

200 18 808 SCHG
LOU/TOZ/SEE

Schiedsgericht in Sozialversicherungsstreitigkeiten des Kantons Bern

Urteil vom 28. Juni 2019

Vorsitzender Verwaltungsrichter Loosli
Fachrichterin Wüthrich Rösch und Fachrichter König
Gerichtsschreiberin Tomic

A. _____
vertreten durch Rechtsanwalt B. _____
Kläger und Widerbeklagter

gegen

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

betreffend Bundesgerichtsentscheid vom 16. Oktober 2018 (Rückweisung
an Vorinstanz SCHG/2016/450)



Sachverhalt:

A.

A._____ (Leistungserbringer bzw. Kläger) ist freiberuflich tätiger Pflegefachmann und erbrachte für den bei der KPT Krankenkasse AG (KPT bzw. Beklagte) obligatorisch krankenkpflegeversicherten C._____ (Versicherter) Pflegeleistungen. Gestützt auf durch med. pract. D._____ ausgestellte ärztliche Verordnungen bezüglich ambulant durchgeführter Behandlungspflege (Akten des Leistungserbringers [SCHG/2015/543 act. I] 24) ersuchte der Leistungserbringer die KPT um Kostengutsprachen für Spitexleistungen betreffend den Zeitraum vom 1. Januar 2012 bis 30. Juni 2015 (pro Quartal jeweils Pflegeleistungen zwischen 34 und 49 Stunden). Die KPT erteilte daraufhin 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 dabei die Kosten für eine zweimal 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).

In der Folge konnten sich der Leistungserbringer und die KPT nicht über das Ausmass der zu vergütenden Pflegeleistungen einigen (SCHG/2015/543 act. I 14 bis 22). Auch eine am 16. Februar 2016 vor dem Schiedsgericht in Sozialversicherungsstreitigkeiten des Kantons Bern durchgeführte Vermittlungsverhandlung verlief ergebnislos; einzig betreffend die Vergütung der Pflegeleistungen für die Zeit ab dem 1. März 2016 schlossen die Parteien eine Vereinbarung ab (Verfahren SCHG/2015/543). In deren Vorfeld wurde instruktionsrichterlich eine fachärztliche Stellungnahme des Spitals E._____, vom 20. Januar 2016 eingeholt.

B.

Am 4. Mai 2016 liess der Leistungserbringer, vertreten durch Rechtsanwalt F._____, beim Schiedsgericht Klage erheben mit dem Rechtsbegehren, die KPT sei zu verurteilen, ihm die Krankenpflegekosten des Versicherten

für den Zeitraum vom 1. Januar 2012 bis 29. Februar 2016 in Höhe von Fr. 38'809.95, abzüglich des bereits überwiesenen Betrags von Fr. 17'385.65, ausmachend Fr. 21'424.30, zu erstatten, zuzüglich Zins von 5 % seit dem 10. Juni 2015 (Verfahren SCHG/2016/450). Die KPT schloss auf Abweisung der Klage und stellte widerklageweise den Antrag, der Leistungserbringer sei anzuweisen, ihr zu viel vergütete Aufwendungen im Betrag von Fr. 5'685.45 zurückzuzahlen.

Das Schiedsgericht veranlasste eine gutachterliche Einschätzung durch Prof. Dr. med. G. _____, Spital E. _____, vom 23. März 2017 (samt Ergänzung vom 7. Juli 2017). Mit Urteil vom 3. November 2017, SCHG/2016/450, wies es die Klage ab; gleichzeitig hiess es die Widerklage gut und verpflichtete den Leistungserbringer zur Rückerstattung eines Betrags von Fr. 5'685.45. Eine vom Leistungserbringer dagegen erhobene Beschwerde hiess das Bundesgericht (BGer) mit Entscheid vom 16. Oktober 2018, 9C_1/2018, teilweise gut, hob das angefochtene Urteil auf und wies die Sache zu neuer Entscheidung bzw. zur Beurteilung des Quantitatifs des für die Zeitspanne vom 1. Januar 2012 bis Ende September 2015 bejahten Leistungsanspruchs des Leistungserbringers an die Vorinstanz zurück. Im Übrigen wies es die Beschwerde ab. Zur Begründung der Rückweisung hielt es fest, die im Zeitraum vom 1. Januar 2012 bis Ende September 2015 täglich durch den Leistungserbringer vorgenommenen Kontrollen der Vitalwerte des Versicherten seien als medizinisch indiziert zu qualifizieren. Dagegen habe ab Oktober 2015 bis Ende Februar 2016 nur mehr der von der Vorinstanz beschriebene verminderte Bedarf (dreimal wöchentlich durchgeführte Messungen des Blutdrucks, des Pulses, der Körpertemperatur und des Blutzuckers sowie einmal wöchentlich durchgeführte Gewichtsmessung) bestanden (E. 4.2, 4.2.1 f. und 4.2.3 des Entscheids).

C.

Mit prozessleitender Verfügung vom 2. November 2018 hielt der Präsident der Sozialversicherungsrechtlichen Abteilung des Verwaltungsgerichts unter anderem fest, das Verfahren werde unter der Nummer SCHG/2018/808

fortgesetzt und setzte, da Verwaltungsrichter Schütz, Vorsitzender im Verfahren SCHG/2016/450, nicht mehr als Vorsitzender des Schiedsgerichts in Sozialversicherungsstreitigkeiten amte, neu Verwaltungsrichter Loosli als Vorsitzenden ein.

Der nunmehr zuständige Instruktionsrichter gab mit prozessleitender Verfügung vom 13. Dezember 2018 den Parteien im Lichte des Entscheids BGer 9C_1/2018 Gelegenheit, zur nur mehr offenen Frage nach dem Umfang der dem Kläger/Widerbeklagten für die Zeit vom 1. Januar 2012 bis Ende September 2015 zustehenden Leistungen Stellung zu nehmen und sich dabei insbesondere auch zur Möglichkeit einer aussergerichtlichen Verständigung zu äussern.

Mit Eingabe vom 29. Januar 2019 quantifizierte die Beklagte/Widerklägerin den vom Bundesgericht für die Zeitspanne vom 1. Januar 2012 bis Ende September 2015 bejahten Leistungsanspruch des Klägers/Widerbeklagten auf Fr. 19'198.55. Gleichzeitig modifizierte sie ihr im Verfahren SCHG/2016/450 widerklageweise gestelltes Rechtsbegehren dahingehend, dass der Kläger/Widerbeklagte anzuweisen sei, ihr in der Zeit von Oktober bis Dezember 2015 zu viel vergütete Aufwendungen im Betrag von Fr. 1'447.15 zurückzuzahlen. Die Beklagte/Widerklägerin erklärte sich mit der Durchführung eines Vermittlungsverfahrens einverstanden.

Mit Eingabe vom 13. März 2019 modifizierte der Kläger/Widerbeklagte, vertreten durch Rechtsanwalt B._____, seinen im Verfahren SCHG/2016/450 klageweise gestellten Antrag dahingehend, dass die Beklagte/Widerklägerin zu verpflichten sei, ihm Krankenpflegekosten des Versicherten für den Zeitraum vom 1. Januar 2012 bis Ende September 2015 in Höhe von mindestens Fr. 35'313.58 abzüglich des bereits überwiesenen Betrags von Fr. 15'300.85, ausmachend Fr. 20'012.85 zuzüglich Zins zu erstatten; über den Umfang der ihm für den Zeitraum von Oktober 2015 bis Februar 2016 zustehenden Vergütung werde das Gericht zu befinden haben. Der Kläger/Widerbeklagte lehnte die Durchführung eines Vermittlungsverfahrens ab.

Am 21. März 2019 stellte der Instruktionsrichter mit prozessleitender Verfügung den Verzicht auf weitere Vermittlungsbemühungen fest, schloss das

Instruktionsverfahren 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 vom Kläger/Widerbeklagten zu Gunsten des Versicherten erbrachten Leistungen für den Zeitraum vom 1. Januar 2012 bis 29. Februar 2016 umstritten. Die Leistungen werden gemäss Art. 9 Abs. 1 des vorliegend 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. Somit stehen sich im Streit der Kläger/Widerbeklagte als Leistungserbringer und die Beklagte/Widerklägerin als Krankenversicherer des Versicherten gegenüber, weshalb die sachliche Zuständigkeit des Schiedsgerichts gegeben ist.

1.1.2 Der Leistungserbringer hat seine ständige Einrichtung im Sinne von Art. 89 Abs. 2 KVG im Kanton Bern, womit das Schiedsgericht in Sozialversicherungsstreitigkeiten des Kantons Bern auch örtlich zuständig 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 [Verfahren SCHG/2016/450]) 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 Im Klageverfahren 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. 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).

Streitgegenstand bildet - nach der Rückweisung der Sache gemäss Entscheidung BGer 9C_1/2018 - der quantitative Umfang des vom Bundesgericht für die Zeitspanne vom 1. Januar 2012 bis 29. Februar 2016 bejahten Leistungsanspruchs des Klägers/Widerbeklagten resp. der von ihm zu Gunsten des Versicherten im fraglichen Zeitraum erbrachten Leistungen durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung und die Frage, ob der Kläger/Widerbeklagte der Beklagten/Widerklägerin den Betrag von Fr. 1'447.15 zurückzuerstatten hat.

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 Beweismwürdigung 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 GSOG; 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. Auf die Durchführung einer erneuten Vermittlungsverhandlung vor dem Schiedsgericht wurde vorliegend verzichtet (vgl. Ziff. 2 der prozessleitenden Verfügung vom 21. März 2019), da eine solche vom Kläger/Widerbeklagten ausdrücklich abgelehnt worden war (vgl. Eingabe vom 13. März 2019, S. 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 140 V 41 E. 6.3.1 S. 44, 132 V 215 E. 3.1.1 S. 220; SVR 2018 KV Nr. 2 S. 14 E. 2). Massgebend sind somit

Gesetzes- und Verordnungsbestimmungen in den vom 1. Januar 2012 bis 29. Februar 2016 in Kraft gestandenen Fassungen.

2.2 Nach Art. 24 KVG übernimmt die obligatorische Krankenpflegeversicherung die Kosten für die Leistungen gemäss Art. 25 - 31 KVG nach Massgabe der in den Art. 32 - 34 KVG festgelegten Voraussetzungen. Die Leistungen umfassen u.a. Untersuchungen, Behandlungen und Pflegemassnahmen, die ambulant, bei Hausbesuchen, stationär, teilstationär in einem Pflegeheim durch Personen durchgeführt werden, die auf Anordnung oder im ärztlichen Auftrag Leistungen erbringen (Art. 25 Abs. 2 lit. a Ziff. 3 KVG). Laut Art. 25a Abs. 1 KVG leistet die obligatorische Krankenpflegeversicherung 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, deren Modalitäten bundesrätlich festgelegt werden (Art. 25a Abs. 4 KVG).

2.3 Der entsprechende Leistungsbereich wird - gestützt auf Art. 33 lit. b der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV, SR 832.102) - in Art. 7 ff. der Verordnung vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Krankenpflege-Leistungsverordnung KLV; SR 832.112.31) näher umschrieben. Gemäss Art. 7 Abs. 1 lit. a KLV übernimmt die obligatorische Krankenpflegeversicherung Untersuchungen, Behandlungen und Pflegemassnahmen, die aufgrund der Bedarfsabklärung nach Art. 7 Abs. 2 lit. a KLV und nach Art. 8 KLV auf ärztliche Anordnung oder im ärztlichen Auftrag von Pflegefachfrauen und -männern (Art. 49 KVV) erbracht werden. Gemäss Art. 7 Abs. 2 KLV umfassen die Leistungen im Sinne von Abs. 1 der Bestimmung Massnahmen der Abklärung, Beratung und Koordination (lit. a), der Untersuchung und der Behandlung (lit. b) sowie der Grundpflege

(lit. c). Zu den entsprechenden Massnahmen gehören u.a. die Abklärung des Pflegebedarfs und des Umfelds des Patienten oder der Patientin und die Planung der notwendigen Massnahmen zusammen mit dem Arzt oder der Ärztin und dem Patienten oder der Patientin (Art. 7 Abs. 2 lit. a Ziff. 1), die Messung der Vitalzeichen (Puls, Blutdruck, Temperatur, Atem, Gewicht [Art. 7 Abs. 2 lit. b Ziff. 1]), die einfache Bestimmung des Zuckers in Blut und Urin (Art. 7 Abs. 2 lit. b Ziff. 2) sowie die Vorbereitung und Verabreichung von Medikamenten und die Dokumentation der damit verbundenen Tätigkeiten (Art. 7 Abs. 2 lit. b Ziff. 7).

2.4 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).

2.4.1 Grundlage des Entschädigungsanspruchs für Leistungen von Pflegefachfrauen und -männern oder der Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause bildet der ärztliche Auftrag oder die ärztliche Anordnung für die erforderlichen Massnahmen, welche aufgrund der Bedarfsabklärung und der gemeinsamen Planung näher zu umschreiben sind (Art. 8 Abs. 1 KLV). Die Bedarfsabklärung umfasst die Beurteilung der Gesamtsituation des Patienten oder der Patientin sowie die Abklärung des Umfelds 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 Satz 1 und 2 KLV). Der Krankenversicherer kann verlangen, dass ihm die relevanten Elemente der Bedarfsabklärung mitgeteilt werden (Art. 8 Abs. 5 KLV). Erforderlichenfalls ist ihm zuhanden des Vertrauensarztes (Art. 57 KVG) eine umfassende Dokumentation der erbrachten Leistungen (Pflegedokumentation) einzureichen. Schliesslich ist eine detaillierte und verständliche Rechnungsstellung vorauszusetzen (Art. 42 Abs. 3 Satz 1 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).

2.4.2 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 das Verfahren der Überprüfung der Bedarfsabklärung sowie der Kontrolle von Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit der Leistungen. Die ärztlichen Aufträge oder Anordnungen sind zu überprüfen, wenn voraussichtlich mehr als 60 Stunden pro Quartal benötigt werden; bei voraussichtlich weniger als 60 Stunden pro Quartal sind systematische Stichproben vorzunehmen (vgl. BGE 126 V 334 E. 1a und b S. 336 f.; Entscheid des BGer vom 20. Juni 2013, 9C_528/2012, E. 2).

2.5

2.5.1 Nach Art. 32 Abs. 1 KVG müssen die Leistungen nach den Art. 25 - 31 KVG 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).

2.5.2 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).

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 SBK-Administrativvertrages; SCHG/2015/543 act. I 23).

3.2 Gestützt auf die medizinische Aktenlage leidet der Versicherte an einer Granulomatose mit Polyangiitis mit lebensbedrohlichem Multiorganbefall von Darm, Lunge, Gelenken, Niere und Haut, welche engmaschig ärztlich kontrollierte hochdosierte, kombinierte immunsuppressive Therapien erfordert. Unbestritten ist ferner, dass der Versicherte die ihm verschriebenen Medikamente ordentlich einnehmen, auf eine genügende Hygiene achten (Infektanfälligkeit) und sich angemessen ernähren muss. Auch hat eine regelmässige Überwachung der Vitalzeichen zu erfolgen (Entscheid BGer 9C_1/2018, E. 3.1).

Vor diesem Hintergrund ist der Versicherte seit Jahren auf Pflegeleistungen zu Hause angewiesen. Ebenfalls unstrittig ist, dass der Kläger/Widerbeklagte als freiberuflich tätiger Pflegefachmann die Zulassungsvoraussetzungen erfüllt, um im eigenen Namen und auf eigene Rechnung die von ihm auf Anordnung des med. pract. D. _____ hin erbrachten Pflegeleistungen gegenüber der Beklagten/Widerklägerin abzurechnen (Art. 25a i.V.m. Art. 35 Abs. 2 lit. e KVG sowie Art. 46 Abs. 1 lit. c und Art. 49 KVV). Auch sind sich die Verfahrensbeteiligten darüber einig, dass es sich bei den vom Kläger/Widerbeklagten vorgenommenen Handlungen (Kontrolle der Vitalwerte des Versicherten sowie der Medikamenteneinnahme) um grundsätzlich vergütungsberechtigte pflegerische Massnahmen nach KVG handelt (Entscheid BGer 9C_1/2018, E. 3.2).

3.3 Das Bundesgericht hat im Entscheid BGer 9C_1/2018 erkannt, dass gestützt auf die medizinischen Akten die im Zeitraum vom 1. Januar 2012 bis 30. September 2015 täglich durch den Kläger/Widerbeklagten

vorgenommenen Kontrollen der Vitalwerte des Versicherten (Puls, Körpertemperatur, Blutzucker, Blutdruck und Gewicht) als medizinisch indiziert zu qualifizieren seien. Hierzu führte es aus, der Entscheid, welche Massnahmen in zeitlicher Hinsicht wie auch in Bezug auf Form und Inhalt angebracht seien, stehe grundsätzlich im pflichtgemässen Ermessen der Leitung des Spitex-Verbands und der für die Anordnung der Leistungen zuständigen Arztperson. Bei der Beurteilung des konkreten Bedarfs komme den zuständigen Personen ein gewisser Spielraum zu, in welchem namentlich dann nur zurückhaltend einzugreifen sei, wenn es sich bei der Leistungen anordnenden Arztperson um den Hausarzt oder die Hausärztin der versicherten Person handle, der oder die jederzeit über deren Gesundheitszustand im Bilde sei. Darüber hinaus gelte die gesetzliche Vermutung, dass ärztlich verordnete Leistungen im Sinne von Art. 32 Abs. 1 KVG wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich seien (Entscheid BGer 9C_1/2018, E. 4.2.2.2 und 4.2.3).

Weiter hat das Bundesgericht erkannt, dass gestützt auf die Einschätzung des Prof. Dr. med. G. _____ vom 23. März 2017 samt Ergänzung vom 7. Juli 2017 (in den Gerichtsakten SCHG/2016/450) die Vitalwerte des Versicherten spätestens ab Oktober 2015 - aufgrund der eingetretenen Stabilität der Erkrankung - nur noch in reduziertem Umfang durch den Kläger/Widerbeklagten kontrolliert werden mussten resp. ab Oktober 2015 bis 29. Februar 2016 nur mehr der von der Vorinstanz beschriebene verminderte Bedarf (dreimal wöchentlich durchgeführte Messungen des Blutdrucks, des Pulses, der Körpertemperatur und des Blutzuckers sowie einmal wöchentlich durchgeführte Gewichtsmessung) bestanden habe (Entscheid BGer 9C_1/2018, E. 4.2.1 f., 4.2.2.1 und 4.2.3).

3.4 Zeitraum vom 1. Januar 2012 bis 30. September 2015:

Der Kläger/Widerbeklagte quantifizierte den vom Bundesgericht für die fragliche Zeitspanne bejahten Leistungsanspruch auf Fr. 20'012.85 zuzüglich Zinsen (vgl. Eingabe vom 13. März 2019; act. I 25 bis 27 und 44 bis 47) und verwies diesbezüglich auf die Klagebeilagen im Verfahren SCHG/2015/543 (vgl. Eingabe vom 13. März 2019; SCHG/2015/543 act. I 25 bis 27 und 44 bis 47).

Die geltend gemachte Forderung von Fr. 20'012.85 ist durch die von den Parteien eingereichten Verfahrensakten belegt (SCHG/2015/543 act. I 25 bis 27 und 44 bis 46, SCHG/2016/450 act. II 17 und Akten der Beklagten/Widerklägerin [act. II]). Nicht nachvollziehbar ist dagegen die von der Beklagten/Widerklägerin auf Fr. 19'198.55 bezifferte Forderung (vgl. Eingabe vom 29. Januar 2019) bzw. die sich aus dem Vergleich des vom Kläger/Widerbeklagten geltend gemachten Betrags mit demjenigen der Beklagten/Widerklägerin ergebende Differenz von Fr. 814.30; dass die vom Kläger/Widerbeklagten geltend gemachte Forderungshöhe nicht korrekt wäre, ist aus den Akten nicht ersichtlich und wird denn auch von der Beklagten/Widerklägerin weder substantiiert bestritten noch belegt. Anzufügen ist, dass die Differenz von Fr. 814.30 wohl darauf zurückzuführen ist, dass die Beklagte/Widerklägerin in der Excel-Liste, welche der Eingabe vom 29. Januar 2019 beigelegt worden war, für den Monat August 2014 keinen Rechnungsbetrag aufgeführt hat, obwohl eine entsprechende Fakturierung erfolgt ist (vgl. SCHG/2016/450 act. I 45). Mithin hat der Kläger/Widerbeklagte einen Anspruch auf Vergütung der Pflegeleistungen für den Zeitraum vom 1. Januar 2012 bis 30. September 2015 in Höhe von Fr. 20'012.85.

3.5 Zeitraum vom 1. Oktober 2015 bis 29. Februar 2016:

Gestützt auf den Entscheid BGer 9C_1/2018 mussten die Vitalwerte des Versicherten in der fraglichen Zeitspanne dreimal wöchentlich und das Gewicht einmal wöchentlich durch den Kläger/Widerbeklagten kontrolliert werden (E. 4.2.1 f., 4.2.2.1 und 4.2.3 des Entscheids). Ab Oktober 2015 wurden folgende Rechnungen gestellt:

Tabelle 1

Periode	Rechnung Kläger (SCHG/2015/543 act. I 42, 44, 45)	Vergütung Kläger (SCHG/2015/543 act. I 46)	Rechnung Beklagte (SCHG/2016/450 act. II 17; act. II)	Vergütung Beklagte (SCHG/2016/450 act. II 17; act. II)	Differenz gemäss Tabelle 2 (unten)	
10.2015	Fr. 738.37	Fr. 738.35	Fr. 738.35	Fr. 738.35	- Fr. 347.52	Rücker- stattung

11.2015	Fr. 716.65	Fr. 716.65	Fr. 716.65	Fr. 716.65	- Fr. 304.08	Rückerstattung
12.2015	Fr. 629.78	Fr. 629.80	Fr. 629.80	Fr. 629.80	- Fr. 304.08	Rückerstattung
01.2016	Fr. 803.52	Fr. 0.--	Fr. 803.52	Fr. 0.--	+ Fr. 304.08	erstmalige Vergütung
02.2016	Fr. 608.07	Fr. 0.--	Fr. 608.07	Fr. 0.--	+ Fr. 260.64	erstmalige Vergütung

Gemäss Entscheid BGer 9C_1/2018 ist die an sich und betreffend Minuten/Tag unbestrittene Kontrolle der Vitalzeichen, wie sie seit Jahren erbracht wurde (vgl. auch E. 3.4 hiervor), nicht mehr täglich, sondern bloss noch dreimal pro Woche zu entschädigen (E. 4.2.1 f., 4.2.2.1 und 4.2.3 des Entscheids). Hierbei sind auch die Leistungen mit Aufwand von mehr als 20 Minuten (ca. alle 7 Tage) zu vergüten, da diesbezüglich ohne weiteres von zusätzlichen Leistungen wie der Medikamentenvorbereitung und Gewichtskontrolle ausgegangen werden kann (vgl. Entscheid BGer 9C_1/2018, E. 4.2.1 f., sowie Urteil SCHG/2016/450, E. 4.1.2; vgl. insbesondere auch SCHG/2016/450 act. II 12 ff.); diese entsprechen im Übrigen auch den Kriterien der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit (WZW-Kriterien; vgl. Entscheid BGer 9C_1/2018, E. 3.2). Dementsprechend werden die Rechnungsstellungen des Klägers/Widerbeklagten jeweils nur um Tage mit Leistungen von 20 Minuten gekürzt. Die Rechnungen des Klägers/Widerbeklagten sind demnach wie folgt anzupassen:

Tabelle 2

Periode	Tage im Monat	Indizierte Anzahl Tage	Anzahl verrechneter	Differenz (zu viel verrechnet)	Differenz in	Differenzbetrag total	
---------	---------------	---------------------------	------------------------	--------------------------------------	-----------------	--------------------------	--

			Tage	Tage)	Betrag		
10.2015	31 (SCHG/2015/543 act. I 42)	13 (4 x 3 + 1 [anteilmäs- sig])	29	-16	16 x 21.72	- Fr. 347.52	Rückerstattung
11.2015	30 (SCHG/2015/543 act. I 42)	14 (4 x 3 + 2 [anteilmäs- sig])	28	-14	14 x 21.72	- Fr. 304.08	Rückerstattung
12.2015	31 (SCHG/2015/543 act. I 42)	13 (4 x 3 + 1 [anteilmäs- sig])	27	-14	14 x 21.72	- Fr. 304.08	Rückerstattung
01.2016	31 (SCHG/2015/543 act. I 44)	14 (4 x 3 + 2 [anteilmäs- sig])	31	-17	14 x 21.72	+ Fr. 304.08	Vergütung
02.2016	29 (SCHG/2015/543 act. I 44)	12 (4 x 3)	26	-14	12 x 21.72	+ Fr. 260.64	Vergütung
Total						- Fr. 390.96 z.L. des Klägers	

Gestützt darauf ergibt sich ein Rückerstattungsbetrag für den Zeitraum vom 1. Oktober 2015 bis 29. Februar 2016 in Höhe von total Fr. 390.95 bzw. hat der Kläger/Widerbeklagte der Beklagten/Widerklägerin einen Betrag von Fr. 390.95 zu bezahlen.

4.

4.1 Nach dem Dargelegten ist in Gutheissung der Klage die Beklagte/Widerklägerin zu verurteilen, dem Kläger/Widerbeklagten einen Betrag von Fr. 20'012.85 zu bezahlen.

In teilweiser Gutheissung der Widerklage ist der Kläger/Widerbeklagte zu verurteilen, der Beklagten/Widerklägerin einen Betrag von Fr. 390.95 zu bezahlen. Soweit weitergehend ist die Widerklage abzuweisen.

4.2 Soweit der Kläger/Widerbeklagte Verzugszins von 5 % ab Klageeinreichung vom 10. Juni 2015 verlangt (vgl. lit. B und C des Sachverhalts im Urteil SCHG/2016/450), ist festzuhalten, dass der hier anwendbare SBK-Administrativvertrag (SCHG/2015/543 act. I 23) keine Verzugszinsregelung (lediglich Bestimmung über Zahlungsfristen [vgl. Art. 9 des SBK-Administrativvertrags]) 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 (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). Vorliegend sind keine besonderen Umstände im Sinne der Rechtsprechung, welche eine ausnahmsweise Auferlegung von Verzugszinsen rechtfertigen würden, auszumachen.

5.

5.1 Für das Klageverfahren werden Kosten erhoben. Die Kosten 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). Im Verfahren SCHG/2016/450 wurden dem Klä-

ger/Widerbeklagten Verfahrenskosten von insgesamt Fr. 6'000.-- auferlegt, wovon Fr. 1'500.-- aus dem Vermittlungsverfahren SCHG/2015/543 resultierten (vgl. Verfügung vom 16. Februar 2016). Im vorliegenden Verfahren musste die Frage nach dem Umfang der Leistungen in betraglicher Hinsicht geklärt werden. In diesem Rahmen wurde bei den Parteien je eine Stellungnahme eingeholt, wodurch Verfahrenskosten von Fr. 500.-- entstanden sind. Die Verfahrenskosten werden somit insgesamt auf Fr. 6'500.-- festgesetzt 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).

Im Vermittlungsverfahren SCHG/2015/543 hatten die Parteien betreffend die Vergütung der Pflegeleistungen für die Zeit ab dem 1. März 2016 eine Vereinbarung abgeschlossen. Die Verfahrenskosten von Fr. 1'500.-- wurden dem Kläger/Widerbeklagten unter Vorbehalt der endgültigen Liquidation im Hauptverfahren auferlegt. Für den Teil der Einigung sind dem Kläger/Widerbeklagten im Sinne einer gleichmässigen Teilung der Verfahrenskosten Fr. 250.-- aufzuerlegen (so auch der Beklagten/Widerklägerin). Die Restanz von Fr. 1'250.-- ist zusammen mit den weiteren Verfahrenskosten von Fr. 5'000.-- nach Massgabe des Ausgangs des Hauptverfahrens auf die Parteien aufzuteilen. Entsprechend dem Ausmass des Unterliegens hat der Kläger/Widerbeklagte von den verbleibenden Fr. 6'250.-- einen Anteil von Fr. 250.-- und die Beklagte die Restanz von Fr. 6'000.-- an Verfahrenskosten zu bezahlen.

Die Verfahrenskosten von insgesamt Fr. 6'500.-- sind somit der Beklagten/Widerklägerin im Umfang von Fr. 6'000.-- und dem Kläger/Widerbeklagten im Umfang von Fr. 500.-- aufzuerlegen. Letzterer Betrag ist dem geleisteten Kostenvorschuss von Fr. 6'000.-- zu entnehmen. Die Restanz von Fr. 5'500.-- ist dem Kläger/Widerbeklagten nach Rechtskraft des Urteils zurückzuerstatten.

5.2

5.2.1 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 kantonalen 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.

5.2.2 Mit Kostennote vom 31. Dezember 2016 macht der durch den Kläger/Widerbeklagten bis Ende 2016 mandatierte Rechtsanwalt F. _____ ein Honorar (38.72 Std.) von Fr. 13'355.-- inkl. Auslagen und Mehrwertsteuer sowie Kostenvorschuss von Fr. 2'500.-- geltend, was als überhöht einzustufen ist. Namentlich ist der durch den Rechtsvertreter bezahlte Kostenvorschuss von Fr. 2'500.-- nicht anrechenbar und die nicht näher bezifferten Kosten für das Vermittlungsverfahren SCHG/2015/543 sind vorliegend nicht zu entschädigen (Art. 45 Abs. 4 EG KUMV i.V.m. Art. 113 Abs. 1 der Schweizerischen Zivilprozessordnung vom 19. Dezember 2008 [Zivilprozessordnung, ZPO; SR 272]). Unter Berücksichtigung des gebotenen und aktenkundigen Aufwands, der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des vorliegend zu beurteilenden Verfahrens nach Vergleichsvereinbarung vom 16. Februar 2016 (SCHG/2015/543) sowie in Anbetracht der in vergleichbaren Fällen gesprochenen Entschädigungen ist eine Parteientschädigung von pauschal Fr. 7'000.-- (inkl. Auslagen und Mehrwertsteuer) gerechtfertigt.

Mit Kostennoten vom 4. Mai 2017, 4. August 2017 und 1. April 2019 macht der durch den Kläger/Widerbeklagten ab 2017 mandatierte Rechtsanwalt B. _____ ein Honorar (21 Std.) von Fr. 7'764.60 inkl. Auslagen und Mehrwertsteuer sowie Kostenvorschuss von Fr. 2'000.-- geltend, was als überhöht einzustufen ist. Der für die Zeit ab Mandatsübernahme bis 23. November 2017 geltend gemachte Aufwand (Honorar von rund Fr. 4'000.-- inkl. Auslagen und Mehrwertsteuer) gründet im Wesentlichen im

Anwaltswechsel, was nicht zu entschädigen ist; hierbei ist zu erwähnen, dass das Urteil SCHG/2016/450 am 3. November 2017 ergangen ist. Ebenso ist der durch den Rechtsvertreter bezahlte Kostenvorschuss von Fr. 2'000.-- nicht anrechenbar. Unter Berücksichtigung der gesamten Verfahrensumstände (des gebotenen und aktenkundigen Aufwands, der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des vorliegend zu beurteilenden Verfahrens sowie des vermeidbaren Koordinationsaufwandes wegen Beizugs mehrerer Rechtsanwälte) und in Anbetracht der in vergleichbaren Fällen gesprochenen Entschädigungen ist eine Parteientschädigung von pauschal Fr. 1'500.-- bzw. insgesamt von pauschal Fr. 8'500.-- (inkl. Auslagen und Mehrwertsteuer) gerechtfertigt. Davon hat die Beklagte/Widerklägerin dem Kläger/Widerbeklagten entsprechend dem Verfahrensausgang Fr. 8'100.-- zu ersetzen.

5.2.3 Trotz ihres teilweisen Obsiegens hat 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 EVG vom 25. Januar 2006, K 46/04, E. 7).

Demnach entscheidet das Schiedsgericht:

1. In Gutheissung der Klage wird die Beklagte/Widerklägerin verurteilt, dem Kläger/Widerbeklagten einen Betrag von Fr. 20'012.85 zu bezahlen.
2. In teilweiser Gutheissung der Widerklage wird der Kläger/Widerbeklagte verurteilt, der Beklagten/Widerklägerin einen Betrag von Fr. 390.95 zu bezahlen. Soweit weitergehend wird die Widerklage abgewiesen.
3. Die Verfahrenskosten von Fr. 6'500.-- werden der Beklagten/Widerklägerin im Umfang von Fr. 6'000.-- und dem Klä-

ger/Widerbeklagten im Umfang von Fr. 500.-- auferlegt. Letzterer Betrag wird dem geleisteten Kostenvorschuss von Fr. 6'000.-- entnommen. Die Restanz von Fr. 5'500.-- wird dem Kläger/Widerbeklagten nach Rechtskraft des Urteils zurückerstattet.

4. Die Beklagte/Widerklägerin hat dem Kläger/Widerbeklagten eine Parteientschädigung, gerichtlich bestimmt auf Fr. 8'100.-- (inkl. Auslagen und MWSt.), zu bezahlen.
5. Zu eröffnen (R):
 - Rechtsanwalt B. _____ z.H. des Klägers
 - KPT Krankenkasse AG, Recht
 - 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.