Bundesgericht
Tribunal fédéral
Tribunale federale
Tribunal federal

{T 0/2}
9C_886/2010

Urteil vom 10. Juni 2011
II. sozialrechtliche Abteilung

Besetzung
Bundesrichter U. Meyer, Präsident,
Bundesrichter Borella, Kernen, Seiler, Bundesrichterin Pfiffner Rauber,
Gerichtsschreiberin Bollinger Hammerle.

Verfahrensbeteiligte
V.________,
handelnd durch ihren Vater und dieser vertreten
durch Rechtsanwalt Dr. iur. Hardy Landolt,
Beschwerdeführerin,

gegen

KLuG Krankenkasse, Gubelstrasse 22, 6300 Zug, vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Philipp Baumann, Badenerstrasse 21, 8004 Zürich,
Beschwerdegegnerin.

Gegenstand
Krankenversicherung,

Beschwerde gegen den Entscheid des Verwaltungsgerichts des Kantons Schwyz vom 27. September 2010.

Sachverhalt:

A.
A.a Bei V.________, geboren 26. Februar 2007, obligatorisch krankenpflegeversichert bei der KLuG-Krankenversicherung, Zug (im Folgenden: KluG), wurde im August 2008 ein Hirntumor (Ziff. 384 GgV) diagnostiziert. Die IV-Stelle Schwyz erteilte am 3. November 2008 Kostengutsprache für "die Behandlung des Geburtsgebrechens Nr. 384 vom 21.8.2008 bis 31.7.2013" und sprach mit Verfügung vom 22. Oktober 2009, gestützt auf einen Abklärungsbericht vom 24. März 2009, eine Hilflosenentschädigung ab 1. August 2009 bei Hilflosigkeit leichten Grades und ab 1. November 2009 bei Hilflosigkeit mittleren Grades zu, ferner einen Intensivpflegezuschlag ab 1. August 2009.
A.b Am 20. Januar 2009 und 5. Februar 2009 ersuchte das Kinderspital X.________ die Invalidenversicherung um Übernahme der Kosten für zwei bis drei Spitex-Nachtwachen pro Woche. Mit Verfügung vom 2. Oktober 2009 lehnte die IV-Stelle die Kostenübernahme ab. Dies wurde vom Verwaltungsgericht des Kantons Schwyz mit Entscheid vom 21. Dezember 2009 und letztinstanzlich vom Bundesgericht mit Urteil 8C_81/2010 vom 7. Juli 2010 (BGE 136 V 209) bestätigt.

B.
Am 20. Oktober 2009 reichte die Kinderspitex Kanton Zürich der KLuG Rechnungen im Betrag von insgesamt Fr. 20'427.50 für die Zeit von Januar bis September 2009 ein. Mit Schreiben vom 16. November 2009 lehnte die KLuG die Kostenübernahme ab, da es sich nicht um eine Pflichtleistung gemäss Krankenpflege-Leistungsverordnung (vom 29. September 1995; KLV [SR 832.112.31]), sondern um einen Entlastungsdienst der Eltern handle. Mit Verfügung vom 21. Dezember 2009 wies die KLuG die Übernahme der Rechnungen für die Kinderspitex von Januar 2009 bis September 2009 im Betrag von Fr. 20'427.50 ab mit der Begründung, gemäss Art. 27 KVG bestehe keine Leistungspflicht der Krankenkasse, da die IV die Behandlungskosten garantiere. Daran hielt die KLuG mit Einspracheentscheid vom 25. Mai 2010 fest.

C.
V.________ erhob am 23. Juni 2010 Beschwerde beim Verwaltungsgericht des Kantons Schwyz und beantragte, die KLuG habe die Kinderspitex-Kosten zu übernehmen. Das Verwaltungsgericht wies das Rechtsmittel mit Entscheid vom 27. September 2010 ab.

D.
V.________ erhebt Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten mit dem Antrag, das Urteil des Verwaltungsgerichts sei aufzuheben und im Sinne der Erwägungen an die Vorinstanz zurückzuweisen.
Die KLuG schliesst auf Abweisung der Beschwerde, das Bundesamt für Gesundheit (BAG) reicht eine Vernehmlassung vom 24. Februar 2011 ein, ohne einen Antrag zustellen, ebenso das Bundesamt für Sozialversicherungen (BSV). Die Vorinstanz verzichtet auf eine Stellungnahme.

Erwägungen:

1.
1.1 Streitgegenstand sind die gleichen Leistungen (Spitex-Leistungen für die Zeit von Januar bis September 2009), welche bereits im Urteil 8C_81/2010 zur Diskussion standen und deren Übernahme durch die Invalidenversicherung rechtskräftig verneint wurde. Streitig ist, ob die Leistungen stattdessen durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) zu übernehmen seien.

1.2 Das KVG ist noch in der bis Ende 2010 geltenden Form anwendbar, ohne die am 1. Januar 2011 in Kraft getretene Neuregelung der Pflegefinanzierung (AS 2009 3517, 6847). Es wird im Folgenden nach der hier anwendbaren Fassung zitiert.

2.
2.1 Die OKP übernimmt die Leistungen, die der Diagnose oder Behandlung einer Krankheit und ihrer Folgen dienen (Art. 25 Abs. 1 KVG). Diese Leistungen umfassen u.a. die Pflegemassnahmen, die bei Hausbesuchen auf Anordnung oder im Auftrag eines Arztes von zugelassenen Spitex-Organisationen durchgeführt werden (Art. 25 Abs. 2 lit. a und Art. 35 Abs. 2 lit. e KVG; Art. 51 KVV) nach Massgabe der Art. 7-9a KLV (Art. 33 Abs. 2 KVG, Art. 33 lit. b KVV).

2.2 Die Beschwerdegegnerin hat die Leistungsverweigerung anfänglich damit begründet, es handle sich nicht um Pflichtleistungen nach KVG. Später hat sie und dann auch die Vorinstanz damit argumentiert, das Geburtsgebrechen sei von der Invalidenversicherung anerkannt und nach Art. 13 und 14 IVG gedeckt, so dass gemäss Art. 27 KVG keine Leistungspflicht der OKP bestehe.

2.3 Die Beschwerdeführerin macht geltend, die Leistungen der IV würden - namentlich aufgrund des Urteils 8C_81/2010 - nicht den gesamten Pflegeaufwand decken, so dass die OKP für den nicht gedeckten Aufwand leistungspflichtig bleibe.

2.4 Es stellt sich somit erstens die Frage, ob im Lichte von Art. 27 KVG oder anderer koordinationsrechtlicher Normen die Krankenversicherung subsidiär zur Invalidenversicherung für die von dieser nicht gedeckten Kosten einzustehen hat. Zweitens fragt sich, ob die streitigen Leistungen überhaupt unter die Pflichtleistungen gemäss Art. 7 KLV fallen. Ist die eine oder die andere dieser Fragen zu verneinen, ist auch die Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin ohne weiteres zu verneinen. Sind beide Fragen zu bejahen, so fragt sich drittens, ob und allenfalls in welchem Umfang solche von der IV nicht gedeckte Kosten bestehen, die durch die KV zu übernehmen wären.

2.5 Die Vorinstanz hat die erste Frage gestützt auf Art. 27 KVG verneint. Zur zweiten und dritten Frage brauchte sie sich bei dieser Ausgangslage nicht zu äussern und hat sich dazu auch nicht geäussert. Die Aussage der Beschwerdeführerin, die Vorinstanz habe in tatsächlicher Hinsicht anerkannt, dass die von der IV gewährten Leistungen nicht kostendeckend seien, trifft so nicht zu. Die Vorinstanz erwog - im Gegenteil -, die IV komme unter dem Titel der Hilflosenentschädigung und des Intensivpflegezuschlags für den pflegerischen Mehrbedarf auf, weshalb es einer Doppelentschädigung gleichkäme, wenn die Beschwerdeführerin zusätzlich Pflegeleistungen der Krankenversicherung erhielte.

3.
Zu prüfen ist zunächst, ob im angefochtenen Entscheid zu Recht eine subsidiäre Leistungspflicht der Krankenversicherung verneint wurde.

3.1 Art. 27 KVG lautet: "Die obligatorische Krankenpflegeversicherung übernimmt bei Geburtsgebrechen (Art. 3 Abs. 2 ATSG), die nicht durch die Invalidenversicherung gedeckt sind, die Kosten für die gleichen Leistungen wie bei Krankheit" (im französischen Wortlaut: "En cas d'infirmité congénitale [art. 3, al. 2, LPGA] non couverte par l'assurance-invalidité, l'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des mêmes prestations qu'en cas de maladie"; in der italienischen Fassung: "Per le infermità congenite [art. 3 cpv. 2 LPGA] che non sono coperte dall'assicurazione per l'invalidità, l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie assume gli stessi costi delle prestazioni in caso di malattia"). Damit wird die Koordination zwischen Kranken- und Invalidenversicherung bei Geburtsgebrechen gemäss GgV-Anhang in dem Sinne geregelt, als die Krankenversicherung unter Vorbehalt der Sonderbestimmung des Art. 52 Abs. 2 KVG die Kosten nach Massgabe der KVG-rechtlichen Vorschriften übernimmt (Urteil K 135/02 vom 28. Juli 2003 E. 5.2), was bedeutet, dass sie nicht unbedingt alle Ansprüche zu übernehmen hat, die im Rahmen von Art. 13 und 14 IVG gegenüber der der Invalidenversicherung bestehen würden (BGE 129 V 80 E. 5.1 S. 85 f.). Zu prüfen ist im vorliegenden Fall aber die umgekehrte Frage, ob bei grundsätzlicher Leistungspflicht der Invalidenversicherung für ein Geburtsgebrechen bestimmte, von dieser nicht übernommene Leistungen zu Lasten der Krankenversicherung gehen. Der Wortlaut von Art. 27 KVG stellt in allen drei Sprachen darauf ab, ob das Geburtsgebrechen als solches von der Invalidenversicherung gedeckt ist und lautet nicht, die Krankenversicherung habe "die Kosten zu übernehmen, welche nicht durch die IV gedeckt sind", was naheliegender wäre, hätte der Gesetzgeber die beschwerdeführerische Lösung verwirklichen wollen. Indes schliesst die Formulierung des Art. 27 KVG die Interpretation der Beschwerdeführerin auch nicht aus, indem sie (lediglich) darauf abstellt, dass das Geburtsgebrechen von der Invalidenversicherung "gedeckt" sein muss und folglich Raum lässt für die Interpretation, bei einer bloss teilweisen Deckung durch die Invalidenversicherung bestehe eine ergänzende Leistungspflicht der Krankenversicherung.

3.2 Unbegründet ist die Rüge der Beschwerdeführerin, durch die Verneinung der Leistungspflicht werde das Grundrecht auf Familienleben (Art. 13 und 14 BV) beeinträchtigt. Der angefochtene Entscheid bedeutet keinen Fremdplatzierungszwang und keine Pflicht, die Familie auseinanderzureissen, sondern besagt nur, dass allenfalls nicht sämtliche behinderungsbedingten Kosten von der Sozialversicherung gedeckt werden; darauf geben die Grundrechte aber keinen Anspruch (BGE 134 I 105 E. 6 S. 109 f.). Das Verneinen einer bestimmten Sozialversicherungsleistung stellt auch keine Diskriminierung (Art. 8 Abs. 2 BV) dar, welche voraussetzt, dass bei der Gewährung von Sozialversicherungsleistungen Unterschiede gemacht werden, die an ein in dieser Bestimmung genanntes verpöntes Kriterium anknüpfen (BGE 134 I 105 E. 5 S. 108 f.). In Frage steht allenfalls Art. 8 Abs. 4 BV, der aber keinen gerichtlich durchsetzbaren Anspruch enthält (z.B. Urteil I 725/06 vom 6. März 2008 E. 5 mit Hinweis auf BGE 131 V 9 E. 3.5.1.2 S. 16). Die Kritik, schwer geburtsgebrechensbehinderte Kinder würden benachteiligt gegenüber weniger schwer geburtsgebrechensbehinderten Kinder, ist unbegründet: Die schwer Behinderten erhalten eine höhere Hilflosenentschädigung und allenfalls einen Intensivpflegezuschlag, den die weniger schwer Behinderten nicht erhalten.

4.
Zu prüfen ist aber, ob durch die vorinstanzliche Betrachtungsweise die geburtsgebrechensbehinderten Kinder gegenüber den nicht geburtsgebrechensbehinderten pflegebedürftigen Kindern auf eine sachlich nicht haltbare Art benachteiligt werden, so dass in verfassungskonformer Auslegung eine subsidiäre Leistungspflicht der Krankenversicherung zu bejahen wäre. Die verfassungskonforme Auslegung ist ein Anwendungsfall der systematischen Auslegung. Diese muss hier im Zusammenhang mit der Entwicklung des IV- und KV-Rechts betrachtet werden.

4.1 Leistungen der Invalidenversicherung für Geburtsgebrechen wurden mit dem IVG eingeführt (Art. 13 IVG). Sie umfassten u.a. die Behandlung, die auf ärztliche Anordnung durch medizinische Hilfspersonen in Hauspflege vorgenommen wird (aArt. 14 Abs. 1 lit. a IVG). Gemäss aArt. 14 Abs. 3 Satz 2 IVG konnten zusätzliche Kosten, die aus der Hauspflege entstehen, ganz oder teilweise von der Versicherung übernommen werden. Dieser Begriff der Hauspflege stimmte insoweit mit demjenigen gemäss aArt. 25 Abs. 2 lit. a KVG i.V.m. aArt. 7 KLV überein (Urteil I 274/01 vom 16. April 2003 E. 4.1), als damit Pflege in den eigenen vier Wänden gemeint war. Nach der Rechtsprechung stellte auch die nichtmedizinische Grundpflege vergütungsfähigen Betreuungsaufwand im Sinne dieser Bestimmung dar (Urteil I 378/01 vom 30. April 2004 E. 2.1 m.H.; zu den Einzelheiten vgl. aArt. 4 IVV), soweit es sich um medizinische Massnahmen im Sinne von Art. (12 oder) 13 IVG handelte (BGE 120 V 280 E. 3 S. 283 f.; vgl. auch BGE 129 V 200 E. 2 S. 204). Nicht geburtsgebrechensbehinderte Minderjährige hatten, wenn sie sich nicht zur Durchführung von Massnahmen gemäss den Art. 12, 13, 16, 19 oder 21 in einer Anstalt aufhielten, Anspruch auf einen Pflegebeitrag (aArt. 20 IVG; zu den Ansätzen vgl. aArt. 13 IVV). Eine Kumulation der Pflegebeiträge nach aArt. 20 IVG und derjenigen nach aArt. 4 IVV war ausgeschlossen (EVGE 1965 S. 258 E. 2). Erwachsene hilflose Personen (frühestens ab dem 18. Altersjahr) hatten Anspruch auf eine Hilflosenentschädigung, welche sich nach dem Grade der Hilflosigkeit bemass und zwischen 20 und 80 % des Mindestbetrags der einfachen AHV-Altersente betrug (aArt. 42 IVG).
4.2
4.2.1 In der Krankenversicherung waren Geburtsgebrechen ursprünglich nicht zwingend versichert (vgl. aber Art. 14 Abs. 1 und Art. 17 der Verordnung III vom 15. Januar 1965 über die Krankenversicherung betreffend die Leistungen der vom Bund anerkannten Krankenkassen und Rückversicherungsverbände; AS 1965 41). In seiner Botschaft über die Revision der Krankenversicherung vom 6. November 1991 (BBl 1992 I 154 f.) führte der Bundesrat zu Art. 21 Gesetzesentwurf (der Art. 27 KVG entspricht) aus, die obligatorische Krankenpflegeversicherung übernehme die Kosten der erforderlichen Leistungen, sobald das Geburtsgebrechen nicht mehr unter die Invalidenversicherung fiele, weil der Versicherte volljährig werde oder das Geburtsgebrechen als geringfügig gelte und daher aus der GgV gestrichen worden sei. Die obligatorische Krankenpflegeversicherung löse somit in zwei Fällen die Invalidenversicherung ab. Der Bundesrat wollte demnach eine Überentschädigung vermeiden, schloss aber nicht aus, dass die Krankenversicherung subsidiär leistungspflichtig blieb auch in Fällen, in denen ein Geburtsgebrechen von der IV übernommen wurde und bezweckte damit - ebenfalls - die Koordination zwischen Invaliden- und Krankenversicherung. In den Materialien findet sich keine ausdrückliche Diskussion dieser Frage. Die in der Botschaft genannten Anwendungsfälle hat das Bundesgericht nicht als abschliessend verstanden (BGE 126 V 103 E. 3b/bb S.108) und Art. 27 KVG auch als einschlägig erachtet, wenn ein geburtsgebrechliches Kind die Versicherungsklausel gemäss Art. 6 IVG nicht erfüllt (BGE 126 V 103; Urteil K 135/02 vom 28. Juli 2003 E. 5.3.1 m.H.)
4.2.2 Weitere koordinationsrechtliche Regeln finden sich, betreffend Taggeld, in Art. 110 KVV (gestützt auf Art. 78 KVG). Danach gehen die Leistungen der anderen Sozialversicherungen vor, wenn in einem Versicherungsfall Leistungen der Krankenversicherung mit gleichartigen Leistungen u.a. der Invalidenversicherung zusammentreffen. Vor Inkrafttreten des ATSG durften nach aArt. 122 KVV (AS 1995 3904) Leistungen der Krankenversicherung oder deren Zusammentreffen mit denjenigen anderer Sozialversicherer nicht zu einer Überentschädigung führen, wobei in die Berechnung nur Leistungen gleicher Art und Zweckbestimmung einflossen, die der anspruchsberechtigten Person aufgrund des Versicherungsfalls ausgerichtet wurden (Abs. 1; zu den Einzelheiten der Überentschädigung vgl. Abs. 2 lit. b). Die vor dem Inkrafttreten des ATSG und vor der 4. IVG-Revision ergangene Rechtsprechung hatte, soweit ersichtlich, nie zu beantworten, ob gestützt auf Art. 27 oder 78 KVG bzw. Art. 110 oder 122 KVV Krankenpflegeleistungen der KV subsidiär zu den Leistungen der IV bei Geburtsgebrechen (Art. 13 und 14 IVG) zu erbringen sind. Um Wertungswidersprüche und Systemwidrigkeiten zu vermeiden, liegt es nahe, Art. 27 KVG im Sinne von Art. 78 KVG und der diese Bestimmung konkretisierenden Verordnungsbestimmungen auszulegen, d.h. dass die absolute Priorität der Invalidenversicherung wie gemäss Art. 110 KVV nur in Bezug auf gleichartige Leistungen gilt und im Übrigen, unter Vorbehalt der Überentschädigungsregelung von Art. 122 KVV, eine subsidiäre Leistungspflicht der Krankenversicherung in Frage kommt. Damit wird sowohl dem mutmasslichen Willen des historischen Gesetzgebers Rechnung getragen als auch eine schwer begründbare ungleiche Behandlung von geburtsgebrechensbehinderten und anderen behinderten Versicherten vermieden.

4.3 Mit Inkrafttreten des ATSG wurde koordinationsrechtlich der absolute Prioritätsgrundsatz verankert (Art. 64 ATSG). Demnach sind Ansprüche gegenüber nachfolgenden Sozialversicherungen ausgeschlossen, soweit ein Sozialversicherer leistungspflichtig ist (BGE 134 V 1 E. 6.1 S. 2 f. mit Hinweisen). In Übereinstimmung mit Art. 27 KVG und Art. 110 KVV ist gemäss Art. 64 Abs. 2 ATSG die Krankenversicherung subsidiär zur Invalidenversicherung. Auch Art. 122 KVV wurde im Zuge des ATSG neu gefasst. Demnach liegt bei Sachleistungen eine Überentschädigung vor, soweit die jeweiligen Sozialversicherungsleistungen namentlich die der versicherten Person entstandenen Diagnose- und Behandlungskosten oder die ihr entstandenen Pflegekosten und andere ungedeckte Krankheitskosten übersteigen (Abs. 1 lit. b). Nach der Systematik des IVG sind allerdings die Leistungen bei Geburtsgebrechen (Art. 13 und 14 IVG) nicht Heilbehandlungen, sondern Eingliederungsmassnahmen, die koordinationsrechtlich nicht unter Art. 64, sondern unter Art. 65 ATSG fallen würden. Dennoch hat das Bundesgericht in BGE 134 V 1 das Verhältnis zwischen den Leistungen der IV für Geburtsgebrechen und den Leistungen der Krankenversicherung als Anwendungsfall von Art. 64 ATSG behandelt (in diesem Sinne auch Kieser, Leistungskoordination im Sozialversicherungsrecht, 2007, S. 85). Das lässt sich damit begründen, dass die Leistungen der IV bei Geburtsgebrechen ungeachtet der Gesetzessystematik materiell als eine Art Krankenversicherung zu betrachten sind (Mauer, Bundessozialversicherungsrecht, 1993, S. 153). So dachte denn wohl auch der Gesetzgeber bei Art. 64 ATSG an die Leistungen der IV für Geburtsgebrechen (vgl. die Hinweise auf verschiedene Voten der Mitglieder der SGK in BGE 134 V 1 E. 7.4 S. 6 f.). Art. 64 ATSG stimmt damit im Ergebnis überein mit der Rechtslage, wie sie bei nahe liegender Auslegung von Art. 27 KVG bereits vorher bestand (E. 4.2.2). Nach der bis Ende 2003 geltenden Rechtslage schloss somit die Leistungspflicht der IV nach Art. 13 und 14 IVG eine Leistungspflicht der Krankenversicherung für Heilbehandlungen aus. Dies galt namentlich auch für Hauspflegeentschädigungen (aArt. 4 IVV), welche ihre Grundlage in Art. 14 IVG hatten. Auch die Beschwerdeführerin scheint diese Auffassung zu teilen. Entgegen den Ausführungen in der Beschwerde waren die Hauspflegeentschädigungen aber betraglich nicht unlimitiert, sondern wurden nur bis zu Maximalbeträgen gemäss aArt. 4 IVV erbracht.
4.4
4.4.1 Es fragt sich, ob die 4. IVG-Revision (in Kraft ab 1. Januar 2004) an dieser Rechtslage etwas geändert hat, deren Hauptziel es u.a. war, mit der Einführung einer Assistenzentschädigung Leistungsanpassungen im Hinblick auf eine erhöhte Autonomie von Menschen mit Behinderungen vorzunehmen, da die geltenden Entschädigungsansätze generell zu tief seien (BBl 2001 3206 f., 3209 f., 3238 ff., 3282, 3291). Der Bundesrat sah vor, die bisherigen drei Leistungen (Hilflosenentschädigung, Pflegebeitrag für hilflose Minderjährige [Art. 20 IVG] und Hauspflegebeitrag [Art. 4 IVV]) durch eine einheitliche Assistenzentschädigung für alle Altersgruppen zu ersetzen, wobei für alle Versicherten doppelt so hohe Leistungen ausgerichtet werden sollten (BBl 2001 3246). In der parlamentarischen Beratung wurde der Begriff der Assistenzentschädigung zwar nicht übernommen, jedoch folgten die Räte in der Sache weitgehend den vorgeschlagenen Änderungen: Der Hauspflegebeitrag nach aArt. 4 IVV und der Pflegebeitrag nach aArt. 20 IVG wurden in die Hilflosenentschädigung überführt (demnach wurden per 1. Januar 2004 der Art. 14 Abs. 3 Satz 2 [und aArt. 4 IVV] sowie aArt. 20 IVG aufgehoben, Art. 42 IVG geändert und Art. 24bis und 42ter IVG neu eingeführt; vgl. auch Meyer, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung [IVG], 2010, S. 167, 425, 440 f.). Die Hilflosenentschädigung wird nun auch an minderjährige Versicherte ausgerichtet und beträgt 20-80 % des Höchstbetrags der AHV-Altersrente. Für Minderjährige, die zusätzlich eine intensive Betreuung brauchen, wird die Hilflosenentschädigung um einen Intensivpflegezuschlag erhöht, sofern sie sich nicht in einem Heim aufhalten. Der Intensivpflegezuschlag ist nach dem invaliditätsbedingten Betreuungsaufwand bemessen und beträgt zwischen 20-60 % des Höchstbetrags der AHV-Altersente (Art. 42ter Abs. 3 IVG). Kurz zusammengefasst werden nunmehr für geburtsgebrechenbehinderte Minderjährige die Hauspflegebeiträge - die vorher unter dem Titel der medizinischen Massnahmen (aArt. 14 Abs. 3 Satz 2 IVG und aArt. 4 IVV) bezahlt wurden - unter dem Titel der Hilflosenentschädigung und des Intensivpflegezuschlags vergütet.
4.4.2 Die Beschwerdeführerin erhält denn auch eine Hilflosenentschädigung wegen Hilflosigkeit mittleren Grades sowie einen Intensivpflegezuschlag (vgl. Urteil 8C_81/2010 vom 7. Juli 2010 Sachverhalt Bst. A). Folgerichtig verneinten die IV und letztinstanzlich auch das Bundesgericht einen Anspruch der Beschwerdeführerin auf die hier streitigen Spitex-Leistungen unter dem Titel von Art. 13 und 14 IVG mit der Begründung, zu den medizinischen Massnahmen nach Art. 14 Abs. 1 lit. a IVG gehörten nur Massnahmen, welche notwendigerweise durch einen Arzt oder auf dessen Anordnung durch medizinische Hilfspersonen vorzunehmen seien (Urteil 8C_81/2010 E. 7). Das Bundesgericht erwog, die Regelung im KVG, wonach auch Laien Pflegemassnahmen im Sinne von Art. 7 KLV durchführen könnten, sei IV-rechtlich nicht ausschlaggebend (a.a.O., E. 8 und 9) und die 4. IVG-Revision habe eine Zweiteilung in therapeutische Massnahmen gemäss Art. 14 IVG und in nichttherapeutische Pflege und Betreuung (Hilflosenentschädigung und Intensivpflegezuschlag) eingeführt (a.a.O., E. 10). Die streitigen Spitex-Dienste bestünden in der Entlastung der Eltern bei Überwachung und Pflege durch Nachtwachen zweimal pro Woche und stellten keine medizinische Massnahme im Sinne von Art. 14 IVG dar. Der durch die Eltern und zu deren Entlastung durch die Spitex geleistete pflegerische Mehraufwand sei über die Hilflosenentschädigung und den Intensivpflegezuschlag zu berücksichtigen, die denn auch bereits verfügt worden seien (a.a.O., E. 11).
4.4.3 Es fragt sich, ob dadurch, dass die Hauspflegebeiträge der IV neu in die Hilflosenentschädigung und den Intensivpflegezuschlag integriert wurden, die frühere Rechtslage in Bezug auf die Leistungskoordination mit der Krankenversicherung geändert wurde. Nach der vor dem ATSG und der 4. IVG-Revision ergangenen Rechtsprechung war die Kumulation von Hilflosenentschädigungen der IV und Pflegeleistungen der KV gemäss Art. 7 KLV nicht ausgeschlossen, da diese Leistungen nicht gleichartig im Sinne von Art. 110 KVV seien; die Pflegeleistungen der KV nach Art. 7 Abs. 2 lit. a und b KLV umfassten Massnahmen, die nicht in einem direkten Zusammenhang mit einer Hilflosigkeit stünden. Als weitgehend gleichartig könnten die Leistungen der Grundpflege (Art. 7 Abs. 2 lit. c KLV) gelten, welche im Wesentlichen der Vergütung von Massnahmen dienten, die wegen Hilflosigkeit erforderlich seien. Allerdings umfasse die Grundpflege auch krankheitsbedingte Massnahmen und diene umgekehrt die Hilflosenentschädigung auch der Entschädigung von Drittleistungen, die nicht zu den Pflegeleistungen gehörten. Eine generelle Kürzung der KV-Pflegeleistungen um den Betrag der Hilflosenentschädigung lasse sich deshalb nicht rechtfertigen; in Betracht falle aber eine Kürzung wegen Überentschädigung im Einzelfall (Art. 122 Abs. 1 lit. b KVV; BGE 125 V 297 E. 5b S. 305, 127 V 94 E. 3d S. 97 f.). Bei Heimaufenthalt komme es in aller Regel nicht zu Überentschädigungen, da die Hilflosenentschädigung zur Bezahlung derjenigen Heimkosten benötigt werde, die durch die Krankenversicherung nicht gedeckt werden (BGE 125 V 297 E. 5c S. 306, 127 V 94 E. 4 S. 98). Bei einer Person ausserhalb eines Heimaufenthalts hat das Bundesgericht einen Betrag von Fr. 15.-/Tag bzw. Fr. 450.-/Monat (entsprechend 56 % der damals ausgerichteten Entschädigung für schwere Hilflosigkeit) als unbewiesene ungedeckte Krankheitskosten im Sinne von Art. 122 Abs. 1 lit. b KVV als angemessen erachtet; nur das diesen Betrag übersteigende Ausmass der Hilflosenentschädigung sei in die Überentschädigungsberechnung einzubeziehen (BGE 127 V 94 E. 5e S. 100 f.).
4.4.4 Im Rahmen der 4. IV-Revision wurde das Verhältnis der neuen IV-Pflegeleistungen zu UV und MV in der Botschaft diskutiert (BBl 2001 3249 f.) und im Gesetz geregelt (Art. 44 IVG), hingegen dasjenige zu den Krankenpflegeleistungen gemäss Art. 7 KLV bloss in der Botschaft erwähnt, für eine nähere Regelung aber auf die vorgesehene Revision des KVG verwiesen (BBl 2001 3242 f.). Nach Wortlaut und Systematik des Gesetzes sind die Hilflosenentschädigungen nicht gleichartig im Sinne von Art. 110 KVV wie die Krankenpflegeleistungen. Das legt nahe, die bisherige Rechtsprechung weiterzuführen, da auch die Prioritätenordnung von Art. 64 ATSG nur mit Bezug auf Leistungen gleicher Art gilt, was im Verhältnis zwischen Pflegeleistungen der KV und Hilflosenentschädigungen nicht zutrifft (ebenso Eugster, SBVR Soziale Sicherheit S. 505 Rz. 330). Zwar decken die Hilflosenentschädigung und der Intensivpflegezuschlag mindestens teilweise auch Leistungen ab, welche die KV unter dem Titel Pflegeleistungen (und somit als Heilbehandlung) erbringt. Die ständige und besonders aufwändige Pflege bzw. die Behandlungs- und Grundpflege, welche nach Art. 37 Abs. 3 lit. c bzw. Art. 39 Abs. 2 IVV Voraussetzung für Hilflosenentschädigung bzw. Intensivpflegezuschlag sind, überschneidet sich materiell weitestgehend mit den Krankenpflegeleistungen gemäss Art. 7 Abs. 2 lit. b und c KLV. Auch im vorliegenden Fall hat die IV nach den Feststellungen der Vorinstanz die Hilflosenentschädigung und den Intensivpflegezuschlag aufgrund eines pflegerischen Mehrbedarfs (im Vergleich zu nichtbehinderten Minderjährigen) von täglich 7 Stunden und 32 Minuten anerkannt, was zu einer Hilflosigkeit zuerst leichten, dann mittleren Grades sowie zu einem Intensivpflegezuschlag entsprechend 6 Stunden führte. In der IV-Abklärung wurden täglich die Verabreichung der Chemotherapie sowie das Verabreichen von Medikamenten via PEG-Sonde berücksichtigt, ebenso, dass die Versicherte einer dauernden Überwachung auch nachts bedürfe, da die Sonde 15 Stunden täglich angehängt sei. Auch wurde der Aufwand für die Sondenreinigung für die Nahrungszunahme berücksichtigt. Die Leistungen der IV decken damit mindestens teilweise die gleichen Leistungen ab, die auch zur Begründung der hier streitigen KV-Leistungen dienen. Dies kann aber wie bisher unter dem Titel der Überentschädigung berücksichtigt werden.

4.5 Insgesamt ist festzuhalten, dass Art. 27 KVG entgegen der Auffassung der Vorinstanz nicht ausschliesst, dass Krankenpflegeleistungen nach Art. 7 KLV auch an Personen erbracht werden, die Leistungen der IV nach Art. 13 und 14 IVG beziehen, da die auf diese Bestimmungen gestützten Leistungen gemäss Urteil 8C_81/2010 den Pflegeaufwand nicht abdecken. Diese Leistungskumulation steht jedoch unter dem Vorbehalt einer durch die Hilflosenentschädigung bzw. den Intensivpflegezuschlag bewirkten Überentschädigung (Art. 122 KVV). Unter der bis zur neuen Pflegefinanzierung geltenden Rechtslage rechtfertigt es sich im Sinne der Rechtskontinuität, die bisherige überentschädigungsrechtliche Rechtsprechung (BGE 127 V 94) beizubehalten.

5.
5.1 Es stellt sich damit die weitere Frage, ob und inwieweit die hier streitigen Leistungen überhaupt in den Leistungskatalog von Art. 7 KLV fallen (vorne E. 2.4). Die Vorinstanz brauchte sich aufgrund ihrer Rechtsauffassung dazu nicht zu äussern (E. 2.5). Sie hat deshalb auch nicht ausdrücklich festgestellt, worin die streitigen Leistungen bestehen. Die Sache ist daher an die Vorinstanz zurückzuweisen, damit sie diese Frage prüfe. Dabei ist zu beachten, dass die Aufzählung in Art. 7 Abs. 2 lit. c Ziff. 1 KLV zwar (im Unterschied zu derjenigen in lit. b) nicht abschliessend ist (BGE 131 V 178 E. 2.2.3), dass aber (ausser bei psychisch kranken Personen [Ziff. 2], was hier nicht zur Diskussion steht) die blosse Überwachung, die offenbar zumindest einen Teil der hier streitigen Leistung ausmacht, nicht unter die Grundpflege im Sinne von Art. 7 Abs. 2 lit. c KLV fällt (BGE 131 V 178 E. 2.2.3 S. 186 f. e contrario), so dass insoweit eine Leistungspflicht der KV ohnehin nicht besteht.

5.2 Soweit grundsätzlich eine Leistungspflicht der Krankenversicherung bejaht wird, stellt sich sodann die gemäss der Rechtsprechung BGE 127 V 94 zu beantwortende Frage nach einer Überentschädigung im Verhältnis zur Hilflosenentschädigung und zum Intensivpflegezuschlag. Dabei ist zu berücksichtigen, dass diese erst ab 1. August 2009 ausbezahlt wurden, mithin nur für einen Teil der hier zur Diskussion stehenden Zeit. Für die Zeit bis Ende Juli 2009 kann sich somit die Frage einer Überentschädigung nicht stellen.

6.
Die unterliegende Krankenversicherung hat die Gerichtskosten zu tragen (Art. 66 Abs. 1 BGG; vgl. BGE 132 V 215 E. 6.1 S. 235). Die Beschwerdeführerin hat Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 68 Abs. 1 BGG).

Demnach erkennt das Bundesgericht:

1.
Die Beschwerde wird gutgeheissen. Der Entscheid des Verwaltungsgerichts des Kantons Schwyz vom 27. September 2010 wird aufgehoben. Die Sache wird an das Verwaltungsgericht zurückgewiesen, damit es über die Beschwerde gegen den Einspracheentscheid der KLuG Krankenkasse vom 25. Mai 2010 im Sinne der Erwägungen neu entscheide.

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

3.
Die Beschwerdegegnerin hat die Beschwerdeführerin für das bundesgerichtliche Verfahren mit Fr. 2800.- zu entschädigen.

4.
Dieses Urteil wird den Parteien, dem Verwaltungsgericht des Kantons Schwyz, dem Bundesamt für Gesundheit und dem Bundesamt für Sozialversicherungen schriftlich mitgeteilt.

Luzern, 10. Juni 2011

Im Namen der II. sozialrechtlichen Abteilung
des Schweizerischen Bundesgerichts
Der Präsident: Die Gerichtsschreiberin:

Meyer Bollinger Hammerle