

200 13 1132 SCHG
SCP/SHE/KRK

Schiedsgericht in Sozialversicherungsstreitigkeiten des Kantons Bern

Urteil vom 18. September 2015

Verwaltungsrichter Schütz, neutraler Vorsitzender
Fachrichter König und Straubhaar
Gerichtsschreiber Schnyder

A. _____
vertreten durch Fürsprecher B. _____ und Rechtsanwältin C. _____
Klägerin und Widerbeklagte

gegen

Krankenkasse SLKK
Hofwiesenstrasse 370, Postfach, 8050 Zürich
Beklagte und Widerklägerin

betreffend Klage vom 19. Dezember 2013
sowie Widerklage vom 19. März 2015



Sachverhalt:

A.

Der 1931 geborene D._____ (nachfolgend Versicherter) wurde wegen einer koronaren und hypertensiven Herzkrankheit (tachykardes Vorhofflimmern/-flattern) im Spital E._____ der A._____ (nachfolgend Spital E._____, Klägerin oder Widerbeklagte) im Jahre 2012 wiederholt notfallmässig stationär behandelt (Aufenthalte vom 6. bis 10. Mai 2012, vom 10. bis 14. Juni 2012 sowie vom 12. bis 14. August 2012). Gemäss Austrittsmeldung an den nachbehandelnden Arzt vom 14. August 2012 traten die Tachykardien jeweils nur kurzzeitig und in Zusammenhang mit körperlicher Belastung auf, weshalb dem Versicherten körperliche Schonung empfohlen wurde. Für den 23. August 2012 wurde zudem eine elektrophysiologische Untersuchung am Spital F._____ anberaumt. Dabei zeigte sich neben dem bereits bekannten Vorhofflimmern ein atypisches Vorhofflattern (DD fokale atriale Tachykardie aus dem linken Atrium), weshalb es nach Rücksprache mit dem behandelnden Kardiologen des Spitals E._____ zur Favorisierung einer Schrittmacherimplantation am Spital E._____ (3. bis 5. September 2012) und anschliessender AV-Knotenablation am Spital F._____ (7. September 2012) kam (unpaginierte Akten der Klägerin [act. I - ID]).

Für diese Eingriffe wurden der obligatorischen Krankenpflegeversicherung des Versicherten, der Krankenkasse SLKK (nachfolgend SLKK, Beklagte oder Widerklägerin), vom Spital F._____, Fr. 6'172.05 (act. I 5) und vom Spital E._____ Fr. 9'462.95 (act. I 1) in Rechnung gestellt.

B.

Die SLKK bezahlte in der Folge die Rechnung des Spitals F._____, lehnte dagegen die Kostenübernahme für den Eingriff am Spital E._____ mit Schreiben vom 20. Dezember 2012 ab (act. I 7).

C.

Am 19. Dezember 2013 erhob das Spital E. _____, vertreten durch Fürsprecher B. _____ und Rechtsanwältin C. _____, gegen die SLKK beim Schiedsgericht in Sozialversicherungsstreitigkeiten des Kantons Bern Klage mit folgendem Rechtsbegehren:

Die Beklagte sei zu verurteilen, der Klägerin die Kosten des Spitalaufenthaltes von Herrn D. _____ vom 3. bis 5. September 2012 in Höhe von Fr. 9'462.95 zu bezahlen, zuzüglich Zins von 5% seit Fälligkeit.

- Unter Kosten- und Entschädigungsfolge -

Mit Eingabe vom 18. März 2014 schloss die Beklagte auf Abweisung der Klage.

Im Rahmen eines zweiten Schriftenwechsels hielten die Parteien an ihren Rechtsbegehren fest.

Am 16. Januar 2015 beglich die Beklagte die von der Klägerin gestellte Rechnung vollumfänglich. Mit prozessleitender Verfügung vom 5. März 2015 wurde die Beklagte aufgefordert, zu diesem Umstand bis am 2. April 2015 Stellung zu nehmen.

Mit Stellungnahme und Widerklage vom 19. März 2015 stellte die Beklagte folgende Anträge:

1. Es sei festzustellen, dass die Zahlung vom 16. Januar 2015 irrtümlicherweise und ohne Unterziehung unter die Rechtsbegehren der Klägerin erfolgte.
2. Die Klägerin sei zu verpflichten, der Beklagten den Betrag von Fr. 9'462.95 zurückzuerstatten.
3. Im Übrigen wird an den Rechtsbegehren in der Klageantwort vom 18. März 2014 und der Duplik vom 13. Oktober 2014 festgehalten.

- unter Kosten- und Entschädigungsfolge -

Die Klägerin und Widerbeklagte reichte mit Eingabe vom 25. Juni 2015 Schlussbemerkungen ein mit folgenden Rechtsbegehren:

1. Am Rechtsbegehren gemäss Klage vom 19. Dezember 2013 wird festgehalten.
2. Auf das Feststellungsbegehren der Beklagten sei nicht einzutreten.
3. Die Widerklage sei abzuweisen.

- Unter Kosten- und Entschädigungsfolge -

Erwägungen:

1.

1.1 Gemäss Art. 89 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung vom 18. März 1994 (KVG; SR 832.10) sind Streitigkeiten zwischen Versicherern und Leistungserbringern durch ein Schiedsgericht zu entscheiden. Der Kanton bezeichnet ein Schiedsgericht (Art. 89 Abs. 4 Satz 1 KVG). Die Kantone können die Aufgaben des Schiedsgerichts dem kantonalen Versicherungsgericht übertragen (Art. 89 Abs. 4 Satz 3 Halbsatz 1 KVG), was der Kanton Bern getan hat (Art. 40 des kantonalen Gesetzes betreffend die Einführung der Bundesgesetze über die Kranken-, Unfall- und die Militärversicherung vom 6. Juni 2000 [EG KUMV; BSG 842.11]). Weiter regelt das Bundesrecht, dass das Schiedsgericht auch zuständig ist, wenn die versicherte Person die Vergütung schuldet (System des Tiers garant). In diesem Fall vertritt ihr Versicherer sie auf eigene Kosten (Art. 89 Abs. 3 KVG).

1.2

1.2.1 Vorliegend ist eine Streitigkeit zwischen einem Leistungserbringer und einem Versicherer (als Tiers payant, Art. 42 Abs. 2 Satz 2 KVG) betreffend Vergütung von Leistungen aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu beurteilen, weshalb die sachliche Zuständigkeit des Schiedsgerichts gegeben ist (vgl. auch Entscheid des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG; heute Bundesgericht] vom 7. April 2004, K 128/03, E. 5; RKUV 2001 KV 173 S. 289 E. 2c). Die ständige Einrichtung des Leistungserbringers liegt im Kanton Bern, womit auch die örtliche Zuständigkeit zu bejahen ist (Art. 89 Abs. 2 KVG). Des Weiteren entspricht die Klage den Formvorschriften (Art. 46 Abs. 2 EG KUMV i.V.m. Art. 32 Abs. 2 und 3 des kantonalen Gesetzes über die Verwaltungsrechtspflege vom 23. Mai 1989 [VRPG; BSG 155.21]). Somit ist auf die Klage einzutreten.

1.2.2 Das Rechtsbegehren Ziff. 1 der Widerklage vom 19. März 2015, es sei festzustellen, dass die Zahlung vom 16. Januar 2015 irrtümlicherweise und ohne Unterziehung unter die Rechtsbegehren der Klägerin erfolgte, stellt ein Feststellungsbegehren bzw. eine negative Feststellungsklage dar;

beim Begehren, die Widerbeklagte sei zu verpflichten, der Widerklägerin den Betrag von Fr. 9'462.95 zurückzuerstatten, handelt es sich um ein Leistungsbegehren bzw. eine Leistungsklage. Die Zulässigkeit einer Feststellungsklage setzt voraus, dass die Widerklägerin ein tatsächliches oder rechtliches Interesse an der verlangten Feststellung hat, dass bestimmte Rechte und Pflichten bestehen oder nicht bestehen; nur wenn ein unmittelbares und aktuelles Interesse in diesem Sinne gegeben ist, ist eine Feststellungsklage zulässig. An einem schutzwürdigen Interesse am Erlass eines Feststellungsentscheides fehlt es namentlich dann, wenn das Rechtsschutzinteresse der klagenden Partei durch ein rechtsgestaltendes Urteil gewahrt werden kann (BGE 128 V 41 E. 3a S. 48). Vorliegend kann die Widerklägerin ihre Interessen durch eine Leistungsklage (vgl. Ziff. 2 des Rechtsbegehrens der Widerklage) wahren, was sie auch getan hat. Somit bleibt ihr Rechtsschutzinteresse durch ein rechtsgestaltendes Urteil ohne weiteres gewahrt, weshalb auf das gestellte Feststellungsbegehren (Ziff. 1 des Rechtsbegehrens der Widerklage) nicht einzutreten ist. Auf die Widerklage ist somit und nur insoweit einzutreten, als die Rückerstattung der bereits getätigten Zahlung beantragt wird (Ziff. 2).

1.3 Im Bereich des für das Schiedsgericht anwendbaren Klageverfahrens ergibt sich der Streitgegenstand einzig aus den Rechtsbegehren der Klage, und allenfalls, soweit zulässig, der Widerklage (BGE 135 V 23 E. 3.1 S. 26). Somit ist vorliegend hauptsächlich nur streitig, ob und gegebenenfalls in welcher Höhe die Beklagte und Widerklägerin für die Kosten der im Spital E. _____ erfolgten Implantation eines Herzschrittmachers aufzukommen hat bzw. ob die Klägerin und Widerbeklagte der Widerklägerin den bereits beglichenen Betrag von Fr. 9'462.95 wieder zurückzuerstatten hat.

1.4 Das Schiedsgericht in Sozialversicherungsangelegenheiten urteilt in Dreierbesetzung. Es besteht aus einem Mitglied der Abteilung des Verwaltungsgerichts als neutralem Vorsitzenden und je einer Vertreterin oder einem Vertreter der betroffenen Versicherer und Leistungserbringer. Diese werden von der oder dem neutralen Vorsitzenden bezeichnet (Art. 89 Abs. 4 Sätze 2 und 3 KVG, Art. 56 Abs. 4 des kantonalen Gesetzes über die Organisation der Gerichtsbehörden und der Staatsanwaltschaft vom 11. Juni 2009 [GSOG; BSG 161.1]).

2.

2.1 Die obligatorische Krankenpflegeversicherung übernimmt die Kosten für die Leistungen, die der Diagnose oder Behandlung einer Krankheit und ihrer Folgen dienen (Art. 25 Abs. 1 KVG). Die Leistungen nach den Art. 25 - 31 KVG müssen wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sein (Art. 32 Abs. 1 Satz 1 KVG). Der Leistungserbringer muss sich nach Art. 56 Abs. 1 KVG in seinen Leistungen auf das Mass beschränken, das im Interesse der Versicherten liegt und für den Behandlungszweck erforderlich ist. Für Leistungen, die über dieses Mass hinausgehen, kann die Vergütung verweigert werden. Eine nach diesem Gesetz dem Leistungserbringer zu Unrecht bezahlte Vergütung kann zurückgefordert werden (Abs. 2).

2.2 Das Wirtschaftlichkeitserfordernis im Sinne von Art. 32 Abs. 1 KVG bezieht sich nach der Rechtsprechung auf die Wahl unter mehreren zweckmässigen Behandlungsalternativen: Bei vergleichbarem medizinischem Nutzen ist die kostengünstigste Variante bzw. diejenige mit dem besten Kosten-/Nutzen-Verhältnis zu wählen. Das bedeutet aber nicht, dass dort, wo es nur eine einzige Behandlungsmöglichkeit gibt, diese ungeachtet der Kosten in jedem Fall als wirtschaftlich zu betrachten wäre. Unter dem allgemeinen Gesichtspunkt der Verhältnismässigkeit, die für das gesamte Staatshandeln gilt (Art. 5 Abs. 2 der Bundesverfassung [BV; SR 101]), ist eine Leistung zu verweigern, wenn zwischen Aufwand und Heilerfolg ein grobes Missverhältnis besteht, was eine Beurteilung des Verhältnisses von Kosten und Nutzen voraussetzt. Es können somit weder die hohe therapeutische Wirksamkeit noch die Wirtschaftlichkeit je getrennt voneinander betrachtet werden in dem Sinne, dass die Frage nach dem hohen therapeutischen Nutzen mit einem kategorialen Ja oder Nein beantwortet werden könnte und bejahendenfalls die Kosten in beliebiger Höhe zu übernehmen wären. Vielmehr ist die Frage nach dem hohen therapeutischen Nutzen graduell und in Relation zu den Behandlungskosten zu beurteilen: Je höher der Nutzen ist, desto höhere Kosten sind gerechtfertigt (BGE 139 V 135 E. 4.4.3 S. 140, 136 V 395 E. 7.4 S. 407).

2.3 Eine medizinische Leistung ist im Sinne von Art. 32 Abs. 1 KVG wirksam, wenn sie objektiv den Erfolg der Behandlung der Krankheit erwarten lässt, mit anderen Worten muss sie objektiv geeignet sein, auf den an-

gestrebten diagnostischen, therapeutischen oder pflegerischen Nutzen hinzuwirken. Wirksamkeit bezeichnet die kausale Verknüpfung von Ursache (medizinische Massnahme) und Wirkung (medizinischer Erfolg; BGE 139 V 135 E. 4.4.1 S. 139, 133 V 115 E. 3.1 S. 116, 130 V 299 E. 6.1 S. 304; SVR 2005 KV Nr. 6 S. 21 E. 1.2).

2.4 Die Zweckmässigkeit einer Leistung setzt deren Wirksamkeit voraus. Ob eine Leistung zweckmässig ist, muss anhand des diagnostischen oder therapeutischen Nutzens der Anwendung im Einzelfall, unter Berücksichtigung der damit verbundenen Risiken, gemessen am angestrebten Heilerfolg der möglichst vollständigen Beseitigung der körperlichen oder psychischen Beeinträchtigung beurteilt werden (BGE 137 V 295 E. 6.2 S. 306, 130 V 299 E. 6.1 S. 304). Zweckmässigkeit und Wirksamkeit einer Leistung nach Art. 25 KVG sind prognostisch zu beurteilen (BGE 130 V 299 E. 5.2 S. 303). Zweckmässigkeit und Wirksamkeit setzen voraus, dass die Massnahme geeignet ist, das angestrebte Ziel zu erreichen. Welche von mehreren in Betracht fallenden Massnahmen als geeigneter erscheint, ist im Rahmen dieser Voraussetzungen nicht entscheidend. Nach der gesetzlichen Regelung genügt es, dass die vom Arzt angeordnete Massnahme zweckmässig ist. Sind gleichzeitig mehrere Massnahmen als zweckmässig zu qualifizieren, beurteilt sich die Leistungspflicht des Krankenversicherers unter dem Gesichtspunkt der Wirtschaftlichkeit (RKUV 1999 KV Nr. 64 S. 67 E. 3a; SVR 2001 KV Nr. 42 S. 120 E. 5a; vgl. auch BGE 126 V 334 E. 2a S. 338).

3.

3.1 Es ist unter den Parteien unbestritten, dass die beim Versicherten vorgenommene VVIR-Schrittmacherimplantation und AV-Knotenablation zur Behandlung des bekannten Vorhofflimmerns medizinisch notwendig war und der Behandlungskomplex eine wirksame Behandlungsmassnahme darstellte (u.a. Klage S. 8 Ziff. 3 und Klageantwort S. 5). Unbestritten ist auch, dass die Kombination der beiden Eingriffe bei Vorhofflimmern nicht nur eine gängige, sondern auch eine kostengünstigere und damit wirtschaftlichere Behandlungsmethode darstellt. Solch kombinierte Eingriffe

werden denn in der Schweiz gemäss der schweizerischen Statistik für Herzschrittmacher, ICD und Ablationen 2012 an insgesamt 21 Zentren durchgeführt. Implantationszentren wie etwa das Bürgerspital Solothurn (<https://www.so-h.ch/buergerspital-solothurn/institute/kardiologie/rhythmusstoerungen-epu-labor/komplexe-eingriffe.html>), welche - wie das Spital E._____ - nicht unter den abladierenden Zentren aufgeführt sind, führen solche Eingriffe in Zusammenarbeit mit den abladierenden Zentren durch, während andere Spitäler den Eingriff an die Ablationszentren delegieren.

Umstritten und zu prüfen ist damit einzig, ob sich unter den gegebenen Umständen der Entscheid der Klägerin, anstelle eines kombinierten Eingriffes die Behandlungsmassnahme in einem zweistufigen Verfahren vorzunehmen, als medizinisch notwendig erwies. Die Klägerin macht hierzu geltend, am Spital F._____ hätten die zeitlichen Kapazitäten nicht zur Verfügung gestanden, um innert einer nützlichen Frist den kombinierten Eingriff vorzunehmen. Der Gesundheitszustand des Patienten habe es nicht erlaubt, mit dem Eingriff so lange zuzuwarten, bis der kombinierte Eingriff am Spital F._____ hätte vorgenommen werden können. Somit wäre der kombinierte Eingriff zu einem späteren Zeitpunkt zwar günstiger, aus medizinischer Sicht jedoch weder wirksam noch zweckmässig gewesen.

Aus medizinischer Sicht ist den Akten im Wesentlichen das Folgende zu entnehmen:

3.1.1 Das Spital E._____, wo der Versicherte vom 6. bis 10. Mai 2012 aufgrund eines anhaltenden Vorhofflatterns behandelt wurde und hospitalisiert war, diagnostizierte im Bericht vom 10. Mai 2012 (act. ID) u.a. eine koronare und hypertensive Herzkrankheit (S. 1). Bei erneuten Rhythmusveränderungen sowie erfolgloser medikamentöser Rhythmuskontrolle müsste als nächster Schritt eine Ablation in Erwägung gezogen werden (S. 2).

3.1.2 Aufgrund einer erneuten Tachykardie bei bekannten rezidivierenden Episoden von tachykardem Vorhofflimmern und mehrmals elektrischer als auch medikamentöser Kardioversion wurde der Versicherte vom 10. bis 14. Juni 2012 ein weiteres Mal im Spital E._____ hospitalisiert (vgl.

Bericht vom 15. Juni 2012 S. 1; act. IC). Nach Rücksprache mit Dr. med. G._____, Facharzt für Kardiologie, Intensivmedizin sowie Allgemeine Innere Medizin FMH, seien die Möglichkeiten einer Ablation im Rahmen eines Vorhofflimmerns im Gegensatz zu einem Vorhofflattern schwieriger und schlechter durchzuführen und sei beim Versicherten aktuell nicht zu empfehlen (S. 2 sowie Verlaufsblatt 1). Im Rahmen eines kardiologischen Konsiliums vom 11. Juni 2012 empfahl Dr. med. G._____ vorerst weiterhin eine konservative Therapie und eine Intervention (medikamentös oder mittels EKV) erst, falls die Tachykardie mehr als 12 Stunden angehalten habe oder stark symptomatisch sei.

3.1.3 Mit Bericht vom 30. Juli 2012 (act. IC) überwies Dr. med. G._____ den Versicherten an den ... der Klinik H._____, Dr. med. I._____, Facharzt für Kardiologie und Allgemeine Innere Medizin FMH, zur Evaluation der Möglichkeiten einer Radiofrequenzablation (RFA) des Vorhofflatterns. Die hierfür erforderliche elektrophysiologische Untersuchung erfolgte am 23. August 2012.

3.1.4 Aufgrund einer erneuten Episode von Palpitationen, vergesellschaftet mit Dyspnoe, wurde der Versicherte gemäss dem an den Hausarzt gerichteten Bericht des Spitals E._____ vom 15. August 2012 (unpaginierte Akten der Klägerin [act. IB]) am 12. August 2012 notfallmässig hospitalisiert. Da der Patient die tachykarden Episoden hämodynamisch gut toleriert und immer wieder zwischen SR (Synusrhythmus) und Vorhofflimmern/-flattern gewechselt habe, sei auf eine erneute Elektrokonversion, welche im Mai 2012 zu keinem langanhaltenden Erfolg geführt habe, verzichtet worden. Am 14. August 2012 habe der Versicherte das Spital in gutem Allgemeinzustand verlassen können und am 23. August 2012 erfolge im Spital F._____ eine elektrophysiologische Untersuchung. Da die Tachykardien in Zusammenhang mit körperlicher Belastung aufgetreten seien, werde körperliche Schonung empfohlen.

3.1.5 Zusätzlich zu den bereits bekannten Diagnosen, diagnostizierte das Spital F._____ in seinem Bericht vom 23. August 2012 (act. IB) ein atypisches Vorhofflattern (S. 1). Bei bekannter koronarer und hypertensiver Herzkrankheit sei bei vor zwei Wochen aufgetretener symptomatischer supraventrikulärer Tachykardie eine elektrophysiologische Untersuchung

erfolgt. Neben bereits bekanntem Vorhofflimmern habe sich ein atypisches Vorhofflattern (Differentialdiagnose: fokale atriale Tachykardie aus dem linken Atrium) gezeigt. Nach Rücksprache mit Dr. med. G. _____ sei es zu einer Favorisierung einer Schrittmacherimplantation und anschliessender AV-Knotenablation gekommen. Am 3. September 2012 sei der Spital-eintritt zur Schrittmacherimplantation im Spital E. _____ vorgesehen, am 7. September 2012 die AV-Knotenablation im Spital F. _____.

3.1.6 Gemäss dem Bericht des Spitals E. _____ vom 14. Februar 2013 (act. I 14) habe sich bei der elektrophysiologischen Abklärung und Therapie am 23. August 2012 im Spital F. _____ die komplexe supra-ventrikuläre Arrhythmie mit atypischem Vorhofflattern (DD fokale atriale Tachykardien aus dem linken Vorhof mit verschiedenen Formen) und zusätzlich bekanntem Vorhofflimmern bestätigt. Da diese einen langwierigen invasiven Eingriff mit unsicheren Erfolgschancen notwendig machen würde, sei auf eine elektrophysiologische Behandlung dieser diversen Rhythmusstörungen mit RFA verzichtet und stattdessen eine AV-Knoten-Ablation mit vorgängiger Schrittmacherimplantation favorisiert worden. Um in dieser rhythmologisch instabilen Situation die dringlich notwendige Behandlung gewährleisten zu können, sei das weitere Vorgehen mit dem Spital F. _____ geplant worden. Aus Kapazitätsengpässen am Spital F. _____ sei ein zweizeitiges Vorgehen durchgeführt worden. Hierfür sprächen zudem auch gewichtige medizinische Gründe (S. 1). Die Akzeleration von Hospitalisationen in den Monaten vor dem Eingriff zeige, dass der Versicherte durch die rezidivierend auftretenden Tachykardien gefährdet gewesen sei. Die fokale atriale Tachykardie stelle per se keine Indikation für eine Schrittmachereinlage dar, vielmehr gehe es hierbei darum, durch eine vorgängige Schrittmachereinlage eine stabile, kontrollierbare Herzfrequenz nach AV-Knoten-Ablation sicherstellen zu können. Dass das Behandlungsvorgehen die Kriterien der Wirtschaftlichkeit, Zweckmässigkeit und Wirksamkeit erfülle, zeige sich dadurch, dass der 81-jährige Versicherte seit den beiden Eingriffen nie mehr habe hospitalisiert werden müssen (S. 2).

3.1.7 Wie dem Bericht des F. _____s vom 3. April 2013 (act. I 15) zu entnehmen ist, habe der Versicherte in der Vergangenheit mehrfach wegen

supraventrikulären Tachykardien mit schwerer Tachykardiomyopathie elektrokonvertiert und notfallmässig hospitalisiert werden müssen. Da eine medikamentöse Therapie nicht von Erfolg gekrönt gewesen sei, sei zusammen mit dem behandelnden Kardiologen des Spitals E._____ die Indikation für eine dringliche Schrittmacherimplantation mit nachfolgender AV-Knoten-Ablation gestellt worden. Da innert nützlicher First (innerhalb einiger Tage) ein kombinierter Eingriff im Spital F._____ aus Kapazitätsgründen und wegen Wartungsarbeiten nicht möglich gewesen sei, sei in dieser Situation im Sinne der schnellst möglichen, optimalen Patientenversorgung ein zweizeitiges Vorgehen gewählt worden, d.h. Schrittmacherimplantation im Spital E._____ und AV-Knoten-Ablation im Spital F._____. Mit diesem Vorgehen hätten sie dem Versicherten die dringlich indizierte medizinische Betreuung zukommen lassen können. Erfreulicherweise habe der Versicherte seit den zwei Eingriffen im Spital E._____ und im Spital F._____ nie mehr hospitalisiert werden müssen.

3.1.8 Wie dem Bericht des Vertrauensarztes der Beklagten, Dr. med. J._____, Facharzt für Rechtsmedizin FMH, vom 13. Februar 2014 (Akten der Beklagten [act. II] 4) zu entnehmen ist, werde seitens des Leistungserbringers zugegeben, dass grundsätzlich ein Kombinationseingriff auch beim Versicherten möglich und verantwortbar gewesen wäre. Gemäss zeitnah erstellten Dokumenten sei das zweizeitige Vorgehen gewählt worden, weil dies von Dr. med. G._____ favorisiert worden sei. Es fände sich kein Hinweis auf Versorgungsengpässe oder erhöhte Risiken. Diese Argumente würden erst post festum vorgebracht, ohne dass diese Behauptungen aber belegt würden. Was das Argument der Elektrodendislokation anbelange, so werde ein solches Risiko nicht mit entsprechenden wissenschaftlichen Publikationen ausgewiesen. Zudem sei hier gemäss Produktdokumentation eine Elektrode mit Verankerung gewählt worden, was die Stichhaltigkeit des Arguments schmälere. Die zeitliche Nähe der Schrittmacher-Versorgung und der AV-Knotenablation von vier Tagen hätte zudem kaum ein unverrückbares Einwachsen der Elektrode in den Herzmuskel zugelassen. Dies wäre zudem auch nicht notwendig gewesen, da beim Versicherten gemäss Unterlagen ein Kombinationseingriff durchaus möglich gewesen wäre (S. 3).

3.2 Das Prinzip inhaltlich einwandfreier Beweiswürdigung besagt, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel objektiv zu prüfen hat, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf das Gericht bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (SVR 2010 IV Nr. 58 S. 178 E. 3.1; AHI 2001 S. 113 E. 3a). Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten, sondern dessen Inhalt (BGE 137 V 210 E. 6.2.2 S. 269, 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352).

3.3 Der vertrauensärztliche Bericht von Dr. med. J. _____ vom 13. Februar 2014 (act. II 4) erfüllt die Voraussetzungen der Rechtsprechung an Expertisen und erbringt vollen Beweis (vgl. E. 3.2 hiavor). Dr. med. J. _____ hat sich in seiner Beurteilung sorgfältig mit den Akten auseinandergesetzt sowie seine Schlussfolgerungen und Einschätzungen gestützt auf die Akten in schlüssiger und nachvollziehbarer Weise dargelegt. Die Ausführungen in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge sind einleuchtend und die gezogenen Schlussfolgerungen überzeugend begründet. In der Folge ist darauf abzustellen.

Vorab ist festzustellen, dass die Klägerin der Beklagten beipflichtet, dass die Zweiteilung des Eingriffs zu höheren Kosten geführt hat, mithin ein kombinierter Eingriff wirtschaftlicher gewesen wäre (Eingabe vom 14. August 2015, Ziff. 3). Die Klägerin macht denn auch geltend, für die Zweiteilung des Eingriffs hätten medizinische Gründe vorgelegen.

Soweit die Klägerin hierzu vorbringt, mit der Zweiteilung der Eingriffe habe das Risiko einer Elektrodendislokation verhindert werden können, hat Dr. med. J. _____ mit überzeugender Begründung nachvollziehbar dargelegt, dass einerseits gemäss Produktdokumentation eine Elektrode mit Verankerung gewählt worden sei und andererseits die zeitlichen Verhältnisse ein unverrückbares Einwachsen der Elektrode in den Herzmuskel kaum zugelassen hätten. Abgesehen davon muss sich die Klägerin hinsichtlich dieser Argumentation auch den Vorwurf der Widersprüchlichkeit gefallen lassen, wurde nach der klägerischen Darstellung (Klage S. 5 Ziff. 2), bestätigt durch die Stellungnahmen des Spitals E. _____ vom 14. Februar 2013 (act. I 14 S. 1) und des Spitals F. _____s vom 3. April 2014 (act. I 15), doch auch im vorliegenden Fall erwogen, einen kombinierten Eingriff vorzunehmen. Diese wurde jedoch verworfen, weil am 7. September 2012 für den Versicherten am Spital F. _____ (nach chronologischen Feststellungen hiervor, insbesondere Schreiben von Dr. med. G. _____ an das Spital F. _____ vom 30. Juli 2012 [act. IC]) lediglich eine AV-Knotenablation eingeplant war, welche ein wesentlich kleineres Zeitfenster erfordert als ein kombinierter Eingriff, wie ihn Dr. med. G. _____ offenbar erstmals am 23. August 2012 im Nachgang an die elektrophysiologische Untersuchung erwogen hat (vgl. Bericht vom 23. August 2012 [act. IB] S. 2; vgl. auch die bereits erwähnten Stellungnahmen vom 14. Februar und 3. April 2012).

Die Klägerin bringt weiter vor, am F. _____ hätten keine zeitlichen Kapazitäten bestanden, um innert einer nützlichen Frist den kombinierten Eingriff vorzunehmen und der Gesundheitszustand des Patienten habe es nicht erlaubt, mit dem Eingriff so lange zuzuwarten, bis der kombinierte Eingriff hätte vorgenommen werden können (Schlussbemerkungen S. 3 III. Ziff. 1). Die Argumentation vermag deshalb nicht zu überzeugen, weil die AV-Knoten-Ablation bereits anlässlich des stationären Aufenthaltes im Mai 2012 erwogen (Bericht vom 14. Mai 2012; act. ID) und über die Evaluation dieser Massnahme im Rahmen einer auf den 23. August 2012 terminierten elektrophysiologischen Untersuchung erst anlässlich des zweiten Spitalaufenthaltes im Juni 2012 (Bericht vom 15. Juni 2012; act. IC) befunden wurde, was vom zeitlichen Ablauf her gegen die geltend gemachte Dringlichkeit des operativen Eingriffs spricht. Kommt hinzu, dass der Interventi-

onsbedarf im Sinne einer erneuten Elektrokonversion selbst beim Wiedereintritt am 12. August 2012 auf ein bestimmtes Entwicklungsszenario (Tachykardie > 12 Stunden oder starke Symptomatik) eingeschränkt blieb, welches Dr. med. G. _____ für noch nicht erreicht hielt. Vielmehr blieb es beim Spitalaustritt am 14. August 2012 bei der Empfehlung an den nachbehandelnden Arzt, den Patienten konservativ weiter zu behandeln und ihm körperliche Schonung nahe zu legen, da die Tachykardien stets in Zusammenhang mit körperlicher Belastung auftraten (vgl. Bericht des Spitals E. _____ vom 15. August 2012 [act. IB]).

Bei dieser Sachlage kann mangels anderer aktenkundiger Entwicklung im Krankheitsverlauf und entgegen den Darlegungen der Klägerin (vgl. u.a. Klage S. 6 Ziff. 2.1, Stellungnahme vom 21. Januar 2014 und Replik S. 3 Ziff. 2) weder per 23. August 2012 noch per 3. September 2012 davon ausgegangen werden, für die zweizeitige Durchführung der Eingriffe habe eine medizinische Indikation im Sinne einer Notfallversorgung bestanden. Vielmehr kann mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit davon ausgegangen werden, bei Einhaltung der ärztlichen Ratschläge, insb. der körperlichen Schonung hätte der Gesundheitszustand des Versicherten eine Verschiebung des Operationstermins durchaus zugelassen. Aufgrund des Umstandes, dass der Kapazitätsbedarf zur Durchführung einer AV-Knotenablation dem Spital F. _____ mit dem Überweisungsschreiben vom 30. Juli 2012 angezeigt wurde (act. IC) und die diesbezügliche Operation vom Spital F. _____ damit frühestens anfangs August 2012 für den 7. September 2012 terminiert werden konnte, kann mit Bezug auf den am 23. August 2012 vom bisherigen Vorgehen abweichend getroffenen Entscheid davon ausgegangen werden, die dadurch bzw. für die Vornahme eines kombinierten Eingriffs bedingte Verzögerung hätte rund einen, maximal zwei Monate betragen. Nach den Darlegungen hiervoor kann für die Dauer der Verzögerung, welche sich mit dem Entscheid vom 23. August 2012 ergeben hätte, weiter davon ausgegangen werden, der Gesundheitszustand des Versicherten wäre - bei der vorliegend zumutbaren und strikten Einhaltung der ärztlichen Verordnungen und Empfehlungen - stabil geblieben, weshalb die von der Klägerin geltend gemachte medizinische Notwendigkeit eines zweistufigen Vorgehens als nicht ausgewiesen betrachtet werden kann.

Bei diesem Ergebnis ist nicht von Belang, dass der Versicherte seit den beiden Eingriffen im September 2012 nie mehr hospitalisiert werden musste (Berichte des Spitals E. _____ vom 14. Februar 2013 [act. I 14] und des Spital F. _____s vom 3. April 2013 [act. I 15] sowie Klage S. 8 Ziff. 3). Die Notwendigkeit einer Massnahme beurteilt sich denn auch nicht retrospektiv, sondern nach den medizinischen Erkenntnissen im Zeitpunkt der Entscheidung und damit prospektiv - aus vorausschauender Sicht (vgl. GEBHARD EUGSTER, Krankenversicherung, in ULRICH MEYER [Hrsg.], Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Band XIV, Soziale Sicherheit, 2. Aufl. 2007, S. 495, N. 295). Nach den Darlegungen hiervor ist mit Bezug auf den Entscheid vom 23. August 2012 nach der medizinischen Aktenlage davon auszugehen, der Gesundheitszustand hätte sich während der mit dem Entscheid zum kombinierten Eingriff eingetretenen Verzögerung nicht verschlechtert.

Nicht zu überzeugen vermag schliesslich, dass es für den Versicherten in Ausübung seines Rechts auf freie Wahl des Leistungserbringers wichtig gewesen sei, ortsnah behandelt zu werden (vgl. u.a. Schlussbemerkungen S. 3 f. Ziff. 1). Denn fest steht, dass sich der Beschwerdeführer nach eigener Wahl am Spital F. _____ operieren liess und bei Durchführung eines kombinierten Eingriffs eine weitere Operation nicht mehr zur Diskussion gestanden hätte.

Damit steht fest, dass nicht medizinische, sondern vielmehr organisatorische/planerische (kurzfristiger Entschluss für die zusätzliche Implantation eines Herzschrittmachers am 23. August 2012) Gründe den Ausschlag für die gewählte Vorgehensweise gaben.

3.4 Aber auch unter dem Blickwinkel der Wirtschaftlichkeit wäre der kombinierte Eingriff zu bevorzugen gewesen, zumal sich der Patient nur einer Operation zu unterziehen hat und sich im Rahmen der Zusammenlegung Synergien ergeben, die zu tieferen Gesamtkosten führen, was selbst die Klägerin anerkennt (vgl. Schlussbemerkungen vom 25. Juni 2015, III Ziff. 1). Diesbezüglich ist anzumerken, dass beim Kostenvergleich einzig die für den obligatorischen Krankenpflegeversicherer resultierenden Kosten einzubeziehen sind und nicht eine gesamt- oder volkswirtschaftliche Be-

trachtungsweise entscheidend ist (vgl. GEBHARD EUGSTER, Bundesgesetz über die Krankenversicherung [KVG], 2010, S. 202).

3.5 Damit erweist sich das von der Klägerin gewählte Vorgehen als unwirtschaftliche Behandlung, weshalb die Beklagte die Abrechnung zu Recht beanstandet hat.

4.

Liegt in medizinischer Hinsicht im Ergebnis eine zweckmässige Behandlung vor, wäre jedoch die als wirtschaftlich erachtete Alternative ebenfalls indiziert gewesen, hat der Krankenversicherer zu entschädigen, was ihn die wirtschaftliche Alternative gekostet hätte (vgl. GEBHARD EUGSTER, Krankenversicherung, in ULRICH MEYER [Hrsg.], Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Band XIV, Soziale Sicherheit, 2. Aufl. 2007, S. 499, N. 312). Mithin hat die Beklagte nur diejenigen Kosten zu vergüten, welche sie im Falle eines kombinierten Eingriffes zu tragen gehabt hätte.

Für den zweizeitigen Eingriff wurden der Beklagten vom Spital F. _____ und dem Spital E. _____ zusammen insgesamt Fr. 15'635.-- in Rechnung gestellt. Die vom Gericht vom Spital F. _____ veranlasste und von den Parteien anerkannte Kostensimulation (vgl. Prozessakten) ergab, dass die Beklagte im Falle einer Herzschrittmacher-Implantation mit gleichzeitiger Ablation im Spital F. _____ Kosten in der Höhe von Fr. 10'897.55 zu tragen gehabt hätte. Der Klägerin und Widerbeklagten, die die zweizeitigen beiden operativen Eingriffe veranlasste, steht somit eine Differenzzahlung von Fr. 4'725.50 (Tarif kombinierter Eingriff am Spital F. _____ [Fr. 10'897.55] abzüglich Kosten effektiver Eingriff am Spital F. _____ [Fr. 6'172.05]) zu.

Da die Beklagte und Widerklägerin der Klägerin und Widerbeklagten am 16. Januar 2015 den geforderten Betrag von Fr. 9'462.95 vergütete, ist die Klägerin und Widerbeklagte im Grundsatz zur Rückerstattung des zu viel Empfangenen, ausmachend Fr. 4'737.45 (Fr. 9'462.95 - Fr. 4'725.50) zu verpflichten.

Dies jedoch entgegen der Annahme der Widerklägerin (Widerklage S. 3 B. Ziff. 2) nicht direkt gestützt auf Art. 25 Abs. 1 ATSG, welcher auf Streitigkeiten zwischen Leistungserbringern und Versicherungen nicht direkt Anwendung findet (UELI KIESER, Kommentar zum ATSG, 2. Aufl. 2009, Art. 25 N. 19), sondern gestützt auf Art. 56 Abs. 2 KVG nach den allgemeinen Regeln des Bereicherungsrechts.

5.

Zu prüfen bleibt der Anspruch auf Verzugszinsen für die verlangte Zahlung bzw. Rückzahlung.

Grundlage für die Entschädigungen der erbrachten Leistungen bilden in erster Linie Tarifverträge zwischen den Versicherern und den Leistungserbringern (vgl. Art. 46 KVG; Entscheid des EVG vom 15. November 2006, K 4/06, E. 3.1). Im vorliegenden Fall fehlt es an einem Tarifvertrag (vgl. Telefonnotiz vom 27. Juli 2015 [in den Prozessakten] sowie Schlussbemerkungen S. 4 III. Ziff. 3). Gemäss bundesgerichtlicher Praxis ist - beim Fehlen einer tarifvertraglichen Verzugszinsregelung - die Auferlegung von Verzugszinsen im Sozialversicherungsrecht sowie in den schiedsgerichtlichen Forderungsstreitigkeiten nur ausnahmsweise und in Einzelfällen gerechtfertigt. Eine Verzugszinspflicht wird in Fällen bejaht, bei denen das Rechtsempfinden in besonderer Weise berührt wird. Dies ist namentlich der Fall wenn einer Partei trödlerisches, widerrechtliches oder schuldhaftes Verhalten vorzuwerfen ist oder wenn sie das Verfahren unnötig verlängert und dadurch die Auszahlung von bereits anerkannten Ansprüchen verzögert (Entscheid des EVG vom 15. November 2006, K 4/06, E. 4.1 und 4.2).

Wie die Beklagte vorbringt (vgl. u.a. Stellungnahme vom 13. Oktober 2014 S. 6), habe sie alles und mehrfach mit der Klägerin versucht, eine einvernehmliche Lösung zu finden. Die Klägerin habe sich aus Prinzip uneinsichtlich gezeigt und jeden Versuch der gütlichen Beilegung des Streites von Seiten der Beklagten abgelehnt. Hierzu ist auszuführen, dass die Beklagte angeblich bereits am 10. April 2013 (erwähnt auf S. 3 von act. I 10) anbot, die Kosten, welche bei einem einzeitigen Eingriff entstanden wären, zu übernehmen. Warum jedoch, auch wenn die Klägerin auf dieses Angebot

nicht einging, die Beklagte diesen Betrag nicht umgehend der Klägerin auf ihr Konto überwies, ist nicht nachvollziehbar (vgl. dazu auch E. 7 hiernach). Somit sind im vorliegenden Fall besondere Umstände vorhanden, die es ausnahmsweise rechtfertigen, der Beklagten Verzugszinsen aufzuerlegen. Der Zinslauf beginnt mit Rechtshängigkeit der Klage (Postaufgabe vom 19. Dezember 2013) und endet mit der Zahlung am 16. Januar 2015. der Verzugszins ist analog Art. 104 Abs. 1 des Schweizerischen Obligationenrechts (OR; SR 220) auf 5 % festzusetzen und beträgt unter Berücksichtigung der 388 Tage (13 Tage + 360 Tage + 15 Tage) Fr. 251.15 (Fr. 4'725.50 / 365 Tage x 388 Tage x 5%).

Dass die Klägerin, den widerklageweise geltend gemachte Forderungsbetrag während des hängigen Prozesses aufgrund ihrer an sich vertretbaren Haltung nicht zurückbezahlt hat, ist nachvollziehbar und führt deshalb nicht zur Verzugszinspflicht.

6.

6.1 Nach dem Dargelegten ist die Klage dahingehend gutzuheissen, als der Forderungsbetrag aus der Endabrechnung vom 5. Oktober 2012 (Ref. Nr. / Fallnummer xxx) auf Fr. 4'725.50 zzgl. Verzugszinsen ab Klageeinreichung zu 5%, ausmachend Fr. 251.15, festzusetzen und die Beklagte im Grundsatz dazu zu verurteilen ist, der Klägerin diesen Betrag zu erstatten. Dabei ist festzustellen, dass die Beklagte diesen Betrag der Klägerin mit Überweisung vom 16. Januar 2015 bereits bezahlt hat. Soweit weitergehend, ist die Klage abzuweisen.

6.2 Die Widerklage ist aufgrund der Erwägungen dahingehend gutzuheissen, als die Widerbeklagte zu verurteilen ist, der Widerklägerin den Betrag Fr. 4'486.30, resultierend aus der Differenzabrechnung gemäss Erw. 4 und 5, zurückzuerstatten. Soweit weitergehend, ist die Widerklage abzuweisen.

7.

Verfahrens- und Parteikosten sind gemäss Art. 109 Abs. 1 VRPG nach Massgabe des Unterliegens zu verlegen. Daran ändert nichts, dass die Beklagte vorbringt, sie hätte alles unternommen, um eine gütliche Einigung herbeizuführen, weshalb die Klägerin für die unnötig entstandenen Prozesskosten allein aufzukommen habe und damit die finanziellen Folgen zu tragen habe. Auch wenn die Klägerin mit dem von ihr gegenüber der Beklagten vertretenen Rechtsstandpunkt im vorliegenden Verfahren nicht durchgedrungen ist, war sie doch aufgrund des Verhaltens der Beklagten von Anbeginn gezwungen, den Prozessweg zu bestreiten, um mindestens die von der Beklagten an sich unbestrittene Differenzzahlung zugesprochen zu erhalten. Nach vorliegendem Prozessausgang haben beide Parteien je rund zur Hälfte obsiegt, was für die Kostenverlegung nachfolgend wegleitend ist.

7.1 Für das Klageverfahren werden Kosten erhoben. Die Kosten richten sich gemäss Art. 47 Abs. 3 EG KUMV nach dem Dekret betreffend die Verfahrenskosten und die Verwaltungsgebühren der Gerichtsbehörden und der Staatsanwaltschaft vom 24. März 2010 (Verfahrenskostendekret, VKD; BSG 161.12) und werden auf Fr. 3'000.-- festgesetzt und dem von der Klägerin geleisteten Kostenvorschuss von Fr. 3'000.-- entnommen.

Bei diesem Ausgang des Verfahrens werden die Kosten der Beklagten und Klägerin je hälftig, ausmachend je Fr. 1'500.--, auferlegt. Die Klägerin hat einen Kostenvorschuss von Fr. 3'000.-- geleistet, welcher vom Gericht vereinnahmt wird. Die Beklagte hat demnach der Klägerin den von ihr zu tragenden Anteil an die Verfahrenskosten zu erstatten.

7.2

7.2.1 Gemäss Art. 104 Abs. 1 VRPG umfassen die Parteikosten den durch die berufsmässige Parteivertretung anfallenden Aufwand. Die Bemessung des Parteikostenersatzes richtet sich nach den Vorschriften der Anwaltsgesetzgebung. Gestützt auf Art. 41 Abs. 1 und 4 des kantonalen Anwaltsgesetzes vom 28. März 2006 (KAG; BSG 168.11) bemisst sich der Parteikostenersatz in sozialversicherungsrechtlichen Klage- und Beschwerdeverfahren ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses, wobei der Ta-

rifrahmen von Art. 13 der Verordnung über die Bemessung des Parteikostenersatzes vom 17. Mai 2006 (Parteikostenverordnung, PKV; BSG 168.811) zur Anwendung gelangt. Gemäss dieser Bestimmung beträgt das Honorar in den genannten Streitigkeiten Fr. 400.-- bis Fr. 11'800.-- pro Instanz.

7.2.2 Mit Kostennote vom 25. Juni 2015 machen die Rechtsvertreter der Klägerin und Widerbeklagten ein Honorar von Fr. 7'050.-- geltend, basierend auf einem Streitwert von Fr. 9'462.95.--. Hinzu kommt die Mehrwertsteuer von 8% von Fr. 564.--, womit ein Total von Fr. 7'614.-- resultiert. Das Honorar bewegt sich innerhalb des Tarifrahmens und ist im Rahmen der obigen Grundsätze, insbesondere unter Beachtung des mehrfachen Schriftenwechsels, nicht zu beanstanden. Die Beklagte und Widerklägerin hat der Klägerin und Widerbeklagten entsprechend ihrem Anteil am Obsiegen die Parteikosten im Umfang von Fr. 3'525.-- (Fr. 7'050.-- x 50%) zuzüglich Mehrwertsteuer von 8% von Fr. 282.--, somit total Fr. 3'807.--, zu ersetzen.

7.2.3 Praxisgemäss werden die Krankenkassen im Schiedsgerichtsverfahren wie Private behandelt, die ihren Prozess selber führen. Dabei ist allerdings dem Umstand Rechnung zu tragen, dass die Krankenkassen in solchen Verfahren in Erfüllung ihnen übertragener öffentlicher Aufgaben handeln, weshalb in Analogie zu den Bestimmungen von Art. 104 Abs. 4 i.V.m. Art. 2 Abs. 1 Bst. c VRPG für die Zusprechung einer Parteikostenentschädigung vorauszusetzen ist, dass nicht nur der Schriftenwechsel aufwändig war, sondern auch die umstrittenen Sachverhalts- und Rechtsfragen sich als komplex gestalten. Dies war vorliegend nicht der Fall, weshalb kein Anspruch auf eine Parteientschädigung besteht.

Demnach entscheidet das Schiedsgericht:

1. Die Klage wird dahingehend gutgeheissen, als der Forderungsbetrag aus der Endabrechnung vom 5. Oktober 2012 (Ref. Nr. / Fallnummer xxx) auf Fr. 4'725.50, zuzüglich Verzugszinsen von Fr. 251.15, Total

Fr. 4'976.65, festgesetzt und festgestellt wird, dass die Beklagte diesen Betrag der Klägerin bereits erstattet hat.

2. Die Widerklage wird dahingehend gutgeheissen, als die Widerbeklagte im Sinne der Erwägungen verurteilt wird, der Widerklägerin Fr. 4'486.30 zurückzuerstatten.
3. Soweit weitergehend werden Klage und Widerklage abgewiesen.
4. Die Verfahrenskosten werden auf Fr. 3'000.-- festgesetzt, dem von der Klägerin geleisteten Kostenvorschuss entnommen und den Parteien je hälftig zur Bezahlung auferlegt.
5. Die Beklagte wird verurteilt, der Klägerin den Anteil an die Verfahrenskosten von Fr. 1'500.-- zu erstatten.
6. Das tarifmässige Honorar der Rechtsvertreter der Klägerin wird auf Fr. 7'614.-- (inkl. MWSt). festgesetzt. Davon hat die Beklagte der Klägerin und Widerbeklagten die Hälfte, ausmachend den Betrag von Fr. 3'807.--, zu ersetzen.
7. Der Beklagten und Widerklägerin wird keine Parteientschädigung zugesprochen.
8. Zu eröffnen (R):
 - Fürsprecher B. _____ z.H. der Klägerin/Widerbeklagte
 - Krankenkasse SLKK
 - Bundesamt für Gesundheit

Namens des Schiedsgerichts:

Der Vorsitzende:

Der Gerichtsschreiber:

Rechtsmittelbelehrung

Gegen dieses Urteil kann innert 30 Tagen seit Zustellung der schriftlichen Begründung beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten gemäss Art. 39 ff., 82 ff. und 90 ff. des Bundesgesetzes vom 17. Juni 2005 über das Bundesgericht (BGG; SR 173.110) geführt werden.