

200 19 448 SCHG
LOU/BOC/LAB

Schiedsgericht in Sozialversicherungsstreitigkeiten des Kantons Bern

Urteil vom 25. März 2020

Vorsitzender Verwaltungsrichter Loosli
Fachrichter Dr. med. Ursenbacher-Wäfler und Rechtsanwalt Gafner
Gerichtsschreiberin Bossert

Spitex A. _____
vertreten durch Rechtsanwältin B. _____
Klägerin

gegen

Atupri Gesundheitsversicherung
Zieglerstrasse 29, 3000 Bern 65
Beklagte

betreffend Kostenvergütung für Pflegeleistungen; Klage vom 5. Juni 2019



Sachverhalt:

A.

Die Spitex A. _____ (nachfolgend: Leistungserbringerin bzw. Klägerin) hat für die bei der Atupri Gesundheitsversicherung (nachfolgend: Atupri bzw. Beklagte) in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung versicherte C. _____ (nachfolgend: Patientin) Pflegeleistungen im Sinne von Art. 7 Abs. 2 der Verordnung vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Krankenpflege-Leistungsverordnung KLV; SR 832.112.31) erbracht.

Ab Dezember 2017 wurden von Dr. med. D. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, für die Patientin wiederholt Massnahmen der Abklärung und Beratung (Art. 7 Abs. 2 lit. a KLV) und Massnahmen der Untersuchung und Behandlungspflege (Art. 7 Abs. 2 lit. b KLV) verordnet (Akten der Leistungserbringerin [act. I] 4 - 6; Akten der Atupri [act. II] 1.1, 1.4, 1.11). Die Atupri forderte die Leistungserbringerin mit Schreiben vom 13. Juni 2018 (act. II 1.2) auf, hinsichtlich der Beurteilung der Leistungspflicht für die psychiatrische Pflege zusätzliche Unterlagen einzureichen, was die Leistungserbringerin mit Eingabe vom 20. Juni 2018 (act. II 1.3) getan hat. Daraufhin lehnte die Atupri mit Schreiben 28. Juni 2018 (act. II 1.5) die Kostenübernahme aus der Grundversicherung ab 1. Januar 2018 für die Pflegemassnahmen gemäss Art. 7 Abs. 2 lit. b Ziff. 13 und 14 KLV ab, da aus der Dokumentation keine konkreten pflegerischen Massnahmen zur Umsetzung einer ärztlichen Therapie hervorgingen. In der Folge stellte die Leistungserbringerin am 11. Juli 2018 (act. II 1.6) ein Wiedererwägungsgesuch, welches die Atupri am 30. Juli 2018 ablehnte (act. II 1.7). Am 2. November 2018 (act. II 1.8) stellte Dr. med. D. _____ ein weiteres Wiedererwägungsgesuch mit der Begründung, bei den Spitex-Leistungen handle es sich nicht um psychotherapeutische Massnahmen, sondern um Bewältigungsstrategien im Alltag und damit eindeutig um pflegerische Massnahmen. Die Atupri teilte daraufhin der Leistungserbringerin am 9. November 2018 (act. II 1.9) mit, es liege nach wie vor kein koordiniertes Behandlungskonzept vor, falls ein solches vorhanden sei, werde der Fall nochmals geprüft, andernfalls halte sie an der Leistungsablehnung für die

Spitexleistungen ab 1. Januar 2018 fest. Es folgte zwischen der Leistungserbringerin und der Atupri ein Austausch per E-Mail und eine erneute Leistungsablehnung der Atupri mit Schreiben vom 29. November 2018 (act. II 1.10). Auch gestützt auf ein weiteres Schreiben der Leistungserbringerin, vertreten durch die ..., vom 9. Januar 2019 (act. I 12) und eine Folge-Bedarfsmeldung vom 5. April 2019 (act. II 1.11) verweigerte die Atupri mit Schreiben vom 12. Februar 2019 (act. I 13) und 15. April 2019 (act. II 1.12) die Kostenübernahme für die fraglichen Spitexleistungen.

B.

In der Folge erhob die Leistungserbringerin, vertreten durch Rechtsanwältin B._____, am 5. Juni 2019 Klage gegen die Atupri. Sie beantragt, die Beklagte sei zu verurteilen, der Klägerin die ausstehenden Kosten für die Pflegeleistungen zugunsten der Patientin in der Höhe von Fr. 959.45 zu bezahlen, unter Kosten- und Entschädigungsfolge.

Mit prozessleitender Verfügung vom 7. Juni 2019 stellte der Instruktionsrichter fest, die Vollmacht der Klägerin enthalte eine unleserliche Unterschrift der Vollmachtgeberin. Die Klägerin wurde in der Folge ersucht, die Identität der unterzeichnenden Person, deren Funktion und deren Zeichnungsberechtigung mitzuteilen. Gleichzeitig wurde die Klägerin um Mitteilung gebeten, ob sie der Durchführung eines Vermittlungsverfahrens gemäss Art. 45 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) zustimme.

Die Klägerin teilte mit Eingabe vom 25. Juni 2019 mit, die Vollmacht sei von E._____ unterzeichnet worden, er übe bei der Klägerin die Funktion des Geschäftsführers aus und sei somit zeichnungsberechtigt. Weiter stimme die Klägerin der Durchführung eines Vermittlungsverfahrens gemäss Art. 45 EG KUMV zu.

Mit prozessleitender Verfügung vom 26. Juni 2019 gab der Instruktionsrichter der Beklagten Gelegenheit zur Stellungnahme unter Eingabe der sachdienlichen Unterlagen. Gleichzeitig wurde sie ersucht mitzuteilen, ob sie

der Durchführung eines Vermittlungsverfahrens bzw. einer Einigungsverhandlung zustimme.

Mit Stellungnahme vom 23. Juli 2019 beantragt die Beklagte die vollumfängliche Abweisung der Klage, soweit darauf einzutreten sei und soweit keine Zugeständnisse enthalten seien. Gleichzeitig ersucht sie um Erlass eines Aktenurteils und um Verzicht auf die Durchführung einer Vermittlungs- oder Einigungsverhandlung, alles unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zulasten der Klägerin.

Am 18. November 2019 fand eine Einigungsverhandlung statt, anlässlich welcher keine Vereinbarung zwischen den Parteien geschlossen wurde.

Mit prozessleitender Verfügung vom 21. November 2019 ersuchte der Instruktionsrichter Dr. med. D._____, dem Gericht die gesamte Krankengeschichte der Patientin einzureichen. Gleichzeitig wurde der Arzt um Mitteilung gebeten, ob, in welcher Zeit, durch wen und wie die Patientin psychiatrisch behandelt und betreut worden sei bzw. werde und wie gegebenenfalls die Medikation gewesen sei bzw. sei. Weiter wurde Dr. med. D._____ ersucht mitzuteilen, gestützt auf welche Unterlagen bzw. welchen Arzt die mit 18. September (richtig: April) 2019 datierten und unter dem Titel der persönlichen Anamnese der Patientin (wohl auszugsweise) wiedergegebenen psychiatrischen Diagnosen erfolgt seien. Am 29. November 2019 reichte Dr. med. D._____ eine Stellungnahme und die gewünschten Unterlagen ein. Diese Eingabe samt den eingereichten Unterlagen wurde den Parteien mit prozessleitender Verfügung vom 10. Januar 2020 zur Einreichung einer Stellungnahme zugestellt.

Mit Stellungnahme vom 4. Februar 2020 hält die Beklagte an dem mit Klageantwort vom 23. Juli 2019 gestellten Rechtsbegehren fest.

Die Klägerin bestätigt mit Eingabe vom 21. Februar 2020 sinngemäss das klageweise gestellte Rechtsbegehren.

Mit prozessleitender Verfügung vom 25. Februar 2020 stellte der Instruktionsrichter den Parteien deren Eingaben vom 4. und 21. Februar 2020 wechselseitig zu. Gleichzeitig schloss er das Instruktionsverfahren und gab den Parteien die Zusammensetzung des Spruchkörpers bekannt.

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 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 kantonalen Gesetz vom 23. Mai 1989 über die Verwaltungsrechtspflege (VRPG; BSG 155.21).

1.3 Die sachliche Zuständigkeit des Schiedsgerichts erstreckt sich auf alle Streitigkeiten zwischen Krankenversicherern und Leistungserbringern, wenn und soweit sie Rechtsbeziehungen zum Gegenstand haben, die sich aus dem KVG ergeben oder aufgrund des KVG eingegangen worden sind. Der Streitgegenstand muss mit anderen Worten die besondere Stellung der Versicherer oder Leistungserbringer im Rahmen des KVG, mithin die obligatorische Krankenpflegeversicherung betreffen (BGE 134 V 269 E. 2.1 S. 271), wie beispielsweise Honorar- und Tariffragen (BGE 131 V 191 E. 2 S. 193). Des Weiteren muss es sich um eine Streitigkeit zwischen

Versicherungsträgern und leistungserbringenden Personen handeln, was sich danach bestimmt, welche Parteien einander in Wirklichkeit gegenüberstehen (BGE 132 V 352 E. 2.1 S. 353).

Vorliegend ist umstritten, ob die Beklagte die von der Klägerin zu Gunsten der Patientin erbrachten Pflegeleistungen gemäss Art. 7 Abs. 2 KLV zu vergüten hat oder nicht. Die Leistungen werden gemäss Art. 10 Abs. 1 des vorliegend unbestrittenermassen anwendbaren Administrativvertrages Spitex zwischen Spitex Schweiz und Association Spitex privée Suisse (ASPS) und den im Vertrag genannten Versicherern, vertreten durch die F._____ ag (nachfolgend: Administrativvertrag Spitex; act. I 1), dem beide Parteien beigetreten sind (vgl. act. I Art. 1 Abs. 1; Klage S. 2, II./1./2), im System des Tiers payant (Art. 42 Abs. 2 KVG) abgerechnet, was bedeutet, dass der Versicherer die Vergütung direkt dem Leistungserbringer ausrichtet. Vorliegend stehen sich im Streit die Klägerin als Leistungserbringerin und die Beklagte als Krankenversicherer der Patientin gegenüber. Mit Blick auf diese Gegebenheiten ist die sachliche Zuständigkeit des angerufenen Gerichts zu bejahen.

1.4 Die Leistungserbringerin hat ihre ständige Einrichtung im Sinne von Art. 89 Abs. 2 KVG im Kanton Bern (vgl. act. I 18), womit auch die örtliche Zuständigkeit zu bejahen ist.

1.5 Die Rechtsvertreterin der Klägerin ist ordnungsgemäss bevollmächtigt (act. I 2; Art. 15 VRPG) und die Klage entspricht den Formvorschriften (Art. 46 Abs. 2 EG KUMV i.V.m. Art. 32 Abs. 2 und 3 VRPG).

1.6 Gemäss Art. 20 Abs. 1 des Administrativvertrages Spitex werden Uneinigkeiten zwischen Versicherern und Leistungserbringern von den Betroffenen grundsätzlich direkt bereinigt. Die Anrufung des kantonalen Schiedsgerichts gemäss Art. 89 KVG steht den Leistungserbringern und den Krankenversicherern offen (Art. 20 Abs. 2 des Administrativvertrages Spitex). Vorliegend hat die Klägerin nach erfolgloser Bereinigung der bestehenden Uneinigkeiten das vorliegende Gericht angerufen, welches zusätzlich am 18. November 2019 eine Einigungsverhandlung durchgeführt hat, welche ebenfalls gescheitert ist.

1.7 Im Klageverfahren ergibt sich der Streitgegenstand einzig aus den Rechtsbegehren der Klage. Innerhalb des Streitgegenstands ist das Schiedsgericht in Sozialversicherungsstreitigkeiten in Durchbrechung der Dispositionsmaxime an die Begehren der Parteien nicht gebunden (vgl. BGE 135 V 23 E. 3.1 S. 26). Das Gericht würdigt die Vorbringen der Parteien in tatsächlicher und rechtlicher Hinsicht nach pflichtgemäsem Ermessen. Es kann unter Wahrung des rechtlichen Gehörs zu Ungunsten der klagenden Partei entscheiden oder dieser mehr zusprechen, als sie verlangt hat (Art. 46 Abs. 2 EG KUMV i.V.m. Art. 92 Abs. 1 und 3 Satz 2 VR-PG).

Gemäss Ausführungen in der Klage vom 5. Juni 2019, S. 5, III./1./Ziff. 19, seien im Zeitraum vom 1. Januar 2018 bis 30. April 2019 Rechnungen in der Höhe von insgesamt Fr. 959.45 nicht bezahlt worden (Monate April 2018, Juni bis Oktober 2018, Dezember 2018 und Februar bis April 2019 [act. I 14]). Zusätzlich fordere die Beklagte von der Klägerin die Rückzahlung von bereits vergüteten Kosten in der Höhe von Fr. 778.05. Vorliegend wurde der erwähnte Betrag von Fr. 959.45 eingeklagt (vgl. Rechtsbegehren) und eine Widerklage über den Betrag von Fr. 778.05 wurde von der Beklagten nicht erhoben. Folglich bildet vorliegend alleine die Vergütungsfrage für den Betrag von Fr. 959.45 bezüglich der Monate April 2018, Juni bis Oktober 2018, Dezember 2018 und Februar bis April 2019 Streitgegenstand.

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

2.

2.1 Vorbehältlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen sind in zeitlicher Hinsicht grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgeblich, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 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). Vorliegend sind die Jahre 2018 und 2019 betreffende Pflegeleistungen umstritten (act. I 14), so dass hier die bis zum 31. Dezember 2019 in Kraft stehenden Gesetzes- und Verordnungsbestimmung zur Anwendung gelangen.

2.2 Gemäss Art. 24 KVG übernimmt die obligatorische Krankenpflegeversicherung die Kosten für die Leistungen gemäss den Art. 25 - 31 KVG nach Massgabe der in den Art. 32 - 34 KVG festgelegten Voraussetzungen. Die obligatorische Krankenpflegeversicherung leistet gemäss Art. 25a Abs. 1 KVG einen Beitrag an die Pflegeleistungen, welche aufgrund einer ärztlichen Anordnung und eines ausgewiesenen Pflegebedarfs ambulant, auch in Tages- oder Nachtstrukturen, oder im Pflegeheim erbracht werden, wobei der Bundesrat die Pflegeleistungen bezeichnet und das Verfahren der Bedarfsermittlung regelt (Art. 25a Abs. 3 KVG). Der Bundesrat hat die Bezeichnung der Pflegeleistungen an das Eidgenössische Departement des Innern (EDI) übertragen (Art. 33 lit. b KVV).

Das Departement hat gestützt auf diese Kompetenznorm in Art. 7 KLV den Leistungsbereich der Krankenpflege ambulant oder im Pflegeheim umschrieben. Nach Abs. 1 dieser Norm übernimmt die Versicherung Untersuchungen, Behandlungen und Pflegemassnahmen, die aufgrund der Bedarfsabklärung nach Art. 7 Abs. 2 lit. a KLV und nach Art. 8 KLV auf ärztliche Anordnung hin oder im ärztlichen Auftrag unter anderem von Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause (Art. 51 KVV) erbracht werden.

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

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

1. Abklärung des Pflegebedarfs und des Umfeldes des Patienten oder der Patientin und Planung der notwendigen Massnahmen zusammen mit dem Arzt oder der Ärztin und dem Patienten oder der Patientin (in der bis 31. Dezember 2019 gültigen Fassung).
2. Beratung des Patienten oder der Patientin sowie gegebenenfalls der nichtberuflich an der Krankenpflege Mitwirkenden bei der Durchführung der Krankenpflege, insbesondere im Umgang mit Krankheitssymptomen, bei der Einnahme von Medikamenten oder beim Gebrauch medizinischer Geräte, und Vornahme der notwendigen Kontrollen.
3. Koordination der Massnahmen sowie Vorkehrungen im Hinblick auf Komplikationen in komplexen und instabilen Pflegesituationen durch spezialisierte Pflegefachpersonen.

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

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

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

2.4 Voraussetzung für die Vergütung von Leistungen der ambulanten spitalexternen Krankenpflege 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 (aArt. 8 Abs. 1 KLV [in der bis 31. Dezember 2019 gültigen Fassung]). Genügen die vorhandenen Angaben (in der Pflegedokumentation) nicht, um die Leistungspflicht in zuverlässiger Weise beurteilen zu können, hat der Krankenversicherer ergänzende Unterlagen einzuverlangen. Wird dieser Aufforderung nicht oder nur ungenügend nachgekommen, kann er die Vergütung der geltend gemachten Leistungen ablehnen (BGE 131 V 178 E. 2.4 S. 188; Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 4. Mai 2017, 9C_698/2016, E. 3.4.3).

3.

3.1 Vorliegend hat die Beklagte die Vergütung von psychiatrischen Pflegemassnahmen verweigert, welche von der Klägerin zu Gunsten der Patientin erbracht worden sind. Der behandelnde Hausarzt Dr. med. D. _____ verordnete in den jeweiligen Bedarfsmeldeformularen (act. I 4 - 6; act. II 1.1, 1.4, 1.11) Massnahmen der Abklärung, Beratung und Koordination (Art. 7 Abs. 2 lit. a Ziff. 1 - 3 KLV; vgl. E. 2.3.1 hiervor) und Massnahmen der Untersuchung und Behandlung (Behandlungspflege [Art. 7 Abs. 2 lit. b Ziff. 13 und 14 KLV; vgl. E. 2.3.2 hiervor]). Die vom Bundesgericht als psychiatrischer Natur qualifizierte Grundpflege gemäss Art. 7 Abs. 2 lit. c Ziff. 2 KLV (vgl. E. 2.3.3 hiervor), woran die Art der zugrunde liegenden gesundheitlichen Beeinträchtigung (körperlich, geistig oder psychisch) nichts ändert (SVR 2019 KV Nr. 20 S. 116 E. 6.2.2; Entscheid des BGer vom 18. Dezember 2019, 9C_456/2019, E. 5.2), wurde hingegen nicht verordnet (act. I 4 - 6; act. II 1.1, 1.4, 1.11)).

Die Klägerin fordert die Vergütung der Leistungen mit der Begründung (Klage S. 3, 6 - 8), sie erbringe der Patientin psychiatrische Spitexleistungen, welche aufgrund eines psychischen Leidens (posttraumatische Belastungsstörung mit rezidivierenden depressiven Episoden, Medikamentenmissbrauch in suizidaler Absicht und der Störung der

Impulskontrolle), einer Bedarfsabklärung und einer ärztlichen Verordnung erbracht worden seien. Die durchgeführten Massnahmen seien laufend dokumentiert, evaluiert und gegebenenfalls angepasst worden. Es liege im pflichtgemässen Ermessen der Klägerin und des anordnenden Arztes, welche Massnahmen in zeitlicher Hinsicht und in Bezug auf Form und Inhalt angebracht seien. Entgegen der Auffassung der Beklagten handle es sich bei den durchgeführten Massnahmen um pflegerische Leistungen. Dies werde auch im Schreiben des behandelnden Arztes vom 2. November 2018 bestätigt. Die Leistungen würden in Form von Gesprächen erbracht und stünden im Einklang mit der Pflegeplanung, welche die Grundlage für die ärztliche Anordnung bildeten. Die Voraussetzungen für die Kostenübernahme durch die Beklagte seien erfüllt. Die Leistungen seien durchaus krankheitsbezogen, da bei der Patientin ein psychiatrisches Leiden vorliege, welches ebenfalls vom behandelnden Arzt bestätigt werde. Nach Einsicht in die medizinischen Akten sei der Vorwurf der Beklagten, die Patientin würde gar nicht an einer Diagnose mit Krankheitswert leiden, entkräftet worden. Ohnehin könne es nicht Aufgabe der Spitexorganisation sein, welche die Leistungen auf ärztliche Anordnung hin erbringe, die Anordnungen des Arztes in Bezug auf die Diagnosen in Frage zu stellen. Das Stellen einer Diagnose und die Anordnung der Pflegeleistungen seien genuin ärztliche Aufgaben; zu diesen seien die leistungserbringenden Spitexorganisationen weder qualifiziert noch ermächtigt (Stellungnahme vom 21. Februar 2020, S. 2).

Die Beklagte bringt demgegenüber vor (Stellungnahmen vom 23. Juli 2019, S. 2, Ziff. 5 - 7, und 4. Februar 2020, S. 1 f.), Behandlungspflege nach Art. 7 Abs. 2 lit. b KLV setze vorab immer voraus, dass die Patientin oder der Patient an einer Diagnose mit Krankheitswert leide, bei deren Therapie die behandelnde Ärztin oder der behandelnde Arzt durch die Spitexpflege unterstützt werde. Eine aktuelle Diagnoseliste sei in den Unterlagen nicht enthalten. Die seit dem 1. Januar 2018 bei der Beklagten versicherte Patientin sei seit Versicherungsbeginn wegen der in der Diagnoseliste mit dem Titel „persönliche Anamnese“ vom 18. April 2019 aufgeführten psychischen Erkrankungen, welche dem Bericht des psychiatrischen Dienstes H. _____ vom 21. September 2015 entnommen worden seien, nie psychiatrisch behandelt worden. Ebenso wenig seien diese Beschwerden medikamentös

behandelt worden. Das aktuelle Leistungsbild zeige keinerlei psychiatrische oder psychologische Behandlungen sowie keine Arzneimittel aus dem Bereich psychiatrische Diagnosen respektive auch keine andere regelmässige Medikation auf. Die wenigen Behandlungen lägen im üblichen hausärztlichen Spektrum, mehrheitlich im Bereich des Bewegungsapparates. Vorliegend sei keine ärztliche Therapie oder deren Umsetzung durch die Spitexorganisation in den vorliegenden Unterlagen zu finden. Dokumentiert seien zahlreiche Gespräche, die sinnvoll seien, jedoch dem Spektrum der Sozialarbeit respektive Betreuung zuzuordnen seien und nicht der Behandlungspflege nach KVG. Die Spitexpflege im Sinne von Art. 7 Abs. 2 lit. b Ziff. 14 KLV setze voraus, dass eine Krisensituation besteht und dass die Spitexpflege insbesondere der Vermeidung von akuter Selbst- oder Fremdgefährdung diene. Aus den Unterlagen ergäben sich jedoch keinerlei Krisensituationen oder Angaben, welche auf eine akute Selbst- oder Fremdgefährdung schliessen liessen, die Patientin verneine selbst regelmässig eine Gefährdung. Insofern seien die erbrachten Leistungen der Klägerin als nicht kassenpflichtige sozialarbeiterische Leistungen einzustufen. In der Stellungnahme vom 4. Februar 2020, S. 2, hielt die Beklagte ausserdem fest, die Patientin benötige insbesondere Hilfe und Unterstützung in der Tagesstrukturierung. Die Erarbeitung und Einübung einer angepassten Tagesstruktur sei aber nicht mit Massnahmen der Behandlungspflege im Sinne der Ziffern 13 und 14 anzugehen, sondern im Rahmen der psychiatrischen Grundpflege (Art. 7 Abs. 2 lit. c Ziff. 2 KLV). Diese Leistung sei aber vom Arzt nicht angeordnet worden.

3.2 Die Leistungspflicht nach Art. 7 KLV bei psychisch erkrankten Personen setzt voraus, dass ein behandlungsbedürftiger psychischer Gesundheitsschaden vorliegt. Aus dem Erfordernis des ärztlichen Auftrags oder der ärztlichen Anordnung (aArt. 8 Abs. 1 KLV [in der bis 31. Dezember 2019 gültigen Fassung]) folgt des Weiteren, dass die erkrankte Person in ärztlicher Behandlung stehen muss. Entscheidend für die Leistungspflicht des Krankenversicherers ist somit, dass es sich um krankheitsbedingte Pflegemassnahmen und nicht um Massnahmen handelt, die aus andern persönlichen oder sozialen Gründen erforderlich sind (BGE 131 V 178 E. 2.2 S. 178). Gemäss Rechtsprechung ist für die Anordnung von Massnahmen der ambulanten (psychiatrischen) Krankenpflege eine

überprüfbar zuverlässige Grundlage in Form einer nachvollziehbaren aktuellen psychiatrischen Stuserhebung und Diagnosestellung erforderlich, mit anderen Worten ist eine genügende fachärztliche Abstützung (Befund, Diagnose, Therapie) notwendig (BGer 9C_698/2016, E. 3.4.3).

3.3 Den Akten ist in medizinischer Hinsicht – soweit entscheidungswesentlich – hauptsächlich das Folgende zu entnehmen:

3.3.1 Im Wiedererwägungsgesuch vom 2. November 2018 (act. II 1.8) führte Dr. med. D. _____ aus, bei den Spitex-Leistungen handle es sich nicht um psychotherapeutische Massnahmen, sondern um Bewältigungsstrategien im Alltag und damit eindeutig um pflegerische Massnahmen.

3.3.2 Mit der Klage vom 5. Juni 2019 reichte die Klägerin eine mit „Anamnese, persönliche Anamnese“ überschriebene Diagnoseliste von Dr. med. D. _____, handschriftlich vom 18. April 2019 datiert, ein (act. I 3). Darin wurden die folgenden Angaben gemacht:

Posttraumatische Belastungsstörungen (ICD-10) mit/bei

- Rezidivierende depressive Episoden
- St. n. Tablettenintoxikation in suizidaler Absicht 2007
- Schwere psychosoziale Belastung
- ADHS (DSM IV 314.01) mit
 - Störung der Impulskontrolle (Wutausbruch, ICD-10: F63)
- Leichte Intelligenzminderung bei Verhaltensstörung (ICD-10: F70.8)
- Grenzwertiges Körpergewicht (Grösse: 157cm, Gewicht 47kg BMI = 19.1)

Rezidivierendes lumbovertebrales Syndrom

3.3.3 Der Vertrauensarzt der Beklagten, Dr. med. G. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, führte in der vertrauensärztlichen Beurteilung vom 11. Juli 2019 (act. II 2) aus, gemäss den Spitexunterlagen erfolgten die Leistungen zur „Umsetzung der ärztlichen Therapie im Alltag“ respektive zur „Unterstützung für psychisch kranke Personen in Krisensituationen“, dies im Rahmen von ein bis zwei monatlichen Besuchen der Spitex. Aus dem Behandlungsbild der Patientin ergäben sich einige wenige hausärztliche Behandlungen (Röntgen des Fusses, Stützung des Handgelenks). Es bestünden offenbar keine psychiatrischen Behandlungen, weder

im ambulanten noch im stationären Setting. Auch bestehe keine regelmässige Medikation (weder psychiatrisch noch somatisch). Eine psychiatrische Behandlungspflege und somit Pflichtleistung nach KLV stelle zum einen das Einüben einer ärztlichen (psychiatrischen) Therapie dar. Eine solche könne beispielsweise darin bestehen, dass ein Arzt bei einer Angststörung seine Therapie durch die Spitexorganisation im Alltag umsetzen und einüben lasse. Der Arzt kontrolliere die Zielerreichung im Rahmen seiner Therapie. Im vorliegenden Fall sei weder eine ärztliche Therapie noch deren Umsetzung / Einübung durch die psychiatrische Spitex ersichtlich. Aus den Notizen der Spitex zeige sich, dass die Gespräche vorwiegend zu Themen wie KESB, Sozialdienst, Kindererziehung, Wohnsituation, Schule und Ausbildung der Kinder sowie Wohnpartner stattfänden. Die Gespräche seien zweifellos sinnvoll, seien aber als soziale Betreuungsleistungen und nicht als leistungspflichtige, psychiatrische Spitexpflege einzustufen. Pflichtleistung nach KLV stellten zum anderen auch die Unterstützung für psychisch erkrankte Patienten in Krisensituationen dar, um damit eine akute Selbst- oder Fremdgefährdung zu verhindern. Gemäss den Unterlagen habe 2007 eine Arzneimittel-Intoxikation in suizidaler Absicht bestanden. Aus den aktuellen Unterlagen sei absolut keine akute Selbstgefährdung oder eine Krisensituation erkennbar, wie dies die KLV-Bestimmungen vorsähen. Die Patientin selbst verneine regelmässig eine Gefährdung.

3.3.4 Im Rahmen des vorliegenden Verfahrens führte Dr. med. D. _____ in der Stellungnahme vom 29. November 2019 (im Gerichts-dossier) aus, die Patientin werde seit April 2007 psychiatrisch behandelt (vgl. Akten Dr. med. D. _____ [act. III] 2 ff.). Initial sei sie durch Dr. med. I. _____ behandelt worden. Leider habe die Patientin die Therapie im Mai 2007 abgebrochen. In der Folge habe er – Dr. med. D. _____ – die Patientin am 28. September 2007 für aufsuchende psychiatrische Pflege angemeldet (act. III 1), um ihre Tagesstruktur (ADHS) zu verbessern und sie zur Einhaltung der Psychotherapie-Termine zu motivieren. Leider habe die Patientin auch die erneuten Psychotherapieversuche (03/2014 und 08/2015 [vgl. act. III 4 f.]) abgebrochen. Als minimales Therapieziel habe er die Patientin für die Fortsetzung der aufsuchenden psychiatrischen Pflege motivieren können. Diese habe sich sehr bewährt, habe sich doch die psychosoziale Situation deutlich stabilisiert. Dies sei deshalb aus seiner Sicht

unbedingt fortzusetzen. Die Diagnoseliste mit dem Titel persönliche Anamnese vom 18. April (nicht September) 2019 sei dem Bericht des psychiatrischen Dienstes H. _____ vom 21. September 2015 entnommen worden (vgl. act. III 5).

3.4 Aus den vorstehend zitierten medizinische Unterlagen (vgl. insbesondere E. 3.3.4 hiervor) ergibt sich, dass die Patientin seit 2007 nicht mehr in regelmässiger fachärztlich-psychiatrischer Behandlung steht und die durch den Hausarzt initiierten Behandlungsversuche 2014 und 2015 scheiterten. Gemäss den Akten und insbesondere laut den Angaben des Hausarztes vom 29. November 2019 (im Gerichtsossier) stammen die den hausärztlichen Verordnungen zugrundeliegenden und unter dem Titel „Anamnese“ aufgeführten psychiatrischen Diagnosen vom 18. April 2019 (act. I 3) aus einem Bericht des psychiatrischen Dienstes H. _____ vom 21. September 2015 (act. III 5). Für die Beurteilung der Leistungspflicht in grundsätzlicher und masslicher Hinsicht bedarf es eindeutiger Angaben bezüglich der im Einzelfall angeordneten und durchgeführten Massnahmen (BGE 131 V 178 E. 2.4 S. 188) und eine aktuelle genügende fachärztliche Abstützung (Befund, Diagnose, Therapie [vgl. E. 3.2 hiervor]). Mit den vorliegend aufgeführten, vor mehreren Jahren gestellten Diagnosen und den fehlenden Befunden mangelt es offenkundig an zeitnahen Grundlagen eines psychiatrischen Facharztes für die Beurteilung der erforderlichen Massnahmen, was die Beklagte denn auch mehrfach (erfolglos) reklamiert hatte (vgl. act. II 1.2, 1.9). Daran vermag weder die hausärztliche Einschätzung vom 2. November 2018 (act. II 1.8) noch die Stellungnahme der Klägerin vom 26. November 2018 (act. II 1.10) per Mail etwas zu ändern. Insofern fehlt es dadurch an einer genügenden Beurteilungsgrundlage. Die allein durch den Hausarzt ausgestellten Verordnungen genügen der von der Rechtsprechung verlangten fachärztlichen Grundlage nicht.

3.5 Was die fachlichen Anforderungen an den verordnenden Arzt betrifft, ist festzuhalten, dass sich die bejahte hausärztliche Verordnungskompetenz von psychiatrischen Pflegeleistungen laut dem Bundesgericht auf die Grundpflege gemäss Art. 7 Abs. 2 lit. c (Ziff. 2) KLV bezieht (BGer 9C_698/2016, E. 3.4.3; vgl. auch GEBHARD EUGSTER, Krankenversicherung, in ULRICH MEYER [Hrsg.], Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht

[SBVR], Band XIV, Soziale Sicherheit, 3. Aufl. 2016, S. 521 N. 376). Denn so wenig wie ärztliche Psychotherapie nur von Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie durchgeführt werden kann (Art. 2 Abs. 1 KLV), bedarf es für die psychiatrische und psychogeriatrische Grundpflege einer fachärztlichen Anordnung (BGer 9C_698/2016, E. 3.4.3). Es wird damit aber nicht gesagt, dass die anderen Leistungen im Sinne der psychiatrischen Behandlungspflege nach Art. 7 Abs. 2 lit. b Ziff. 13 und 14 KLV nicht auch hausärztlich verordnet werden dürften. Gemäss der Rechtsprechung ist – wie bereits erwähnt – für die Übernahme solcher Leistungen eine genügende fachärztliche Abstützung (Befund, Diagnose, Therapie) erforderlich (vgl. E. 3.2 hiavor). Ob damit die Anordnung solcher fachspezifischer Massnahmen zwingend durch einen Psychiater erfolgen muss, ist aber damit nicht (explizit) gesagt und diese Frage wurde – soweit ersichtlich – von der höchstrichterlichen Rechtsprechung bislang offen gelassen (vgl. GEBHARD EUGSTER, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum KVG, 2. Aufl. 2018, Art. 25a N 17). Da es vorliegend – wie vorstehend dargelegt (vgl. E. 3.4 hiavor) – an einer aktuellen fachärztlichen Abstützung (Befund, Diagnose, Therapie) fehlt, braucht hier die Frage, ob bei genügender fachärztlicher Grundlage psychiatrische Behandlungspflege gemäss Art. 7 Abs. 2 lit. b Ziff. 13 und 14 KLV durch den Hausarzt bzw. einen Allgemeinmediziner oder allein durch einen Psychiater verordnet werden kann, nicht beantwortet zu werden.

Offen bleiben kann auch, ob die Klägerin von sich aus hätte den Hausarzt auffordern müssen, weitere leistungsrelevante Unterlagen einzureichen bzw. die Anordnung des Arztes in Bezug auf die Diagnose hätten in Frage stellen müssen (vgl. Stellungnahme der Klägerin vom 21. Februar 2020, S. 2), da es am vorliegenden Ergebnis nichts ändert.

3.6 Nach dem Dargelegten ist für den hier umstrittenen Zeitraum von Januar 2018 bis 30. April 2019 ein behandlungsbedürftiger psychischer Gesundheitsschaden nicht nachgewiesen, weshalb der Klägerin für die in Bezug auf den genannten Zeitraum noch nicht beglichenen Rechnungen für psychiatrische Pflegemassnahmen im Betrag von Fr. 959.45 im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung gegenüber der

Beklagten kein Vergütungsanspruch zusteht. Die Klage ist demnach abzuweisen.

4.

4.1 Für das Klageverfahren werden Kosten erhoben. Diese richten sich gemäss Art. 47 Abs. 3 EG KUMV nach dem Dekret vom 24. März 2010 betreffend die Verfahrenskosten und die Verwaltungsgebühren der Gerichtsbehörden und der Staatsanwaltschaft (Verfahrenskostendekret, VKD; BSG 161.12) und werden für das vorliegende Verfahren auf Fr. 3'000.-- festgesetzt.

Im Klageverfahren sind die Verfahrens- und Parteikosten nach Massgabe des Unterliegens auf die Parteien zu verlegen (Art. 46 Abs. 2 EG KUMV i.V.m. Art. 109 Abs. 1 VRPG). Bei diesem Verfahrensausgang hat die Klägerin die Verfahrenskosten von Fr. 3'000.-- zu tragen, diese sind dem geleisteten Kostenvorschuss gleicher Höhe zu entnehmen.

4.2 Bei diesem Ausgang des Verfahrens hat die Klägerin keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (vgl. E. 4.1 hiavor).

Trotz Obsiegens hat auch die Beklagte praxisgemäss keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 46 Abs. 2 EG KUMV i.V.m. Art. 104 Abs. 4 VRPG).

Demnach entscheidet das Schiedsgericht:

1. Die Klage vom 5. Juni 2019 wird abgewiesen.
2. Die Verfahrenskosten, gerichtlich festgesetzt auf Fr. 3'000.--, werden der Klägerin zur Bezahlung auferlegt und dem geleisteten Kostenvorschuss gleicher Höhe entnommen.

3. Es werden keine Parteientschädigungen zugesprochen.

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.

Hinweis: Bezüglich einer allfälligen Verlängerung der oben erwähnten Frist siehe auch die Verordnung des Schweizerischen Bundesrats vom 20. März 2020 über

den Stillstand der Fristen in Zivil- und Verwaltungsverfahren zur Aufrechterhaltung der Justiz im Zusammenhang mit dem Coronavirus (COVID-19 [SR 173.110.4]).