

200 13 509 SCHG  
SCP/TOZ/SEE

## Schiedsgericht in Sozialversicherungsstreitigkeiten des Kantons Bern

Urteil vom 17. Mai 2017

Vorsitzender Verwaltungsrichter Schütz  
Fachrichter Dr. med. Ursenbacher und Fürsprecher König  
Gerichtsschreiberin Tomic

A. \_\_\_\_\_

Klägerin 1

B. \_\_\_\_\_

Klägerin 2

C. \_\_\_\_\_

Klägerin 3

D. \_\_\_\_\_

Klägerin 4

alle vertreten durch Rechtsanwalt E. \_\_\_\_\_

gegen

**Atupri Krankenkasse**

vertreten durch Fürsprecher G. \_\_\_\_\_

Beklagte

betreffend Klage vom 11. Juni 2013



## Sachverhalt:

### A.

A. \_\_\_\_\_, B. \_\_\_\_\_, C. \_\_\_\_\_ und D. \_\_\_\_\_ (Leistungserbringerinnen bzw. Klägerinnen) sind freiberuflich als Pflegefachfrauen tätig und erbrachten unter dem Label „Privat Spitex“ für die bei der Atupri Krankenkasse (Atupri bzw. Beklagte) in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung versichert gewesene F. \_\_\_\_\_ sel. (Versicherte) Pflegeleistungen im Sinne von Art. 7 Abs. 2 der Verordnung vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Krankenpflege-Leistungsverordnung KLV; SR 832.112.31). Mit zwei von Dr. med. H. \_\_\_\_\_, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, ausgestellten ärztlichen Verordnungen der Pflege zu Hause vom 1. April und 16. September 2011 (Akten der Beklagten [act. IIA] 1 und 6) ersuchten die Klägerinnen die Atupri, welche bis dahin für die Spitexleistungen aufgekommen war, um Kostengutsprachen für Leistungen betreffend den Zeitraum vom 1. April bis 30. September 2011 und vom 1. Oktober 2011 bis 30. März 2012 (Total aller Pflegeleistungen pro Quartal: 116 Stunden). Am 21. Juli resp. 30. September 2011 erteilte die Atupri jeweils Kostengutsprache für 15 Stunden und 15 Minuten pro Monat (act. IIA 3 und 7). Auf Verlangen der Versicherten (act. IIA 10) erging am 2. Februar 2012 eine entsprechende Verfügung mit der Ergänzung, dass die Kosten für die Wundpflege im Umfang von 1 Stunde pro Monat übernommen würden (act. IIA 13). Am 9. Februar 2012 erteilte die Atupri ergänzende Kostengutsprache für den Verbandswechsel für 30 Minuten pro Woche bis 1. Februar 2012 (act. IIA 14). Nach Eingang von zwei weiteren ärztlichen Verordnungen der Pflege zu Hause vom 10. Februar und 5. April 2012 (Gesuche um Kostenübernahme für 8 Stunden [gültig ab dem 1. Februar 2012 für ca. 4 Wochen] und für 105 Stunden pro Quartal vom 1. April bis 30. September 2012; act. IIA 15 und 19) erteilte die Atupri am 5. März bzw. 14. Mai 2012 Kostengutsprachen für 8 Stunden für den Verbandswechsel betreffend den Zeitraum vom 1. Februar bis 1. März 2012 und für 24 Stunden und 30 Minuten für den Zeitraum vom 1. April bis 30. September 2012 (act. IIA 18 und 22). Die gegen die Verfügung vom 2. Februar 2012 erhobene Einsprache (act. IIA 17) wies die Atupri mit Entscheid vom 15. Juni 2012 (act. IIA 35) ab. Die

Spitexkosten würden für die Zeit vom 1. April bis 31. Dezember 2011 im Rahmen der Kostengutsprachen vom 21. Juli und 30. September 2011 übernommen. Ab dem 1. Januar 2012 würden Spitexleistungen im Umfang von 24 Stunden und 30 Minuten pro Monat übernommen. Zusätzlich würden Spitexleistungen für den wöchentlichen Verbandswechsel zu 30 Minuten im Januar 2012, für den täglichen Verbandswechsel zu 15 Minuten für den Zeitraum vom 1. Februar bis 4. April 2012 und für die Abklärung/Beratung 30 Minuten sowie für die Behandlungspflege 7 Stunden 30 Minuten im Februar 2012 übernommen. Dieser Entscheid blieb von der Versicherten unangefochten.

Zuvor konnten sich die Leistungserbringerinnen und die Atupri trotz eines wiederholten Meinungs austauschs nicht über die Vergütung der Pflegeleistungen einigen (vgl. act. IIA 27 ff.).

## **B.**

Am 11. Juni 2013 liessen die Leistungserbringerinnen, vertreten durch Rechtsanwalt E.\_\_\_\_\_, beim Schiedsgericht in Sozialversicherungsstreitigkeiten des Kantons Bern Klage erheben mit den Rechtsbegehren, die Atupri sei zu verpflichten, A.\_\_\_\_\_, Fr. 1'746.90, B.\_\_\_\_\_, Fr. 948.25, C.\_\_\_\_\_, Fr. 1'485.65 und D.\_\_\_\_\_, Fr. 333.15 zu bezahlen. Es sei ein zweiter Schriftenwechsel durchzuführen.

Mit prozessleitender Verfügung vom 25. Juni 2013 hielt der Instruktionsrichter unter anderem fest, dass sich die Klägerinnen auf gleichartige Tatsachen und Rechtsgründe beriefen, mithin die Bildung einer einfachen Streitgenossenschaft zulässig sei, und dass die Klägerinnen nach der Aktenlage zum mit Einspracheentscheid der Beklagten vom 15. Juni 2012 rechtskräftig abgeschlossenen Verwaltungsverfahren nicht beigeladen worden seien, demzufolge dieser Entscheid die Klägerinnen nicht binde.

Mit Klageantwort vom 7. Oktober 2013 beantragt die Beklagte, vertreten durch Fürsprecher und Notar G.\_\_\_\_\_, die Abweisung der Klage.

Mit prozessleitender Verfügung vom 7. März 2016 forderte der Instruktionsrichter die Parteien auf, dem Schiedsgericht mitzuteilen, ob sie an der Durchführung einer Einigungsverhandlung interessiert seien.

Mit Eingabe vom 22. März 2016 teilten die Klägerinnen dem Schiedsgericht mit, dass sie die Ansetzung einer Einigungsverhandlung als nicht zielführend betrachteten.

Mit Replik vom 22. Juli 2016 bzw. Duplik vom 20. Januar 2017 hielten die Parteien an ihren Standpunkten sowie an den gestellten Anträgen fest.

Mit prozessleitender Verfügung vom 27. Februar 2017 schloss der Instruktionsrichter das Beweisverfahren und gab den Parteien die Besetzung des Schiedsgerichts im vorliegenden Verfahren bekannt.

Am 6. bzw. 17. März 2017 reichten die Rechtsvertreter der Parteien aufforderungsgemäss ihre Kostennoten ein. Ablehnungsgründe gegen die Mitglieder des Spruchkörpers wurden keine geltend gemacht.

## **Erwägungen:**

### **1.**

**1.1** Gemäss Art. 89 Abs. 1 des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG; SR 832.10) sind Streitigkeiten zwischen Versicherern und Leistungserbringern durch ein Schiedsgericht zu entscheiden. 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 vom 6. Juni 2000 betreffend die Einführung der Bundesgesetze über die Kranken-, die Unfall- und die Militärversicherung [EG KUMV; BSG 842.11]).

Die Bestimmungen des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) finden

gemäss Art. 1 Abs. 2 lit. e KVG beim Verfahren vor dem kantonalen Schiedsgericht (Art. 89 KVG) keine Anwendung. Das KVG schreibt vor, dass das Verfahren einfach und rasch zu sein und das Schiedsgericht die für den Entscheid erheblichen Tatsachen unter Mitwirkung der Parteien festzustellen hat, wobei es die notwendigen Beweise erhebt und in der Beweiswürdigung frei ist (Art. 89 Abs. 5 KVG). Der Kanton regelt das Weitere (Art. 89 Abs. 5 Halbsatz 1 KVG). Das Klageverfahren richtet sich nach den Bestimmungen des kantonalen Gesetzes vom 23. Mai 1989 über die Verwaltungsrechtspflege (VRPG; BSG 155.21), vorbehältlich abweichender Regelungen des EG KUMV (Art. 46 Abs. 2 EG KUMV).

**1.1.1** Die sachliche Zuständigkeit des Schiedsgerichts erstreckt sich auf alle Streitigkeiten zwischen Krankenversicherern und Leistungserbringern, wenn und soweit sie Rechtsbeziehungen zum Gegenstand haben, die sich aus dem KVG ergeben oder aufgrund des KVG eingegangen worden sind. Der Streitgegenstand muss mit anderen Worten die besondere Stellung der Versicherer oder Leistungserbringer im Rahmen des KVG, mithin die obligatorische Krankenpflegeversicherung betreffen (BGE 134 V 269 E. 2.1 S. 271), wie beispielsweise Honorar- und Tariffragen (BGE 131 V 191 E. 2 S. 193). Des Weiteren muss es sich um eine Streitigkeit zwischen Versicherungsträgern und leistungserbringenden Personen handeln, was sich danach bestimmt, welche Parteien einander in Wirklichkeit gegenüberstehen (BGE 132 V 352 E. 2.1 S. 353).

Vorliegend ist die Vergütung der von den Klägerinnen zu Gunsten der Versicherten erbrachten Leistungen (unter dem Label Privat Spitex) umstritten. Die Leistungen werden gemäss Art. 9 Abs. 1 des vorliegend unbestrittenermassen anwendbaren Administrativvertrages zwischen dem Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner SBK und den vertragschliessenden Krankenversicherern vom 31. Mai 2011 (SBK-Administrativvertrag; Akten der Klägerinnen [act. I] 2), dem beide Parteien beigetreten sind, im System des Tiers payant (Art. 42 Abs. 2 KVG) abgerechnet, was bedeutet, dass der Versicherer die Vergütung direkt den Leistungserbringerinnen ausrichtet. Vorliegend stehen sich im Streit die Klägerinnen als Leistungserbringerinnen und die Beklagte als Krankenver-

sicherer der Versicherten gegenüber. Mit Blick auf diese Gegebenheiten ist die sachliche Zuständigkeit des angerufenen Gerichts zu bejahen.

**1.1.2** Die Leistungserbringerinnen haben ihre ständige Einrichtung im Sinne von Art. 89 Abs. 2 KVG im Kanton Bern, womit auch die örtliche Zuständigkeit zu bejahen ist.

**1.1.3** Der Rechtsvertreter der Klägerinnen ist ordnungsgemäss bevollmächtigt (act. I 1; Art. 15 VRPG) und die Klage entspricht den Formvorschriften (Art. 46 Abs. 2 EG KUMV i.V.m. Art. 32 Abs. 2 und 3 VRPG). Auf die Klage ist somit einzutreten.

**1.2** Unbestritten ist, dass die Klägerinnen als Leistungserbringerinnen im Sinne von Art. 49 der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) befugt sind, die hier umstrittenen Leistungen zu erbringen (vgl. act. IIA 1), und dass die Leistungen grundsätzlich erbracht wurden. Hierzu ist anzufügen, dass die Klägerinnen ihre Dienstleistungen unter dem Label „Privat Spitex“ erbracht haben (vgl. act. IIA 4). Es ist davon auszugehen, dass sie mit Bezug auf das Spitex-Verhältnis zur Versicherten eine einfache Gesellschaft (Art. 530 Abs. 1 des Schweizerischen Obligationenrechts [OR; SR 220]) gebildet haben. Dabei ist jedoch zu berücksichtigen, dass jede der Klägerinnen über eine eigene Abrechnungsnummer verfügt (vgl. act. IIA 1) und die erbrachten Pflegeleistungen gesondert abrechnet. Insoweit liegt hinsichtlich der hier streitigen Fragen eine einfache Streitgenossenschaft im Sinne von Art. 71 Abs. 1 der Schweizerischen Zivilprozessordnung vom 19. Dezember 2008 (ZPO; SR 272) i.V.m. Art. 46 Abs. 2 EG KUMV und Art. 13 Abs. 1 VRPG vor (vgl. dazu Ziff. 1 der prozessleitenden Verfügung vom 25. Juni 2013).

Weiter ist darauf hinzuweisen, dass Art. 17 des SBK-Administrativvertrages (act. I 2) ein fakultatives Schlichtungsverfahren vor dem Schiedsverfahren gemäss Art. 89 KVG vorsieht. Vorliegend fand am 13. Februar 2012 ein Einigungsgespräch statt, anlässlich welchem keine Einigung erzielt werden konnte (vgl. act. IIA 27 f.).

**1.3** Im Klageverfahren ergibt sich der Streitgegenstand einzig aus den Rechtsbegehren der Klage. Innerhalb des Streitgegenstands ist das Schiedsgericht in Sozialversicherungsstreitigkeiten in Durchbrechung der

Dispositionsmaxime an die Begehren der Parteien nicht gebunden (vgl. BGE 135 V 23 E. 3.1 S. 26). Das Gericht würdigt die Vorbringen der Parteien in tatsächlicher und rechtlicher Hinsicht nach pflichtgemäsem Ermessen. Es kann unter Wahrung des rechtlichen Gehörs zu Ungunsten der klagenden Partei entscheiden oder dieser mehr zusprechen, als sie verlangt hat (Art. 46 Abs. 2 EG KUMV i.V.m. Art. 92 Abs. 1 und 3 Satz 2 VRPG).

Streitgegenstand bildet die Vergütung der von den Klägerinnen zu Gunsten der Versicherten im Zeitraum vom 1. April 2011 bis 30. September 2012 erbrachten Leistungen durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung.

**1.4** Das Schiedsgericht in Sozialversicherungsstreitigkeiten urteilt in Dreierbesetzung. Es besteht aus einem Mitglied 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 vom 11. Juni 2009 über die Organisation der Gerichtsbehörden und der Staatsanwaltschaft [GSOG; BSG 161.1]).

## **2.**

**2.1** Vorbehältlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen sind in zeitlicher Hinsicht grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgeblich, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 132 V 215 E. 3.1.1 S. 220). Massgebend sind somit Gesetzes- und Verordnungsbestimmungen in den vom 1. April 2011 bis 30. September 2012 in Kraft gestandenen Fassungen.

**2.2** Gemäss Art. 24 KVG übernimmt die obligatorische Krankenpflegeversicherung die Kosten für die Leistungen gemäss den Art. 25 - 31 KVG nach Massgabe der in den Art. 32 - 34 KVG festgelegten Voraussetzungen. Die Leistungen umfassen unter anderem Untersuchungen, Behandlungen und Pflegemassnahmen, die ambulant,

stationär oder in einem Pflegeheim durch Personen durchgeführt werden, die auf Anordnung oder im Auftrag eines Arztes oder einer Ärztin Leistungen erbringen (Art. 25 Abs. 2 lit. a Ziff. 3 KVG).

Die obligatorische Krankenpflegeversicherung leistet gemäss Art. 25a Abs. 1 KVG einen Beitrag an die Pflegeleistungen, welche aufgrund einer ärztlichen Anordnung und eines ausgewiesenen Pflegebedarfs ambulant, auch in Tages- oder Nachtstrukturen, oder im Pflegeheim erbracht werden, wobei der Bundesrat die Pflegeleistungen bezeichnet und das Verfahren der Bedarfsermittlung regelt (Art. 25a Abs. 3 KVG). Der Bundesrat setzt die Beiträge differenziert nach dem Pflegebedarf in Franken fest. Massgebend ist der Aufwand nach Pflegebedarf für Pflegeleistungen, die in der notwendigen Qualität, effizient und kostengünstig erbracht werden. Die Pflegeleistungen werden einer Qualitätskontrolle unterzogen. Der Bundesrat legt die Modalitäten fest (Art. 25a Abs. 4 KVG).

**2.3** Nach Art. 32 Abs. 1 KVG müssen die Leistungen nach den Artikeln 25 - 31 wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sein. Die Wirksamkeit muss nach wissenschaftlichen Methoden nachgewiesen sein. Die Wirksamkeit, die Zweckmässigkeit und die Wirtschaftlichkeit der Leistungen werden periodisch überprüft (Art. 32 Abs. 1 KVG).

Der Leistungserbringer muss sich in seinen Leistungen auf das Mass beschränken, das im Interesse der Versicherten liegt und für den Behandlungszweck erforderlich ist (Art. 56 Abs. 1 KVG). Für Leistungen, die über dieses Mass hinausgehen, kann die Vergütung verweigert werden (Art. 56 Abs. 2 Satz 1 KVG).

**2.4** Der Bundesrat hat die Bezeichnung der Pflegeleistungen an das Eidgenössische Departement des Innern (EDI) übertragen (Art. 33 lit. b KVV). Das Departement hat gestützt auf diese Kompetenznorm in Art. 7 KLV den Leistungsbereich der Krankenpflege ambulant oder im Pflegeheim umschrieben. Nach Abs. 1 dieser Norm übernimmt die Versicherung Untersuchungen, Behandlungen und Pflegemassnahmen, die aufgrund der Bedarfsabklärung nach Art. 7 Abs. 2 lit. a KLV und nach Art. 8 KLV auf ärztliche Anordnung hin oder im ärztlichen Auftrag unter anderem von Pflegefachfrauen und Pflegefachmännern (Art. 49 KVV) erbracht werden.

Gemäss Art. 7 Abs. 2 KLV umfassen die Leistungen im Sinne von Art. 7 Abs. 1 KLV Massnahmen der Abklärung, Beratung und ab dem 1. Januar 2012 der Koordination (lit. a), der Untersuchung und der Behandlung (lit. b) sowie der Grundpflege (lit. c).

**2.4.1** Zu den Massnahmen nach Art. 7 Abs. 2 lit. a KLV gehören unter anderem: „1. Abklärung des Pflegebedarfs und des Umfeldes des Patienten oder der Patientin und Planung der notwendigen Massnahmen zusammen mit dem Arzt oder der Ärztin und dem Patienten oder der Patientin“ und „2. Beratung des Patienten oder der Patientin sowie gegebenenfalls der nichtberuflich an der Krankenpflege Mitwirkenden bei der Durchführung der Krankenpflege, insbesondere im Umgang mit Krankheitssymptomen, bei der Einnahme von Medikamenten oder beim Gebrauch medizinischer Geräte, und Vornahme der notwendigen Kontrollen“.

**2.4.2** Als Massnahmen gemäss Art. 7 Abs. 2 lit. b KLV gelten unter anderem: „1. Messung der Vitalzeichen (Puls, Blutdruck, Temperatur, Atem, Gewicht)“, „7. Vorbereitung und Verabreichung von Medikamenten sowie Dokumentation der damit verbundenen Tätigkeiten“ (in der ab Januar 2012 gültigen Fassung) und „10. Spülen, Reinigen und Versorgen von Wunden (inkl. Dekubitus- und Ulcus-cruris-Pflege) und von Körperhöhlen (inkl. Stoma- und Tracheostomiepflege) sowie Fusspflege bei Diabetikern“.

**2.4.3** Zu den Massnahmen gemäss Art. 7 Abs. 2 lit. c KLV gehört unter anderem die allgemeine Grundpflege bei Patienten und Patientinnen, welche die Tätigkeiten nicht selber ausführen können, wie Beine einbinden, Kompressionsstrümpfe anlegen, betten, lagern, Bewegungsübungen, mobilisieren, Dekubitusprophylaxe, Massnahmen zur Verhütung oder Behebung von behandlungsbedingten Schädigungen der Haut, Hilfe bei der Mund- und Körperpflege, beim An- und Auskleiden, beim Essen und Trinken (Ziff. 1).

**2.5** Für die Beurteilung der Leistungspflicht in grundsätzlicher und masslicher Hinsicht bedarf es eindeutiger Angaben bezüglich der im Einzelfall angeordneten und durchgeführten Massnahmen (Art. 42 Abs. 3 Satz 2 KVG; BGE 131 V 178 E. 2.4 S. 188).

**2.5.1** 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).

**2.5.2** Gemäss Art. 8 Abs. 5 KLV kann der Versicherer verlangen, dass ihm die erforderlichen Elemente der Bedarfsabklärung mitgeteilt werden. Erforderlichenfalls ist ihm zuhanden des Vertrauensarztes (Art. 57 KVG) eine umfassende Dokumentation der erbrachten Leistungen (Pflegedokumentation) einzureichen. Schliesslich ist eine detaillierte und verständliche Rechnungstellung vorauszusetzen. Der Leistungserbringer muss ihm alle Angaben machen, die er benötigt, um die Berechnung der Vergütung und die Wirtschaftlichkeit der Leistung überprüfen zu können (Art. 42 Abs. 3 KVG). Genügen die vorhandenen Angaben nicht für eine zuverlässige Beurteilung der Leistungspflicht, hat der Krankenversicherer ergänzende Unterlagen einzufordern. Wird dieser Aufforderung nicht oder nur ungenügend nachgekommen, ist er befugt, die Leistungspflicht für die beantragten Massnahmen abzulehnen (BGE 131 V 178 E. 2.4 S. 188). Es können nur Leistungen vergütet werden, die klar ausgewiesen und effektiv durchgeführt worden sind (BGE 131 V 178 E. 3.3 S. 190).

**2.5.3** Nach Art. 8a Abs. 1 KLV vereinbaren Leistungserbringer nach Art. 7 Abs. 1 lit. a und b KLV und Versicherer gemeinsame Kontroll- und Schlichtungsverfahren bei ambulanter Krankenpflege. Nach Abs. 3 dieser Norm dient dieses Verfahren der Überprüfung der Bedarfsabklärung sowie der Kontrolle von Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit der Leistungen. Die ärztlichen Aufträge oder Anordnungen können vom Vertrauensarzt oder von der Vertrauensärztin (Art. 57 KVG) überprüft werden, wenn voraussichtlich mehr als 60 Stunden pro Quartal benötigt werden. Werden

voraussichtlich weniger als 60 Stunden pro Quartal benötigt, sind systematische Stichproben durchzuführen.

### 3.

**3.1** Vorab ist festzuhalten, dass die von Amtes wegen (vgl. BGE 118 Ia 129 E. 1 S. 130) zu prüfende Frage der Aktiv- und Passivlegitimation zur materiellen Begründetheit des Klagebegehrens gehört (BGE 139 V 316 E. 1 S. 320, 107 II 82 E. 2a S. 85). Es handelt sich dabei um materielle Anspruchsvoraussetzungen. Sie sind vorliegend nicht bestritten und es bestehen keine Anzeichen für Umstände, die diese Voraussetzungen in Frage stellen könnten.

**3.2** Nicht zu beanstanden ist zunächst, dass die Beklagte den Pflegebedarf der Versicherten einer Prüfung unterzogen hat, nachdem in den ärztlichen Verordnungen von Dr. med. H.\_\_\_\_\_ jeweils ein Zeitbedarf von weit über 60 Stunden pro Quartal (vgl. E. 2.5.3 hiervor) geltend gemacht worden war (act. IIA 1, 6 und 19).

Um den Pflegebedarf der Versicherten überprüfen zu können, ersuchte die Beklagte die Klägerinnen mit Schreiben vom 13. Mai 2011, 21. Juli 2011, 20. September 2011 und 17. April 2012 (act. IIA 2, 3, 5 und 20) unter Hinweis auf Art. 8a Abs. 3 KLV um eine Bedarfsabklärung, einen detaillierten Pflegerapport, eine vollständige Pflegeplanung und Wunddokumentation ab der Pflegeübernahme im Jahr 2008. Hierauf liessen die Klägerinnen der Beklagten diverse Unterlagen zukommen (vgl. act. IIA 4, 8, 21). Diese Akten unterbreitete die Beklagte dem vertrauensärztlichen Dienst bzw. der diplomierten Gesundheitschwester und Pflegefachfrau I.\_\_\_\_\_ (nachfolgend: Pflegesachverständige der Beklagten) zu Stellungnahmen (act. IIA 38 ff.). Gestützt auf deren Beurteilungen vom 20. Juli 2011, 7. September 2011, 23. November 2011, 5. März 2012 und 13. Mai 2012, welche vom Vertrauensarzt Dr. med. J.\_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, eingesehen und visiert worden waren (vgl. act. IIA 44), erliess die Beklagte in der Folge die entsprechenden Kostengutsprachen (act. IIA 3, 7 und 22) bzw. die Verfügung vom 2. Februar 2012 (act. IIA 13) resp. den Einspracheentscheid vom 15. Juni 2012 (act. IIA 35). Am 26. August 2013

verfasste die Pflegesachverständige der Beklagten eine weitere Stellungnahme, welche vom leitenden Vertrauensarzt Dr. med. K.\_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, am 27. August 2013 eingesehen und visiert worden war (Akten der Beklagten [act. II] 1). Die Klägerinnen wenden diesbezüglich ein, der Vertrauensarzt sei nicht befugt, bei der Erledigung seiner Arbeit eine Pflegefachfrau beizuziehen (vgl. Replik, S. 4 ff. Ziff. 4).

Gemäss Art. 57 Abs. 4 KVG haben die Vertrauensärzte eine beratende (Art. 57 Abs. 4 Satz 1 KVG) und eine kontrollierende Funktion (Art. 57 Abs. 4 Satz 2 KVG). Die Kompetenz des Vertrauensarztes beschränkt sich auf die Beantwortung medizinischer Fachfragen auf der Ebene der Tatsachenermittlung. Ihm obliegt namentlich in den Grenzen der Verhältnismässigkeit die Kontrolle der Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit der Behandlung im Sinne von Art. 32 Abs. 1 KVG und Art. 56 Abs. 1 KVG (GEBHARD EUGSTER, Krankenversicherung, in Ulrich Meyer [Hrsg.], Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Band XIV, Soziale Sicherheit, 3. Aufl. 2016, S. 481 N. 251). Nach dem zwischen der santésuisse und der FMH abgeschlossenen Vertrauensärztevertrag vom 14. Dezember 2001 sind die Vertrauensärzte befugt, bei der Erledigung ihrer Arbeit Hilfspersonen beizuziehen. Es besteht weder eine gesetzliche Verpflichtung noch ein gesetzlicher Anspruch der Versicherten, dass bestimmte Sachverhalte durch den Vertrauensarzt persönlich geprüft werden. Ein Vertrauensarzt kann daher Fallbeurteilungen, die er als delegierbar erachtet, in Grenzen auch speziell ausgebildeten Hilfspersonen anvertrauen. Eine prüfende und beratende Funktion muss sich aber, um im gesetzlichen Rahmen zu bleiben, auf einfachere medizinische oder pflegerische Fachfragen beschränken, in der Regel auf häufig auftretende und nach einfachen Lösungsschemata beantwortbare Tatbestände, die keine komplexeren Wertungsfragen enthalten (GEBHARD EUGSTER, a.a.O., S. 483 N. 255).

Die vorliegende Tätigkeit der Pflegefachfrau I.\_\_\_\_\_ in Zusammenarbeit mit den Vertrauensärzten Dres. med. J.\_\_\_\_\_ und K.\_\_\_\_\_ (vgl. act. IIA 44 und act. II 1) steht somit im Einklang mit dem

Gesetz und dem Vertrauensärztevertrag vom 14. Dezember 2001. Soweit die Klägerinnen die Stellungnahmen der von der Beklagten beigezogenen Pflegesachverständigen für nicht verwertbar halten, ist dies - wie die Beklagte zutreffend ausgeführt hat (vgl. Duplik, S. 2 f. Ziff. 2) - im Lichte der Ausführungen hiervor nicht zu hören.

**3.3** Es steht zu Recht ausser Frage, dass die hochbetagte Versicherte (geb. 1916) aufgrund diverser Erkrankungen (u.a. Lumbalgie, Hypertonie, venöse Insuffizienz, allg. Schwäche; act. IIA 1) seit Jahren auf Pflegeleistungen der „Privat Spitex“ angewiesen war. Streitig sind jedoch die nachfolgenden Leistungen der Behandlungs- und Grundpflege, welche von den Klägerinnen zu Gunsten der Versicherten im Zeitraum vom 1. April 2011 bis 30. September 2012 erbracht wurden (vgl. E. 4 hiernach). Diesbezüglich ist zunächst festzuhalten, dass die Klägerinnen zwar den jeweiligen Streitwert aufgrund der von der Beklagten vorgenommenen Kürzungen der Leistungen berechnet haben (vgl. IIA 45), indessen nicht zu jeder erfolgten Kürzung aufgrund der Betreuungsjournale separat, sondern zu den von der Beklagten geltend gemachten Kürzungsgründen in allgemeiner Hinsicht Stellung genommen haben (vgl. Klage, S. 6 ff.). Dies erweist sich als sachgerecht, weshalb auch bei der Beurteilung der streitigen Differenzen in einem ersten Schritt nicht von jeder einzelnen Kürzung auszugehen ist, sondern zu beurteilen ist, ob Anlass zu Kürzungen der abgerechneten Pflegeleistungen bestanden hat oder nicht. Erst wenn sich der geltend gemachte Kürzungsgrund als nicht korrekt erweist, ist in einem zweiten Schritt zu prüfen, welche Leistungsabrechnungen davon betroffen sind und welcher Betrag den einzelnen Klägerinnen zuzusprechen ist.

#### **4.**

##### **4.1 Massnahmen nach Art. 7 Abs. 2 lit. a Ziff. 1 KLV**

(Abklärung des Pflegebedarfs und des Umfeldes der Patientin und Planung der notwendigen Massnahmen zusammen mit der Ärztin und der Patientin):

**4.1.1** Mit Verordnungen vom 1. April 2011, 16. September 2011 und 5. April 2012 (act. IIA 1, 6 und 19) hat die behandelnde Ärztin Dr. med. H. \_\_\_\_\_ die Bedarfsabklärung wie folgt quantifiziert:

- Zeitraum vom 01.04.2011 - 30.09.2011: einmalig 60 Minuten
- Zeitraum vom 01.10.2011 - 30.03.2012: einmalig 60 Minuten
- Zeitraum vom 01.04.2012 - 30.09.2012: einmalig 80 Minuten bzw. 40 Minuten pro Quartal

**4.1.2** Die Beklagte hat am 21. Juli 2011, 30. September 2011 und 14. Mai 2012 (act. IIA 3, 7 und 22) diesbezüglich folgende Kostengutsprachen erteilt:

- Zeitraum vom 01.04.2011 - 30.09.2011: einmalig 30 Minuten
- Zeitraum vom 01.10.2011 - 30.03.2012: einmalig 30 Minuten
- Zeitraum vom 01.04.2012 - 30.09.2012: monatlich 15 Minuten bzw. 90 Minuten pro Semester

**4.1.3** Die Klägerinnen machen im Wesentlichen geltend, dass aufgrund des hohen und fortschreitenden Alters der Versicherten es jeweils notwendig gewesen sei, die Pflegeleistungen bezüglich der Medikamente und auch den ärztlich notwendigen Massnahmen anzupassen. Sie hätten den Bedarf jeweils gemeinsam eruiert und der Ärztin zukommen lassen. Allein schon das Ausfüllen des Verordnungsformulars und die sorgfältige Ermittlung der darin aufgeführten Bedarfszeiten sowie die diesbezügliche Koordination/Erläuterung mit der Hausärztin überstiegen den Aufwand von einer Stunde (vgl. Klage, S. 9 Ziff. 13.2).

**4.1.4** In der Stellungnahme vom 20. Juli 2011 (act. IIA 38) hielt die Pflegesachverständige der Beklagten zu Handen des vertrauensärztlichen Dienstes der Beklagten fest, dass bezüglich Abklärung lediglich ein ausgefülltes ärztliches Verordnungsblatt und ein A4-Blatt, welches Leistungen aufführe, eingereicht worden seien (act. IIA 38 S. 1). In einer weiteren Stellungnahme vom 23. November 2011 (act. IIA 40) führte sie aus, dass die Pflegeplanung resp. -dokumentation unvollständig und nicht transparent sei. Zunächst fehlten handgeschriebene Unterlagen über den Pflegeverlauf. Weiter sei das Dokument „individuelle Pflegeplanung“ nicht datiert bzw. die aufgeführten Pflegeprobleme seien nicht datiert. Die

Pflegeplanung weise keine festgelegten Ziele aus und dokumentiere keine Auswertungsergebnisse (act. IIA 40 S. 1). In der Stellungnahme vom 26. August 2013 (Akten der Beklagte [act. II] 1) hielt die Pflegesachverständige der Beklagten weiter fest, dass der von den Klägerinnen geltend gemachte Abklärungsaufwand nicht belegt werde. Laut Unterlagen fehle eine dokumentierte und nachgewiesene Netzwerkarbeit mit anderen Leistungserbringern. Eine vernetzte Arbeit sei nur ab und zu mit der Hausärztin in Form von Telefongesprächen erfolgt, anlässlichlichen welchen neue Medikamente verordnet worden seien (act. II 1 S. 2).

**4.1.5** In ihren Stellungnahmen vom 20. Juli 2011, 23. November 2011 und 26. August 2013 (act. IIA 38 S. 1, act. IIA 40 S. 1 und act. II 1 S. 2) hat sich die Pflegesachverständige der Beklagten resp. der vertrauensärztliche Dienst sorgfältig mit den von den Klägerinnen eingereichten Unterlagen auseinandergesetzt und zutreffend darauf hingewiesen, dass sich die jeweiligen Bedarfsangaben der Klägerinnen in den auf den ärztlichen Verordnungsformularen ausgewiesenen Pflegebedarfe erschöpfen, namentlich eigentliche Erhebungen der Pflegebedarfe samt Planung derselben nicht erstellt wurden (vgl. dazu auch Rz. 11 und 19 des Einspracheentscheids vom 15. Juni 2012; act. IIA 35 S. 6 f.). Weiter hat der vertrauensärztliche Dienst zutreffend darauf hingewiesen, dass die Pflegeplanung bzw. das Dokument „Individuelle Pflegeplanung für Frau F. \_\_\_\_\_“ (act. IIA 21) weder zeitlich festgelegte Ziele aufweist noch Auswertungsergebnisse dokumentiert (act. IIA 40 S. 1). Es enthält keine präzisen Angaben über die Wahl der Pflegeinterventionen, der Pflegeaktivitäten und in diesem Zusammenhang über die entsprechenden Reaktionen der Versicherten auf die Interventionen sowie über die beteiligten Pflegefachfrauen. Es fehlen in diesem Kontext auch Angaben über die Zusammenarbeit und Koordination untereinander. Sodann ist das besagte Dokument „Individuelle Pflegeplanung für Frau F. \_\_\_\_\_“ (act. IIA 21) weder datiert noch unterschrieben. Auch aus den diesem Dokument beiliegenden handgeschriebenen Unterlagen (act. IIA 21) geht keine Pflegeplanung im vorerwähnten Sinne hervor. Schliesslich ist zu bemerken, dass sich der Umstand, dass die Klägerinnen die Versicherte seit mindestens April 2009 (Akten der Klägerinnen [act. IA] 2) betreut und somit den Verlauf des gesundheitlichen Allgemeinzustandes der Versicherten im

vorliegend streitigen Zeitraum gekannt haben, auch reduzierend auf den Aufwand für die Bedarfserhebung auswirkt. Im Lichte des Dargelegten erweisen sich die von der Beklagten diesbezüglich ausgesprochenen Kürzungen (vgl. E. 4.1.1 f. hiervor) als nachvollziehbar begründet.

Hieran vermag die Stellungnahme der von den Klägerinnen während des vorliegenden Verfahrens beigezogenen Pflegefachrau L.\_\_\_\_\_ (nachfolgend: Pflegesachverständige der Klägerinnen) vom 12. Juli 2016 (act. IA 7) nichts zu ändern, geht doch aus dieser deutlich hervor, dass eine gezielte Pflegebedarfserhebung nicht vorgenommen wurde. Es wird darauf hingewiesen, dass der Pflegeprozess nur teilweise mit Datum evaluiert und dokumentiert worden sei resp. ausführlicher oder detaillierter hätte beschrieben werden sollen (act. IA 7 S. 3).

#### **4.2 Massnahmen nach Art. 7 Abs. 2 lit. a Ziff. 2 KLV**

(Beratung der Patientin, insbesondere im Umgang mit Krankheitssymptomen, bei der Einnahme von Medikamenten oder beim Gebrauch medizinischer Geräte, und Vornahme der notwendigen Kontrollen):

**4.2.1** Mit Verordnungen vom 1. April 2011, 16. September 2011 und 5. April 2012 (act. IIA 1, 6 und 19) hat Dr. med. H.\_\_\_\_\_ die Beratung wie folgt quantifiziert:

- Zeitraum vom 01.04.2011 - 30.09.2011: 100 Minuten pro Monat bzw. 600 Minuten pro Semester
- Zeitraum vom 01.10.2011 - 30.03.2012: 25 Minuten pro Woche bzw. 600 Minuten pro Semester
- Zeitraum vom 01.04.2012 - 30.09.2012: 15 Minuten pro Woche bzw. 390 Minuten pro Semester

**4.2.2** Die Beklagte hat am 21. Juli 2011, 30. September 2011 und 14. Mai 2012 (act. IIA 3, 7 und 22) diesbezüglich folgende Kostengutsprachen erteilt:

- Zeitraum vom 01.04.2011 - 30.09.2011: 0 Minuten (enthalten in Abklärung)
- Zeitraum vom 01.10.2011 - 30.03.2012: 0 Minuten (enthalten in Abklärung)
- Zeitraum vom 01.04.2012 - 30.09.2012: 60 Minuten pro Monat bzw. 360 Minuten pro Semester

**4.2.3** Die Klägerinnen bringen hauptsächlich vor, dass sie je nach Zustand und Begebenheiten der Versicherten regelmässig Beratungsmassnahmen erbracht hätten. Insbesondere im Zusammenhang mit den diversen starken Rückenschmerzen seien regelmässig Beratungen vorgenommen worden; die Versicherte sei darin unterstützt worden, wann sie die Schmerzmittel einnehmen solle (vgl. Klage, S. 9 Ziff. 13.3). Weiter seien bezüglich der rezidivierenden Harnwegsinfekte, Rückenprobleme und Sturzgefahr immer wieder Empfehlungen gemacht worden (vgl. Replik, S. 13 Ziff. 13.1).

**4.2.4** In der Stellungnahme vom 23. November 2011 (act. IIA 40) hielt die Pflegesachverständige der Beklagten diesbezüglich fest, dass sinnvolle Organisationsarbeiten rund um die Pflege als Beratungsarbeit kommuniziert worden sei. Die Klägerinnen hätten praktische, jedoch nicht pflegerische Organisationsarbeiten übernommen wie unter anderem die Teppichentfernung, die Zubereitung von Blasentee, das regelmässige Einfüllen von gekochtem Wasser in die Isolierflaschen, das Besorgen von Fusspflegematerial und die Durchführung von „Beratungen“ unter anderem betreffend das Hinstellen des Bettes und die Wahl einer geeigneten Tischlampe (act. IIA 40 S. 1). Weiter führte die Pflegesachverständige der Beklagten in der Stellungnahme vom 26. August 2013 (act. II 1) aus, es fehlten professionelle Beratungsmassnahmen, welche entsprechende Dokumentationen und Evaluationen nach sich zögen (act. II 1 S. 3 und 11). Bezüglich der rezidivierenden Harnwegsinfekte würde dies unter anderem bedeuten: Messen der entleerten Urinmenge, deren Dokumentation zur Feststellung des Fassungsvermögens der Blase und der Effektivität der Kontraktionen, regelmässige Durchführung von einfachen Urin-Tests, Festlegen eines Ausscheidungsplans, Durchführung und Kontrolle der Intimpflege. Vorliegend hätten die Klägerinnen lediglich „viel trinken“ empfohlen, was einer professionellen Beratung im obenerwähnten Sinne nicht entspreche (act. II 1 S. 11). Eine gezielte, professionelle und ganzheitliche Beratung fehle auch in Bezug auf die Schmerzmedikation beim Angehen der Rückenprobleme und auf die Sturzgefahr. So stellten die Teppichentfernung und das Organisieren der Antirutschsocken allein keine professionelle und ganzheitliche Beratung zur Sturzprävention dar (act. II 1 S. 12 f.). So dann sei darauf hinzuweisen, dass eine professionelle Beratung zur finan-

ziellen Situation der Versicherten, insbesondere zur Möglichkeit eines Gesuchs um Hilflosenentschädigung nie stattgefunden habe (act. II 1 S. 13).

**4.2.5** Der vertrauensärztliche Dienst hat in Berücksichtigung und Würdigung sämtlicher Unterlagen der Klägerinnen einleuchtend sowie nachvollziehbar begründet, dass aus dem Dokument „Individuelle Pflegeplanung für Frau F.\_\_\_\_\_“ samt den beiliegenden handgeschriebenen Unterlagen (act. IIA 21) keine zielgerichtete bzw. professionelle und ganzheitliche Beratung hervorgeht; illustrativ dazu sind die Beispiele hinsichtlich der rezidivierenden Harnwegsinfekte, der Schmerzmedikation beim Angehen der Rückenprobleme und der Sturzgefahr (act. II 1 S. 3 und 11 ff.). Weiter sind in den erwähnten Dokumenten zahlreiche Handlungen ausgewiesen, welche zwar unbestrittenermassen sinnvoll waren und zweifelsohne im Interesse der Versicherten lagen, die jedoch ausschliesslich die Betreuung der Versicherten und das Verrichten von Hauswirtschaftsarbeiten bezweckten (vgl. E. 4.2.4 hiervor und die monatlichen Leistungsblätter in act. IIA 21 [u.a. Tee kochen, Moorbeutel erwärmen, Fensterläden öffnen/schliessen, Pediküre]) und daher keine kassenpflichtigen Leistungen im Sinne des Art. 7 Abs. 2 lit. a Ziff. 2 KLV darstellen. Gesetzes- und rechtsprechungskonform hat der vertrauensärztliche Dienst resp. die Beklagte diese Handlungen bei der Bedarfsermittlung ausgeklammert. An dieser Stelle ist jedoch darauf hinzuweisen, dass solche enorm zeitaufwändigen, nicht kassenpflichtigen Betreuungs- und Hauswirtschaftsleistungen, wie sie insbesondere bei hochbetagten Menschen häufig vorkommen, teilweise mittels Hilflosenentschädigung finanziert werden könnten, worauf die Klägerinnen von der Beklagten denn auch wiederholt hingewiesen wurden (vgl. dazu auch act. II 1 S. 13).

Was die geltend gemachte Rückenschmerzberatung angeht, so fällt auf, dass diese im Zusammenhang mit der Abgabe von Schmerzmedikamenten gestellt wird (vgl. Klage, S. 9 Ziff. 13.3). Sodann wird der Behandlungsaufwand auch mit der Verabreichung von schmerzlindernden Salben begründet (vgl. act. I 5 S. 3), weshalb hier eine Vermischung verschiedener Leistungen vorliegt. Da in Bezug auf die Schmerzlinderung von einem Behandlungskomplex auszugehen ist, sind die in diesem Zusammenhang erbrach-

ten Leistungen im Rahmen der Behandlungspflege abzurechnen und demgemäss nachfolgend dort (vgl. E. 4.3 nachfolgend) zu prüfen.

Nach dem Dargelegten erweisen sich die von der Beklagten die nach Art. 7 Abs. 2 lit. a. Ziff. 2 KLV erteilten Kostengutsprachen (vgl. E. 4.2.1 f. hiervor) bzw. die damit vorgenommenen Kürzungen somit als schlüssig begründet.

Nichts zu ihren Gunsten vermögen die Klägerinnen aus der Stellungnahme der von den Klägerinnen beigezogenen Pflegesachverständigen vom 12. Juli 2016 (act. IA 7) abzuleiten. Darin wird ein Beratungsbeispiel aufgeführt, welches einerseits vom 14. August 2010 datiert und mithin nicht den hier zu beurteilenden Zeitraum beschlägt (vgl. E. 3.3 hiervor) und andererseits keine professionelle und ganzheitliche Beratung mit Dokumentation und Evaluation (vgl. E. 4.2.4 hiervor) darstellt.

#### **4.3 Massnahmen nach Art. 7 Abs. 2 lit. b KLV**

(Massnahmen der Untersuchung und der Behandlung):

**4.3.1** Mit Verordnungen vom 1. April 2011, 16. September 2011 und 5. April 2012 (act. IIA 1, 6 und 19) hat Dr. med. H. \_\_\_\_\_ die Behandlungspflege wie folgt spezifiziert und quantifiziert:

- Zeitraum vom 01.04.2011 - 30.09.2011: 6'255 Minuten bzw. 104 Stunden 25 Minuten pro Semester
- Zeitraum vom 01.10.2011 - 30.03.2012: 6'240 Minuten bzw. 104 Stunden pro Semester
- Zeitraum vom 01.04.2012 - 30.09.2012: 5'225 Minuten bzw. 87 Stunden 5 Minuten pro Semester

Schmerzlindernde Salben an Gesäss, Rücken, Hüfte, Knie und Vorbereitung von Medikamenten:

- Zeitraum vom 01.04.2011 - 30.09.2011: 30 Minuten pro Tag bzw. 5'475 Minuten pro Semester
- Zeitraum vom 01.10.2011 - 30.03.2012: 30 Minuten pro Tag bzw. 5'460 Minuten pro Semester
- Zeitraum vom 01.04.2012 - 30.09.2012: 25 Minuten pro Tag bzw. 4'575 Minuten pro Semester

Medikamente bestellen, Dosett auffüllen, Verbandswechsel Schienbein bzw. ab 01.04.2012 2 x täglich ärztliche Verordnungen durchführen:

- Zeitraum vom 01.04.2011 - 30.09.2011: 30 Minuten pro Woche bzw. 780 Minuten pro Semester

- Zeitraum vom 01.10.2011 - 30.03.2012: 30 Minuten pro Woche bzw. 780 Minuten pro Semester
- Zeitraum vom 01.04.2012 - 30.09.2012: 25 Minuten pro Woche bzw. 650 Minuten pro Semester

**4.3.2** Die Beklagte hat am 21. Juli 2011, 30. September 2011 und 14. Mai 2012 (act. IIA 3, 7 und 22) diesbezüglich folgende Kostengutsprachen erteilt:

- Zeitraum vom 01.04.2011 - 30.09.2011: 45 Minuten pro Monat bzw. 270 Minuten pro Semester
- Zeitraum vom 01.10.2011 - 30.03.2012: 45 Minuten pro Monat bzw. 270 Minuten pro Semester
- Zeitraum vom 01.04.2012 - 30.09.2012: 285 Minuten pro Monat bzw. 1'710 Minuten pro Semester

**4.3.3** Die Klägerinnen machen im Zusammenhang der Behandlungspflege die Verabreichung von schmerzlindernden Salben an Gesäss, Rücken, Hüfte und Knie, die Vorbereitung der Medikamente, die Bereitstellung des Medikamentendossetts, die Bestellung der Medikamente sowie die Wundpflege am Schienbein geltend (vgl. Klage, S. 10 Ziff. 13.4, und act. IIA 33 [„Tagesablauf pflegerische Verrichtungen“]). Zur Verabreichung von Medikamenten gehöre auch die im konkreten Fall anfallende repetitive „Überzeugungs- und Erklärungszeit“ (vgl. Klage, S. 12 Ziff. 14.4).

**4.3.4** In der Stellungnahme vom 23. November 2011 (act. IIA 40) schlug die Pflegesachverständige der Beklagten vor dem Hintergrund, dass bei der Versicherten seit Jahren eine nicht verändernde Wunde am Schienbein gepflegt worden sei (act. IIA 39 S. 1), den Beizug einer Wundexpertin (Wundsprechstunde) vor (act. IIA 40 S. 2; siehe dazu auch act. IIA 9); es fehle eine Wunddokumentation resp. ein eigentliches Wundmanagement (act. IIA 40 S. 2).

Am 13. Mai 2012 hielt sie weiter fest, dass die Medikamente morgens für den Mittag und abends für die Nacht hingestellt würden. Es gehe lediglich darum, die Medikamente aus dem Dispenser zu nehmen und der Versicherten für die Einnahme hinzustellen. Wenn die Versicherte abends im Ausgang sei (vgl. Eintrag vom 17. März 2012: kein Abendbesuch

seitens der Pflege), würden die entsprechenden Medikamente bereits am Morgen für den Abend vorbereitet (act. IIA 44 S. 3). In diesem Zusammenhang wies die Pflegesachverständige der Beklagten darauf hin, dass bis 31. Dezember 2011 das wöchentliche Richten von Medikamenten noch keine von der Krankenversicherung zu übernehmende behandlungspflegerische Massnahme gewesen sei; die Beklagte habe diese Leistungen kulanterweise trotzdem übernommen (act. II 1 S. 4).

In einer weiteren Stellungnahme vom 26. August 2013 (act. II 1) führte sie ergänzend aus, dass die Kriterien der Pflegequalität und Wirksamkeit der Wundpflege jahrelang nicht erfüllt gewesen seien (act. II 1 S. 3). Die Beklagte habe im Dezember 2011 Kostengutsprache für eine angepasste Wundversorgung erteilt mit der Bedingung, dass eine Wundexpertin beigezogen werde. Hierauf habe sich die Wunde als ein neoplastisches Geschehen herausgestellt, welches entfernt werden können. Nach ein paar Wochen sei die Wunde ausgeheilt gewesen (act. II 1 S. 9). Schliesslich seien die Vitalzeichenkontrollen weniger häufig als geltend gemacht durchgeführt worden (act. II 1 S. 3).

**4.3.5** Der vertrauensärztliche Dienst hat schlüssig und überzeugend dargelegt, dass die Klägerinnen in Anbetracht der dauerhaft nicht heilenden Wunde am Schienbein eine Wundexpertin hätten beziehen müssen (vgl. act. IIA 9). Die Beklagte hat gestützt auf die Beurteilung der beigezogenen diplomierten Wundexpertin SAfW, M. \_\_\_\_\_, vom 11. Januar 2012 (act. IIA 11) am 9. Februar 2012 Kostengutsprache für einen wöchentlichen Verbandswechsel von 30 Minuten bis zum geplanten ärztlichen Eingriff vom 1. Februar 2012 erteilt (AB 14), dies zwecks Minderung der Infektionsgefahr (act. IIA 11). Den Akten ist zu entnehmen, dass die Wunde ein paar Wochen nach dem Eingriff bzw. spätestens anfangs April 2012 ausgeheilt war (vgl. act. II 14 und 19 sowie Wundverlaufsprotokoll ab dem 1. Februar 2012 [act. IIA 21]). Vor diesem Hintergrund erweisen sich die von den Klägerinnen - vor dem Beizug der Wundexpertin - durchgeführten Wundpflegeleistungen als unwirksam, unzweckmässig und unwirtschaftlich; gemäss Art. 32 Abs. 1 KVG werden derartige Pflegeleistungen nicht durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung übernommen. Daran ändert nichts, dass die behandelnde Ärztin Dr. med. H. \_\_\_\_\_ diesen Zustand offen-

bar hingenommen hat, haben doch die Interventionen der Wundexpertin M. \_\_\_\_\_ - wie oben dargelegt - zu einer raschen Besserung der Situation geführt. Angesichts dessen, dass Dr. med. H. \_\_\_\_\_ trotz ausbleibender Wundheilung keine Veranlassung sah, andere, geeignetere Behandlungsmassnahmen wie den Beizug einer Wundheilungsspezialistin zu verordnen, wären von weiteren Abklärungen (in Form einer Stellungnahme der verordnenden Ärztin oder deren Befragung als Zeugin) keine neuen relevanten Erkenntnisse zu erwarten gewesen. Dies zumal auch deshalb nicht, weil zwischen dem Zeitpunkt der Klageeinreichung im Juni 2013 und des Wundinfektes mehr als eineinhalb Jahre lagen, weshalb auf weitere Abklärungen in antizipierter Beweiswürdigung zu verzichten ist (BGE 122 V 157 E. 1d S. 162). Soweit sich die Klägerinnen bezüglich der Wundheilung auf die jeweiligen ärztlichen Verordnungen berufen (vgl. Replik, S. 14 Ziff. 13.2 und S. 19 Ziff. 16.2), ist in allgemeiner Hinsicht festzuhalten, dass gemäss Art. 32 Abs. 1 KVG nur wirksame, zweckmässige und wirtschaftliche Behandlungen durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung übernommen werden. An diesem Ziel haben sich alle Akteure im Bereich der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu orientieren, neben den Versicherern insbesondere auch die Leistungserbringer. Als anerkannte Leistungserbringer im Sinne von Art. 35 Abs. 2 lit. e KVG sind Pflegefachpersonen, welche auf Anordnung oder im Auftrag eines Arztes oder einer Ärztin Leistungen erbringen; vorliegend sind es freiberuflich tätige Pflegefachfrauen (mit eigenen Abrechnungsnummern). Diese sind in eigener fachlicher Verantwortung tätig und mithin auch für die Einhaltung der WZW-Grundsätze (Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit) verantwortlich, erheben und planen sie doch selbst den Pflegebedarf (vgl. E. 2.5.1 hiervor). Insoweit wären sie verpflichtet gewesen, den später von der Beklagten angeregten Beizug einer Wundexpertin viel früher zu veranlassen.

Was das Verabreichen von Medikamenten angeht, so ist nicht nachvollziehbar, weshalb bei einer Dauermedikation die Dosierung tagtäglich neu beurteilt werden musste (vgl. act. IIA 8 S. 2 Ziff. 2). Nicht zu überzeugen vermag in diesem Zusammenhang auch die von der Pflegesachverständigen der Klägerinnen in der Stellungnahme vom 12. Juli 2016 (act. IA 7) angeführte „5R-Regel“ (richtiger Patient, richtiges Medika-

ment, richtige Dosierung, richtige Applikationsart und richtiger Zeitpunkt). Vorliegend wurden die Medikamente wöchentlich im Dosett gerichtet, täglich aus dem Dispenser genommen und der sich an diesem Domizil im Übrigen allein aufhaltenden Versicherten für die Einnahme hingestellt (morgens für den Mittag und abends für die Nacht; act. IIA 8 S. 2 Ziff. 2 und act. IIA 33 [„Tagesablauf pflegerische Verrichtungen“]). Vor diesem Hintergrund ist, wie die Pflegesachverständige der Beklagten in der Stellungnahme vom 13. Mai 2012 zutreffend ausgeführt hat (act. IIA 44 S. 3), nicht nachvollziehbar und auch unter dem Aspekt der Wirtschaftlichkeit nicht vertretbar, dass die Klägerinnen für das Hinstellen dieser Medikamente mindestens 20 Minuten pro Tag (act. IIA 8 S. 2 Ziff. 2) benötigt haben. In diesem Zusammenhang hat die Beklagte denn auch zu Recht darauf hingewiesen (vgl. Klageantwort, S. 6), dass nach Art. 7 Abs. 2 lit. b Ziff. 7 KLV in der bis 31. Dezember 2011 gültig gewesenen Fassung das wöchentliche Richten von Medikamenten, obwohl notwendige Voraussetzung für das einzig leistungspflichtig gewesene Verabreichen von Medikamenten, keine von der Krankenversicherung zu übernehmende behandlungspflegerische Massnahme darstellte. Die am 1. Januar 2012 in Kraft getretene Fassung des Art. 7 Abs. 2 lit. b Ziff. 7 KLV, wonach nebst der Verabreichung von Medikamenten nunmehr auch die Vorbereitungshandlungen sowie die Dokumentation zur Behandlungspflege gehören, ist somit auf die hier streitigen Ansprüche bis 31. Dezember 2011 (vgl. act. IIA 8 S. 2 Ziff. 2) noch nicht anwendbar.

Schliesslich hat der vertrauensärztliche Dienst in der Stellungnahme vom 26. August 2013 (act. II 1 S. 3) festgehalten, dass die Vitalzeichenkontrollen weniger häufig als geltend gemacht durchgeführt wurden. Diese Beurteilung findet in der Stellungnahme der von den Klägerinnen beigezogenen Pflegesachverständigen vom 12. Juli 2016 ihren Rückhalt, wonach die Vitalzeichenkontrollen unregelmässig dokumentiert worden seien (act. IA 7 S. 4).

Im Lichte des Dargelegten erweisen sich die von der Beklagten diesbezüglich ausgesprochenen Kürzungen (vgl. E. 4.3.1 f. hiavor) somit als nachvollziehbar und überzeugend begründet.

#### **4.4 Massnahmen nach Art. 7 Abs. 2 lit. c KLV**

(Massnahmen der Grundpflege):

**4.4.1** Mit Verordnungen vom 1. April 2011, 16. September 2011 und 5. April 2012 (act. IIA 1, 6 und 19) hat Dr. med. H. \_\_\_\_\_ die Behandlungspflege wie folgt spezifiziert und quantifiziert:

- Zeitraum vom 01.04.2011 - 30.09.2011: 7'035 Minuten bzw. 117 Stunden 15 Minuten pro Semester
- Zeitraum vom 01.10.2011 - 30.03.2012: 7'020 Minuten bzw. 117 Stunden pro Semester
- Zeitraum vom 01.04.2012 - 30.09.2012: 6'920 Minuten bzw. 115 Stunden 20 Minuten pro Semester
  
- Kompressionsstrümpfe an-/ausziehen: täglich morgens/abends à je 15 Minuten;
- Duschen 1 x wöchentlich: 60 Minuten (mit Haarwäsche; act. IIA 1, 6 und 33 [„Tagesablauf; pflegerische Verrichtungen“]) bzw. 40 Minuten (ohne Haarwäsche; act. IIA 19 und 33);
- Haarwäsche alle zwei Wochen à 30 Minuten (act. IIA 19 und 33).

**4.4.2** Die Beklagte hat am 21. Juli 2011, 30. September 2011 und 14. Mai 2012 (act. IIA 3, 7 und 22) diesbezüglich folgende Kostengutsprachen erteilt:

- Zeitraum vom 01.04.2011 - 30.09.2011: 14 Stunden pro Monat bzw. 84 Stunden pro Semester
- Zeitraum vom 01.10.2011 - 30.03.2012: 14 Stunden pro Monat bzw. 84 Stunden pro Semester
- Zeitraum vom 01.04.2012 - 30.09.2012: 18 Stunden 30 Minuten pro Monat bzw. 111 Stunden pro Semester

**4.4.3** Die Klägerinnen bringen hauptsächlich vor, dass die Grundpflege aus einem wöchentlichen Duschen, einem wöchentlichen Haarewaschen und einem täglichen An- und Ausziehen der Kompressionsstrümpfe bestanden habe (vgl. Klage, S. 10 Ziff. 13.5). Ohne Begründung erachte die Beklagte lediglich einen Zeitbedarf von zehn Minuten am Morgen als notwendig. Unter Hinweis auf die Dokumente „Tagesablauf pflegerische Verrichtungen“ (act. IIA 33) seien die 15 Minuten pro Morgen und Abend bereits als äusserst zurückhaltend eingeschätzt. Eine sehr betagte und kranke Person benötige - selbst mit fremder Hilfe - dafür weitaus länger. Auch der von der Beklagten für die wöchentliche Körperpflege anerkannte Zeitaufwand von 20 Minuten pro Woche sei zu tief angesetzt. Es sei vor

Augen zu halten, dass die Versicherte hochbetagt, verlangsamt und ängstlich sei (vgl. Klage, S. 10 Ziff. 13.5 und S. 12 f. Ziff. 14.5).

**4.4.4** In der Stellungnahme vom 20. Juli 2011 (act. IIA 38) hielt die Pflegesachverständige der Beklagten fest, dass unter die Grundpflege das tägliche An- und Ausziehen der Kompressionsstrümpfe, das tägliche Einsetzen und Herausnehmen des Hörgerätes, das Einreiben von Schmerzsalben, die Abgabe der gerichteten Medikamente aus dem Dispenser, das Bereitstellen von Medikamenten (Vitamin D3 Tropfen, Spezialmilch gegen Obstipation) sowie das wöchentliche Duschen mit Haarewaschen fielen. Für die morgendliche Grundpflege sei ein Zeitaufwand von 15 Minuten, für die abendliche Grundpflege ein solcher von 10 Minuten und für das wöchentliche Duschen ein Zeitaufwand von 20 Minuten zu vergüten; darin inbegriffen sei der Aufwand für die übrigen, oben erwähnten Grundpflegeleistungen (act. IIA 38 S. 1). In der weiteren Stellungnahme vom 13. Mai 2012 (act. IIA 44) führte sie aus, ab April 2012 kämen das tägliche Betten, die Intimpflegen und Teilwaschungen sowie das Haarekämmen hinzu; seit Ende März 2012 erfolge das Haarewaschen durch eine Coiffeuse, welche zwei Mal im Monat auf Hausbesuch käme (act. IIA 44 S. 3 f.). Abschliessend wies sie darauf hin, dass zahlreiche Hauswirtschafts- und Organisationsarbeiten (wie bspw. Inkontinenzmaterial besorgen, Tee kochen, Moorbeutel erwärmen, Fensterläden öffnen/schliessen, Pediküre, Uhren umstellen, Dornwarze entfernen, repetitive Betreuungsgespräche) dokumentiert seien, welche keine kassenpflichtigen Leistungen darstellten (act. IIA 44 S. 4). Mit Stellungnahme vom 26. August 2013 (act. II 1) bekräftigte die Pflegesachverständige der Beklagten die in der Stellungnahme vom 13. Mai 2012 (act. IIA 44) gemachten Ausführungen (act. II 1 S. 5).

**4.4.5** Vorab ist festzuhalten, dass die Beklagte entgegen der Darstellung der Klägerinnen (vgl. Klage, S. 10 Ziff. 13.5) einen Zeitbedarf von 15 Minuten (und nicht 10 Minuten) für die tägliche Grundpflege am Morgen anerkannt hat (vgl. act. IIA 35 S. 6 Ziff. 11). Der vertrauensärztliche Dienst hat in Berücksichtigung sämtlicher Unterlagen der Klägerinnen (vgl. act. IIA 21) detailliert aufgeführt, welche kassenpflichtigen Grundpflegeleistungen in welchem Umfang effektiv erbracht wurden bzw. dokumentiert sind, und hat

den dafür notwendigen Zeitaufwand in nachvollziehbar begründeter Weise dargelegt (act. IIA 38 S. 1 und act. IIA 44 S. 3 f.). Zentral ist dabei, dass in den von den Klägerinnen eingereichten Dokumenten (vgl. act. IIA 21) zahlreiche Handlungen ausgewiesen sind, die zwar unbestrittenermassen sinnvoll waren, die jedoch die Betreuung der Versicherten und das Verrichten von allgemeinen Hauswirtschaftsarbeiten beinhalteten (vgl. E. 4.4.4 hiavor und die monatlichen Leistungsblätter in act. IIA 21) und daher nicht unter die kassenpflichtigen Leistungen im Sinne des Art. 7 Abs. 2 lit. c KLV fallen. Gesetzes- und rechtsprechungskonform hat der vertrauensärztliche Dienst resp. die Beklagte diese Handlungen bei der Ermittlung bzw. Vergütung der Grundpflegeleistungen ausgeklammert. Auch hier ist wieder darauf hinzuweisen, dass diese zeitaufwändigen, nicht kassenpflichtigen Betreuungs- und Hauswirtschaftsleistungen teilweise mittels Hilflosenentschädigung hätten finanziert werden können (vgl. dazu auch E. 4.2.5 hiavor). Nach dem Dargelegten erweisen sich die von der Beklagten diesbezüglich ausgesprochenen Kürzungen (vgl. E. 4.4.1 f. hiavor) somit als nachvollziehbar und überzeugend begründet.

Hieran vermag die Stellungnahme der von den Klägerinnen beigezogenen Pflegesachverständigen vom 12. Juli 2016 (act. IA 7 S. 5) nichts zu ändern, wonach die beantragte Zeit in Anbetracht des hohen Alters der Versicherten, der reduzierten Fortbewegungsmöglichkeiten, der Ängstlichkeit und der Sturzgefahr angemessen erscheine. Denn genau die in diesem Zusammenhang erbrachten und dokumentierten Leistungen stellen nicht pflegerische Betreuungsleistungen sowie Hauswirtschafts- und Organisationsarbeiten dar, die bei der Ermittlung bzw. Vergütung der Grundpflegeleistungen auszuklammern sind (vgl. oben).

**4.5** Zusammenfassend erweisen sich die Vergütungen der von den Klägerinnen zu Gunsten der Versicherten im Zeitraum vom 1. April 2011 bis 30. September 2012 erbrachten Leistungen durch die Beklagte bzw. die diesbezüglich ausgesprochenen Kürzungen somit als nachvollziehbar und überzeugend begründet, womit die Klage vollumfänglich abzuweisen ist.

## 5.

**5.1** Für das Klageverfahren werden Kosten erhoben. Diese richten sich gemäss Art. 47 Abs. 3 EG KUMV nach dem Dekret vom 24. März 2010 betreffend die Verfahrenskosten und die Verwaltungsgebühren der Gerichtsbehörden und der Staatsanwaltschaft (Verfahrenskostendekret, VKD; BSG 161.12) und werden auf Fr. 3'000.-- festgesetzt. Sie werden bei diesem Ausgang des Verfahrens den unterliegenden Klägerinnen (Art. 46 Abs. 2 EG KUMV i.V.m. Art. 109 Abs. 1 VRPG) auferlegt und dem von ihnen geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe entnommen.

**5.2** Bei diesem Ausgang des Verfahrens haben die Klägerinnen keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 46 Abs. 2 EG KUMV i.V.m. Art. 109 Abs. 1 VRPG).

Die obsiegende Beklagte hat Anspruch auf Ersatz ihrer Parteikosten (Art. 46 Abs. 2 EG KUMV i.V.m. Art. 109 Abs. 1 VRPG). 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 Tarifrahmen von Art. 13 der kantonalen Verordnung vom 17. Mai 2006 über die Bemessung des Parteikostenersatzes (Parteikostenverordnung, PKV; BSG 168.811) zur Anwendung gelangt.

Entsprechend der angemessenen Kostennote von Fürsprecher und Notar G. \_\_\_\_\_ vom 6. März 2017 wird die Parteientschädigung festgesetzt auf Fr. 5'913.10 (inkl. Auslagen und Mehrwertsteuer). Diesen Betrag haben die Klägerinnen der Beklagten zu ersetzen.

**Demnach entscheidet das Schiedsgericht:**

1. Die Klage wird abgewiesen.
2. Die Verfahrenskosten, gerichtlich festgesetzt auf Fr. 3'000.--, werden den Klägerinnen zur Bezahlung auferlegt und dem in gleicher Höhe geleisteten Kostenvorschuss entnommen.
3. Die Klägerinnen haben der Beklagten die Parteikosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 5'913.10 (inkl. Auslagen und MWSt.), zu ersetzen.
4. Zu eröffnen (R):
  - Rechtsanwalt E. \_\_\_\_\_ z.H. der Klägerinnen
  - Fürsprecher G. \_\_\_\_\_ z.H. der Beklagten
  - Bundesamt für Gesundheit

Namens des Schiedsgerichts:

Der Vorsitzende:

Die Gerichtsschreiberin:

**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.