

200 18 843 SCHG
ACT/SHE/LAB

Schiedsgericht in Sozialversicherungsstreitigkeiten des Kantons Bern

Urteil vom 28. Mai 2019

Vorsitzender Verwaltungsrichter Ackermann
Fachrichter Grossenbacher, Fürsprecher Cadotsch
Gerichtsschreiber Schnyder

A. _____ **AG**

Klägerin

gegen

B. _____

vertreten durch Rechtsanwalt Prof. Dr. iur. C. _____

Beklagte

betreffend Klage vom 14. November 2018



Sachverhalt:

A.

Die 1955 geborene D. _____ (nachfolgend Versicherte) war in den Jahren 2014 bis 2016 bei der A. _____ AG (nachfolgend KPT bzw. Klägerin) obligatorisch krankpflegeversichert (Akten der Klägerin [act. I] 7) und nimmt seit längerer Zeit ambulante Pflegeleistungen von B. _____ (nachfolgend Leistungserbringerin oder Beklagte) in Anspruch (act. I 1 ff.). Die KPT vergütete dieser für in der Zeit von Dezember 2014 bis September 2015 erbrachte Leistungen den Betrag von Fr. 7'858.20 (vgl. Schreiben vom 2. Februar 2016, S. 2 [act. I 1]). Nachdem bei der KPT eine ärztliche Verordnung für Pflegeleistungen für die Zeit vom 16. Dezember 2015 bis zum 15. Juni 2016 (act. I 11) eingegangen war, tätigte sie weitere Abklärungen (act. I 12 ff.). Mit Schreiben vom 2. Februar 2016 (act. I 1) teilte sie der Leistungserbringerin mit, die beantragte Kostengarantie vom 16. Dezember 2015 bis zum 15. Juni 2016 nicht zu erteilen und machte für die getätigten Vergütungen von Fr. 7'858.20 eine Rückforderung im gleichen Umfang geltend, da es sich dabei um Nichtpflichtleistungen gehandelt habe. Im weiteren Verlauf konnten sich die Parteien nicht einigen.

B.

Am 14. November 2018 erhob die KPT beim Schiedsgericht in Sozialversicherungsstreitigkeiten des Kantons Bern Klage gegen die Leistungserbringerin. Sie beantragt, die Beklagte sei – unter Kosten- und Entschädigungsfolge – zu verpflichten, der Klägerin die von Dezember 2014 bis September 2015 zu Unrecht bezahlten Leistungen im Zusammenhang mit der Pflege der Versicherten in der Höhe von gesamthaft Fr. 7'858.20 zuzüglich Zins von 5% seit dem 22. April 2016 zu bezahlen.

Die Beklagte, vertreten durch Prof. Dr. iur. C. _____, schloss mit Klageantwort vom 23. Februar 2019 – unter Kosten- und Entschädigungsfolge zulasten der Beklagten – auf Abweisung der Klage, soweit darauf einzutreten sei.

Mit prozessleitender Verfügung vom 8. März 2019 verlangte der Instruktionsrichter von der Beklagten die Pflegedokumentation für Dezember 2014 und von der Klägerin den vorliegend anwendbaren Tarifvertrag ein. Die Unterlagen gingen beim Schiedsgericht am 13. bzw. 18. März 2018 ein. Die Eingaben wurden den Parteien mit prozessleitender Verfügung vom 19. März 2019 wechselseitig zugestellt und ihnen die Möglichkeit eingeräumt, hierzu eine Stellungnahme einzureichen. Von diesem Recht machte die Klägerin am 29. März 2019 Gebrauch. Die Beklagte liess sich nicht vernehmen.

Am 28. Mai 2019 fand eine nichtöffentliche Urteilsberatung gemäss Art. 46 Abs. 2 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) i.V.m. Art. 56 Abs. 4 f. des kantonalen Gesetzes vom 11. Juni 2009 über die Organisation der Gerichtsbehörden und der Staatsanwaltschaft (GSOG; BSG 161.1) i.V.m. Art. 37 Abs. 1 lit. c des kantonalen Gesetzes vom 23. Mai 1989 über die Verwaltungsrechtspflege (VRPG; BSG 155.21) statt.

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 EG KUMV).

1.2 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 diese 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 Leistungserbringern handeln, was sich danach bestimmt, welche Parteien einander in Wirklichkeit gegenüberstehen (BGE 132 V 352 E. 2.1 S. 353). Die sachliche Zuständigkeit ist – entgegen der Auffassung der Beklagten (vgl. Klageantwort S. 4 f. Ziff. 8 ff.) – gemäss Art. 56 Abs. 2 lit. a KVG gegeben, da es hier um die direkt beim Leistungserbringer geltend gemachte Rückforderung einer allenfalls zu Unrecht erbrachten Leistung geht und in Art. 9 Abs. 1 des Administrativvertrags zwischen dem Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner SBK und der Klägerin vom 25. Juli bzw. 10. August 2011 (nachfolgend Administrativvertrag; act. I 4) das System des tiers payant vereinbart worden ist, was bedeutet, dass der Versicherer die Vergütung direkt dem Leistungserbringer ausrichtet. Vorliegend stehen sich im Streit die Klägerin als obligatorischer Krankenpflegeversicherer der Versicherten und die Beklagte als Leistungserbringerin gegenüber. Art. 56 Abs. 2 Satz 2 KVG gilt dabei nicht nur für unwirtschaftliche Leistungen, sondern auch für andere zu Unrecht bezogene Leistungen (GEBHARD EUGSTER, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum KVG, 2. Aufl. 2018 [nachfolgend: Kommentar], Art. 56 N. 28). Dass die Leistungen zu Unrecht bezogen worden sind, muss nicht zunächst im Verhältnis zwischen Versicherer und Versichertem festgestellt werden, was erst recht gilt, wenn – wie hier – Leistungen zur Debatte stehen, die nicht verordnet worden sind (vgl. E. 5.2 hiernach), Voraussetzungen auf Seiten des Leistungserbringers streitig sind (vgl. E. 5.3 und 5.4 hiernach) oder es um gar nicht verordnete Leistungen geht (vgl. E. 5.4 hiernach). Da die Versicherte keine Rückforderung zu gewärtigen hat, sind überdies ihre schützenswerten Positionen nicht direkt betroffen, weshalb die Klägerin auch aus diesem Grund nicht verfügen muss, sondern sich direkt an die Leistungserbringerin wenden kann. Aus dem gleichen Grund ist die Versicherte nicht zum Verfahren beizuladen oder im vorliegenden Verfahren von Amtes wegen die Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde (KESB) zu informieren (vgl. Klageantwort S. 5 Ziff. 13).

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

Die Klage entspricht den Formvorschriften (Art. 46 Abs. 2 EG KUMV i.V.m. Art. 32 Abs. 2 und 3 VRPG).

Weiter ist darauf hinzuweisen, dass Art. 17 des Administrativvertrages (act. I 4) ein fakultatives Schlichtungsverfahren vor dem Schiedsverfahren gemäss Art. 89 KVG vorsieht. Ein solches fand vorliegend statt, wobei keine Einigung erzielt werden konnte (vgl. u.a. Klage S. 6 Ziff. 13).

Auf die Klage ist somit einzutreten.

1.3 Im Klageverfahren ergibt sich der Streitgegenstand einzig aus den Rechtsbegehren der Klage. Innerhalb des Streitgegenstands ist das Schiedsgericht in Sozialversicherungsstreitigkeiten in Durchbrechung der Dispositionsmaxime an die Begehren der Parteien nicht gebunden (vgl. BGE 135 V 23 E. 3.1 S. 26). Das Gericht würdigt die Vorbringen der Parteien in tatsächlicher und rechtlicher Hinsicht nach pflichtgemässem 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). Vorliegend ist streitig und zu prüfen, ob die Beklagte das für die Pflege von der Versicherten in der Zeit von Dezember 2014 bis Ende September 2015 erhaltene Entgelt in der Höhe von Fr. 7'858.20 nebst Zins zu 5% ab dem 22. April 2016 (Klage S. 2 Ziff. 1) der Klägerin zurückzuerstatten hat.

1.4 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 nach den

Bestimmungen des VRPG vorbehältlich abweichender Regelungen des EG KUMV (Art. 46 Abs. 2 EG KUMV).

1.5 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).

2.

2.1 Die obligatorische Krankenpflegeversicherung übernimmt die Kosten für die Leistungen gemäss Art. 25-31 KVG nach Massgabe der in den Art. 32-34 KVG festgelegten Voraussetzungen (Art. 24 Abs. 1 KVG). Nach Art. 25 Abs. 2 lit. a Ziff. 3 KVG umfassen diese unter anderem die Untersuchungen und Behandlungen, die ambulant, stationär oder in einem Pflegeheim sowie die Pflegeleistungen, die in einem Spital durchgeführt werden von 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) den Leistungsbereich für die Krankenpflege (ambulant oder im Pflegeheim) festgelegt. 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 nichtberuflich an der Krankenpflege Mitwirkenden bei der Durchführung der Krankenpflege, insbesondere im Umgang mit Krankheitssymptomen, bei der Einnahme von Medikamenten oder beim Gebrauch medizinischer Geräte, und Vornahme der notwendigen Kontrollen (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:

[...]

13. pflegerische Massnahmen zur Umsetzung der ärztlichen Therapie im Alltag, wie Einüben von Bewältigungsstrategien und Anleitung im Umgang mit Aggression, Angst, Wahnvorstellungen,

[...]

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).

2.2.4 Die Abklärung, ob Massnahmen nach Art. 7 Abs. 2 lit. b Ziff. 13 und 14 sowie lit. c Ziff. 2 KLV durchgeführt werden sollen, muss von einer Pfl-

gefachperson (Art. 49 KVV) vorgenommen werden, die eine zweijährige praktische Tätigkeit in der Fachrichtung Psychiatrie nachweisen kann (Art. 7 Abs. 2^{bis} lit. b KLV). Santésuisse, der SBK sowie die Spitex haben festgelegt, dass die Voraussetzung der zweijährigen praktischen Pflege Tätigkeit in der Fachrichtung Psychiatrie erfüllt ist, wenn die Pflegefachperson zwei Jahre zu 100% oder entsprechend länger bei einer Anstellung zwischen 50-100% in einem anerkannten psychiatrischen Arbeitsfeld gearbeitet hat; Pensen unter 50% werden nicht angerechnet (vgl. Merkblatt „Grundsätzliche Voraussetzungen für die Anrechnung praktischer Pflege Tätigkeit in Psychiatriepflege“ [act. I 31]).

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. Der Krankenversicherer kann verlangen, dass ihm die relevanten Elemente der Bedarfsabklärung mitgeteilt werden. 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 mit Hinweisen). 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 Nach Art. 32 Abs. 1 KVG müssen die Leistungen nach den Artikeln 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 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.

Die von Amtes wegen zu prüfende Frage der Aktiv- und Passivlegitimation gehört zur materiellen Begründetheit des Klagebegehrens (BGE 139 V 316 E. 1 S. 320). Es handelt sich dabei um materielle Anspruchsvoraussetzungen. Sie sind vorliegend nicht bestritten und aufgrund des vereinbarten Systems des Tiers payant gemäss Art. 9 Abs. 1 des Administrativvertrags (ac. I 4) ohne weiteres gegeben.

4.

Vorweg ist die Frage der Verwirkung der geltend gemachten Rückerstattungsforderung von Amtes wegen zu prüfen (Entscheid des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG; heute BGer] vom 26. Juni 2003, K 127/01, E. 2).

4.1 Gemäss Art. 25 Abs. 2 ATSG 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. Die gleiche Verwirkungsfrist findet auch Anwendung, soweit der Rückforderungsanspruch statt auf Art. 25 ATSG auf Art. 56 Abs. 2 KVG gestützt wird (BGE 133 V 579 E. 4.1 S. 582). Nach der Rechtsprechung wird die (relative) Verwirkungsfrist ein für allemal gewahrt, wenn innerhalb eines Jahres nach Kenntnis des Rückforderungsanspruchs das Rückforderungsbegehren bei einer vertrag-

lichen Schlichtungsinstanz oder der gesetzlichen Vermittlungsbehörde oder direkt beim Schiedsgericht eingereicht wird (Entscheid des BGer vom 25. März 2008, K 9/07, E. 7.1).

4.2 Die einjährige relative Verwirkungsfrist für die Rückforderung ist im vorliegenden Fall eingehalten. Die Beklagte hat die Pflegedokumentation (act. I 29) mit Schreiben vom 24. Januar 2016 (act. I 15) der Klägerin zugestellt, wobei dieses Schreiben am 27. Januar 2016 bei Letzterer eingegangen ist (Klage S. 4 Ziff. 4 und S. 7 Ziff. 2), was von der Beklagten nicht in Abrede gestellt wird. Der – für die Fristwahrung genügende, weil ein Rückforderungsverfahren einleitende – Antrag auf einen Einigungsversuch datiert vom 26. Januar 2017 (act. I 5), d.h. innerhalb der Jahresfrist. Da hier Vergütungen für die Zeit zwischen Dezember 2014 und Ende September 2015 (Klage S. 2 Ziff. 1) zurückgefordert werden, ist die Fünfjahresfrist ebenfalls eingehalten. Der geltend gemachte Rückforderungsanspruch ist demnach nicht verwirkt.

5.

5.1 Erhebt der Versicherer innert 14 Kalendertagen ab Erhalt der Bedarfsmeldung keinen Einspruch, so gilt gemäss Art. 6 Abs. 4 des Administrativvertrages (act. I 4) die Leistungspflicht als gegeben, wobei das Prinzip, dass Leistungen wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sein müssen, vorbehalten bleibt. Auf die dem Administrativvertrag entsprechenden (vgl. dessen Art. 6 Abs. 2), hier zeitlich massgebenden Bedarfsmeldungen für die Versicherte (act. I 8-10) hin ist innert der erforderlichen Frist kein Einspruch von Seiten der Klägerin 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. Im Rahmen der Wirksamkeit ist dabei unter anderem zu prüfen, ob die Beklagte die Voraussetzungen erfüllt, um die entsprechenden Leistungen überhaupt erbringen zu können.

5.2 Dr. med. E. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, hat Leistungen gemäss Art. 7 Abs. 2 lit. a Ziff. 2 KLV (vgl. auch E. 2.2.1 hier-

vor) verordnet (act. I 8-10). Diese Leistungen müssen stets auf die Durchführung der Krankenpflege gerichtet sein. Deren Ziel und Zweck ist einzig die Bedarfsabklärung. Die Beratung der Versicherten im Umgang mit der Krankheit und den damit verbundenen Belastungen fällt nicht darunter, sondern ist primär ärztliche Aufgabe (GEBHARD EUGSTER, Krankenversicherung, in ULRICH MEYER [Hrsg.], Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Band XIV, Soziale Sicherheit, 3. Aufl. 2016, S. 520 N. 375). In der Pflegedokumentation (Akten der Beklagten [act. IIA] 4 und act. I 29) finden sich jedoch keine derartigen Leistungen, d.h. weder Beratung noch Vornahme der notwendigen Kontrollen, welche – trotz entsprechender Abrechnung (act. I 3) – unter diese Bestimmung subsumiert werden können, weshalb die diesbezüglich in Rechnung gestellten Leistungen zu Unrecht entschädigt wurden. Ob es sich überhaupt um Pflichtleistungen handelt, was die Klägerin verneint (Klage S. 10 f. Ziff. 6), die Beklagte jedoch bejaht (Klageantwort S. 10 f. Ziff. 31 f.), kann damit offen bleiben. Die Beklagte hat der Klägerin von Dezember 2014 bis Ende September 2015 folgende Leistungen nach Art. 7 Abs. 2 lit. a Ziff. 2 KLV in Rechnung gestellt (act. I 3):

- Dezember 2014: 115 Minuten
- Januar/Februar 2015: 250 Minuten
- März 2015: 45 Minuten
- April 2015: 30 Minuten
- Juli 2015: 20 Minuten
- August 2015: 10 Minuten
- Total: 470 Minuten

Damit sind hinsichtlich Leistungen gemäss Art. 7 Abs. 2 lit. a Ziff. 2 KLV 470 Minuten à Fr. 79.80 pro Stunde (Art. 7a Abs. 1 lit. a KLV), d.h. Fr. 625.10, zu viel in Rechnung gestellt worden.

5.3 Für pflegerische Massnahmen zur Umsetzung der ärztlichen Therapie im Alltag, wie Einüben von Bewältigungsstrategien und Anleitung im Umgang mit Aggression, Angst, Wahnvorstellungen (Art. 7 Abs. 2 lit. b Ziff. 13 KLV; vgl. auch E. 2.2.2 hiervor) hat Dr. med. E. _____ viermal pro Monat 45 Minuten verschrieben (act. I 8-10), die Bedarfsabklärung wurde ausschliesslich von der Beklagten vorgenommen. Gemäss Art. 7 Abs. 2^{bis} lit. b KLV muss die Abklärung, ob derartige Massnahmen durchgeführt

werden sollen, von einer Pflegefachfrau vorgenommen werden, die eine zweijährige praktische Tätigkeit in der Fachrichtung Psychiatrie nachweisen kann (vgl. E. 2.2.4 hiervor). Darüber verfügt die Beklagte nicht. Die von der Beklagten zugestellten Arbeitszeugnisse (act. I 26) enthalten keine Angaben der Arbeitspensen, so dass die notwendige Mindestdauer nicht erstellt ist (vgl. auch Schreiben der Klägerin vom 12. Dezember 2016 [act. I 27] sowie das Blatt „Grundsätzliche Voraussetzungen für die Anrechnung praktischer Pflegetätigkeit in Psychiatriepflege“ [act. I 31]). Damit konnte die Beklagte keine genügende Bedarfsabklärung gemäss Art. 8 Abs. 1 KLV vornehmen, weshalb es den erbrachten Leistungen an einer Grundvoraussetzung mangelt, so dass sie zu Unrecht entschädigt wurden. Diese Grundvoraussetzung kann nicht nachträglich geheilt werden, indem sie – später, nach erbrachter Leistungserbringung – durch eine entsprechend qualifizierte Person nachgeholt wird, da gestützt auf die Angaben in der Pflegedokumentation (act. IIA 4 und I 29) nicht klar ist, welche Leistungen die Beklagte genau erbracht hat. Es kann deshalb offen bleiben, ob die ärztlich verordneten Leistungen in zeitlicher Hinsicht überschritten worden sind. Die Beklagte hat der Klägerin von Dezember 2014 bis Ende September 2015 folgende Leistungen nach Art. 7 Abs. 2 lit. b Ziff. 13 KLV in Rechnung gestellt (act. I 3):

- Dezember 2014: 270 Minuten
- Januar/Februar 2015: 570 Minuten
- März 2015: 215 Minuten
- April 2015: 240 Minuten
- Mai 2015: 300 Minuten
- Juni 2015: 555 Minuten
- Juli 2015: 535 Minuten
- August 2015: 210 Minuten
- September 2015: 455 Minuten
- Total: 3'350 Minuten

Damit sind hinsichtlich Leistungen gemäss Art. 7 Abs. 2 lit. b Ziff. 13 KLV 3'350 Minuten à Fr. 65.40 pro Stunde (Art. 7a Abs. 1 lit. b KLV), d.h. Fr. 3'651.50, zu viel in Rechnung gestellt worden.

5.4 Die Beklagte führt aus, die Versicherte sei zwar neurologisch krank, müsse jedoch wegen der schweren kognitiven Einbussen die gleichen Leistungen wie eine psychisch kranke Versicherte gemäss Art. 7 Abs. 2 lit. c Ziff. 2 KLV beziehen können (Klageantwort S. 3 Ziff. 7 und S. 6 f. Ziff. 16 ff.). Es kann offen bleiben, ob diese Einschätzung zutrifft oder nicht. Eine Begutachtung der Versicherten – wie von der Beklagten gefordert (vgl. Klageantwort S. 2 f. Ziff. 4 und Ziff. 6 sowie S. 8 Ziff. 22 f.) – ist nicht nötig. Denn auch wenn die Annahme der Beklagten zuträfe, würde es sich – entgegen der wohl in der Klageantwort S. 3 Ziff. 5 vertretenen Auffassung – der Sache nach immer noch um Massnahmen zur Überwachung und Unterstützung psychisch kranker Personen im Sinne der Ordnungsbestimmung handeln, d.h. um psychiatrische und nicht somatische Unterstützung. So hat denn auch die Beklagte psychiatrische Leistungen verrechnet (vgl. Schreiben der Beklagten vom 24. Januar 2016 [act. I 15]). Es kann offen bleiben, ob für die Durchführung und Abrechnung derartiger Leistungen eine medizinische Anordnung besteht oder nicht: Dr. med. E. _____ hat zwar mit E-Mail vom 3. Februar 2016 [act. I 33]) explizit ausgeführt, keine psychiatrischen Pflegeleistungen verordnet zu haben. Jedoch beziehen sich seine Verordnungen (act. I 8-10) klar allein auf Leistungen gemäss Ziff. 2 von Art. 7 Abs. 2 lit. c KLV, d.h. Versicherte welche psychisch erkrankt sind. Wie bereits unter E. 5.3 hiavor dargelegt, muss gemäss Art. 7 Abs. 2^{bis} lit. b KLV die Abklärung, ob derartige Massnahmen durchgeführt werden sollen, von einer Pflegefachfrau vorgenommen werden, die eine zweijährige praktische Tätigkeit in der Fachrichtung Psychiatrie nachweisen kann. Darüber verfügt die Beklagte nicht. Wegen des Fehlens einer entsprechenden Abklärung (was nicht einem Pflegekonzept gleichzusetzen ist, in welches der Krankenversicherer nicht ohne zwingenden Grund einzugreifen habe, wie in der Klageantwort S. 10 Ziff. 29 f. vorgebracht wird) mangelt es den erbrachten Leistungen an einer Grundvoraussetzung, so dass sie zu Unrecht entschädigt worden sind (vgl. auch E. 5.3 hiavor). Ausführungen über den Umfang des Pflegebedarfs und allfällige weitere Abklärungen (Klageantwort S. 8 f.) erübrigen sich. Die Beklagte hat der Klägerin von Dezember 2014 bis Ende September 2015 folgende Leistungen nach Art. 7 Abs. 2 lit. c Ziff. 2 KLV in Rechnung gestellt (act. I 3):

- Dezember 2014: 510 Minuten

- Januar/Februar 2015: 905 Minuten
- März 2015: 400 Minuten
- April 2015: 750 Minuten
- Mai 2015: 545 Minuten
- Juni 2015: 735 Minuten
- Juli 2015: 510 Minuten
- August 2015: 780 Minuten
- September 2015: 1'050 Minuten
- Total: 6'185 Minuten

Damit sind hinsichtlich Leistungen gemäss Art. 7 Abs. 2 lit. c Ziff. 2 KLV 6'185 Minuten à Fr. 54.60 pro Stunde (Art. 7a Abs. 1 lit. c KLV), d.h. Fr. 5'628.35, zu viel in Rechnung gestellt worden.

5.5 Für die Monate Dezember 2014 bis September 2015 wurden der Klägerin für Leistungen nach Art. 7 Abs. 2 lit. a, Art. 7 Abs. 2 lit. b Ziff. 13 und Art. 7 Abs. 2 lit. c Ziff. 2 KLV Fr. 9'904.95 (Fr. 625.10 + Fr. 3'651.50 + Fr. 5'628.35; vgl. auch E. 5.2-5.4) zu viel in Rechnung gestellt. Davon hat die Klägerin die Rechnungen für den Monat April 2015 gesamthaft (Fr. 984.--) und jene für den Monat Mai 2015 im Umfang von Fr. 327.--, jene für den Monat Juni 2015 im Umfang von Fr. 310.65 und jene für den Monat September 2015 im Umfang von Fr. 425.10 nicht beglichen. Ansonsten vergütete die Klägerin der Beklagten die erbrachten Leistungen wie in Rechnung gestellt, d.h. im Umfang von Fr. 7'858.20 (Fr. 9'904.95 - Fr. 984.-- - Fr. 327.-- - Fr. 310.65 - Fr. 425.10; act. I 3), dies – wie in E. 5.2-5.4 hiavor dargelegt, zu Unrecht. Die Beklagte ist daher in Gutheissung der Klage zu verurteilen, der Klägerin diesen Betrag zurückzuerstatten.

5.6 Soweit die Klägerin auf dem Rückerstattungsbetrag die Ausrichtung eines Zinses beantragt (Klage S. 14 Ziff. 10), ist die Klage abzuweisen, denn den nach Art. 56 Abs. 2 KVG rückerstattungspflichtigen Leistungserbringer trifft – abweichende tarifvertragliche Vereinbarungen vorbehalten – grundsätzlich keine Verzugszinspflicht (GEBHARD EUGSTER, Kommentar, a.a.O., Art. 56 N. 40). Ein Tarifvertrag mit abweichenden Regelungen ist nicht abgeschlossen worden (vgl. Eingabe der Klägerin vom 12. März 2019 [in den Gerichtsakten]).

6.

6.1 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). Die Verfahrenskosten werden insgesamt auf Fr. 3'000.-- festgesetzt (Art. 52 VKD). Sie sind der unterliegenden Beklagten zur Bezahlung aufzuerlegen (Art. 46 Abs. 2 EG KUMV i.V.m. Art. 109 Abs. 1 VRPG) und werden aus dem Vorschuss der Klägerin gleicher Höhe gedeckt. Das nur geringe Obsiegen der Beklagten hinsichtlich Zins rechtfertigt keine Aufteilung der Verfahrenskosten. Die Beklagte hat der Klägerin den Vorschuss von Fr. 3'000.-- zu ersetzen.

6.2 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).

Trotz teilweisen Obsiegens hat die Klägerin keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung, da den Parteien, die durch angestellte Juristen vertreten sind, praxisgemäss kein Anspruch auf eine Parteientschädigung zusteht (vgl. Entscheid des EVG vom 25. Januar 2006, K 46/04, E. 7). Die Beklagte hat ebenfalls keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung; ihr geringes Obsiegen hinsichtlich Zins rechtfertigt die Ausrichtung einer solchen nicht.

Demnach entscheidet das Schiedsgericht:

1. In teilweiser Gutheissung der Klage wird die Beklagte verurteilt, der Klägerin Fr. 7'858.20 zu bezahlen. Im Übrigen wird die Klage abgewiesen.
2. Die Verfahrenskosten von Fr. 3'000.-- werden der Beklagten auferlegt. Sie werden dem von der Klägerin geleisteten Kostenvorschuss glei-

cher Höhe entnommen. Die Beklagte wird verurteilt, der Klägerin einen Betrag von Fr. 3'000.-- zu ersetzen.

3. Es werden keine Parteientschädigungen zugesprochen.
4. Zu eröffnen (R):
 - A. _____ AG (inkl. Kopie der Kostennote)
 - Rechtsanwalt Prof. Dr. iur. C. _____ z.H. des Beklagten
 - Bundesamt für Gesundheit

Namens des Schiedsgerichts:

Der Vorsitzende:

Der Gerichtsschreiber:

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.