

200 16 450 SCHG
SCP/TOZ/SEE

Schiedsgericht in Sozialversicherungsstreitigkeiten des Kantons Bern

Urteil vom 3. November 2017

Vorsitzende Verwaltungsrichter Schütz
Fachrichterin Wüthrich Rösch und Fürsprecher König
Gerichtsschreiberin Tomic

A. _____
vertreten durch Rechtsanwalt B. _____

Kläger und Widerbeklagter

gegen

KPT Krankenkasse AG
Recht, Postfach 8624, 3001 Bern
Beklagte und Widerklägerin

betreffend Klage vom 4. Mai 2016
sowie Widerklage vom 21. Juli 2016



Sachverhalt:

A.

A. _____ (Leistungserbringer bzw. Kläger) ist freiberuflich als Pflegefachmann tätig und erbrachte für den bei der KPT Krankenkasse AG (KPT bzw. Beklagte) in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung versicherten C. _____ (Versicherter) 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 mehreren von Dr. med. D. _____, Praktischer Arzt, ausgestellten ärztlichen Verordnungen der Pflege zu Hause (Akten des Leistungserbringers [SCHG/2015/543 act. I] 24) ersuchte der Leistungserbringer die KPT, welche bis dahin für die Spitexleistungen aufgekommen war, um Kostengutsprachen für Leistungen betreffend den Zeitraum vom 1. Januar 2012 bis 30. Juni 2015 (Behandlungspflegeleistungen pro Quartal: jeweils zwischen 34 und 49 Stunden). Die KPT erteilte hierauf Kostengutsprachen für 14 Stunden pro Quartal ab dem 1. November 2011 bzw. für 9.75 Stunden pro Quartal ab dem 1. Juni 2012; sie übernahm die Kosten für eine zwei Mal wöchentliche (statt der beantragten täglichen) Messung der Vitalzeichen (SCHG/2015/543 act. I 7, 11 und 13; Akten der KPT [SCHG/2016/450 act. II] 12 f. und 16).

B.

Nachdem sich der Leistungserbringer und die KPT trotz eines wiederholten Meinungs austauschs nicht über die Vergütung der Pflegeleistungen einigen konnten (SCHG/2015/543 act. I 14 bis 22) und eine Durchführung des vertraglich vorgesehenen Schlichtungsverfahrens nicht möglich gewesen war (SCHG/2015/543 act. I 1), liess der Leistungserbringer, vertreten durch Rechtsanwalt E. _____, mit Eingabe vom 10. Juni 2015 beim Schiedsgericht in Sozialversicherungsstreitigkeiten des Kantons Bern ein Gesuch um Durchführung eines Vermittlungsverfahrens stellen. Er beantragte, die

KPT sei zu verurteilen, ihm die Krankenpflegekosten des Versicherten vom 1. Januar 2012 bis 31. Mai 2015 in der Höhe von Fr. 32'327.55, abzüglich des bereits vergüteten Betrags von Fr. 11'353.85, ausmachend total Fr. 20'973.70, zu bezahlen, zuzüglich Zins von 5 % seit Klageeinreichung (Verfahren SCHG/2015/543). Auf Aufforderung des Instruktionsrichters hin reichte der Leistungserbringer mit Eingabe vom 14. August 2015 eine Begründung zur Frage der täglichen Messung der Vitalzeichen und weitere Unterlagen ein.

Mit Stellungnahme vom 7. Oktober 2015 beantragte die KPT die Abweisung des Gesuches resp. der Klage.

Nachdem der Leistungserbringer von der ihm mit prozessleitender Verfügung vom 14. Oktober 2015 eingeräumten Möglichkeit eines Gesuchsrückzuges nicht Gebrauch gemacht hatte (vgl. Eingabe vom 10. November 2015), reichte er mit Eingabe vom 26. November 2015 einen Bericht von Dr. med. D. _____ vom 19. November 2015 ein.

Auf Aufforderung des Instruktionsrichters hin reichte das Spital F. _____, am 26. Januar 2016 eine fachärztliche Stellungnahme vom 20. Januar 2016 ein, welche den Parteien zugestellt wurde.

Am 16. Februar 2016 führte das Schiedsgericht eine Vermittlungsverhandlung durch. Diese führte zu keiner Einigung der Parteien, weshalb den Parteien die Klagebewilligung erteilt wurde; betreffend die Vergütung der Pflegeleistungen für die Zeit ab dem 1. März 2016 schlossen die Parteien dagegen eine Vereinbarung ab.

C.

Am 4. Mai 2016 liess der Leistungserbringer, weiterhin vertreten durch Rechtsanwalt E. _____, beim Schiedsgericht Klage erheben mit dem Rechtsbegehren, die KPT sei zu verurteilen, ihm die Krankenpflegekosten des Versicherten vom 1. Januar 2012 bis 29. Februar 2016 in der Höhe von Fr. 38'809.95, abzüglich des bereits vergüteten Betrags von Fr. 17'385.65,

ausmachend total Fr. 21'424.30, zu bezahlen, zuzüglich Zins von 5 % seit dem 10. Juni 2015 (Verfahren SCHG/2016/450).

Mit prozessleitender Verfügung vom 10. Mai 2016 edierte der Instruktionsrichter bei der IV-Stelle Bern die den Versicherten betreffenden Akten der Invalidenversicherung. Diese gingen am 2. Juni 2016 beim Schiedsgericht ein.

Mit Klageantwort vom 21. Juli 2016 schliesst die Beklagte auf Abweisung der Klage und beantragt widerklageweise, der Kläger sei zu verpflichten, der Beklagten den - entgegen der erteilten Kostengutsprachen zu viel vergüteten Aufwendungen - Betrag von Fr. 5'685.45 zurückzuerstatten.

Mit Replik und Widerklageantwort vom 30. August 2016 hält der Kläger/Widerbeklagte an seiner Klage fest und beantragt die Abweisung der Widerklage.

Mit prozessleitender Verfügung vom 9. September 2016 hielt der Instruktionsrichter unter anderem fest, dass aufgrund unterschiedlicher Einschätzungen die Frage der erforderlichen Häufigkeit der Kontrollen (der Vitalzeichen und Medikamentenabgabe) im Rahmen eines vom Gericht in Auftrag zu gebenden Gutachtens zu klären sein werde. Er räumte den Parteien Gelegenheit ein, sich zum vorgesehenen Gutachter (Prof. Dr. med. G._____, Spital F._____) und Fragenkatalog zu äussern. Entsprechende Stellungnahmen resp. eine Ergänzung zur Widerklageantwort gingen am 5. Oktober bzw. 17. November 2016 beim Schiedsgericht ein.

Mit prozessleitender Verfügung vom 22. November 2016 setzte der Instruktionsrichter das Verfahren bis zum Vorliegen der gutachterlichen Stellungnahme aus.

Mit Eingabe vom 19. Januar 2017 notifizierte Rechtsanwalt E._____ dem Gericht, dass neu Rechtsanwalt B._____ die Interessen des Klägers/Widerbeklagten vertreten werde, dies unter Beilage einer entsprechenden Vollmacht.

Am 3. April 2017 ging die gutachterliche Stellungnahme von Prof. Dr. med. G._____ vom 23. März 2017 beim Schiedsgericht ein.

Der Instruktionsrichter nahm mit prozessleitender Verfügung vom 3. April 2017 das Verfahren wieder auf und bot den Parteien Gelegenheit zur Einreichung einer Stellungnahme. Gleichzeitig gab er den Parteien die Besetzung des Schiedsgerichts im vorliegenden Verfahren bekannt.

Am 5. Mai 2017 gingen die Stellungnahmen der Parteien beim Schiedsgericht ein; Ablehnungsgründe gegen die Mitglieder des Spruchkörpers wurden keine geltend gemacht.

Auf Aufforderung des Instruktionsrichters hin reichte Prof. Dr. med. G. _____ am 7. Juli 2017 eine Präzisierung der gutachterlichen Stellungnahme vom 23. März 2017 ein.

Am 2. bzw. 4. August 2017 reichten die Parteien je eine Stellungnahme ein.

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 vom Kläger/Widerbeklagten zu Gunsten des Versicherten erbrachten Leistungen umstritten. Die Leistungen werden gemäss Art. 9 Abs. 1 des vorliegend unbestrittenermassen anwendbaren Administrativvertrages zwischen dem Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner SBK und der KPT Krankenkasse AG vom 10. August 2011 (SBK-Administrativvertrag; Akten des Klägers/Widerbeklagten [SCHG/2015/543 act. I] 23), dem der Kläger/Widerbeklagte beigetreten ist, 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/Widerbeklagte als Leistungserbringer und die Beklagte/Widerklägerin als Krankenversicherer des Versicherten 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, womit auch die örtliche Zuständigkeit zu bejahen ist.

1.1.3 Der Rechtsvertreter des Klägers/Widerbeklagten ist ordnungsgemäss bevollmächtigt (Akten des Klägers/Widerbeklagten [SCHG/2016/450 act. I] 50; Art. 15 VRPG). Auf die form- (Art. 46 Abs. 2 EG KUMV i.V.m. Art. 32 Abs. 2 und 3 VRPG) und mit Blick auf die Klagebewilligung vom 16. Februar 2016 fristgerecht eingereichte Klage vom 4. Mai 2016 (Art. 45 Abs. 3 EG KUMV; vgl. auch prozessleitende Verfügung vom 10. Mai 2016, Ziff. 1) ist somit einzutreten.

1.1.4 Auf die Widerklage vom 21. Juli 2016 ist ebenfalls einzutreten, zumal diese auch als selbstständige Klage vom angerufenen Schiedsgericht zu beurteilen wäre (Art. 46 Abs. 2 EG KUMV i.V.m. Art. 90 Abs. 3 VRPG).

1.2 Unbestritten ist, dass der Kläger/Widerbeklagte als Leistungserbringer im Sinne von Art. 49 der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) grundsätzlich befugt ist, Pflegeleistungen zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu erbringen (vgl. SCHG/2015/543 act. I 24), und dass die von Dr. med. D. _____ verordneten Leistungen von ihm auch erbracht wurden.

1.3 Im Bereich des für das Schiedsgericht anwendbaren Klageverfahrens ergibt sich der Streitgegenstand einzig aus den Rechtsbegehren der Klage, und allenfalls, soweit zulässig, der Widerklage (vgl. BGE 135 V 23 E. 3.1 S. 26). 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 vom Kläger/Widerbeklagten zu Gunsten des Versicherten im Zeitraum vom 1. Januar 2012 bis 29. Februar 2016 erbrachten Leistungen durch die obligatorische Krankenpflegeversi-

cherung bzw. die Frage, ob der Kläger/Widerbeklagte der Beklagten/Widerklägerin den Betrag von Fr. 5'685.45 zurückzuerstatten hat.

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. Januar 2012 bis 29. Februar 2016 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. 2 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. Eine nach diesem Gesetz dem Leistungserbringer zu Unrecht bezahlte Vergütung kann zurückgefordert werden (Art. 56 Abs. 2 KVG). Rückforderungsberechtigt ist im System des Tiers payant (Art. 42 Abs. 2 KVG) der Versicherer (Art. 56 Abs. 2 lit. b 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 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“.

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)“, „2. einfache Bestimmung des Zuckers in Blut und Urin“ und „7. Vorbereitung und Verabreichung von Medikamenten sowie Dokumentation der damit verbundenen Tätigkeiten“.

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 oder der Vertrauensärztin (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 überprü-

fen 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 Die obligatorische Krankenpflegeversicherung übernimmt die Kosten für Pflegemassnahmen, die ambulant oder stationär von einem anerkannten Leistungserbringer durchgeführt werden. Anerkannte Leistungserbringer sind Personen, die auf Anordnung oder im Auftrag eines Arztes Pflegeleistungen erbringen (vgl. E. 2.2 hiervor). Darunter fallen freiberuflich tätige Pflegefachpersonen (vgl. Art. 35 Abs. 2 lit. e KVG).

3.2.1 Aufgrund der Akten ist erstellt und unbestritten, dass der Kläger/Widerbeklagte als Pflegefachmann die Zulassungsvoraussetzungen erfüllt, um im eigenen Namen und auf eigene Rechnung die von ihm auf ärztliche Anordnung hin erbrachten Pflegeleistungen gegenüber der Beklagten/Widerklägerin abzurechnen (Art. 25a KVG i.V.m Art. 46 Abs. 1 lit. c und Art. 49 KVV; vgl. auch E. 1.2 hiervor). Nach Art. 59 Abs. 1 KVV hat er in den Rechnungen alle administrativen und medizinischen Angaben zu machen, die für die Überprüfung der Berechnung der Vergütung sowie der Wirtschaftlichkeit der Leistungen nach Art. 42 Abs. 3 und 3^{bis} KVG notwendig sind. Der Kläger/Widerbeklagte muss sich als Leistungserbringer in seinen Leistungen auf das Mass beschränken, das im Interesse des Versicherten liegt und für den Behandlungszweck erforderlich ist. Für Leistungen, die über dieses Mass hinausgehen, kann die Vergütung verweigert werden (vgl. E. 2.3 hiervor).

3.2.2 Art. 8 KLV konkretisiert den ärztlichen Auftrag oder die ärztliche Anordnung sowie die Bedarfsabklärung, die nach Art. 25a Abs. 1 KVG (vgl. E. 2.2 hiervor) gegeben sein müssen, damit die Krankenversicherer Leistungen vergüten. Nach diesen Konkretisierungen enthält der ärztliche Auftrag oder die ärztliche Anordnung Leistungen der Pflegefachleute oder der Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause (Spitex), die aufgrund der Bedarfsabklärung und der gemeinsamen Planung der notwendigen Massnahmen näher umschrieben werden. Die Bedarfsabklärung umfasst die Beurteilung der Gesamtsituation der Patienten sowie die Abklärung des Umfeldes und des individuellen Pflege- und Hilfebedarfs. Sie erfolgt aufgrund einheitlicher Kriterien. Ihr Ergebnis wird in einem Formular festgehalten (vgl. E. 2.5.1 hiervor). Die Bedarfsabklärung wird im Sinne von Art. 8 Abs. 2 KLV durch eine dazu befähigte diplomierte Pflegefachperson vorgenommen (Art. 5 Abs. 2 des SBK-Administrativvertrages; SCHG/2015/543 act. I 23). Mit der Unterzeichnung der Bedarfsmeldung durch den Arzt wird diese zur ärztlichen Anordnung (vgl. Art. 6 Abs. 2 des SBK-Administrativvertrages; SCHG/2015/543 act. I 23). Nach Art. 14 des SBK-Administrativvertrages verpflichtet sich der Leistungserbringer zur Verantwortung, seine Dienstleistungen sowie die verwendeten Materialien wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich einzusetzen.

Im Lichte der dargelegten gesetzlichen und vertraglichen Ausgangslage ist der Kläger/Widerbeklagte - entgegen dessen Auffassung (vgl. Replik, S. 6 f. Art. 7) - in eigener fachlicher Verantwortung tätig und mithin auch für die Einhaltung der WZW-Grundsätze (Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit) verantwortlich; der Kläger/Widerbeklagte erhebt und plant selbst den Pflegebedarf. Dass er auf Anordnung des behandelnden Arztes Dr. med. D. _____ hin einen höheren Pflegeaufwand zu leisten hatte, als er ihn selber erhoben hat, geht aus den Akten nicht hervor und wird denn auch nicht geltend gemacht. Selbst wenn dem so wäre, ist der Kläger/Widerbeklagte nach den Darlegungen hiervor für die Wirtschaftlichkeit der von ihm letztlich erbrachten Leistungen gegenüber der Beklagten/Widerklägerin verantwortlich. Insoweit wäre er verpflichtet gewesen, den von ihm als nicht wirtschaftlich erachteten Pflegeaufwand gegenüber dem Arzt und Versicherten zu verweigern. Soweit sich der Kläger/Widerbeklagte diesbezüglich auf die jeweiligen ärztlichen Verordnungen beruft (vgl. Replik, S. 6 Art. 7), ist nochmals darauf hinzuweisen, dass gemäss Art. 32 Abs. 1 KVG nur wirksame, zweckmässige und wirtschaftliche Behandlungen durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung übernommen werden und sich an diesem Ziel alle Akteure im Bereich der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu orientieren haben, neben den Versicherern - wie soeben dargelegt - insbesondere auch die Leistungserbringer.

3.3 Sodann ist nicht zu beanstanden, dass die Beklagte/Widerklägerin den Pflegebedarf des Versicherten einer Prüfung nach Art. 8a Abs. 3 KLV (vgl. E. 2.5.3 hiervor) bzw. Art. 16 des SBK-Administrativvertrages (SCHG/2015/543 act. I 23) unterzogen hat. Gemäss letzterer Bestimmung hat die Beklagte/Widerklägerin den gesetzlichen Auftrag, die Leistungspflicht sowie die Wirtschaftlichkeit, Zweckmässigkeit und Wirksamkeit der ihr in Rechnung gestellten Leistungen zu überprüfen (Abs. 1). Unter Einhaltung des Datenschutzes und unter Berücksichtigung des Verhältnismässigkeitsprinzips hat der Leistungserbringer eine Auskunftspflicht gegenüber der Beklagten/Widerklägerin (Abs. 2). Der Ablauf der Prüfungen ist im Anhang 6 des SBK-Administrativvertrages geregelt.

Die Beklagte/Widerklägerin hat vorliegend die „Prüfung beim Versicherer“ gewählt, wonach die in Rechnung gestellten Leistungen auf Leistungspflicht und Wirtschaftlichkeit auf Basis der eingereichten Unterlagen geprüft werden (Dokumentenprüfung). Nach Ziff. 1 Stufe 1 des Anhangs 6 stellt der Leistungserbringer der Beklagten/Widerklägerin systematisch Bedarfsmelde- und Rechnungsformulare sowie Listen der Leistungen gemäss Art. 7 Abs. 2 KLV (vgl. E. 2.4 hiervor) zur Verfügung. Unter Berücksichtigung von Art. 42 Abs. 5 KVG stellt der Leistungserbringer der Beklagten/Widerklägerin auf deren Verlangen weitere relevante Unterlagen zur Verfügung (Ziff. 1 Stufe 2 des Anhangs 6).

Entsprechend dieser gesetzlichen bzw. vertraglichen Regelung bat die Beklagte/Widerklägerin mit Schreiben vom 30. Mai 2012, 20. Juni 2012, 22. August 2012, 4. Oktober 2012, 27. November 2013 und 21. Februar 2014 (SCHG/2015/543 act. I 7 f., 11 f., 16) den Kläger/Widerbeklagten, weitere für die Prüfung des Pflegebedarfs des Versicherten notwendige Unterlagen (insb. Vitalzeichenkontrollblätter und Pflegedokumentationen) einzureichen. Hierauf liess der Kläger/Widerbeklagte der Beklagten/Widerklägerin diverse Unterlagen zukommen (vgl. SCHG/2015/543 act. I 8, 11, 13 und 16). Nach Rücksprache mit dem Vertrauensarzt erliess die Beklagte/Widerklägerin in der Folge die entsprechenden Kostengutachten (SCHG/2015/543 act. I 7, 11, 13 und 19; SCHG/2016/450 act. II 12 f. und 16). Zuvor hatte die Beklagte/Widerklägerin mit Schreiben vom 16. Mai 2012 (SCHG/2015/543 act. I 5) Dr. med. D. _____ um Angaben betreffend die medizinische Indikation der verordneten Pflegeleistungen (tägliche Messung der Vitalzeichen und des Blutzuckers) ersucht. Am 18. Mai 2012 hatte der Arzt lediglich mitgeteilt, dass der schwer kranke Versicherte als Analphabet nicht in der Lage sei, den Blutdruck und Blutzucker selber zu messen (SCHG/2015/543 act. I 6). Auf ein weiteres Schreiben der Beklagten/Widerklägerin vom 20. Juni 2012 (SCHG/2015/543 act. I 9) hatte der Arzt nicht reagiert.

Was der Kläger/Widerbeklagte gegen die Kontrolle der erbrachten Pflegemassnahmen vorbringt, ist nicht zu hören. Zunächst ist die Beklagte/Widerklägerin - entgegen der Auffassung des Klägers/Widerbeklagten (vgl. Klage, S. 7 Art. 3) - berechtigt und verpflichtet, zu überprüfen, ob die

zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung erbrachten Leistungen (Art. 25 bis 31 KVG) das Wirksamkeits-, Zweckmässigkeits- und Wirtschaftlichkeitsgebot respektieren; so werden nach Art. 32 Abs. 1 KVG nur wirksame, zweckmässige und wirtschaftliche Behandlungen durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung übernommen (vgl. E. 2.3 hier-
vor). Da vorliegend die vorhandenen Angaben für eine zuverlässige Beurteilung der Leistungspflicht nicht genügt hatten, hat die Beklagte/Widerklägerin ergänzende Unterlagen eingefordert (SCHG/2015/543 act. I 7 f., 10 bis 12, 16). Dieser Aufforderung kam der Kläger/Widerbeklagte (teilweise) nach (vgl. SCHG/2015/543 act. I 22 S. 2). Entgegen dessen Ausführungen in der Replik (S. 8), hat die Beklagte/Widerklägerin auch den behandelnden Hausarzt Dr. med. D. _____ um ergänzende Angaben ersucht (SCHG/2015/543 act. I 5 und 9). Im Lichte des soeben Ausgeführten steht das Vorgehen der Beklagten/Widerklägerin somit im Einklang mit den gesetzlichen und vertraglichen Bestimmungen. Soweit der Kläger/Widerbeklagte auf die fehlende schriftliche Stellungnahme des Vertrauensarztes aus dem Jahr 2012 hinweist (vgl. Klage, S. 7), ist festzuhalten, dass aus den betreffenden Kostengutsprachen der Beklagten/Widerklägerin rechtsgenüglich hervorgeht, welche Unterlagen dem Vertrauensarzt vorgelegt wurden und welche Stellungnahme er abgegeben hat (vgl. SCHG/2015/543 act. I 7 und 11).

4.

4.1 Es steht zu Recht ausser Frage, dass gestützt auf die medizinische Aktenlage der Versicherte seit 2008 an einer Granulomatose mit Polyangiitis mit lebensbedrohlichem Multiorganbefall von Darm, Lunge, Gelenken, Niere und Haut leidet und sich seither hochdosierten, kombinierten immunsuppressiven Therapien unterziehen muss, welche engmaschig ärztlich kontrolliert werden müssen (Stellungnahme des Spitals F. _____, vom 20. Januar 2016; in den Gerichtsakten). Weiter steht aufgrund der Akten fest und ist unbestritten, dass der Versicherte die ärztlich verschriebenen Medikamente ordentlich einnehmen, auf eine genügende Hygiene achten (Infektanfälligkeit) und sich angemessen ernähren muss sowie auch eine regelmässige Überwachung der Vitalzei-

chen zu erfolgen hat (Stellungnahme des Spitals F._____, vom 20. Januar 2016; in den Gerichtsakten). Sodann besteht unter den Parteien Einigkeit darüber, dass der Versicherte aufgrund der erwähnten Erkrankung seit Jahren auf Pflegeleistungen zu Hause angewiesen ist. Umstritten ist hingegen die Frage, welcher Pflegebedarf sich aus den persönlichen und gesundheitlichen Verhältnissen des Versicherten in der Zeit von Januar 2012 bis Februar 2016 im Lichte der WZW-Kriterien ableiten lässt bzw. inwiefern sich die hier streitige Überwachung der Vitalzeichen (Puls, Körpertemperatur, Blutzucker und Gewicht) und Medikamentenabgabe als wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich nach Art. 32 Abs. 1 KVG erweist.

4.1.1 Der Kläger/Widerbeklagte stellt sich auf den Standpunkt, dass die ärztlich verordneten, täglich durchgeführten Kontrollen der Vitalzeichen (Puls, Körpertemperatur, Blutzucker, Blutdruck und Gewicht) weiterhin erforderlich seien (vgl. Klage, S. 9). Demgegenüber vertritt die Beklagte/Widerklägerin die Auffassung, dass unter dem Aspekt der Wirtschaftlichkeit und Zweckmässigkeit der Behandlung aus medizinischer Sicht ausreichend sei, wenn der Puls, Blutdruck und Sauerstoffgehalt zwei Mal wöchentlich und das Gewicht ein Mal wöchentlich gemessen würden (vgl. Klageantwort, S. 12 f. Ziff. 3.13, und SCHG/2016/450 act. II 12 f.).

4.1.2 Hinsichtlich des Erfordernisses resp. der Häufigkeit der Überwachung der genannten Vitalwerte und der Medikamentenabgabe lässt sich der vom Schiedsgericht in Auftrag gegebenen gutachterlichen Stellungnahme von Prof. Dr. med. G._____ vom 23. März 2017 samt Ergänzung vom 7. Juli 2017 (in den Gerichtsakten) im Wesentlichen Folgendes entnehmen:

In der gutachterlichen Stellungnahme vom 23. März 2017 hielt Prof. Dr. med. G._____ fest, dass der Verlauf der Erkrankung nach Diagnosestellung im Jahr 2008 sehr wechselhaft gewesen sei, indem nach einem initialen guten Therapieansprechen wiederholt Rückfälle aufgetreten seien, welche eine Therapieintensivierung zur Folge gehabt hätten (August 2010, Juli 2012, August 2014). In den letzten ein bis zwei Jahren sei es jedoch gelungen die Krankheitsaktivität mit einer etablierten Erhaltungstherapie zu kontrollieren, so dass keine grösseren Rückfälle mehr zu verzeichnen gewesen seien (S. 1 Ziff. 1). Gemäss eigenen Angaben würden dem Versi-

cherten die einzunehmenden Medikamente von der Hausarztpraxis (pract. med. Michael Stellberg) für jeweils zwei Wochen in zwei Boxen mit Tagesrationen bereitgestellt, so dass der Versicherte die entsprechenden Tagesdosen (Morgen/Mittag/Abend) entnehmen könne. Eine telefonische Rücksprache mit der genannten Hausarztpraxis habe ergeben, dass der Versicherte zuverlässig alle 14 Tage die gefüllten Medikamentenboxen abholen und die leeren zurückbringen würde. Demzufolge bestünden keine Hinweise, dass die Einnahme der Medikamente stets überwacht werden müsste resp. unter Aufsicht erfolgen sollte (S. 1 f. Ziff. 2). Die regelmässige Medikamenteneinnahme könnte durch eine Medikamentenspiegel-Bestimmung im Blut überwacht werden (S. 2 Ziff. 3). Weiter wisse der Versicherte, wie er sich in speziellen Situationen zu verhalten habe (z.B. Kontaktnahme mit Arzt bei Erbrechen der Medikamente oder Blutzuckerschwankungen; S. 2 Ziff. 4). Er überwache sich einerseits selbst, andererseits werde er in 14-tägigen Abständen (im Rahmen der Medikamentenabgabe) in der hausärztlichen Praxis beurteilt. Die Kombination der Selbstüberwachung sowie der hausärztlichen Überwachung sei angemessen, um notfallmässig auftretende Entgleisungen zu vermeiden. Die Selbstüberwachung des Blutzuckers geschehe über eine kapilläre Blutzuckermessung. Die Resultate würden vom Versicherten vom Gerät abgelesen und dokumentiert; dieser verstehe den Messvorgang. Die gewählte Art der Selbstüberwachung sei damit adäquat. Aufgrund der Stabilität der Erkrankung in den letzten ein bis zwei Jahren sei zwar eine regelmässige Kontrolle des Blutdrucks, des Pulses, der Körpertemperatur, des Blutzuckers und des Gewichts notwendig, wobei drei Mal wöchentlich durchgeführte Kontrollen des Blutdruckes, des Pulses, der Körpertemperatur und des Blutzuckers genügten. Das Gewicht könne wöchentlich gemessen werden. Um eine Kontinuität und Vergleichbarkeit der Messwerte zu erhalten, sei es sinnvoll, die Messungen grundsätzlich immer zur gleichen Tageszeit durchzuführen (z.B. morgens, Blutzucker zudem im nüchternen Zustand; S. 2 Ziff. 5). Sodann könne der Versicherte Veränderungen in seinem Befinden und den Messwerten erkennen und wisse auch, wie er sich in den entsprechenden Situationen zu verhalten habe (S. 2 Ziff. 6). Aufgrund der Akten, des persönlichen Gespräches mit dem Versicherten sowie nach Rücksprache mit den Mitarbeitern der Klinik, welche den Versicherten betreut hätten, sei eine geistige Limitierung des

Versicherten nicht abzustreiten. Jedoch sei aus den Gesprächsthemen ausserhalb des medizinischen Bereiches (Alltagstätigkeiten, Hobbies) hervorgegangen, dass der Versicherte zwar seine geistigen Grenzen kenne, aber im Rahmen seiner Möglichkeiten die ihm im Rahmen der Eigenverantwortung übertragenen Leistungen durchaus erbringen könne (S. 3 Ziff. 11).

Ergänzend führte Prof. Dr. med. G. _____ am 7. Juli 2017 aus, dass Puls, Körpertemperatur und Gewicht grundsätzlich selber kontrolliert werden könnten. Die Überprüfung des Blutdruckes sei im Vergleich zu diesen Parametern anspruchsvoller. Heute gäbe es allerdings für die Blutdruckmessung elektronische Kleingeräte, welche die Messung im Vergleich zu konventionellen Blutdruckgeräten wesentlich vereinfachen würden. Allerdings könnten das Anlegen sowie die Positionierung der Manschette auch bei diesen Selbstmessgeräten für verlässliche Resultate kritisch sein, so dass die Blutdruckmessung von fachlicher Seite (Pflegefachperson oder Hausarzt) durchgeführt werden sollte (in den Gerichtsakten).

4.2 Die von den Parteien unwidersprochen gebliebene gutachterliche Stellungnahme von Prof. Dr. med. G. _____ vom 23. März 2017 samt Ergänzung vom 7. Juli 2017 (in den Gerichtsakten) ist unter Berücksichtigung der persönlichen Verhältnisse und des allgemeinmedizinischen Zustandes des Versicherten sowie in Kenntnis der medizinischen Vorakten abgegeben worden. Damit erfüllt sie die von der höchstrichterlichen Rechtsprechung an den Beweiswert eines medizinischen Berichts gestellten Anforderungen (BGE 137 V 210 E. 6.2.2 S. 269, 134 V 231 E. 5.1 S. 232), weshalb dieser volle Beweiskraft zukommt.

Aus dem daraus für die vorliegend umstrittenen Leistungen ableitbaren Pflegebedarf ergibt sich, dass sich die vom Kläger/Widerbeklagten täglich erbrachte Messung der Vitalzeichen (vgl. SCHG/2015/543 act. I 24) als nicht erforderlich und daher unwirtschaftlich erweist (S. 2 Ziff. 5 der gutachterlichen Stellungnahme). Soweit der Kläger/Widerbeklagte den Versicherten im Rahmen der Klage als einen nicht vernunftmässigen und behandlungsuneinsichtigen Analphabeten darzustellen versucht (vgl. Klage, S. 10, und Replik, S. 3 f. Art. 5), hat dies mit der gutachterlichen Beurtei-

lung als widerlegt zu gelten. Gemäss dieser ist der Versicherte in der Lage, den Puls, die Körpertemperatur, das Gewicht und den Blutzucker selber zu kontrollieren (S. 2 Ziff. 5 und gutachterliche Ergänzung). Gleiches gilt aufgrund der gutachterlichen Ergänzung im Grundsatz auch für die Messung des Blutdruckes, ist doch der Versicherte nach der gutachterlichen Einschätzung durchaus instruktionsfähig, was insbesondere für die korrekte Positionierung der Manschette Geltung haben müsste. Es steht denn aufgrund der gesamten Umstände (Besitz und Eignung zum Führen von schweren Motorrädern und Personenwagen, Umgang mit dem Natel etc.; vgl. dazu Akten der Invalidenversicherung [act. III] 72) auch ausser Zweifel, dass der Versicherte über diese Fähigkeiten während der ganzen Zeit der vorliegend umstrittenen Leistungserbringung verfügte.

Letztlich kann im vorliegenden Fall die Frage, ob von den wöchentlich drei erforderlichen Blutdruckmessungen alle, bloss eine oder zwei Kontrollmessungen von einer Fachperson vorgenommen werden müssten, offen gelassen werden, denn mit dem Wegfall der übrigen Messungen (vgl. SCHG/2016/450 act. II 12 f.) hat die Beklagte/Widerklägerin die vom Kläger/Widerbeklagten aus wirtschaftlicher Sicht erforderlicher Weise zu erbringenden Leistungen mehr als abgegolten bzw. die vom Kläger/Widerbeklagten zu Gunsten des Versicherten im Zeitraum vom 1. Januar 2012 bis 29. Februar 2016 erbrachten Leistungen wegen Missachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots zu Recht gekürzt (vgl. SCHG/2015/543 act. I 7, 11 und 13; SCHG/2016/450 act. II 12 f. und 16).

Was der Kläger/Widerbeklagte dagegen vorbringt, vermag daran nichts zu ändern. Entgegen dessen Darlegung in der Eingabe vom 4. August 2017 (S. 1) gilt die gutachterliche Beurteilung bezüglich der Häufigkeit der durchzuführenden Pflegemassnahmen nicht nur für die letzten zwei Jahre, hatte doch Prof. Dr. med. G. _____ gemäss Fragekatalog explizit den Pflegebedarf für den Zeitraum von Januar 2012 bis Februar 2016 zu beurteilen (vgl. dazu Auftrag zur gutachterlichen Beurteilung vom 22. November 2016, Ziff. 2.0; in den Gerichtsakten). Im Übrigen lässt sich dessen gutachterliche Einschätzung betreffend des Erfordernisses und der Häufigkeit der Überwachung ohne weiteres in das von sämtlichen behandelnden Ärzten ge-

zeichnete Gesamtbild des Verlaufs des Gesundheitszustandes des Klägers/Widerbeklagten im hier interessierenden Zeitraum einfügen (vgl. dazu prozessleitende Verfügung vom 12. Juli 2016, Ziff. 1d bis 1f).

4.3 Zusammenfassend erweisen sich von der Beklagten/Widerklägerin ausgesprochenen Kürzungen der vom Kläger/Widerbeklagten zu Gunsten des Versicherten im Zeitraum vom 1. Januar 2012 bis 29. Februar 2016 erbrachten Leistungen somit als nachvollziehbar und überzeugend begründet, womit die Klage vollumfänglich abzuweisen ist.

5.

Streitig und zu prüfen ist die von der Beklagten widerklageweise geltend gemachte Rückforderung von Fr. 5'685.45.

5.1 Aufgrund der Akten steht fest und ist unbestritten, dass die Beklagte/Widerklägerin seit März 2013 Kostengutsprachen für 9.75 Stunden pro Quartal (erstmalig mit Wirkung ab dem 1. Juni 2012) erteilt hat mit dem Hinweis, dass dies während des hängigen Rechtsstreits so beibehalten werde (SCHG/2015/543 act. I 11 und 13 19; SCHG/2016/450 act. II 13 und 16). Weiter ist anhand der Akten erstellt, dass wegen eines Abrechnungsfehlers seitens der Beklagten/Widerklägerin im Zeitraum vom 1. Januar bis 31. Dezember 2015 über die gutgesprochenen Leistungen hinausgehende Vergütungen und angesichts des Ausgangs des Klageverfahrens damit zu Unrecht erfolgt sind (SCHG/2016/450 act. II 17). Gestützt auf Art. 56 Abs. 2 KVG hat der Kläger/Widerbeklagte diese zu Unrecht bezahlten Leistungen grundsätzlich zurückzuerstatten (vgl. E. 2.3 hiervor).

5.2 Aufgrund der Akten nachvollziehbar - und auch unbestritten geblieben - ist die Höhe der geltend gemachten Rückforderung von Fr. 5'685.45 (Differenz zwischen der erfolgten Zahlung und dem für den massgebenden Zeitraum gemäss Kostengutsprache geschuldeten Betrag; vgl. SCHG/2016/450 act. II 17). Vom Kläger/Widerbeklagten geltend gemacht wird hingegen die Verwirkung der Rückforderung (vgl. Replik/Widerklageantwort, S. 9 f. Art. 9).

5.3 Gemäss dem analog anzuwendenden Art. 25 Abs. 2 Satz 1 des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) erlischt der Rückforderungsanspruch mit dem Ablauf eines Jahres, nachdem die Versicherungseinrichtung davon Kenntnis erhalten hat, spätestens aber mit dem Ablauf von fünf Jahren nach der Entrichtung der einzelnen Leistung (Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 25. März 2008, K 9/07, E. 7.1). Bei dieser Frist handelt es sich um eine Verwirkungsfrist, die immer und von Amtes wegen zu berücksichtigen ist. Für den Beginn der relativen einjährigen Verwirkungsfrist massgebend ist nach der Rechtsprechung jener Tag, an dem der Versicherer bei der gebotenen und zumutbaren Aufmerksamkeit den Fehler hätte erkennen müssen (Entscheid des BGer vom 4. Februar 2014, 9C_517/2013, 9C_521/2013, E. 4.1).

Nach der Rechtsprechung wird der Eintritt der Verwirkung gehemmt, wenn innerhalb eines Jahres nach Kenntnis des Rückforderungsanspruchs das Rückforderungsbegehren bei einer vertraglichen Schlichtungsinstanz oder der gesetzlichen Vermittlungsbehörde oder direkt beim Schiedsgericht eingereicht wird (BGer K 9/07, E. 7.1).

5.4 Den Abrechnungsfehler hätte die Beklagte/Widerklägerin ab der erstmaligen unrechtmässigen Ausrichtung von Versicherungsleistungen für Behandlungen im Januar 2015 erkennen müssen, womit die relative einjährige Verwirkungsfrist im Februar 2015 zu laufen begann. Entgegen der Sachverhaltsdarstellung des Klägers/Widerbeklagten in der Replik/Widerklageantwort (vgl. S. 9 f. Art. 9) wurde die widerklageweise geltend gemachte Rückforderung vom 21. Juli 2016 bereits anlässlich der Vermittlungsverhandlung vom 16. Februar 2016 einredeweise geltend gemacht und für den Fall der Klageerhebung als Gegenforderung vorbehalten (vgl. dazu prozessleitende Verfügung vom 9. September 2016, Ziff. 11 mit Hinweis auf das Protokoll der Vermittlungsverhandlung vom 16. Februar 2016). Mit Erheben der Einrede wurde der Eintritt der Verwirkung gehemmt bzw. ist die einjährige relative Verwirkungsfrist somit gewahrt, womit die Widerklage vollumfänglich gutzuheissen ist resp. der Kläger/Widerbeklagte verurteilt wird, der Beklagten/Widerklägerin den Betrag von Fr. 5'685.45 zu bezahlen.

6.

6.1 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 - unter Einschluss der Kosten für die gutachterliche Stellungnahme von Prof. Dr. med. G. _____ vom 23. März 2017 samt Ergänzung vom 7. Juli 2017 und der Kosten für das Vermittlungsverfahren - auf insgesamt Fr. 6'000.-- festgesetzt. Sie werden bei diesem Ausgang des Verfahrens dem unterliegenden Kläger/Widerbeklagten (Art. 46 Abs. 2 EG KUMV i.V.m. Art. 109 Abs. 1 VRPG) auferlegt und den von ihm geleisteten Kostenvorschüssen in gleicher Höhe (Fr. 1'500.-- + Fr. 2'500.-- + Fr. 2'000.--) entnommen.

6.2 Bei diesem Ausgang des Verfahrens hat der Kläger/Widerbeklagte keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 46 Abs. 2 EG KUMV i.V.m. Art. 109 Abs. 1 VRPG).

Trotz Obsiegens hat auch die Beklagte/Widerklägerin keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung, da den Parteien, die durch angestellte Juristen vertreten sind, praxisgemäss kein Anspruch auf eine Parteientschädigung zusteht (Entscheid des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG; heute BGer] vom 25. Januar 2006, K 46/04, E. 7).

Demnach entscheidet das Schiedsgericht:

1. Die Klage wird abgewiesen.
2. Die Widerklage wird gutgeheissen und der Widerbeklagte verurteilt, der Widerklägerin den Betrag von Fr. 5'685.45 zu bezahlen.

3. Die Verfahrenskosten, gerichtlich festgesetzt auf Fr. 6'000.--, werden dem Kläger/Widerbeklagten zur Bezahlung auferlegt und dem in gleicher Höhe geleisteten Kostenvorschuss entnommen.
4. Es werden keine Parteientschädigungen zugesprochen.

5. Zu eröffnen (R):

- Rechtsanwalt B. _____ z.H. des Klägers/Widerbeklagten
- KPT Krankenkasse 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.