ”tels que”, ”quali”) nicht abschliessend (BGE 136 V 172 E. 5.3.1 S. 180, 131 V 178 E. 2.2 S. 187). Im Unterschied zum früheren Recht (bis Ende 1997; dazu vgl. RKUV 1999 Nr. KV 64; PFIFFNER RAUBER, Das Recht auf Krankheitsbehandlung und Pflege, Diss. 2003, S. 246) und im Unterschied zum Pflegeaufwand in Heimen (Art. 8 Abs. 4 und Art. 9a Abs. 2 KLV) werden auch keine zeitlichen Grenzen festgelegt. Im Hinblick auf eine rechtsgleiche Praxis wäre es zu begrüssen, wenn der Verordnungsgeber die unter dem Titel der Grundpflege als Pflichtleistungen zu vergütenden Massnahmen näher umschreiben würde (vgl. BGE 131 V 178 E. 2.3). De lege lata besteht jedoch ein erheblicher Beurteilungsspielraum, der mit den Instrumenten nach Art. 8 (ärztlicher Auftrag, ärztliche Anordnung, Bedarfsabklärung) und Art. 8a (Kontroll- und Schlichtungsverfahren) KLV auszufüllen ist. Der anwendbare Tarifvertrag enthält ebenfalls keine präzisen Vorgaben. Ist ein Pflegebedarf durch eine Expertise
ausgewiesen, gilt er grundsätzlich als Pflichtleistung der Krankenversicherung (PFIFFNER RAUBER, a.a.O. S. 267 ff.). Dabei besteht ein gewisser Ermessensspielraum, bei dessen Überprüfung das Bundesgericht auf Willkür und auf Überprüfung hinsichtlich der allgemeinen Grundsätze nach Art. 32 KVG, vor allem der Wirtschaftlichkeit (siehe hernach E. 5), beschränkt ist (E. 1).
4.2.3 Die Beschwerdeführerin macht nicht substantiiert geltend, einige der geltend gemachten Tätigkeiten seien nicht als Grundpflege zu betrachten. Im Wesentlichen geht es um die Frage, wie viel Zeit für welche Tätigkeiten aufzuwenden sei. Das Gutachten Y._____ hält sich an das Bedarfsabklärungs-Instrumentarium der Spitex,

RAI-HC (Resident Assessment Instrument - Homecare, einsehbar unter www.qsys.ch oder www.rai.ch). Dabei handelt es sich um Empfehlungen im Bereich der Hauspflege einer Berufsgruppe ohne jeglichen normativen Charakter. Sie sind für den Richter nicht verbindlich. Er kann sie jedoch bei seiner Entscheidung mitberücksichtigen, sofern sie eine dem Einzelfall angepasste und gerecht werdende Auslegung der anwendbaren gesetzlichen Bestimmungen zulassen (136 V 172 E. 4.3.3 S. 177; 124 V 351 E. 2e S. 354). Wenn die Vorinstanz auf ein Gutachten abgestützt hat, welches sich seinerseits auf RAI-HC abstützt, kann dies deshalb nicht als willkürlich betrachtet werden.

5.
Im Weiteren rügt die Beschwerdeführerin die fehlende Wirtschaftlichkeit (Art. 32 KVG).

5.1 Nach der Rechtsprechung (RKUV 2004 Nr. KV 275 S. 137, K 33/02; Urteil K 95/03 vom 11. Mai 2004, vgl. auch Gebhard Eugster, Bundesgesetz über die Krankenversicherung [KVG], 2010, N. 29 zu Art. 25 KVG) ist bei der Wirtschaftlichkeitsprüfung danach zu differenzieren, ob die Spitex-Pflege wirksamer und zweckmässiger ist als die Heimpflege. Bei Gleichwertigkeit von Spitex- und Heimpflege wurde der Anspruch auf Spitex-Leistungen bejaht bei Mehrkosten von 48 % (RKUV 2001 Nr. KV 169 S. 264 E. 2b, K 31/00) und verneint bei drei- bis viermal (RKUV 2001 Nr. KV 143 S. 19, K 61/00) sowie fünfmal höheren Kosten (RKUV 1999 Nr. KV 64 S. 64, K 34/98). In Fällen, in welchen sich die Spitex-Pflege als wirksamer und zweckmässiger erwies, wurde die Leistungspflicht unter Berücksichtigung der konkreten Umstände bejaht bei 1,9-mal (RKUV 2001 Nr. KV 162 S. 179, K 175/00) bzw. 2,86-mal höheren Kosten (erwähntes Urteil RKUV 2004 Nr. KV 275 S. 137). War die Spitex-Pflege als erheblich wirksamer und zweckmässiger zu qualifizieren, was namentlich bei versicherten Personen zutraf, welche noch einer Erwerbstätigkeit nachgingen oder aktiv am gesellschaftlichen und sozialen Leben teilnahmen, wurde der Anspruch selbst in Fällen bejaht, wo die Spitex-Pflege bis
zu 3,5-mal höhere Kosten verursachte (BGE 126 V 334 E. 3b S. 342; RKUV 2001 Nr. KV 144 S. 23, K 66/00). In absoluten Zahlen betrachtet liegt der noch als wirtschaftlich betrachtete Hauspflege-Aufwand in der Grössenordnung von gegen Fr. 100'000.- pro Jahr (BGE 126 V 334 E. 3b S. 342). Unverhältnismässig bzw. unwirtschaftlich sind Kosten, die vier- bis fünfmal höher sind als diejenigen im Pflegeheim und absolut über etwa Fr. 100'000.- pro Jahr betragen (Urteil K 95/03 vom 11. Mai 2004 E. 3.2).

5.2 Bei der Wirtschaftlichkeitsbeurteilung werden nach der Rechtsprechung nur die Kosten für die Krankenkassen erfasst, nicht die Gesamtkosten des Pflegeheimaufenthaltes oder die gesamtheitlichen volkswirtschaftlichen Kosten (BGE 126 V 334 E. 2c S. 339 f.). Daher sind nur diejenigen Kosten zu berücksichtigen, welche effektiv für die Beschwerdeführerin anfallen. Die 3.5 Stunden pro Tag, die vom Haftpflichtversicherer bezahlt werden, fallen deshalb entgegen der Auffassung der Beschwerdeführerin ausser Betracht und es ist von 2.82 Stunden pro Tag auszugehen. Die Vorinstanz hat festgestellt, dass die Spitex-Pflege einer stationären oder teilstationären Pflege des Versicherten vorzuziehen und damit als wirksamer und zweckmässiger als eine Heimpflege zu betrachten ist, da der Beschwerdegegner dadurch seiner Erwerbstätigkeit als Anwalt - im eigenen, neben der Wohnung liegenden Büro - nachgehen kann. Selbst wenn von den Kostenberechnungsgrundlagen der Beschwerdeführerin ausgegangen wird (2.82 Stunden zum Durchschnittswert von Fr. 68.- pro Stunde für die Spitex-Pflege x 30.5 = Fr. 5'848.70 pro Monat, demgegenüber Pflege im Heim mit einem täglichen Pflegeheimbeitrag von Fr. 70.- gemäss BESA Stufe 4c = Fr. 2'135.-), sind die Kosten für die
2.82 Stunden pro Tag 2,73-mal höher als die Heimkosten und liegen damit nach dem Gesagten jedenfalls noch im Rahmen.

6.
Im Weiteren rügt die Beschwerdeführerin eine offensichtlich unrichtige Sachverhaltsfeststellung durch die Vorinstanz. Ein Mehraufwand gegenüber der Vereinbarung von 1999 sei nur geschuldet, wenn er auf eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes des Beschwerdegegners zurückzuführen sei; eine solche sei jedoch nicht dokumentiert und aktuell nicht ausgewiesen.
Mit dem Beschwerdegegner ist indes darauf hinzuweisen, dass die Vorinstanz die "Mehrbedarfsklausel" in der Vereinbarung vom 15. April/26. Mai 1999 zutreffend ausgelegt hat in dem Sinne, dass der Beschwerdegegner nur insofern auf Leistungen der Krankenkasse verzichtet, als der Mehrbedarf für Grundpflege, Mobilisierung und Betreuung von 3.5 Stunden pro Tag nicht übertroffen wird. Sofern der Bedarf höher ist, ist er von der Kran-

kenkasse unabhängig von einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes zu entschädigen. Mit dem Zusatz zur Verschlechterung sollte in der Vereinbarung nur festgehalten werden, dass auch bei einer Verschlechterung eine Leistungspflicht besteht.

7.
Schliesslich wendet die Beschwerdeführerin ein, ein Teil der von K._____ aufgelisteten Arbeiten sei nicht als Pflichtleistung im Sinne von Art. 7 Abs. 2 KLV, sondern als Teil der ehelichen Beistandspflicht zu betrachten.

7.1 Eine Pflegetätigkeit kann auch durch Familienangehörige ausgeübt werden. Immerhin ist mit Blick auf das hier durchaus bestehende Missbrauchspotenzial zu fordern, dass dann Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit der Leistungen nach Art. 32 Abs. 1 KVG (vgl. zu diesen Begriffen BGE 128 V 159 E. 5c/aa S. 165, 127 V 138 E. 5 S. 146 und RKUV 2000 Nr. KV 132 S. 281 f. E. 2b und d, K 151/99), allenfalls durch den Vertrauensarzt, genauer überprüft werden (vgl. Art. 57 Abs. 4 KVG). Ebenfalls ist zu beachten, dass der obligatorischen Krankenpflegeversicherung lediglich Kosten in Rechnung gestellt werden können, welche eine Pflege zu Hause durch aussenstehende Spitex-Angestellte verursachen würde. Nicht verrechenbar ist, was dem Familienangehörigen im Rahmen der Schadenminderungspflicht (BGE 130 V 97 E. 3.3.3 S. 101, AHI 2003 S. 218 E. 2.3.3 [in BGE 129 V 67 nicht publiziert], ZAK 1992 S. 89 E. 2c; Ulrich Meyer, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, 2. Auflage Zürich 2010, S. 270 f. mit Hinweisen) und dem Ehegatten im Besonderen aufgrund der ehelichen Beistandspflicht nach Art. 159 Abs. 3 ZGB an Pflege zuzumuten ist. Dabei ist den Spitex-Verantwortlichen von der Natur der Sache her bei der Frage, was an Hilfestellung
von den Familienangehörigen erwartet werden kann, ein vernünftiger und praktikabler Beurteilungsspielraum zuzugestehen (RKUV 2006 Nr. KV 376 S. 303, K 156/04).

7.2 Nicht ersichtlich ist, dass die Vorinstanz in rechtsfehlerhafter Weise den Umstand nicht berücksichtigt hätte, dass die Pflegende Ehefrau des Beschwerdegegners ist. Die Beschwerdeführerin macht auch nicht substantiiert geltend, wie hoch der als eheliche Beistandspflicht zu betrachtende Anteil sein sollte.

8.
Nach der Rechtsprechung hat die in eigener Sache prozessierende Partei nur in Ausnahmefällen Anspruch auf eine Parteientschädigung (vgl. BGE 110 V 132). Die Voraussetzungen, die gemäss BGE 110 V 134 f. E. 4d kumulativ gegeben sein müssen, damit eine solche Ausnahmesituation anzunehmen ist (komplexe Sache mit hohem Streitwert, hoher Arbeitsaufwand, vernünftiges Verhältnis zwischen dem betriebenen Aufwand und dem Ergebnis der Interessenwahrung, vgl. BGE 129 V 113 E. 4.1 S. 116 mit Hinweisen), sind - letztinstanzlich - im Falle des Beschwerdegegners nicht erfüllt.

Demnach erkennt das Bundesgericht:

1.
Die Beschwerde wird abgewiesen.

2.
Die Gerichtskosten von Fr. 500.- werden der Beschwerdeführerin auferlegt.

3.
Dieses Urteil wird den Parteien, dem Verwaltungsgericht des Kantons Glarus und dem Bundesamt für Gesundheit schriftlich mitgeteilt.

Luzern, 21. Dezember 2010
Im Namen der II. sozialrechtlichen Abteilung
des Schweizerischen Bundesgerichts
Der Präsident: Die Gerichtsschreiberin:

Meyer Helfenstein Franke