

200 17 685 SCHG
ACT/TOZ/SEE

Schiedsgericht in Sozialversicherungsstreitigkeiten des Kantons Bern

Urteil vom 2. Februar 2018

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

Spitex A. _____
vertreten durch Rechtsanwältin B. _____
Klägerin

gegen

Atupri Gesundheitsversicherung
Zieglerstrasse 29, 3000 Bern 65
Beklagte

betreffend Klage vom 4. August 2017



Sachverhalt:

A.

Das Ehepaar C. _____ (geb. 1936) und D. _____ (geb. 1941) (Versicherte) ist bei der Atupri Gesundheitsversicherung (Atupri bzw. Beklagte) obligatorisch krankpflegeversichert und nimmt seit längerer Zeit ambulante Pflegeleistungen von der Spitex A. _____ (Leistungserbringerin resp. Klägerin) in Anspruch. Diese ersuchte - den Versicherten betreffend - mit mehreren, teilweise sich zeitlich überschneidenden Bedarfsmeldeformularen um Kostengutsprache für Pflegeleistungen für den Zeitraum vom 1. November 2016 bis 31. Mai 2017 und vom 1. Juni bis 30. November 2017 (Total aller Pflegeleistungen pro Quartal: zwischen 115:38 und 132:59 Stunden; Akten der Leistungserbringerin [act. I] 17 und Akten der Atupri [act. II] 1b und 1c). Am 13. Juni 2017 erteilte die Atupri Kostengutsprachen für 71:58 Stunden pro Quartal betreffend den Zeitraum vom 25. Januar bis 31. Mai 2017 und für 102 Stunden pro Quartal betreffend den Zeitraum vom 1. Juni bis 30. November 2017 (act. I 21). Auf die Bedarfsmeldeformulare um Kostengutsprache für Pflegeleistungen betreffend die Versicherte für den Zeitraum vom 23. Januar bis 31. Mai 2017 und vom 1. Juni bis 31. August 2017 hin (Total aller Pflegeleistungen pro Quartal: zwischen 46:54 und 122:39 Stunden; act. I 9 f. und act. II 1d und 1e) erteilte die Atupri am 13. Juni 2017 Kostengutsprache für 20:50 Stunden für den Zeitraum vom 19. Februar bis 31. Mai 2017 (vgl. act. I 15 und Klage, S. 5 Ziff. 15).

B.

Am 4. August 2017 liess die Spitex, vertreten durch Rechtsanwältin B. _____, beim Schiedsgericht Klage erheben mit dem Rechtsbegehren, die Atupri sei zu verurteilen, der Klägerin den ausstehenden Betrag von Fr. 13'154.50 für die zu Gunsten von C. _____ und D. _____ erbrachten Pflegeleistungen zu bezahlen.

Mit Klageantwort vom 4. Oktober 2017 beantragt die Beklagte, die Klage sei abzuweisen, soweit darauf eingetreten werden könne und darin keine Zugeständnisse enthalten seien.

Auf Aufforderung des Instruktionsrichters hin reichten die Parteien am 21. bzw. 23. November 2017 weitere Unterlagen ein.

Am 20. Dezember 2017 schloss der Instruktionsrichter mit prozessleitender Verfügung den Schriftenwechsel sowie das Beweisverfahren und teilte den Parteien die Zusammensetzung des Schiedsgerichts mit.

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]).

1.1.1 Im vorliegenden Verfahren ist die Vergütung der von der Klägerin zu Gunsten der Versicherten erbrachten Leistungen umstritten. Die Leistungen werden gemäss Art. 9 Abs. 1 des vorliegend anwendbaren Administrativvertrages zwischen dem Spitex Verband Schweiz und den im Vertrag genannten Krankenversicherern vom 1. Februar 2016 (Administrativvertrag; act. I 1), dem beide Parteien beigetreten sind, im System des Tiers payant (Art. 42 Abs. 2 KVG) abgerechnet, was bedeutet, dass der Versicherer die Vergütung direkt dem Leistungserbringer ausrichtet. Somit stehen sich im Streit die Klägerin als Leistungserbringerin

und die Beklagte als Krankenversicherer der Versicherten gegenüber, weshalb die sachliche Zuständigkeit des Schiedsgerichts gegeben ist.

1.1.2 Die Klägerin hat ihre ständige Einrichtung im Kanton Bern (vgl. act. I 7), womit das Schiedsgericht in Sozialversicherungsstreitigkeiten des Kantons Bern auch örtlich zuständig ist (Art. 89 Abs. 2 KVG).

1.1.3 Die Rechtsvertreterin der Klägerin ist ordnungsgemäss bevollmächtigt (act. I 7 f.; Art. 15 des kantonalen Gesetzes vom 23. Mai 1989 über die Verwaltungsrechtspflege [VRPG; BSG 155.21]) 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 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. Art. 46 Abs. 2 EG KUMV i.V.m. Art. 84 Abs. 3 VRPG). 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). Streitig ist vorliegend der Anspruch auf Übernahme der geltend gemachten Kosten für die ambulante Krankenpflege der Versicherten für die Zeit vom 1. Januar bis 30. Juni 2017 (act. I 2a bis 2f und 4a bis 4f).

1.3 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 vorbehältlich abweichender Regelungen des EG KUMV (Art. 46 Abs. 2 EG KUMV) nach dem VRPG.

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

1.5 Gemäss Art. 45 Abs. 1 EG KUMV kann durch die neutrale Vorsitzende oder den neutralen Vorsitzenden des Schiedsgerichts ein Vermittlungsverfahren durchgeführt werden, wenn nicht schon eine vertraglich eingesetzte Vermittlungsinstanz geamtet hat. Vorliegend ist eine Durchführung des vertraglich vorgesehenen vorgängigen Schlichtungsverfahrens (vgl. Art. 19 des Administrativvertrages; act. I 1) nicht mehr möglich (act. I 6), während eine Vermittlungsverhandlung vor dem Schiedsgericht nicht beantragt worden ist.

2.

2.1 Die obligatorische Krankenversicherung übernimmt nach Art. 24 Abs. 1 KVG die Kosten für die Leistungen gemäss Art. 25 - 31 KVG nach Massgabe der in den Art. 32 - 34 KVG festgelegten Voraussetzungen. Nach Art. 25 Abs. 2 lit. a Ziff. 3 KVG umfassen diese die Untersuchungen und Behandlungen, die ambulant, stationär oder in einem Pflegeheim sowie die Pflegeleistungen, die in einem Spital durchgeführt werden durch Personen, die auf Anordnung oder im Auftrag eines Arztes oder einer Ärztin bzw. eines Chiropraktors oder einer Chiropraktorin Leistungen erbringen. Gemäss Art. 25a Abs. 1 KVG leistet die obligatorische Krankenpflegeversicherung zudem 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.

2.2 Gestützt auf Art. 25a Abs. 3 KVG i.V.m. Art. 33 lit. b der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) hat das Eidgenössische Departement des Innern in Art. 7 der Verordnung vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Krankenpflege-Leistungsverordnung KLV; SR 832.112.31) festgelegt, für welche Untersuchungen, Behandlungen und Pflegemassnahmen, die aufgrund einer Bedarfsabklärung von Pflegefachleuten, Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause oder von Pflegeheimen auf ärztliche Anordnung hin oder im ärztlichen Auftrag ambulant oder im Pflegeheim erbracht werden, die obligatorische Krankenpflegeversicherung Beiträge zu leisten hat. Gemäss Art. 7 Abs. 2 KLV fallen darunter Massnahmen der Abklärung, Beratung und Koordination (lit. a), der Untersuchung und Behandlung (lit. b) sowie der Grundpflege (lit. c).

2.2.1 Die Massnahmen der Abklärung, Beratung und Koordination (Art. 7 Abs. 2 lit. a KLV) umfassen die Abklärung des Pflegebedarfs und des Umfelds des Patienten sowie die Planung der notwendigen Massnahmen zusammen mit dem Arzt und dem Patienten (Ziff. 1). Des Weiteren umfassen sie die Beratung des Patienten sowie gegebenenfalls der nicht-beruflich 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 (Ziff. 2). Schliesslich sind die Koordination der Massnahmen sowie Vorkehrungen im Hinblick auf Komplikationen in komplexen und instabilen Pflegesituationen durch spezialisierte Pflegefachpersonen umfasst (Ziff. 3).

2.2.2 Die Untersuchungs- und Behandlungsmassnahmen nach Art. 7 Abs. 2 lit. b KLV sind in einem 14 Positionen umfassenden Leistungskatalog spezifiziert. Sie umfassen unter anderem:

[...]

7. Vorbereitung und Verabreichung von Medikamenten sowie die Dokumentation der damit verbundenen Tätigkeiten,

[...]

10 Spülen, Reinigen und Versorgen von Wunden (inkl. Dekubitus- und Ulcus-cruris-Pflege) und von Körperhöhlen (inkl. Stoma- und Tracheostomiepflege) sowie Fusspflege bei Diabetikern,

[...]

2.2.3 Zu den Massnahmen der Grundpflege nach Art. 7 Abs. 2 lit. c KLV gehört einerseits die allgemeine Grundpflege bei Patienten, welche die Tätigkeiten nicht selber ausführen können, wie Beine einbinden, Kompressionsstrümpfe anlegen; Betten, Lagern; Bewegungsübungen, Mobilisieren; Dekubitusprophylaxe, Massnahmen zur Verhütung und Behebung von behandlungsbedingten Schädigungen der Haut; Hilfe bei der Mund- und Körperpflege, beim An- und Auskleiden, beim Essen und Trinken (Ziff. 1). Andererseits gehören dazu 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 (Ziff. 2).

2.3 Für die Beurteilung der Leistungspflicht in grundsätzlicher und masslicher Hinsicht bedarf es eindeutiger Angaben bezüglich der im Einzelfall angeordneten und durchgeführten Massnahmen. Vorauszusetzen ist ein klarer ärztlicher Auftrag oder eine ärztliche Anordnung hinsichtlich der erforderlichen Massnahmen, welche aufgrund der Bedarfsabklärung und der gemeinsamen Planung näher zu umschreiben sind (BGE 131 V 178 E. 2.4 S. 188). 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. Ihr Ergebnis wird auf einem Formular festgehalten. Dort ist insbesondere der voraussichtliche Zeitbedarf anzugeben. Die Tarifpartner sorgen für die einheitliche Ausgestaltung des Formulars (Art. 8 Abs. 3 KLV). Der Versicherer kann verlangen, dass ihm die relevanten Elemente der Bedarfsabklärung mitgeteilt werden (Art. 8 Abs. 5 KLV). Erforderlichenfalls ist ihm zuhanden des Vertrauensarztes eine umfassende Dokumentation der erbrachten Leistungen (Pflegedokumentation) einzureichen. Schliesslich ist eine detaillierte und verständliche Rechnungsstellung vorauszusetzen. 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).

2.4 Welche Massnahmen in zeitlicher Hinsicht wie auch in Bezug auf Form und Inhalt angebracht sind, steht im pflichtgemässen Ermessen der Leitung der leistungserbringenden Spitex-Organisation und des für die Anordnung der Leistungen zuständigen Arztes. Diese Bedarfsabklärung ist in der Regel massgebend für die Kostenübernahme der Krankenversicherung und nur im Hinblick auf die abschliessende Aufzählung gemäss Art. 7 bis 7b KLV überprüfbar. Bei der Beurteilung des konkreten Bedarfs kommt den zuständigen Personen ein gewisser Spielraum zu, in welchen namentlich dann nur zurückhaltend einzugreifen ist, wenn es sich beim Leistungen anordnenden Arzt um den Hausarzt der versicherten Person handelt, der jederzeit über deren Gesundheitszustand im Bilde ist. Darüber hinaus gilt die gesetzliche Vermutung, dass ärztlich verordnete Leistungen im Sinne von Art. 32 Abs. 1 KVG wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sind. Soweit der RAI-HC-Katalog, der zwar keinen normativen Charakter hat und für den Richter nicht verbindlich ist, eine dem Einzelfall angepasste und gerecht werdende Auslegung der anwendbaren gesetzlichen Bestimmungen zulässt, können die Gerichte diesen bei ihrer Entscheidung mitberücksichtigen (Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 20. Juni 2013, 9C_528/2012, E. 4).

3.

3.1 Vorab ist festzuhalten, dass die von Amtes wegen zu prüfende Frage der Aktiv- und Passivlegitimation zur materiellen Begründetheit des Klagebegehrens gehört (vgl. FRITZ GYGI, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2. Aufl. 1983, S. 176), es sich mithin um materielle Anspruchsvoraussetzungen handelt. Sie sind vorliegend nicht bestritten und es bestehen keine Anzeichen für Umstände, die diese Voraussetzungen in Frage stellen könnten (vgl. insb. das vereinbarte System des Tiers payant gemäss Art. 9 Abs. 1 des Administrativvertrages; act. I 1).

3.2

3.2.1 Es steht zu Recht ausser Frage, dass die Versicherten wegen Krankheiten auf Pflegeleistungen der Klägerin angewiesen sind bzw. grundsätzlich Anspruch auf Leistungen nach Art. 7 KLV haben. Grundlage für den Umfang der Pflegeleistungen durch die Klägerin, welche die Beklagte zu vergüten hat, bildet die Bedarfsabklärung gemäss Art. 8 KLV. Darin werden eine Gesamtbeurteilung des Patienten und eine Abklärung seines Umfelds vorgenommen sowie der individuelle Pflege- und Hilfsbedarf ermittelt (vgl. E. 2.3 hiervor). Nach Art. 5 Abs. 1 des Administrativvertrages (act. I 1) kann die Bedarfsabklärung mittels RAI-HC oder ähnlicher Bedarfserfassungsinstrumenten erfolgen. Die Bedarfsabklärung wird im Sinne von Art. 8 Abs. 2 KLV durch eine dazu befähigte diplomierte Pflegefachperson vorgenommen (Art. 5 Abs. 2 des Administrativvertrages; act. I 1). Nach Art. 8 Abs. 3 KLV erfolgt die Bedarfsabklärung nach einheitlichen Kriterien (vgl. E. 2.3 hiervor). Mit RAI-HC steht den Spitex-Organisationen ein einheitliches Bedarfsabklärungs-Instrumentarium zur Verfügung. Die Bedarfsabklärung erfolgt bei Leistungsbeginn und muss spätestens innert 14 Tagen abgeschlossen sein (Art. 5 Abs. 4 des Administrativvertrages; act. I 1). Gemäss Art. 5 Abs. 3 des Administrativvertrages (act. I 1) ist das Ergebnis der Bedarfsabklärung zusammen mit dem Arzt auf dem Bedarfsmeldeformular gemäss Anhang 3a, b und c festzuhalten. Mit der Unterzeichnung der Bedarfsmeldung durch den Arzt wird diese zur ärztlichen Anordnung (vgl. Art. 6 Abs. 1 f. des Administrativvertrages; act. I 1). Die ärztliche Anordnung enthält den voraussichtlichen Bedarf an Pflegeleistungen und muss anschliessend sofort oder spätestens mit der ersten Rechnung dem Versicherer weitergeleitet werden (Art. 6 Abs. 1 f. des Administrativvertrages; act. I 1). Die Daten des Behandlungsbeginns müssen mit dem Beginn der Dauer der ärztlichen Anordnung übereinstimmen (Art. 6 Abs. 3 des Administrativvertrages; act. I 1). Nach Erhalt der ärztlichen Anordnung/Bedarfsmeldung haben die Krankenversicherer 14 Kalendertage Zeit, Einspruch zu erheben. Ansonsten gilt nach Art. 6 Abs. 4 des Administrativvertrages (act. I 1) die Leistungspflicht als gegeben, sofern die Pflegeleistungen wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sind.

Nach Art. 14 des Administrativvertrages (act. I 1) verpflichtet sich der Leistungserbringer zur Verantwortung, seine Dienstleistungen sowie die verwendeten Materialien wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich einzusetzen.

3.2.2 Vorliegend ist auf die dem Administrativvertrag entsprechenden (vgl. Art. 6 Abs. 2 des Administrativvertrages; act. I 1) Bedarfsmeldungen für die Versicherten (act. II 1b ff.) hin innert 14 Tagen kein Einspruch erfolgt. Dies bedeutet methodisch, dass von diesen Bedarfsmeldungen auszugehen und einerseits zu prüfen ist, ob die Rechnungen diesen Meldungen entsprechen, und andererseits, ob die geltend gemachten Leistungen wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sind. Zu prüfen sind dabei allein die zwischen den Parteien umstrittenen Leistungen; die unbestrittenen Punkte sind dagegen nicht Streitgegenstand.

3.2.3 Die Bedarfsmeldungen beziehen sich auf den Zeitraum ab dem 1. November 2016 resp. 23. Januar 2017 (act. II 1b und 1d bzw. act. I 16 f.), während die Rechnungsstellung den Zeitraum ab dem 1. Januar 2017 umfasst (act. I 2a und 4a); die Klägerin hat diverse, teilweise sich zeitlich überschneidende Bedarfsmeldungen ausgefüllt (vgl. act. II 1b bis 1e) und damit das Verfahren kompliziert. Es wird jedoch nicht geltend gemacht, dass sich der Bedarf verändert hätte; vielmehr anerkennt die Beklagte (durch vollständige Bezahlung der Rechnung für Januar 2017 [den Versicherten betreffend]; act. I 5), auch Leistungen für Januar 2017 zu schulden.

4.

4.1 Soweit den Versicherten betreffend sind die folgenden Positionen bei den Massnahmen der Abklärung und Beratung (Art. 7 Abs. 2 lit. a KLV) im Zeitraum vom 1. Januar bis 31. Mai 2017 umstritten:

4.1.1 Reassessment (RAI-HC-Katalog Nr. 10902; Akten der Beklagten [act. IIA] S. 24 des Anhangs F): Gemäss dem - dem Bedarfsmeldeformular vom 2. Februar 2017 beiliegenden - Leistungsplanungsblatt vom 25. Januar 2017 (act. II 1c S. 3) bezüglich der Verordnungsperiode vom 25. Januar bis 31. Mai 2017 wurden hierfür einmalig 90 Minuten geltend gemacht mit

der Begründung, die Richtzeit sei wegen komplexer Situation erhöht worden.

Nach RAI-HC-Katalog Nr. 10902 sind für ein Reassessment 60 Minuten vorgesehen (act. IIA S. 24 des Anhangs F). Vorliegend hat die Klägerin die geltend gemachte Komplexität weder näher begründet (vgl. act. I 19) noch in irgendeiner Weise belegt. Eine solche geht auch aus den Unterlagen (vgl. act. II 1c), insbesondere der Pflegedokumentation (act. I 16 S. 3 und act. II 5), nicht hervor. Diese Beweislosigkeit wirkt sich zu Lasten der Klägerin aus, die aus dem unbewiesenen Sachverhalt Rechte ableiten will (BGE 138 V 218 E. 6 S. 222). Zu berücksichtigen sind demnach - einmalig - 60 Minuten, welche unbestrittenermassen hierfür aufgewendet wurden. Mit Blick auf die diesbezüglich in Rechnung gestellten Leistungen (act. I 4a bis 4e) beträgt die Differenz zu dem von der Klägerin geltend gemachten Betrag (vgl. act. I 4a bis 4e) 30 Minuten à Fr. 79.80 pro Stunde für die ganze Verordnungsperiode (vgl. act. I 4a bis 4e) bzw. Fr. 39.90.

4.1.2 Betreffend die Position „Pflegebedarf bestimmen und evaluieren“ (RAI-HC-Katalog Nr. 10906; act. IIA S. 24 des Anhangs F) machte die Klägerin einen Aufwand von 15 Minuten monatlich geltend (act. II 1c S. 3).

Für diese Massnahme sind im RAI-HC-Katalog 15 Minuten vorgesehen (act. IIA S. 24 des Anhangs F). Entgegen der Auffassung der Beklagten (vgl. Klageantwort, S. 3 Ziff. 11) ist diese Leistung, wie sich aus der Beschreibung des Inhalts im RAI-HC-Katalog ergibt (Quantifizierung der notwendigen Pflegemassnahmen mit Hilfe des Leistungskatalogs; Vorbereitung/Bearbeitung der Unterlagen zur Genehmigung durch den Hausarzt; Evaluation und Anpassung der fortlaufenden Pflegeplanung), nicht zwingend mit einem Reassessment zu verbinden resp. nicht nur einmalig zu erbringen. Damit sind vorliegend 15 Minuten monatlich zu entschädigen, welche unbestrittenermassen hierfür aufgewendet wurden; es besteht keine Differenz zu dem von der Klägerin geltend gemachten Betrag (vgl. act. I 4a bis 4e).

4.1.3 Gemäss dem erwähnten Leistungsplanungsblatt vom 25. Januar 2017 (act. II 1c S. 3) wurden für die Position „Konsultation Arzt - Spitex zur Bedarfsabklärung“ (RAI-HC-Katalog Nr. 10907; act. IIA S. 25 des Anhangs

F) 11 Minuten monatlich geltend gemacht, was denn auch dem im RAI-HC-Katalog vorgegebenen Richtwert entspricht (act. IIA S. 25 des Anhangs F). Gestützt auf die Inhaltsbeschreibung der betreffenden Position (Den Arzt über die objektiven und subjektiven Befunde und Befindlichkeiten informieren, die für die gute interdisziplinäre Behandlung und Betreuung von Belang sind; Patientenuntersuchung gemeinsam mit dem Arzt; Aktualisierung der ärztlichen Verordnungen) ist auch diese Massnahme - entgegen der Ansicht der Beklagten (vgl. Klageantwort, S. 3 Ziff. 11) - nicht zwingend mit der Durchführung eines Reassessments verbunden bzw. nicht nur einmalig zu erbringen. Damit ist die geltend gemachte - und unbestrittenermassen erbrachte - Massnahme im Umfang von 11 Minuten monatlich zu berücksichtigen. Demnach besteht keine Differenz zu dem von der Klägerin geltend gemachten Betrag (vgl. act. I 4a bis 4e).

4.1.4 Betreffend die Position „Pflegeanleitung/Beratung Klientin oder Angehörige“ (RAI-HC-Katalog Nr. 10909; act. IIA S. 26 des Anhangs F) machte die Klägerin einen Aufwand von 15 Minuten monatlich geltend (act. II 1c S. 3).

Diese Massnahmen sind in den Unterlagen, insbesondere der Pflegedokumentation, nicht ausgewiesen (vgl. act. I 25 f.). Auch hat die Klägerin keine konkreten Beispiele hierfür genannt. Demnach ist der diesbezüglich geltend gemachte Aufwand nicht zu berücksichtigen. Mit Blick auf die insoweit in Rechnung gestellten Leistungen (act. I 4a bis 4 e) beträgt die Differenz zu dem von der Klägerin geltend gemachten Betrag (vgl. act. I 4a bis 4e) 15 Minuten à Fr. 79.80 pro Stunde monatlich (vgl. act. I 4a bis 4 e) bzw. Fr. 99.75 für fünf Monate.

4.1.5 Gemäss dem erwähnten Leistungsplanungsblatt vom 25. Januar 2017 (act. II 1c S. 3) wurden für die Position „Koordination“ (RAI-HC-Katalog Nr. 10912; act. IIA S. 26 des Anhangs F) 15 Minuten wöchentlich geltend gemacht.

Diese Leistungen sind nicht ausgewiesen und es werden von der Klägerin auch keine konkreten Beispiele dafür genannt. Demnach ist der diesbezüglich geltend gemachte Zeitaufwand nicht zu entschädigen. Mit Blick auf die insoweit in Rechnung gestellten Leistungen (act. I 4a bis 4e) beträgt die

Differenz zu dem von der Klägerin geltend gemachten Betrag 15 Minuten à Fr. 79.80 pro Stunde wöchentlich (vgl. act. I 4a bis 4e) bzw. Fr. 427.55 für fünf Monate (1 Monat = 4.286 Wochen x 5; vgl. act. II 1c S. 3).

4.2 Weiter sind die nachfolgenden Positionen bei den Massnahmen der Untersuchung und der Behandlung (Art. 7 Abs. 2 lit. b KLV) im Zeitraum vom 1. Januar bis 31. Mai 2017 streitig:

4.2.1 Gemäss dem erwähnten Leistungsplanungsblatt vom 25. Januar 2017 (act. II 1c S. 3) wurden für die Position „Medikamente richten“ (RAI-HC-Katalog Nr. 10601; act. IIA S. 17 des Anhangs F) 15 Minuten wöchentlich geltend gemacht mit der Begründung, die Richtzeit sei erhöht worden, da diese Massnahme (inkl. Bestellung der Medikamente) nur einmal wöchentlich durchgeführt werde.

Für diese Massnahme sind im RAI-HC-Katalog 10 Minuten vorgesehen (act. IIA S. 17 des Anhangs F). Die Erhöhung der Richtzeit hat die Klägerin nachvollziehbar mit dem Richten der Medikamente für jeweils eine Woche begründet. Entgegen der Auffassung der Beklagten (vgl. Klageantwort, S. 3 Ziff. 11) ist diese Massnahme ärztlich verordnet worden; mit der Unterzeichnung des Bedarfsmeldeformulars vom 2. Februar 2017 samt beiliegendem Leistungsplanungsblatt vom 25. Januar 2017 (act. II 1c S. 3) bezüglich der Verordnungsperiode vom 25. Januar bis 31. Mai 2017 wurde dieses zur ärztlichen Anordnung (vgl. E. 3.2.1 hiervor), welcher nicht widersprochen wurde (vgl. E. 3.2.2 hiervor). Damit sind vorliegend 15 Minuten wöchentlich, welche unbestrittenermassen rechtsgenügend ausgewiesen sind (vgl. act. II 5), zu berücksichtigen; es besteht keine Differenz zu dem von der Klägerin geltend gemachten Betrag (vgl. act. I 4a bis 4e).

4.2.2 Bezüglich der Position „Haut einreiben“ (therapeutisch verordnet; RAI-HC-Katalog Nr. 10617; act. IIA S. 20 des Anhangs F) machte die Klägerin 10 Minuten täglich geltend. Begründend hielt sie fest, die Richtzeit sei wegen der nötigen Zeit für das Waschen, Trocknen und Einreiben erhöht worden (act. II 1c S. 3).

Die Klägerin hat nachvollziehbar und einleuchtend erklärt, weshalb die Dauer erhöht wurde. Im Übrigen liegt diese Zeit auch im Rahmen des im RAI-HC-Katalog vorgegebenen Richtwertes (20 Minuten; act. IIA S. 20 des

Anhangs F). Entgegen der Ansicht der Beklagten (vgl. Klageantwort, S. 3 Ziff. 11) ist auch diese Massnahme ärztlich verordnet worden und es erfolgte kein Einspruch. Diesbezüglich kann auf die Ausführungen in Erwägung 4.2.1 hiervor verwiesen werden. Damit sind vorliegend 10 Minuten täglich, welche unbestrittenermassen rechtsgenügend ausgewiesen sind (vgl. act. II 5), zu entschädigen; es besteht keine Differenz zu dem von der Klägerin geltend gemachten Betrag (vgl. act. I 4a bis 4e).

4.3 Was die Massnahmen der Grundpflege (Art. 7 Abs. 2 lit. c KLV) im Zeitraum vom 1. Januar bis 31. Mai 2017 betrifft, ist einzig die Position „Teilwäsche am Lavabo“ (inkl. Intimpflege; RAI-HC-Katalog Nr. 10104; act. IIA S. 4 des Anhangs F) umstritten. Gemäss dem erwähnten Leistungsplanungsblatt vom 25. Januar 2017 (act. II 1c S. 3) wurden hierfür 15 Minuten täglich geltend gemacht. Zur Begründung wurde ausgeführt, die Richtzeit sei erhöht worden, da der Klient Anleitung benötige und verlangsamt sei.

Ausgewiesen (vgl. act. II 5) und durch die Beklagte anerkannt ist die tägliche Ganzwäsche am Lavabo resp. in der Dusche (vgl. Klageantwort, S. 3 Ziff. 11, und act. II 1c S. 3). Angesichts dessen und mit Blick darauf, dass mit dem ärztlich unterzeichneten Bedarfsmeldeformular vom 2. Februar 2017 lediglich ein Besuch pro Tag verordnet wurde (act. II 1c S. 1 Mitte), ist die Teilwäsche am Lavabo logisch ausgeschlossen. Demnach ist der diesbezüglich geltend gemachte Aufwand nicht zu berücksichtigen. Mit Blick auf die insoweit in Rechnung gestellten Leistungen (act. I 4a bis 4e) beträgt die Differenz zu dem von der Klägerin geltend gemachten Betrag (vgl. act. I 4a bis 4e) 15 Minuten à Fr. 54.60 pro Stunde täglich (vgl. act. I 4a bis 4e) bzw. Fr. 2'047.50 für fünf Monate (1 Monat = 30 Tage x 5; vgl. act. II 1c S. 3).

4.4 Sodann sind die nachfolgenden Positionen bei den Massnahmen der Abklärung und Beratung (Art. 7 Abs. 2 lit. a KLV) im Zeitraum vom 1. bis 30. Juni 2017 umstritten:

4.4.1 Reassessment (RAI-HC-Katalog Nr. 10902; act. IIA S. 24 des Anhangs F): Gemäss dem - dem Bedarfsmeldeformular vom 10. Mai 2017 beiliegenden - Leistungsplanungsblatt vom 1. Juni 2017 (act. I 17 S. 3) be-

züglich der Verordnungsperiode vom 1. Juni bis 30. November 2017 machte die Klägerin hierfür 90 Minuten monatlich geltend. Zur Begründung führte sie aus, dass die Richtzeit wegen komplexer Situation erhöht worden sei.

Nach RAI-HC-Katalog Nr. 10902 sind für ein Reassessment 60 Minuten vorgesehen (act. IIA S. 24 des Anhangs F). Vorliegend hat die Klägerin die geltend gemachte Komplexität weder näher begründet (vgl. act. I 19) noch in irgendeiner Weise belegt. Eine Begründung geht auch aus den Unterlagen (vgl. act. I 17), insbesondere der Pflegedokumentation (vgl. act. I 26 S. 3 bis 8), nicht hervor. Diese Beweislosigkeit wirkt sich zu Lasten der Klägerin aus (BGE 138 V 218 E. 6 S. 222). Zu berücksichtigen sind demnach 60 Minuten monatlich, welche unbestrittenermassen hierfür aufgewendet wurden. Mit Blick auf die diesbezüglich in Rechnung gestellten Leistungen (act. I 4f) beträgt die Differenz zu dem von der Klägerin geltend gemachten Betrag (vgl. act. I 4f) 30 Minuten monatlich à Fr. 79.80 pro Stunde (vgl. act. I 4f) bzw. Fr. 39.90 für einen Monat.

4.4.2 Betreffend die Position „Pflegebedarf bestimmen und evaluieren“ (RAI-HC-Katalog Nr. 10906; act. IIA S. 24 des Anhangs F) machte die Klägerin einen Aufwand von 15 Minuten monatlich geltend (act. I 17 S. 3).

Für diese Massnahme sind im RAI-HC-Katalog 15 Minuten vorgesehen (act. IIA S. 24 des Anhangs F). Entgegen der Auffassung der Beklagten (vgl. Klageantwort, S. 4 Ziff. 13) ist diese Leistung, wie sich aus der Beschreibung des Inhalts im RAI-HC-Katalog ergibt (vgl. E. 4.1.2 hiervor), nicht zwingend mit einem Reassessment zu verbinden resp. nicht nur einmalig zu erbringen. Damit sind vorliegend 15 Minuten monatlich zu entschädigen, welche unbestrittenermassen hierfür aufgewendet wurden. Es besteht keine Differenz zu dem von der Klägerin geltend gemachten Betrag (vgl. act. I 4f).

4.4.3 Gemäss dem erwähnten Leistungsplanungsblatt vom 1. Juni 2017 (act. I 17 S. 3) wurden für die Position „Konsultation Arzt - Spitex zur Bedarfsabklärung“ (RAI-HC-Katalog Nr. 10907; act. IIA S. 25 des Anhangs F) 11 Minuten monatlich geltend gemacht, was denn auch dem im RAI-HC-Katalog vorgegebenen Richtwert entspricht (act. IIA S. 25 des Anhangs F). Gestützt auf die Inhaltsbeschreibung der betreffenden Position (vgl.

E. 4.1.3 hiervor) ist auch diese Massnahme - entgegen der Ansicht der Beklagten (vgl. Klageantwort, S. 4 Ziff. 13) - nicht zwingend mit der Durchführung eines Reassessments verbunden bzw. nicht nur einmalig zu erbringen. Damit ist die geltend gemachte - und unbestrittenermassen erbrachte - Massnahme im Umfang von 11 Minuten monatlich zu berücksichtigen. Demnach besteht keine Differenz zu dem von der Klägerin geltend gemachten Betrag (vgl. act. I 4f).

4.4.4 Betreffend die Position „Pflegeanleitung/Beratung Klientin oder Angehörige“ (RAI-HC-Katalog Nr. 10909; act. IIA S. 26 des Anhangs F) machte die Klägerin einen Aufwand von 15 Minuten monatlich geltend (act. I 17 S. 3).

Diese Massnahmen sind in den Unterlagen, insbesondere der Pflegedokumentation (vgl. act. I 26 S. 3 bis 8), nicht ausgewiesen. Auch hat die Klägerin keine konkreten Beispiele hierfür genannt. Demnach ist der diesbezüglich geltend gemachte Aufwand nicht zu berücksichtigen. Mit Blick auf die insoweit in Rechnung gestellten Leistungen (act. I 4f) beträgt die Differenz zu dem von der Klägerin geltend gemachten Betrag (vgl. act. I 4f) 15 Minuten à Fr. 79.80 pro Stunde monatlich (vgl. act. I 4f) bzw. Fr. 19.95 für einen Monat.

4.4.5 Gemäss dem erwähnten Leistungsplanungsblatt vom 1. Juni 2017 (act. I 17 S. 3) wurden für die Position „Koordination“ (RAI-HC-Katalog Nr. 10912; act. IIA S. 26 des Anhangs F) 15 Minuten wöchentlich geltend gemacht.

Diese Leistungen sind nicht ausgewiesen und es werden von der Klägerin auch keine konkreten Beispiele dafür genannt. Demnach ist der diesbezüglich geltend gemachte Zeitaufwand nicht zu entschädigen. Mit Blick auf die insoweit in Rechnung gestellten Leistungen (act. I 4f) beträgt die Differenz zu dem von der Klägerin geltend gemachten Betrag (vgl. act. I 4f) 15 Minuten à Fr. 79.80 pro Stunde wöchentlich (vgl. act. I 4f) bzw. Fr. 85.50 für einen Monat (1 Monat = 4.286 Wochen; vgl. (act. I 17 S. 3).

4.5 Weiter sind die nachfolgenden Positionen bei den Massnahmen der Untersuchung und der Behandlung (Art. 7 Abs. 2 lit. b KLV) im Zeitraum vom 1. bis 30. Juni 2017 streitig:

4.5.1 Gemäss dem erwähnten Leistungsplanungsblatt vom 1. Juni 2017 (act. I 17 S. 3) wurden für die Position „Medikamente richten“ (RAI-HC-Katalog Nr. 10601; act. IIA S. 17 des Anhangs F) 10 Minuten wöchentlich geltend gemacht, was denn auch dem im RAI-HC-Katalog vorgegebenen Richtwert entspricht (act. IIA S. 17 des Anhangs F). Entgegen der Auffassung der Beklagten (vgl. Klageantwort, S. 4 f. Ziff. 13 und 16) ist diese Massnahme ärztlich verordnet worden; mit der Unterzeichnung des Bedarfsmeldeformulars vom 10. Mai 2017 samt beiliegendem Leistungsplanungsblatt vom 1. Juni 2017 (act. I 17 S. 3) bezüglich der Verordnungsperiode vom 1. Juni bis 30. November 2017 wurde dieses zur ärztlichen Anordnung (vgl. E. 3.2.1 hiervor), welcher nicht widersprochen wurde (vgl. E. 3.2.2 hiervor). Damit sind vorliegend 10 Minuten wöchentlich, welche unbestrittenermassen rechtsgenüchlich ausgewiesen sind (vgl. act. I 26 S. 3 bis 8), zu berücksichtigen; es besteht keine Differenz zu dem von der Klägerin geltend gemachten Betrag (vgl. act. I 4f).

4.5.2 Bezüglich der Position „Haut einreiben“ (therapeutisch verordnet; RAI-HC-Katalog Nr. 10617; act. IIA S. 20 des Anhangs F) machte die Klägerin 10 Minuten täglich geltend. Begründend hielt sie fest, die Richtzeit sei wegen der nötigen Zeit für das Waschen, Trocknen und Einreiben erhöht worden (act. I 17 S. 3).

Die Klägerin hat nachvollziehbar erklärt, weshalb die Dauer erhöht wurde. Im Übrigen liegt dieser Zeitaufwand sowieso im Rahmen des im RAI-HC-Katalog vorgegebenen Richtwertes (20 Minuten; act. IIA S. 20 des Anhangs F). Entgegen der Ansicht der Beklagten (vgl. Klageantwort, S. 4 f. Ziff. 13 und 16) ist auch diese Massnahme ärztlich verordnet worden und es erfolgte kein Einspruch. Diesbezüglich kann auf die Ausführungen in Erwägung 4.5.1 hiervor verwiesen werden. Damit sind vorliegend 10 Minuten täglich zu entschädigen, welche unbestrittenermassen rechtsgenüchlich ausgewiesen sind (vgl. act. I 26 S. 3 bis 8); es besteht keine Differenz zu dem von der Klägerin geltend gemachten Betrag (vgl. act. I 4f).

4.6 Was schliesslich die Massnahmen der Grundpflege (Art. 7 Abs. 2 lit. c KLV) im Zeitraum vom 1. bis 30. Juni 2017 betrifft, ist einzig die Position „Hilfe An-/Auskleiden“ (RAI-HC-Katalog Nr. 10114; act. IIA S. 6 des Anhangs F) umstritten. Gemäss dem erwähnten Leistungsplanungsblatt

vom 1. Juni 2017 (act. I 17 S. 3) wurden hierfür 10 Minuten täglich geltend gemacht.

Ausgewiesen (vgl. act. I 26 S. 3 bis 8) und durch die Beklagte anerkannt ist die tägliche Teil- und Ganzwäsche am Lavabo resp. in der Dusche (vgl. Klageantwort, S. 4 Ziff. 13, und act. I 17 S. 3). Das Ankleiden ist bereits in den jeweiligen Teiltätigkeiten der genannten Positionen Teil- und Ganzwäsche (vgl. RAI-HC-Katalog Nr. 10102 und 10104; act. IIA S. 4 des Anhangs F) enthalten und damit berücksichtigt, während das Auskleiden nur in den Teilverrichtungen der Position Ganzwäsche enthalten und lediglich insoweit berücksichtigt ist. Demnach ist der diesbezüglich geltend gemachte Aufwand zu drei Vierteln nicht zu entschädigen. Mit Blick auf die insoweit in Rechnung gestellten Leistungen (act. I 4f) beträgt die Differenz zu dem von der Klägerin geltend gemachten Betrag (vgl. act. I 4f) 10 Minuten à Fr. 54.60 pro Stunde täglich (vgl. act. I 4f), bzw. Fr. 273.-- für einen Monat (1 Monat = 30 Tage; vgl. act. I 17 S. 3). Davon sind nach dem Gesagten jedoch allein drei Viertel, d.h. Fr. 204.75, nicht zu entschädigen.

5.

5.1 Soweit die Versicherte betreffend ist bei den Massnahmen der Abklärung und Beratung (Art. 7 Abs. 2 lit. a KLV) im Zeitraum vom 1. Januar bis 31. Mai 2017 (vgl. act. I 2a bis 2e) einzig die Position „Pflegebedarf bestimmen und evaluieren“ (RAI-HC-Katalog Nr. 10906; act. IIA S. 24 des Anhangs F) umstritten: Gemäss dem - dem Bedarfsmeldeformular (gestempelt am 20. Februar 2017) beiliegenden - Leistungsplanungsblatt vom 23. Januar 2017 (act. II 1d S. 3) bezüglich der Verordnungsperiode vom 23. Januar bis 30. April 2017 wurden hierfür 15 Minuten monatlich geltend gemacht.

Für diese Massnahme sind im RAI-HC-Katalog 15 Minuten vorgesehen (act. IIA S. 24 des Anhangs F). Entgegen der Auffassung der Beklagten (vgl. Klageantwort, S. 5 Ziff. 19) ist diese Leistung, wie sich aus der Beschreibung des Inhalts im RAI-HC-Katalog ergibt (vgl. E. 4.1.2 hiervor), nicht zwingend mit einem Reassessment zu verbinden resp. nicht nur einmalig zu erbringen. Damit sind vorliegend 15 Minuten monatlich zu ent-

schädigen, welche unbestrittenermassen hierfür aufgewendet wurden; es besteht keine Differenz zu dem von der Klägerin geltend gemachten Betrag (vgl. act. I 2a bis 2e).

5.2 Schliesslich ist bei den Massnahmen der Grundpflege (Art. 7 Abs. 2 lit. c KLV) im Zeitraum vom 1. bis 30. Juni 2017 (vgl. act. I 2f) die Position „Trainieren von Verrichtungen und Alltagsfertigkeiten“ umstritten. Hierfür machte die Klägerin 40 Minuten täglich geltend (act. I 10 S. 3).

Diese Massnahme ist ärztlich verordnet worden; mit der Unterzeichnung des Bedarfsmeldeformulars vom 8. Juni 2017 samt beiliegendem Leistungsplanungsblatt vom 1. Juni 2017 (act. I 10) bezüglich der Verordnungsperiode vom 1. Juni bis 31. August 2017 wurde dieses zur ärztlichen Anordnung (vgl. E. 3.2.1 hiavor). Nach deren Erhalt hatte die Beklagte innert 14 Tagen keinen Einspruch erhoben (vgl. E. 3.2.2 hiavor), womit nach Art. 6 Abs. 4 des Administrativvertrages (act. I 1) die Leistungspflicht als gegeben gilt, sofern die geltend gemachten Pflegeleistungen wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sind (vgl. E. 3.2.1 hiavor). Es ist nicht ersichtlich und wird von der Beklagten denn auch nicht geltend gemacht, dass vorliegend die Grundsätze der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit verletzt worden wären. Hieran ändert nichts, dass teilweise das Abendessen gekocht bzw. hierbei die notwendige Unterstützung geboten wurde (vgl. Klageantwort, S. 6 f. Ziff. 22, und act. I 24 S. 7 bis 11), geht doch aus der diesbezüglichen Pflegeplanung und -dokumentation (vgl. act. I 10 S. 5 und act. I 24 S. 7 bis 11) klar hervor, dass die Versicherte wegen Alter und Depression und der damit verbundenen Beeinträchtigung der Gedächtnisleistung einer Unterstützung und Hilfe bei den alltäglichen Lebensverrichtungen, insbesondere der Führung des Haushaltes bedarf (vgl. act. I 24 S. 8 f. [„Hilfe mit Abendessen zuzubereiten“, „Gespräch über alltagsbewältigung“, „Begleitung und unterstützung beim Einkaufen mit Klientin“]). Im Weiteren ist insbesondere nicht erstellt, dass unter dieser Position andere Leistungen abgerechnet worden wären (vgl. act. I 24 S. 7 bis 11). Damit sind vorliegend 40 Minuten täglich, welche unbestrittenermassen rechtsgenüglich ausgewiesen sind (vgl. act. I 24 S. 7 bis 11), zu

berücksichtigen; es besteht keine Differenz zu dem von der Klägerin geltend gemachten Betrag (vgl. act. I 2f).

6.

Nach dem Dargelegten beträgt die Differenz zu dem von der Klägerin geltend gemachten Betrag von Fr. 13'154.50 (vgl. Klage, S. 2 Ziff. I, und act. I 2 bis 5) gesamthaft Fr. 2'964.80 (vgl. E. 4 f.), so dass die Beklagte der Klägerin Fr. 10'189.70 schuldet. Demnach ist die Beklagte in teilweiser Gutheissung der Klage zu verurteilen, der Klägerin Fr. 10'189.70 zu bezahlen. Im Übrigen ist die Klage abzuweisen.

7.

7.1 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). Die Verfahrenskosten werden insgesamt auf Fr. 3'000.-- festgesetzt (Art. 52 VKD) und sind nach Massgabe des Unterliegens auf die Parteien zu verlegen (Art. 46 Abs. 2 EG KUMV i.V.m. Art. 109 Abs. 1 VRPG). Bei einem eingeklagten Betrag von Fr. 13'154.50 und einem zugesprochenen Betrag von Fr. 10'189.70 unterliegt die Klägerin ungefähr zu einem Viertel und die Beklagte ungefähr zu drei Vierteln, so dass die Klägerin Verfahrenskosten im Betrag von Fr. 750.-- und die Beklagte im Umfang von Fr. 2'250.-- zu tragen haben. Die Verfahrenskosten von Fr. 3'000.-- werden dem von der Klägerin geleisteten Kostenvorschuss gleicher Höhe entnommen; die Beklagte hat der Klägerin einen Betrag von Fr. 2'250.-- zu ersetzen.

7.2

7.2.1 Die Parteikosten sind ebenfalls nach Massgabe des Unterliegens auf die Parteien zu verlegen (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 Verordnung vom 17. Mai 2006 über die Bemessung des Parteikostenersatzes (Parteikostenverordnung, PKV; BSG 168.811) von Fr. 400.-- bis Fr. 11'800.-- pro Instanz zur Anwendung gelangt. In Verwaltungsrechtssachen (vgl. Art. 11 ff. PKV), zu welchen auch die sozialversicherungsrechtlichen Verfahren gehören, kommen gemäss Art. 16 PKV auch die Art. 9 und 10 PKV zur Anwendung. Gemäss Art. 9 PKV wird ein Zuschlag von bis zu 100 % auf das Honorar gewährt bei Verfahren, die besonders viel Zeit und Arbeit beanspruchen, wie namentlich bei schwieriger und zeitraubender Sammlung oder Zusammenstellung des Beweismaterials, bei grossem Aktenmaterial oder umfangreichem Briefwechsel, wenn ein wesentlicher Teil des Aktenmaterials oder des Briefwechsels in einer anderen als der Gerichtssprache vorliegt, oder bei besonders komplexen tatsächlichen oder rechtlichen Verhältnissen.

7.2.2 Die durch Rechtsanwältin B._____ vertretene Klägerin hat im Umfang ihres Obsiegens von drei Vierteln (vgl. E. 7.1 hiervor) Anspruch auf Ersatz ihrer Parteikosten. Mit Kostennote vom 13. Oktober 2017 macht die Rechtsvertreterin ein Honorar von Fr. 2'250.-- (9 Std. à Fr. 250.--) zuzüglich Mehrwertsteuer in der Höhe von Fr. 180.-- (8 % von Fr. 2'250.--), total Fr. 2'430.--, geltend, was als überhöht einzustufen ist. Ausgehend von einem gebotenen Aufwand zwischen sechs und sieben Stunden rechtfertigt sich die Parteientschädigung ermessensweise auf pauschal Fr. 1'700.-- (inkl. Mehrwertsteuer) festzulegen. Davon hat die Beklagte der Klägerin drei Viertel bzw. Fr. 1'275.-- (inkl. Mehrwertsteuer) zu ersetzen.

Trotz teilweisen Obsiegens hat 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 Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG; heute BGer]
vom 25. Januar 2006, K 46/04, E. 7).

Demnach entscheidet das Schiedsgericht:

1. In teilweiser Gutheissung der Klage wird die Beklagte verurteilt, der Klägerin Fr. 10'189.70 zu bezahlen. Im Übrigen wird die Klage abgewiesen.
2. Die Verfahrenskosten von Fr. 3'000.-- werden der Klägerin im Umfang von Fr. 750.-- und der Beklagten im Umfang von Fr. 2'250.-- zur Bezahlung auferlegt. Sie werden vollumfänglich dem von der Klägerin geleisteten Kostenvorschuss gleicher Höhe entnommen. Die Beklagte wird verurteilt, der Klägerin einen Betrag von Fr. 2'250.-- zu ersetzen.
3. Die Beklagte hat der Klägerin eine Parteientschädigung von Fr. 1'275.-- (inkl. MWSt.) zu bezahlen.
4. Zu eröffnen (R):
 - Rechtsanwältin B. _____ z.H. der Klägerin
 - Atupri Gesundheitsversicherung
 - 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.