

200 15 520 SCHG  
200 16 263 SCHG (2)  
SCI/BOC/SEE

## Schiedsgericht in Sozialversicherungsstreitigkeiten des Kantons Bern

**Urteil vom 7. September 2016**

in der Besetzung von:

Vorsitzender Verwaltungsrichter Schwegler  
Mitglieder Hauser und Fürsprecher Cadotsch  
Gerichtsschreiberin Bossert

**A.** \_\_\_\_\_  
vertreten durch Rechtsanwältin B. \_\_\_\_\_ und Fürsprecher C. \_\_\_\_\_

Kläger

gegen

**SWICA Krankenversicherung AG**  
Monbijoustrasse 16, 3001 Bern

Beklagte

betreffend Klagen vom 4. Juni 2015 und 15. Oktober 2015



## **Sachverhalt:**

### **A.**

A. \_\_\_\_\_ (nachfolgend: Leistungserbringer bzw. Kläger) ist freiberuflich als Pflegefachmann für Psychiatrie tätig und erbringt für die bei der SWICA Krankenversicherung AG (nachfolgend: SWICA bzw. Beklagte) in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung versicherte D. \_\_\_\_\_ (nachfolgend: Patientin) Pflegeleistungen im Sinne von Art. 7 Abs. 2 der Verordnung über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung vom 29. September 1995 (Krankenpflege-Leistungsverordnung KLV; SR 832.112.31).

Gemäss ärztlicher Verordnung vom 29. Juli 2014 war für den Zeitraum vom 6. August 2014 bis 5. Februar 2015 zu Gunsten der Patientin ein Pflegebedarf von 48 Stunden vorgesehen, wobei 45 Stunden Massnahmen der Abklärung, Beratung und Koordination (Art. 7 Abs. 2 lit. a KLV) und drei Stunden Massnahmen der Untersuchung und Behandlung (Art. 7 Abs. 2 lit. b KLV) betrafen (Akten der SWICA [act. II] 5). Gegen diese Bedarfsmeldung erhob die SWICA am 14. August 2014 vorsorglich Einsprache (act. II 8) und erteilte, nachdem die einverlangten, ergänzenden Unterlagen eingegangen waren, am 12. September 2014 (act. II 10) Kostengutsprache für zwei Stunden Massnahmen der Abklärung, Beratung und Koordination (Art. 7 Abs. 2 lit. a KLV), für zehn Stunden Massnahmen der Untersuchung und Behandlung (Art. 7 Abs. 2 lit. b KLV) und für dreizehn Stunden Massnahmen der Grundpflege (Art. 7 Abs. 2 lit. c KLV).

### **B.**

Nachdem sich der Leistungserbringer und die SWICA trotz eingehendem Meinungs austausch nicht über die tarifarische Zuordnung der Pflegeleistungen einigen konnten und beide Seiten auf die tarifvertraglich vorgesehene Schlichtung verzichtet hatten (act. II 11 f., 14 - 16), erhob der Leistungserbringer, vertreten durch Rechtsanwältin B. \_\_\_\_\_ und Für-

sprecher C. \_\_\_\_\_, am 4. Juni 2015 Klage gegen die SWICA. Er stellt den folgenden Antrag:

Die Beklagte sei zu verurteilen, dem Kläger die Kosten für die Pflegeleistungen zu Gunsten der Patientin vom 6. August 2014 bis 5. Februar 2015 gemäss ärztlich verordneter Bedarfsmeldung vom August 2014 zu bezahlen, zuzüglich Zins von 5 % seit Fälligkeit, unter Kosten- und Entschädigungsfolge.

Mit Klageantwort vom 26. August 2015 beantragt die Beklagte die Abweisung der Klage, unter Kosten- und Entschädigungsfolge.

Mit prozessleitender Verfügung vom 3. September 2015 gab der Instruktionsrichter dem Kläger Gelegenheit, sein Rechtsbegehren zu präzisieren, dies mit Blick auf den Umstand, dass nicht der zeitliche Umfang der erbrachten Leistungen, sondern deren tarifrechtliche Einordnung umstritten zu sein scheine. Gleichzeitig forderte der Instruktionsrichter die Parteien auf, weitere Unterlagen einzureichen und edierte die IV-Akten der Patientin. Letztere gingen dem Gericht am 10. September 2015 zu.

Mit Eingabe vom 21. September 2015 teilte die Beklagte mit, dass sie bezüglich des vorliegenden Verfahrens über keine weiteren Unterlagen, insbesondere keine Berichte von Vertrauensärzten verfüge.

Der Kläger reichte am 15. Oktober 2015 zusätzliche Unterlagen ein und machte weitere Ausführungen, insbesondere präziserte bzw. ergänzte er das Rechtsbegehren wie folgt:

1. Es sei festzustellen, dass die in Rechnung gestellten Leistungen des Klägers zu Recht den Massnahmen der Abklärung, Beratung und Koordination nach Art. 7 Abs. 2 lit. a KLV zugeordnet wurden.
2. Die Beklagte sei zu verurteilen, dem Kläger für die Pflege der Patientin für die Zeit vom 6. August 2014 bis 30. September 2015 einen Betrag von Fr. 4'342.45 zuzüglich Zins von 5 % seit mittlerem Verfall (10. April 2015) zu bezahlen, unter Kosten- und Entschädigungsfolge zulasten der Beklagten.

Mit prozessleitender Verfügung vom 4. November 2015 stellte der Instruktionsrichter die mangelnde Relevanz der IV-Akten der Patientin für das vorliegende Verfahren fest und ordnete die Rücksendung derselben an die IV-

Stelle des Kantons Bern an. Gleichzeitig gab er den Parteien Gelegenheit, Schlussbemerkungen einzureichen.

Davon machte der Kläger am 23. November 2015 Gebrauch, dies unter Beilage einer Zahlstellenabrechnung der Beklagten vom 14. Oktober 2015, mit welcher die vom Kläger zu Gunsten der Patientin erbrachten Pflegeleistungen für die Zeit vom 1. Februar 2015 bis 31. August 2015 beglichen worden seien. Der Kläger hielt fest, damit sei für den betreffenden Zeitraum von einer Klageanerkennung auszugehen, so dass noch die Abrechnungen für die Zeitperioden vom 6. August 2014 bis 31. Januar 2015 und vom 1. September 2015 bis 30. September 2015 streitig seien.

Mit Stellungnahme vom 16. Dezember 2015 hielt die Beklagte an den gestellten Anträgen fest und machte ergänzende Ausführungen.

Am 25. Februar 2016 fand eine Instruktionsverhandlung statt.

Mit prozessleitender Verfügung vom 1. März 2016 wurde die Eingabe des Klägers vom 15. Oktober 2015 soweit die Zeit vom 6. Februar 2015 bis 30. September 2015 betreffend als eigene Klage unter der Verfahrensnummer SCHG/2016/263 registriert, wobei dieses Verfahren mit dem Verfahren SCHG/2015/520 vereinigt wurde. Gleichzeitig forderte der Instruktionsrichter die Parteien auf, weitere Unterlagen einzureichen. Zudem wurden die behandelnden Ärzte Dr. med. E. \_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin FMH sowie für Klinische Pharmakologie und Toxikologie FMH, bzw. die Klinik F. \_\_\_\_\_ AG sowie Dr. med. G. \_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin FMH, ersucht, die vollständigen Akten der Patientin dem Gericht zur Verfügung zu stellen. Letztere gingen am 7. bzw. 22. März 2016 beim Gericht ein.

Die Beklagte reichte mit Eingabe vom 16. März 2016 weitere Unterlagen ein und machte geltend, die Zahlstellenabrechnung im Oktober 2015 sei irrtümlich erfolgt, damit habe sie ihre Leistungspflicht nicht anerkannt.

Mit Stellungnahme vom 22. März 2016 hielt der Kläger an den gestellten Rechtsbegehren fest und machte ergänzende Ausführungen.

Mit prozessleitender Verfügung vom 30. März 2016 gab der Instruktionsrichter den Parteien Gelegenheit für Schlussbemerkungen, wovon die Beklagte am 18. Mai 2016 Gebrauch machte, wohingegen sich der Kläger nicht mehr vernehmen liess.

Am 9. Juni 2016 schloss der Instruktionsrichter den Schriftenwechsel und das Beweisverfahren und gab den Parteien die Besetzung des Schiedsgerichts in Sozialversicherungsstreitigkeiten des Kantons Bern in den Verfahren SCHG/2015/520 und SCHG/2016/263 bekannt.

## **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. 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-, die Unfall- und die Militärversicherung vom 6. Juni 2000 [EG KUMV; BSG 842.11]).

Die Bestimmungen des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom 6. Oktober 2000 (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 über die Verwaltungsrechtspflege vom 23. Mai 1989 (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 Tarifrager (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 umstritten, unter welche der in Art. 7 Abs. 2 lit. a – c KLV vorgesehenen Kategorien von Pflegemassnahmen die vom Kläger zu Gunsten der Patientin erbrachten Leistungen der psychiatrischen Spitex zu subsumieren sind. 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 (nachfolgend: SBK-Administrativvertrag; Akten des Klägers [act. I] 1), dem beide Parteien beigetreten sind (vgl. act. II 15), im System des Tiers payant (Art. 42 Abs. 2 KVG) abgerechnet, was bedeutet, dass der Versicherer die Vergütung direkt dem Leistungserbringer ausrichtet. Vorliegend stehen sich im Streit der Kläger als Leistungserbringer und die Beklagte als Krankenversicherer der Patientin gegenüber. Mit Blick auf diese Gegebenheiten ist die sachliche Zuständigkeit des angerufenen Gerichts zu bejahen.

**1.1.2** Der Leistungserbringer hat seine ständige Einrichtung im Sinne von Art. 89 Abs. 2 KVG im Kanton Bern (vgl. Akten des Klägers [act. Ia] 1a - 1n), womit auch die örtliche Zuständigkeit zu bejahen ist.

**1.1.3** Die Rechtsvertreter des Klägers sind ordnungsgemäss bevollmächtigt (act. I 8; Art. 15 VRPG) und die Klagen entsprechen den Formvorschriften (Art. 46 Abs. 2 EG KUMV i.V.m. Art. 32 Abs. 2 und 3 VRPG).

**1.2** Unbestritten ist, dass der Kläger als Leistungserbringer im Sinne von Art. 49 der Verordnung über die Krankenversicherung vom 27. Juni 1995 (KVV; SR 832.102) befugt ist, die hier umstrittenen Leistungen zu erbringen, und dass die Leistungen grundsätzlich erbracht wurden. Die tarifvertraglich vorgesehene Schlichtung ist allein fakultativ. Art. 17 Abs. 2 des SBK-Administrativvertrages (act. I 1) sieht ausdrücklich die Möglichkeit des Verzichts auf ein Schlichtungsverfahren vor, wovon die Parteien vorliegend Gebrauch gemacht haben (act. II 15 f.).

### **1.3**

**1.3.1** 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).

**1.3.2** Eingeklagt ist gemäss Rechtsbegehren in der Klage vom 4. Juni 2015 die Abgeltung der Leistungen vom 6. August 2014 bis zum 5. Februar 2015. Dass der Kläger mit Eingabe vom 15. Oktober 2015 auch die Zusprechung von Entschädigungen für die Zeit bis zum 30. September 2015 verlangt, stellt nicht eine (unzulässige) Klageergänzung dar, sondern eine neue Klage. Für die Zeit vom 6. Februar 2015 bis zum 30. September 2015 wurde ein eigenes Verfahren (SCHG/2016/263) eröffnet und mit dem ersten Verfahren vereinigt (vgl. prozessleitende Verfügung vom 1. März 2016, Ziff. 3).

In der Zahlstellenabrechnung vom 14. Oktober 2015 (act. Ia 5) für die Zeit vom 1. Februar 2015 bis 31. August 2015 mit effektiver Vergütung der Leis-

tungen sieht die Anwältin des Klägers eine Klageanerkennung (vgl. Eingabe vom 23. November 2015 [im Gerichtsossier]). Gemäss Darstellung der Beklagten ist die Zahlstellenabrechnung irrtümlich erfolgt (vgl. Eingabe vom 16. März 2016 [im Gerichtsossier]).

Wie sich den Unterlagen der Beklagten entnehmen lässt, hat diese mit Schreiben vom 23. März 2015 (act. II 20) dem Kläger tatsächlich ihren Widerspruch gegen die ärztliche Verordnung vom 30. Januar 2015 für die Zeit vom 6. Februar 2015 bis zum 5. August 2015 (act. II 18) bzw. die entsprechende Bedarfsmeldung des Klägers vom 12. März 2015 (act. II 19) mitgeteilt. Dies ändert jedoch nichts daran, dass mit der Leistungsausrichtung im Sinne der Verordnung für die betroffene Zeit (1. Februar 2015 bis 31. August 2015) der Kläger das Rechtsschutzinteresse an einer Leistungsklage verloren hat. Damit mutiert die Klage vom 15. Oktober 2015 für die Zeit ab dem 6. Februar 2015 zur Feststellungsklage; Gleiches gilt für die Klage vom 4. Juni 2015 soweit den Zeitraum vom 1. bis zum 5. Februar 2015 betreffend. Es wäre inzwischen an der Beklagten, die angeblich irrtümlich zu hoch ausgerichteten Leistungen zurückzufordern und erforderlichenfalls klageweise geltend zu machen, womit in jenem Verfahren vorfrageweise die Rechtmässigkeit der Rechnungsstellung, insbesondere auch die Frage, ob die Leistungsausrichtung tatsächlich irrtümlich erfolgte, zu beurteilen wäre.

Die reine Feststellungsklage ist subsidiär. Kann die klagende Partei ihre Rechte mit einem Leistungs- oder Gestaltungsbegehren wahren, so ist eine Feststellungsklage nicht zulässig (vgl. z.B. MERKLI/AESCHLIMANN/HERZOG, Kommentar zum bernischen VRPG, 1997, Art. 90 N. 2). Auch im Verfahren nach Art. 89 KVG sind Feststellungsentscheide nur zulässig, wenn ein schützenswertes rechtliches oder tatsächliches Interesse an der Feststellung besteht und ein rechtsgestaltendes Begehren nicht in zumutbarer Weise möglich ist (GEBHARD EUGSTER, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Krankenversicherung [KVG], 2010, Art. 89 N. 21).

Die Beklagte stellt sich auf den Standpunkt, ihre Leistung irrtümlich erbracht zu haben (vgl. Eingabe vom 16. März 2016 [im Gerichtsossier]). Insoweit hat der Kläger ein Interesse, den Streit um eine allfällige Rückfor-

derung proaktiv zu beenden. Wenn das Gericht zum Schluss käme, es seien ohne weiteres und dem Antrag des Klägers folgend (weitgehend) sämtliche Leistungen nach Art. 7 Abs. 2 lit. a KLV abzurechnen, wäre die Sache damit erledigt. Insoweit besteht ein Feststellungsinteresse (vgl. Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 19. Oktober 2007, 9C\_152/2007, E. 3.2). Wenn hingegen das Gericht zum Schluss kommt, dem Feststellungsantrag im vorstehend genannten Sinn könne nicht gefolgt werden, so bedeutet dies – mangels Widerklage der Beklagten – nicht, dass in der Folge im vorliegenden Verfahren gerichtlich festzulegen wäre, in welcher Höhe tatsächlich Leistungen auszurichten gewesen wären bzw. gar ob und in welcher Höhe eine Rückerstattung zu erfolgen hat.

**1.3.3** Eine Vergütung der Leistungen setzt voraus, dass die entsprechenden Behandlungen ärztlich verordnet wurden (Art. 7 Abs. 1 i.V.m. Art. 8 KLV). Für die vorliegend umstrittenen Behandlungen vom 6. August 2014 bis 30. September 2015 liegen lediglich ärztliche Verordnungen für die Zeiträume vom 6. August 2014 bis 5. Februar 2015 (Verordnung vom 29. Juli 2014 [act. II 5]) und vom 6. Februar 2015 bis 5. August 2015 (Verordnung vom 30. Januar 2015 [act. II 18]) vor. Für die Zeit vom 6. August 2015 bis 30. September 2015 ist keine ärztliche Verordnung aktenkundig, ebenso wenig eine allfällige vorsorgliche Einsprache und allfällige Kostengutsprache der Beklagten, obwohl die Parteien aufgefordert worden waren, die relevanten Unterlagen dem Gericht einzureichen (vgl. prozessleitende Verfügungen vom 3. September 2015 und 1. März 2016). Folglich hat der Kläger für den genannten Zeitraum ein Rechtsschutzinteresse an der Beurteilung seiner Klage nicht belegt, womit es diesbezüglich an einer Eintretensvoraussetzung fehlt.

Zusammenfassend kann demnach festgehalten werden, dass auf die Klagen vom 4. Juni 2015 vom 15. Oktober 2015 insoweit einzutreten ist, als sie den Zeitraum vom 6. August 2014 bis 5. August 2015 betreffen, soweit weitergehend ist darauf nicht einzutreten.

## **2.**

**2.1** 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 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 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.

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

**2.2.1** Die Massnahmen nach Art. 7 Abs. 2 lit. a KLV werden wie folgt umschrieben:

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.
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.

3. Koordination der Massnahmen sowie Vorkehrungen im Hinblick auf Komplikationen in komplexen und instabilen Pflegesituationen durch spezialisierte Pflegefachpersonen.

**2.2.2** Als Massnahmen gemäss Art. 7 Abs. 2 lit. b KLV gelten unter anderem: (...)

13. Pflegerische Massnahmen zur Umsetzung der ärztlichen Therapie im Alltag, wie Einüben von Bewältigungsstrategien und Anleitung im Umgang mit Aggression, Angst, Wahnvorstellungen.
14. Unterstützung für psychisch kranke Personen in Krisensituationen, insbesondere zur Vermeidung von akuter Selbst- oder Fremdgefährdung.

**2.2.3** Zu den Massnahmen gemäss Art. 7 Abs. 2 lit. c KLV gehören unter anderem (Ziff. 2) Massnahmen zur Überwachung und Unterstützung psychisch kranker Personen in der grundlegenden Alltagsbewältigung, wie: Erarbeitung und Einübung einer angepassten Tagesstruktur, zielgerichtetes Training zur Gestaltung und Förderung sozialer Kontakte, Unterstützung beim Einsatz von Orientierungshilfen und Sicherheitsmassnahmen.

**2.3** Gemäss Art. 7a Abs. 1 KLV übernimmt die Versicherung für Leistungserbringer nach Art. 7 Abs. 1 lit. a und b KLV folgende Beiträge an die Kosten der Leistungen nach Art. 7 Abs. 2 KLV pro Stunde:

(lit. a) für Leistungen nach Art. 7 Abs. 2 lit. a KLV: Fr. 79.80;

(lit. b) für Leistungen nach Art. 7 Abs. 2 lit. b KLV: Fr. 65.40;

(lit. c) für Leistungen nach Art. 7 Abs. 2 lit. c KLV: Fr. 54.60.

### **3.**

**3.1** Vorweg 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**

**3.2.1** Der Kläger macht insbesondere geltend (Eingabe vom 22. März 2016 S. 3 und 5 [im Gerichtsossier]), die Hauptaufgabe der Pflegefachperson liege in der Beratung der betroffenen Person. Die Tätigkeit bei psychisch kranken Personen stelle hauptsächlich Massnahmen der Abklärung, Beratung und Koordination nach Art. 7 Abs. 2 lit. a Ziff. 2 KLV, namentlich die Beratung des Patienten im Umgang mit Krankheitssymptomen, dar. Die Arbeit des Klägers erfolge im Rahmen der Motivierenden Gesprächsführung (Motivational Interviewing, MI), des Coping und des Recovery. Im Unterschied zu den Leistungen der psychiatrischen Behandlungspflege werde bei der durch den Kläger durchgeführten Pflege nicht eine ärztliche Therapie im Alltag umgesetzt, da eine solche nicht vorliege. Vielmehr bestünden die Leistungen darin, die Patientin so zu beraten, dass sie selber den Umgang mit ihren Krankheitssymptomen erlernen könne. Auch seien die Beratungsgespräche nicht darauf ausgerichtet, im Sinne der psychiatrischen Grundpflege die Patientin des Klägers in der grundlegenden Alltagsbewältigung zu überwachen oder zu unterstützen, da sie sehr selbstständig sei und in der grundlegenden Alltagsbewältigung keiner Hilfe bedürfe.

**3.2.2** Die Beklagte vertritt hauptsächlich die Ansicht (Klageantwort vom 26. August 2015 S. 8 [im Gerichtsossier]), bei einem wesentlichen Teil der erbrachten Leistungen wie das Einüben von Bewältigungsstrategien und die Anleitung im Umgang mit Aggressionen usw. handle es sich um pflegerische Massnahmen zur Umsetzung einer ärztlichen Therapie (Art. 7

Abs. 2 lit. b Ziff. 13 KLV). Bei den Besprechungen betreffend Tagesstruktur und Förderung der sozialen Kontakte handle es sich um Massnahmen der Überwachung und Unterstützung einer psychisch kranken Person in der grundlegenden Alltagsbewältigung (Art. 7 Abs. 2 lit. c Ziff. 2 KLV).

**3.3** Die Patientin, zu deren Gunsten der Kläger die hier umstrittenen psychiatrischen Pflegeleistungen erbracht hat, erlitt 19XX einen ...-Unfall, bei welchem sie sich schwere Verletzungen und ein Schädelhirntrauma zuzog. Seither ist sie – abgesehen von kurzen Gehstrecken in Begleitung oder mit dem Stock – auf den Rollstuhl angewiesen (act. II 4 S. 1; act. Ia 2 S. 2). In der Bedarfsabklärung vom 10. März 2014 hielt der Kläger fest, die Patientin lebe alleine und könne sich selbstständig versorgen. Sie habe das Schicksal nicht akzeptiert, sie versuche, damit zu leben (act. II 4 S. 1).

**3.4** Gegen die ärztliche Verordnung vom 29. Juli 2014 von Dr. med. E. \_\_\_\_\_ von der Klinik F. \_\_\_\_\_ AG für die Zeit vom 6. August 2014 bis 5. Februar 2015, welche bei der Beklagten am 12. August 2014 eingegangen ist (vgl. act. II 6), hat diese am 14. August 2014 rechtzeitig ausgesprochen (vgl. die 14-tägige Frist ab Erhalt der Bedarfsmeldung gemäss Art. 6 Abs. 4 des SBK-Administrativvertrages [act. I 1]). Insoweit entfaltet die Verordnung keine Rechtswirkung. Hingegen hat die Beklagte mit Kostengutsprache vom 12. September 2014 (act. II 10) für den Zeitraum vom 6. August 2014 bis 5. Februar 2015 Leistungen im Umfang von zwei Stunden für Massnahmen der Abklärung, Beratung und Koordination (Art. 7 Abs. 2 lit. a KLV), zehn Stunden für Massnahmen der Untersuchung und Behandlung (Art. 7 Abs. 2 lit. b KLV) und dreizehn Stunden für Massnahmen der Grundpflege (Art. 7 Abs. 2 lit. c KLV) anerkannt.

In der Zeit vom 6. August 2014 bis 5. Februar 2015 wurden effektiv 25 Stunden und 20 Minuten in Rechnung gestellt (vgl. act. Ia 1a - 1g). Die Rechnungsstellung liegt damit um 20 Minuten über der Kostengutsprache. Die Beklagte ging in der Klageantwort (S. 2 und 4) offenbar nicht von leicht höheren, sondern von leicht geringeren Leistungen aus (24 Stunden und 20 Minuten). Die Beklagte hat ihre grundsätzliche Leistungspflicht und ihre Kostengutsprache zu keinem Zeitpunkt in Frage gestellt. Die Kostengutsprache begrenzt den verrechenbaren Aufwand. Der Kläger hat nicht verlangt, dass – obwohl zunächst für einen noch viel höheren Aufwand um

Kostengutsprache ersucht worden war (vgl. act. II 5) – in zeitlicher Hinsicht ein grösserer Aufwand abzurechnen wäre. Er macht jedoch geltend, entsprechend seinen Rechnungen seien sämtliche Behandlungen als Leistung gemäss Art. 7 Abs. 2 lit. a KLV abzurechnen. Nichts anderes gilt für die Zeit danach. Auch hier wird nicht der Aufwand an sich, sondern die Einordnung in den Tarif beanstandet.

Zur Diskussion steht im vorliegenden Fall damit nicht die Menge der erbrachten Leistungen, sondern allein deren Subsumption unter die für die Tarifierung bedeutsamen Leistungskategorien nach Art. 7 Abs. 2 KLV. Mit Blick darauf, dass in den Leistungsabrechnungen des Klägers auch nicht abrechenbarer Aufwand enthalten ist (vgl. die Telefonate mit dem früher behandelnden Arzt Dr. med. E. \_\_\_\_\_ [act. Ia 4 S. 8]; in Bezug auf das zehnminütige Telefonat vom 30. September 2014 wurde der Inhalt des Gespräches nicht festgehalten und das dreissigminütige Telefonat vom 3. Oktober 2014 wurde offenbar im Zusammenhang mit der vorliegenden Leistungsstreitigkeit geführt), ist es keinesfalls zu dessen Ungunsten, wenn die von den Parteien allein zur Diskussion gestellte tarifarische Einordnung und Leistungszusprache anhand der Kostengutsprache für 25 Stunden ermittelt wird.

#### 4.

##### 4.1

**4.1.1** Das Bundesgericht hat mit BGE 131 V 178 Grundsätzliches zur tarifarischen Einordnung der spitalexternen Krankenpflege bei psychisch erkrankten Personen ausgeführt. Gemäss Bundesgericht sind zur psychiatrischen und psychogeriatrischen Grundpflege Massnahmen zu rechnen, welche der Überwachung und Unterstützung psychisch kranker Personen bei der Alltagsbewältigung dienen, soweit es sich um Beeinträchtigungen in den grundlegenden alltäglichen Lebensverrichtungen handelt und soweit sie krankheitsbedingt sind. Es muss sich um Massnahmen der Personenhilfe und nicht der Sachhilfe (insbesondere Haushalthilfe) handeln. Gemäss Rechtsprechung ist Sinn und Zweck der Verordnungsregelung, psychisch erkrankten Personen eine Krankenpflege

zu Hause zu ermöglichen und damit eine allenfalls notwendige stationäre Behandlung zu vermeiden (BGE 131 V 178 E. 2.2.3 S. 186). Dieser höchstrichterliche Grundsatzentscheid erging noch vor Erlass der heute gültigen (detaillierteren) Verordnungsregelung (Art. 7 Abs. 2 lit. a Ziff. 2, lit. b Ziff. 13 und 14 und lit. c Ziff. 2 KLV), welche per 1. Januar 2007 in Kraft getreten ist (AS 2006 5769). Dennoch darf angesichts der wenigen inzwischen ergangenen, auf diesen Entscheid Bezug nehmenden Urteile des höchsten Gerichts davon ausgegangen werden, dass das Bundesgericht dem damals gesetzten Grundgedanken durchaus weiterhin folgt (vgl. Entscheide des BGer vom 20. Juni 2013, 9C\_528/2012, E. 5.4, und 10. Juni 2011, 9C\_886/2010, E. 5.1). Eine Änderung ist immerhin insoweit auszumachen, als der Gesetzgeber mit der Verstärkung der Bestimmungen zur psychiatrischen Krankenpflege in Art. 7 Abs. 2 lit. b Ziff. 13 und 14 KLV die Aussage des Bundesgerichts, wonach für die erwähnte lit. b nur wenig Raum bleibe (BGE 131 V 178 E. 2.2.2 S. 185), zu Lasten von Art. 7 Abs. 2 lit. a KLV verändern wollte. In diesem Sinne hatte das Bundesgericht im erwähnten Entscheid den Verordnungsgeber zur Konkretisierung aufgerufen (BGE 131 V 178 E. 2.3 S. 187).

**4.1.2** Die Leistungspflicht nach Art. 7 KLV bei psychisch erkrankten Personen setzt voraus, dass ein behandlungsbedürftiger psychischer Gesundheitsschaden vorliegt (BGE 131 V 178 E. 2.2 S. 183). Der psychiatrisch indizierte Pflegebedarf lässt sich allein auf der Basis einer psychiatrisch nachvollziehbaren Befunderhebung und Diagnosestellung festlegen. Dabei ist eine periodische psychiatrisch-fachärztliche Reevaluation (mehr noch als im somatischen Bereich) unerlässlich. Nur so lässt sich der (im Bereich der Hilflosenentschädigung der Invalidenversicherung relevante) Bedarf an lebenspraktischer Begleitung vom krankenversicherungsrechtlichen Anspruch auf Psychiatrie-Spitex abgrenzen. Psychiatrische Grundpflege bedarf gemäss GEBHARD EUGSTER (Krankenversicherung, in ULRICH MEYER [Hrsg.], Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Band XIV, Soziale Sicherheit, 3. Aufl. 2016, S. 521 N. 376 mit Hinweis auf RKUV 2005 KV 328 S. 194 E. 4.1) ärztlicher, aber nicht zwingend spezialärztlicher Anordnung. Ob und inwieweit sich dies über die (psychiatrische) Grundpflege nach Art. 7 Abs. 2 lit. c KLV hinaus auch auf die Leistungen nach Art. 7 Abs. 2 lit. a und b KLV übertragen

lässt, braucht hier nicht geprüft zu werden. Vorliegend ist weder aus fachärztlicher noch aus hausärztlicher Sicht eine hinreichende ärztliche Prüfung und Darlegung der Situation vorhanden. In den Unterlagen der Parteien fehlt eine nachvollziehbare aktuelle psychiatrische Stuserhebung und Diagnosestellung. Auch mit den gerichtlichen Beweismassnahmen konnte eine solche nicht erhoben werden. Den Akten der Klinik F. \_\_\_\_\_ AG (act. IIIb, unpaginiert) ist lediglich zu entnehmen, dass sich die Patientin am 20. Januar 2015 selber als nicht mehr depressiv bezeichnete und Dr. med. E. \_\_\_\_\_ am 31. Januar 2015 festhielt, dass nur noch selten depressive Phasen bestünden. Damit stand die Patientin zwar in einer psychiatrischen Behandlung im weiteren Sinne. Diese wurde mit den Jahren jedoch weitgehend zur Lebensbegleitung (vgl. die Einträge in der Krankengeschichte der Klinik F. \_\_\_\_\_ AG [act. IIIb, unpaginiert]). Auch die Dokumentation des Klägers hat sich seit Beginn der Leistungsstreitigkeit wesentlich verändert, indem eine zeitliche Aufschlüsselung vorgenommen und die erbrachten Leistungen neu einzelnen Themenbereichen zugeordnet wurden (act. Ia 4 S. 7 ff.; act. Ia 6). Ob dahinter auch eine medizinisch begründete Veränderung der Leistung an sich steht, kann mangels echtzeitlicher ärztlicher Erhebungen jedoch nicht beurteilt werden. Mit Blick auf die Pflegedokumentation des Klägers war die Beklagte dementsprechend gezwungen, in ihrer Beurteilung eine gewisse in ihrem Ermessensbereich liegende Annäherung vorzunehmen.

## **4.2**

**4.2.1** Art. 7 Abs. 2 lit. a Ziff. 1 KLV (vgl. E. 2.2.1 hiavor) betrifft die 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. Diesbezüglich hat die Beklagte für die Zeitperiode vom 6. August 2014 bis 5. Februar 2015 (act. II 10) zwei Stunden anerkannt. Dies ist nicht zu beanstanden, denn immerhin sind die wesentlichen Elemente der Abklärung bereits vor der hier zur Diskussion stehenden Leistungsperiode erfolgt (vgl. Bedarfsabklärung vom 10. März 2014 [act. II 4]). Weitergehende

diesbezügliche Aufwände sind in der Pflegedokumentation nicht hinreichend ausgewiesen (act. Ia 4).

Bei Art. 7 Abs. 2 lit. a Ziff. 2 KLV handelt es sich um die Beratung des Patienten oder der Patientin [...] bei der Durchführung der Krankenpflege, insbesondere im Umgang mit Krankheitssymptomen [...]. Diese für alle Spitex-Fälle anwendbare Bestimmung steht in einem gewissen Konkurrenzverhältnis zu Art. 7 Abs. 2 lit. b Ziff. 13 und 14 KLV (pflegerische Massnahmen zur Umsetzung der ärztlichen Therapie im Alltag, wie Einüben von Bewältigungsstrategien und Anleitung im Umgang mit Aggression, Angst, Wahnvorstellungen / Unterstützung für psychisch kranke Personen in Krisensituationen insbesondere zur Vermeidung von akuter Selbst- oder Fremdgefährdung; vgl. E. 2.2.2 hiervor). Die allein die Psychiatrie-Spitex betreffenden spezifischeren Bestimmungen des Art. 7 Abs. 2 lit. b Ziff. 13 und 14 KLV sind vor dem Hintergrund der in solchen Fällen zu leistenden Arbeit zu sehen, die wesentlich auf dem persönlichen Kontakt und nicht – wie in der somatisch orientierten Spitex (Art. 7 Abs. 2 lit. b Ziff. 1 - 12 KLV) – auf konkret am Patienten vorzunehmenden Pflegemassnahmen beruht. In diesem Sinne war es unter Berücksichtigung von BGE 131 V 178 E. 2.3 S. 187 offensichtlich der klare Wille des Verordnungsgebers, dass auch bei psychisch kranken Personen die Spitexleistungen auf die verschiedenen Tarife zu beziehen sind. Der Auffassung des Klägers, dass (weitgehend) alle seine Leistungen solche des Tarifs nach Art. 7 Abs. 2 lit. a KLV sind, kann damit klarerweise nicht gefolgt werden.

**4.2.2** Werden die verschiedenen gesetzlichen Bestimmungen im Wortlaut und in ihrer Systematik betrachtet, so ist offensichtlich, dass auch bei psychisch kranken Personen die wesentlichen Pflegemassnahmen (der spezielleren Bestimmung folgend) nach dem Tarif von Art. 7 Abs. 2 lit. b bzw. c KLV abzurechnen sind (vgl. E. 2, 4.1.1 und 4.2.1 hiervor).

Die vom Kläger konkret erbrachten Leistungen sind nicht unwesentlich als pflegerische Massnahmen zur Umsetzung der ärztlichen Therapie zu verstehen (Art. 7 Abs. 2 lit. b Ziff. 13 KLV). So hielt der Kläger in der Pflegeplanung zur Pflegediagnose vom 10. März 2014, evaluiert am 18. Dezember 2014, fest (act. Ia 3 S. 1), im Bereich der Massnahme

„Respektieren und akzeptieren der Realität der Situation und der Gefühle“ habe sich die Patientin im Verlauf deutlich verändern können. Es gelinge ihr, die Emotionen besser unter Kontrolle zu halten und auch in adäquate Handlungen umzuleiten. Sie könne die Realität besser akzeptieren. Im Bereich „Sinn finden“ habe sie sehr grosse Veränderungen machen können. Sie traue sich wieder Neues zu und zeige einen deutlichen Drang nach vorne. Sie habe erkannt, dass sie sich wieder mehr zutrauen könne. Es ist damit nicht zu beanstanden, wenn die Beklagte die entsprechenden Leistungen als solche gemäss Art. 7 Abs. 2 lit. b KLV anerkannt hat, wobei hier (wie bereits dargelegt zu Gunsten des Klägers) letztlich offen bleiben kann, welcher Natur die ärztliche Therapie tatsächlich war, denn immerhin verfügen die die Pflegeleistungen für die hier relevante Zeitperiode verschreibenden Ärzte Dres. med. E.\_\_\_\_\_ und G.\_\_\_\_\_ nicht über eine psychiatrische bzw. psychotherapeutische Facharztausbildung (vgl. Ärzteverzeichnis der FMH [vgl. [www.doctorfmh.ch](http://www.doctorfmh.ch)] und Medizinalberuferegister des Bundesamtes für Gesundheit [vgl. [www.medregom.admin.ch](http://www.medregom.admin.ch)]). Der als psychiatrischer Behandler aufgesuchte Dr. med. E.\_\_\_\_\_ wurde inzwischen pensioniert, wobei die letzte Behandlung am 20. Januar 2015 stattgefunden hat (act. Ia 6 S. 1; act. IIIb, unpaginiert). Die Patientin hat ausdrücklich keine (psychiatrische) Nachfolgelösung gesucht (act. Ia 3 S. 2). Vielmehr hat sie mit Hinweis darauf, dass ihr die Leistungen des Klägers genügten, auf den Beizug eines neuen Arztes verzichtet (act. Ia 3 S. 2; act. IIIb, unpaginiert). Die Betreuung erfolgt damit allein noch durch den Hausarzt, wobei den Unterlagen keine psychiatrische Behandlung im weiteren Sinne mehr zu entnehmen ist. Insoweit bestätigt sich auch der aus der Pflegedokumentation zu gewinnende Eindruck, dass der Kläger zumindest in der hier fraglichen Zeit u.a. wesentliche Aufgaben, die eigentlich der Psychiater bzw. ein Psychotherapeut hätte übernehmen müssen, wahrgenommen hat. Massnahmen mit therapeutischem Charakter sind gemäss BGE 131 V 178 E. 2.2.1 S. 184 jedoch nicht unter dem Titel der Psychiatrie-Spitex abrechenbar.

**4.2.3** An letzter Stelle folgen die Massnahmen nach Art. 7 Abs. 2 lit. c Ziff. 2 KLV zur Überwachung und Unterstützung psychisch kranker Personen in der grundlegenden Alltagsbewältigung, wie: Erarbeitung und Einübung

einer angepassten Tagesstruktur, zielgerichtetes Training zur Gestaltung und Förderung sozialer Kontakte, Unterstützung beim Einsatz von Orientierungshilfen und Sicherheitsmassnahmen. Erhebliche Teile der hier erbrachten Leistungen (wie etwa die Unterstützung bei der Stellensuche und die allgemeinen Gespräche [vgl. act. Ia 4]; vgl. auch die wenig substantiierten Protokolle betreffend die Gespräche ab März 2015 [act. Ia 6 S. 3 ff.]) sind zweifellos dieser letzten Kategorie niederschwelliger Massnahmen zuzuordnen. Auch hier ist mit Blick auf die Pflegedokumentation eine minutengenaue Ausscheidung (retrospektiv) jedoch nicht mehr möglich. Ein Umstand, den – bei allem Verständnis für den Kläger, den administrativen Aufwand klein zu halten – beweisrechtlich letztlich nicht die Beklagte, sondern der Kläger zu tragen hat.

**4.2.4** Nach dem Dargelegten kann der Auffassung des Klägers, bei den in der Zeit vom 6. August 2014 bis 5. Februar 2015 erbrachten Leistungen handle es sich vollumfänglich um solche gemäss Art. 7 Abs. 2 lit. a KLV, welche entsprechend zu vergüten seien, nicht gefolgt werden, was zur Abweisung des betreffenden Klagebegehrens führt. Vielmehr ist die von der Beklagten für die Zeit vom 6. August 2014 bis 5. Februar 2015 am 12. September 2014 (act. II 10) erteilte Kostengutsprache (zwei Stunden gemäss Art. 7 Abs. 2 lit. a KLV à Fr. 79.80 [Art. 7a Abs. 1 lit. a KLV], zehn Stunden gemäss Art. 7 Abs. 2 lit. b KLV à Fr. 65.40 [Art. 7a Abs. 1 lit. b KLV] und dreizehn Stunden gemäss Art. 7 Abs. 2 lit. c KLV à Fr. 54.60 [Art. 7a Abs. 1 lit. c KLV], total 25 Stunden bzw. Fr. 1'523.40) unter Berücksichtigung der fehlenden ärztlichen Begründung und der wenig spezifischen Pflegedokumentation keinesfalls zu Ungunsten des Klägers, innerhalb des Ermessensbereichs der Beklagten liegend und damit nicht zu beanstanden.

Die von der Beklagten anerkannten Leistungen wurden dem Kläger bisher nicht vergütet (vgl. Eingabe des Klägers vom 15. Oktober 2015 S. 3; Eingabe der Beklagten vom 16. Dezember 2015 S. 2 [beide im Gerichtsdossier]), mit Ausnahme der am 4. Februar 2015 erbrachten Leistungen im Umfang von einer Stunde (act. Ia 1g), welche mit der Zahlstellenabrechnung vom 14. Oktober 2015 (act. Ia 5) zum Tarif nach Art. 7a Abs. 1 lit. a KLV bzw. mit Fr. 79.80 abgegolten wurden. Diese

Leistung ist folglich von dem von der Klägerin für die Zeit vom 6. August 2014 bis 5. Februar 2015 anerkannten Betrag von Fr. 1'523.40 in Abzug zu bringen, was Fr. 1'443.60 ergibt. Diesen im Grundsatz anerkannten und damit unstreitigen Betrag hat die Beklagte an den Kläger zu überweisen.

**4.2.5** Soweit der Kläger Verzugszins von 5 % ab Fälligkeit verlangt, ist festzuhalten, dass der hier anwendbare SBK-Administrativvertrag (act. I 1) keine Verzugszinsregelung enthält. Sodann bildet weder Art. 26 ATSG im Verhältnis zwischen sozialer Krankenversicherung und Leistungserbringer eine Grundlage für die Verpflichtung zur Leistung von Verzugszinsen, noch besteht analog zu Art. 104 Abs. 1 des Schweizerischen Obligationenrechts (OR; SR 220) eine Verzugszinspflicht (BGE 139 V 82 E. 3 S. 83 ff.). Gemäss bundesgerichtlicher Praxis ist – beim Fehlen einer tarifvertraglichen Verzugszinsregelung – die Auferlegung von Verzugszinsen im Sozialversicherungsrecht sowie in schiedsgerichtlichen Forderungsstreitigkeiten nur ausnahmsweise und in Einzelfällen gerechtfertigt. Eine Verzugszinspflicht wird in Fällen bejaht, bei denen das Rechtsempfinden in besonderer Weise berührt wird (Entscheid des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG, heute BGer] vom 15. November 2016, K 4/06, E. 4.1). Dies ist namentlich der Fall, wenn einer Partei trölerisches, widerrechtliches oder schuldhaftes Verhalten vorzuwerfen ist oder wenn sie das Verfahren unnötig verlängert und dadurch die Auszahlung von bereits anerkannten Ansprüchen verzögert (EVG K 4/06, E. 4.2). In casu sind keine besonderen Umstände im Sinne der Rechtsprechung, welche eine ausnahmsweise Auferlegung von Verzugszinsen rechtfertigen würden, auszumachen. Zudem ist zu berücksichtigen, dass der vorliegend anwendbare SBK-Administrativvertrag (act. I 1) in Art. 9 Abs. 9 Satz 3 vorsieht, dass bei umstrittenen Abrechnungen der nicht beanstandete Anteil nur auf neue Rechnung hin durch den Versicherer beglichen wird. Da der Kläger offenbar keine neuen, allein den nicht umstrittenen Teil der Leistungen enthaltende Rechnungen ausgestellt hat, gereicht es der Beklagten nicht zum Nachteil, dass sie bisher keine Vergütung geleistet hat. Folglich hat die Beklagte dem Kläger vorliegend keine Verzugszinsen zu vergüten.

**4.3** Was den Antrag des Klägers, es seien auch über den 5. Februar 2015 hinaus weitgehend alle Leistungen als solche gemäss Art. 7 Abs. 2 lit.

a KLV zu vergüten, betrifft, kann das Gericht zufolge der Zahlstellenabrechnung vom 14. Oktober 2015 (act. Ia 5) allein im Rahmen einer Feststellung befinden (vgl. E. 1.3.2 hiervor). Die vom Kläger verlangte Feststellung ist jedoch weder auf der Basis der rechtlichen Grundlagen noch der konkreten Pflegedokumentation möglich. Dabei ist insbesondere zu beachten, dass wie vorstehend dargelegt (vgl. E. 4.2.4 hiervor), die Auffassung des Klägers, letztlich (fast) sämtliche Leistungen der Psychiatrie-Spitex seien (im konkreten Fall) über den höchsten Tarif abzurechnen, nicht haltbar ist. Hinzu kommt, dass die Verordnung vom 30. Januar 2015 (act. II 18) offenbar vom Kläger selbst erstellt und allein zur Unterschrift dem Hausarzt Dr. med. G. \_\_\_\_\_ weitergeleitet wurde. Ob der Hausarzt die Sachlage tatsächlich aufgrund eigener aktueller Befunde bzw. mangels fachärztlich psychiatrisch beurteilter Sachlage hinreichend einschätzen konnte, ist fraglich, braucht aber nicht abschliessend geklärt zu werden. Den Beweis für die Rechtmässigkeit der Abrechnung hat der Kläger nicht erbracht. Für den die Zahlstellenabrechnung vom 14. Oktober 2015 (act. Ia 5) betreffenden Zeitraum ab dem 1. Februar 2015 bis zum 5. August 2015, dem Zeitpunkt, für welchen noch eine ärztliche Verordnung vorliegt (vgl. E. 1.3.3 hiervor), ist damit die Klage auf Feststellung, dass die Abrechnung der Verordnung entsprechend korrekt sei bzw. die in Rechnung gestellten Leistungen des Klägers zu Recht den Massnahmen der Abklärung, Beratung und Koordination nach Art. 7 Abs. 2 lit. a KLV zugeordnet worden seien, abzuweisen. In welchem Rahmen im erwähnten Zeitraum Leistungen hätten in Rechnung gestellt werden dürfen, wäre allein im Rahmen einer Rückforderungsklage der Beklagten gegen den Kläger zu beurteilen. Da eine Widerklage nicht vorliegt, hat es mit der Abweisung der Feststellungsklage sein Bewenden (vgl. E. 1.3.2 hiervor).

## **5.**

**5.1** Für das Klageverfahren werden Kosten erhoben. Diese 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 für das gesamte Verfahren auf Fr. 4'000.-- festgesetzt.

Im Klageverfahren sind die Verfahrens- und Parteikosten nach Massgabe des Unterliegens auf die Parteien zu verlegen (Art. 46 Abs. 2 EG KUMV i.V.m. Art. 109 Abs. 1 VRPG). Nachdem die Beklagte den Anspruch des Klägers, wie er vom Gericht diesem zuzusprechen ist (vgl. E. 4.2.4 hiavor) von Anbeginn weg anerkannt hat bzw. mit der Kostengutsprache vom 12. September 2014 (act. II 10) selbst festgelegt hatte, gilt der Kläger als vollständig unterliegend. Folglich hat der Kläger die Verfahrenskosten von Fr. 4'000.-- zu tragen, diese sind dem geleisteten Kostenvorschuss gleicher Höhe zu entnehmen.

**5.2** Bei diesem Ausgang des Verfahrens hat der Kläger keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (vgl. E. 5.1 hiavor).

Trotz Obsiegens hat auch die Beklagte keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung, da den Parteien, die durch angestellte Juristen vertreten sind, praxisgemäss kein Anspruch auf eine Parteientschädigung zusteht (Entscheid des EVG vom 26. Januar 2006, K 46/04, E. 7).

#### **Demnach entscheidet das Schiedsgericht:**

1. Die Klagen vom 4. Juni 2015 und 15. Oktober 2015 werden abgewiesen, soweit darauf einzutreten ist.
2. Die Beklagte hat dem Kläger für die in der Zeit vom 6. August 2014 bis 31. Januar 2015 zu Gunsten von D.\_\_\_\_\_ erbrachten Pflegeleistungen einen Betrag von Fr. 1'443.60 zu überweisen; Verzugszinsen werden keine zugesprochen.

3. Die Verfahrenskosten, gerichtlich festgesetzt auf Fr. 4'000.--, werden dem Kläger zur Bezahlung auferlegt und dem geleisteten Kostenvorschuss gleicher Höhe entnommen.
4. Es werden keine Parteientschädigungen zugesprochen.

5. Zu eröffnen (R):

- Rechtsanwältin B. \_\_\_\_\_ und Fürsprecher C. \_\_\_\_\_  
z.H. des Klägers
- SWICA Krankenversicherung AG
- 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.