

Schiedsgericht in Sozialversicherungsstreitigkeiten des Kantons Bern

Urteil vom 24. Juli 2026

Vorsitzender Verwaltungsrichter Furrer
Fachrichter Fürsprecher Cadotsch, Fachrichter Dr. med. Brechbühler
Gerichtsschreiber Germann

Helsana Versicherungen AG
Zürichstrasse 130, 8600 Dübendorf
vertreten durch Rechtsanwalt A. _____

Klägerin

gegen

Med. pract. B. _____
vertreten durch Fürsprecher C. _____

Beklagte

betreffend Klage vom 28. August 2024



Sachverhalt:

A.

Die Helsana Versicherungen AG (nachfolgend Helsana) ersuchte mit Schreiben vom 30. März, 19. Mai und 23. Juni 2022 med. pract. B._____, Praktische Ärztin, im Hinblick auf eine Überprüfung der Rechnungsstellung um Zustellung von Unterlagen betreffend sieben namentlich genannte Patienten (Akten der Helsana [act. I] 3-5) sowie mit Schreiben vom 9. September 2022 (act. I 6) um zusätzliche Angaben zu ihrer Abrechnungspraxis. Nach Eingang einer Stellungnahme von med. pract. B._____ (act. I 8) stellte die Helsana mit Schreiben vom 31. März 2023 fest, das Patientengut beinhalte überwiegend psychisch kranke Personen. Die entsprechenden Leistungen würden unerlaubterweise über die Grundleistungen im TARMED-Kapitel 00 abgerechnet, weil med. pract. B._____ die fachliche Dignität für die Verwendung des TARMED-Kapitels 02 (Psychiatrie) fehle (act. I 9 S. 1). Nachdem med. pract. B._____ ein Vergleichsangebot auf Rückerstattung von Honoraren (act. I 9 S. 2) mit der Begründung, sie werde "zeitnah" weitere Unterlagen (betreffend Anerkennung der Dignität) einreichen und einen neuen Vorschlag unterbreiten, nicht angenommen hatte (act. I 10), forderte die Helsana sie mit Schreiben vom 20. November 2023 auf, innert Frist den Betrag von (unpräjudiziell) Fr. 436'357.-- zurückzuerstatten oder einen Vorschlag für eine einvernehmliche Lösung zu unterbreiten (act. I 11 S. 6 f.). In der Folge brachte die Helsana in Erfahrung, dass med. pract. B._____ Besitzstand für einzelne Positionen des TARMED-Kapitels 02 (Psychiatrie) angemeldet hatte (act. I 14) und forderte sie auf, innert Frist den Nachweis der dafür erforderlichen Dignitätsvoraussetzungen zu erbringen (act. I 16). Weder kam med. pract. B._____ diesem Ersuchen nach noch kam es zwischen ihr und der Helsana zu einer Einigung.

B.

Mit Eingabe vom 28. August 2024 (in den Gerichtsakten – fortan zitiert als pag.) erhob die Helsana (nachfolgend Klägerin) Klage gegen med. pract.

B. _____ (nachfolgend Beklagte [pag. 2-16]). Sie stellt das folgende Rechtsbegehren (pag. 3):

Die Beklagte sei zu verurteilen, der Klägerin für die Abrechnungsperiode vom 2. September 2019 bis 16. Juni 2023 den Betrag von Fr. 558'109.--, zuzüglich 5 % Verzugszins seit der Rechtshängigkeit der vorliegenden Klage, zurückzuerstatten.

Unter Kosten- und Entschädigungsfolgen

Zur Begründung macht die Klägerin im Wesentlichen geltend, die Beklagte habe psychotherapeutische Leistungen erbracht, obwohl sie aufgrund ihrer qualitativen Dignität lediglich hausärztliche Leistungen habe erbringen dürfen, und die Beklagte habe diese psychotherapeutischen Leistungen mangels Dignität für Psychiatrie und Psychotherapie unzulässigerweise über die Grundleistungen im TARMED-Kapitel 00 bzw. mittels der sieben TARMED-Tarifziffern 00.0010, 00.0015, 00.0020, 00.0030, 00.0050, 00.0143 und 00.2510 abgerechnet (pag. 4 f., 13).

Mit Klageantwort vom 11. November 2024 (pag. 24-57) stellt die Beklagte das folgende Rechtsbegehren:

Die Klage vom 28. August 2024 sei vollumfänglich abzuweisen, soweit darauf einzutreten ist.

- unter Kosten- und Entschädigungsfolge -

Sie bringt insbesondere vor, es werde bestritten, dass es sich bei den abgerechneten Leistungen ausschliesslich um solche auf dem Gebiet der Psychiatrie und Psychotherapie handle; vielmehr sei sie stets als Hausärztin tätig gewesen (pag. 36 Rz. 8.3). Weiter werde bestritten, dass ihr die fachliche Dignität für die Verwendung des TARMED-Kapitels 02, Psychiatrie, bzw. die Weiterbildungsqualifikationen fehlten (pag. 32 Rz. 3.3). Ferner beantragte sie u.a. die Durchführung eines schiedsgerichtlichen Vermittlungsverfahrens (pag. 25).

Am 19. Februar 2025 (pag. 69) wurde vor dem Schiedsgericht eine Instruktionsverhandlung durchgeführt, an der keine Einigung erzielt wurde (pag. 70). Indessen legte die Beklagte diverse Unterlagen ins Recht und machte Besitzstand betreffend die TARMED-Positionen 02.0010, 02.0020 und 02.0076 (TARMED-Kapitel 02 [Psychiatrie]) geltend (Akten der Beklagten [act. II] 10 f.).

Im Rahmen des anschliessend fortgesetzten Klageverfahrens forderte der Instruktionsrichter Belege der Beklagten zu deren Dignität sowie zum geltend gemachten ambulanten Notfalldienst ein (pag. 72 f.). Ferner forderte er die Beklagte nach summarischer Würdigung des Nachweises des Besitzstandes betreffend die TARMED-Positionen 02.0010, 02.0020 und 02.0076 auf, die vollständigen Krankengeschichten jener Patienten einzureichen (act. II 86 f.), deren (bis am 16. Juni 2023 erfolgten) Behandlungen bzw. hierfür abgerechneten Leistungen Gegenstand der Rückforderung bilden. In der Folge reichte die Beklagte nach wiederholter Ermahnung (pag. 94; 103) sowie nach Auferlegung einer Busse wegen Störung des Geschäftsganges (pag. 109-111) einen Teil der Krankengeschichten ein (act. II 16 f.; Akten der Beklagten [act. IIA]). Diese unterbreitete der Instruktionsrichter – wie den Parteien zuvor in Aussicht gestellt (pag. 103) – dem Vertrauensärztlichen Dienst (VAD) der Klägerin verbunden mit der Aufforderung, er habe zur Frage Stellung zu nehmen, ob die in den Krankengeschichten dokumentieren Behandlungen als hausärztlich bzw. der medizinischen Grundversorgung zugehörend zu qualifizieren oder aber dem Gebiet der Psychiatrie zuzuordnen seien (pag. 119). Nachdem der VAD mit Schreiben vom 7. Januar 2026 (pag. 125) seine Beurteilung (Akten der Klägerin [act. III]) dem Gericht zugestellt hatte, gewährte der Instruktionsrichter den Parteien die Gelegenheit zur Stellungnahme (pag. 128). Während die Klägerin an ihren klageweisen Rechtsbegehren festhielt (pag. 131-133), stellte die Beklagte (pag. 138-140) den Antrag, es sei eine unabhängige vertrauensärztliche Stelle mit denselben Abklärungen vom Verwaltungsgericht (recte: Schiedsgericht) zu beauftragen und dabei insbesondere die Beklagte zu den einzelnen Einträgen erneut Stellung nehmen zu lassen.

Mit prozessleitender Verfügung vom 23. April 2026 (pag. 143 f.) schloss der Instruktionsrichter das Beweisverfahren und forderte die Rechtsvertreter der Parteien auf, die Kostennoten einzureichen. Mit Schreiben vom 30. April 2026 (pag. 147-152) bzw. 11. Mai 2026 (pag. 155-160) reichten Fürsprecher C. _____ respektive Rechtsanwalt A. _____ ihre Kostennoten ein.

Erwägungen:

1.

1.1 Gemäss Art. 89 Abs. 1 des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG; SR 832.10) sind Streitigkeiten zwischen Versicherern und Leistungserbringern durch ein Schiedsgericht zu entscheiden. Die Kantone können die Aufgaben des Schiedsgerichts dem kantonalen Versicherungsgericht übertragen (Art. 89 Abs. 4 Satz 3 Halbsatz 1 KVG), was der Kanton Bern getan hat (Art. 40 des kantonalen Gesetzes vom 6. Juni 2000 betreffend die Einführung der Bundesgesetze über die Kranken-, die Unfall- und die Militärversicherung [EG KUMV; BSG 842.11]).

1.2 Im vorliegenden Verfahren sind Streitigkeiten zwischen einem Versicherer und einer Leistungserbringerin zu beurteilen. Entgegen der nicht weiter begründeten Behauptung der Beklagten (pag. 25 Rz. 2, pag. 49 Rz. 5.5) bestehen keine Anhaltspunkte in den Akten, wonach es sich bei den zurückgeforderten Leistungen (auch) um solche der Krankenzusatzversicherung gemäss dem Bundesgesetz vom 2. April 1908 über den Versicherungsvertrag (Versicherungsvertragsgesetz, VVG; SR 221.229.1) handeln könnte, für welche das Schiedsgericht sachlich nicht zuständig wäre (vgl. GEBHARD EUGSTER, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum KVG, 2. Aufl. 2018, Art. 89 N. 5). Damit ist die sachliche Zuständigkeit des Schiedsgerichts gegeben. Sodann liegt die Praxis der Beklagten im Kanton Bern (<www.healthreg-public.admin.ch> unter Med-Reg), womit das Schiedsgericht in Sozialversicherungsstreitigkeiten des Kantons Bern auch örtlich zuständig ist (Art. 89 Abs. 2 KVG). Ferner sind die Rechtsvertreter der Klägerin sowie der Beklagten ordnungsgemäss bevollmächtigt (act. I 1; act. II 1); Art. 15 des kantonalen Gesetzes vom 23. Mai 1989 über die Verwaltungsrechtspflege [VRPG; BSG 155.21]) und die Klage entspricht den Formvorschriften (Art. 46 Abs. 2 EG KUMV i.V.m. Art. 32 VRPG). Auf die Klage ist demnach 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 pflichtgemäsem Ermessen. Es kann unter Wahrung des rechtlichen Gehörs zu Ungunsten der klagenden Partei entscheiden oder dieser mehr zusprechen, als sie verlangt hat (Art. 46 Abs. 2 EG KUMV i.V.m. Art. 92 Abs. 1 und 3 Satz 2 VRPG).

Streitig und zu prüfen ist, ob die Beklagte im Zeitraum vom 2. September 2019 bis zum 16. Juni 2023 (pag. 3) tarifkonform abgerechnet bzw. ob die Beklagte unrechtmässig abgerechnete Honorare im Betrag von Fr. 558'109.-- samt Verzugszins von 5 % seit der Rechtshängigkeit der Klage 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 Beweiswürdigung frei ist (Art. 89 Abs. 5 KVG). Der Kanton regelt das Verfahren (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.

1.5 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 des kantonalen Gesetzes vom 11. Juni 2009 über die Organisation der Gerichtsbehörden und der Staatsanwaltschaft [GSOG; BSG 161.1]; vgl. auch Art. 89 Abs. 4 Sätze 2 und 3 KVG).

2.

2.1

2.1.1 Die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) als Teil der sozialen Krankenversicherung gewährt Leistungen u.a. bei Krankheit (Art. 1a Abs. 2 lit. a KVG). Sie übernimmt die Kosten für die Leistungen gemäss den Art. 25-31 KVG nach Massgabe der in den Art. 32-34 KVG festgelegten Voraussetzungen (Art. 24 Abs. 1 KVG). Die Versicherer dürfen im Rahmen der OKP keine anderen Kosten als diejenigen für die Leistungen nach den Art. 25-33 KVG übernehmen (Art. 34 Abs. 1 KVG).

2.1.2 Die Leistungen nach den Art. 25-31 KVG müssen wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sein (Art. 32 Abs. 1 Satz 1 KVG; sog. WZW-Kriterien) und werden periodisch dahingehend überprüft (Art. 32 Abs. 2 KVG; BGE 151 V 158 E. 3.1 S. 160, 145 V 116 E. 3.2 S. 119). Die Wirtschaftlichkeit setzt die Wirksamkeit und Zweckmässigkeit der Behandlung voraus (BGE 145 V 116 E. 3.2.3 S. 120) und bezieht sich sowohl auf Art und Umfang der diagnostischen und therapeutischen Massnahmen als auch auf die mit bestimmten Handlungsformen verbundenen Kostenfolgen (JUANA VASELLA, in: Basler Kommentar, Art. 56 KVG N. 6).

Die WZW-Kriterien sind auf zwei Ebenen zu beachten: Zum einen bei der Bezeichnung der von der OKP zu vergütenden Leistungen durch den Verordnungsgeber, in welchem Bereich sie die allgemeinen Zulassungsvoraussetzungen einschränken, und zum andern als Vergütungsvoraussetzung im konkreten Einzelfall. Art. 32 KVG enthält mithin eine allgemeingültige Regel, der stets Rechnung zu tragen ist – sowohl bei den generellen Festlegungen des Verordnungsgebers als auch bei der Beurteilung der jeweiligen einzelnen Konstellation (BGE 151 V 158 E. 3.2 S. 160).

2.1.3 Als Leistungserbringer gelten u.a. Ärzte und Ärztinnen (Art. 35 Abs. 2 lit. a KVG). Die von der OKP zu übernehmenden Kosten für Leistungen umfassen u.a. die Untersuchungen und Behandlungen von Ärztinnen und Ärzten, die ambulant, stationär oder in einem Pflegeheim, sowie die Pflegeleistungen, die in einem Spital durchgeführt werden (Art. 25

Abs. 2 lit. a Ziff. 1 KVG in der bis 31. Dezember 2023 geltenden und hier anwendbaren Fassung). Gestützt auf Art. 33 Abs. 1 KVG i.V.m. Art. 33 lit. a der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) wird der Pflichtleistungscharakter in Bezug auf ärztlich durchgeführte Massnahmen vermutet und deren Vergütungsfähigkeit bis zum Beweis des Gegenteils angenommen (vgl. MIRJAM OLAH, in: Basler Kommentar, Art. 25 KVG N. 24).

2.2

2.2.1 Die Leistungserbringer erstellen ihre Rechnungen nach Tarifen und Preisen (Art. 43 Abs. 1 KVG). Damit zugelassene Leistungserbringer ihre Leistungen zulasten der Grundversicherung fakturieren können, müssen sie mithin einen Tarifvertrag (Art. 46 KVG) mit dem Krankenversicherer eingehen bzw. sich einem solchen anschliessen oder sich einem behördlichen Ersatztarif nach Art. 47 oder 48 KVG unterstellen (BGE 132 V 303 E. 4.4.3 S. 308). Das Rechtsverhältnis zwischen Leistungserbringer und Krankenversicherer begründet sich nur aufgrund von Tarifverträgen oder Ersatztarifen und ist öffentlich-rechtlicher Natur. Mit Zustimmung oder Beitritt zu einem Tarifvertrag bekundet der Leistungserbringer seinen Willen, an einer KVG-konformen Leistungserbringung und -abrechnung mitzuwirken (LARISA PETROV, Weiterentwicklung der Wirtschaftlichkeitskontrolle nach KVG, in: ZStöR – Zürcher Studien zum öffentlichen Recht Band/Nr. 296, 2024, S. 13 f. N. 20 f.). Tarifverträge bezwecken u.a., unwirtschaftliche und/oder unzweckmässige Leistungen zu verhindern (Urteil des Bundesgerichts [BGer] 9C_252/2011 vom 14. Juli 2011 E. 5.2).

2.2.2 Die ambulant erbrachten ärztlichen Leistungen im Rahmen der OKP wurden vom 1. Januar 2004 bis 31. Dezember 2025 einheitlich über das Tarifsysteem TARMED (per 1. Januar 2026 ersetzt durch das neue Tarifsysteem TARDOC, vgl. Medienmitteilung des Bundesamts für Gesundheit [BAG] vom 30. April 2025; <www.news.admin.ch>) abgerechnet. Es handelt sich dabei um einen Einzelleistungstarif nach Art. 43 Abs. 2 lit. b KVG (vgl. GEBHARD EUGSTER, Die obligatorische Krankenpflegeversicherung, in: ULRICH MEYER [Hrsg.], Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Band XIV, Soziale Sicherheit, 3. Aufl. 2016, S. 709 N. 1004). Grundlage ist insbesondere der zwischen den Vertragsparteien (santésuisse und FMH

Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte [nachfolgend FMH]) als Vertreter der Versicherer und Leistungserbringer am 5. Juni 2002 abgeschlossene Rahmenvertrag TARMED und – als Bestandteil dieses Vertrages – die Tarifstruktur TARMED (vgl. Art. 1 Abs. 1 und Abs. 3 Ziff. 1 Rahmenvertrag TARMED; Urteil des BGer 9C_33/2024 vom 24. Juni 2024 E. 3.4). In dieser werden ärztliche und technische Leistungen erfasst und mit Taxpunkten versehen. Die Höhe der Taxpunktwerte (in Franken und Rappen) wird mittels Tarifverträgen auf kantonaler Ebene festgelegt. Aus der Multiplikation der Taxpunkte mit dem Taxpunktwert ergibt sich der Preis der einzelnen Leistungseinheiten (in BGE 150 V 381 nicht publ. E. 2.2.2 des Urteils 9C_664/2023 vom 24. Juni 2024; EUGSTER, Die obligatorische Krankenpflegeversicherung, a.a.O., S. 710 f. N. 1010 f.).

Auf den 1. Januar 2018 änderte der Bundesrat die Verordnung über die Festlegung von Tarifstrukturen in der Krankenversicherung (SR 832.102.5) und damit die Tarifstruktur TARMED. Die vorgenommenen Anpassungen befinden sich in Anhang 1 der Verordnung und die ab 1. Januar 2018 geltende – und vorliegend massgebende – Tarifstruktur Version 1.09 in Anhang 2 (in BGE 150 V 381 nicht publ. E. 2.2.2 des Urteils 9C_664/2023 vom 24. Juni 2024).

2.2.3 Der Tarif ist eine Grundlage für die Berechnung der Vergütung; er kann namentlich zur Sicherung der Qualität die Vergütung bestimmter Leistungen ausnahmsweise von Bedingungen abhängig machen, welche über die Voraussetzungen nach den Art. 36-40 KVG hinausgehen, wie namentlich vom Vorliegen der notwendigen Infrastruktur und der notwendigen Aus-, Weiter- oder Fortbildung eines Leistungserbringers (Tarifausschluss; Art. 43 Abs. 2 lit. d KVG). Im Rahmenvertrag TARMED wurde vereinbart, dass als Basis für die Anerkennung der Infrastrukturen und Dignitäten das von der Projektleitung TARMED verabschiedete Konzept über die Anerkennung von Sparten nach TARMED und das von der Projektleitung TARMED verabschiedete Konzept Dignität TARMED – zuletzt Version 9.0 – (nachfolgend Konzept Dignität TARMED; abrufbar unter <www.fmh.ch> unter Tarmed/Dignität) gelten (Art. 7 Abs. 1). Alle diesem Vertrag beigetretenen Mitglieder und Nicht-Verbandsmitglieder der FMH müssen die definierten Anerkennungskriterien erfüllen. Die Einhaltung der Kriterien ist

Voraussetzung für die Abrechnungsberechtigung (Art. 7 Abs. 2 Rahmenvertrag TARMED). Nach Ziff. 1.1.2 Konzept Dignität TARMED gibt die (vorliegend interessierende) qualitative Dignität an, welche Weiterbildungstitel – Facharztstitel, Schwerpunkt, Fähigkeits-/Fertigkeitsausweis gemäss der Weiterbildungsordnung (WBO) des Schweizerischen Instituts für ärztliche Weiter- und Fortbildung (SIWF; vgl. Art. 25 Abs. 1 lit. a des Bundesgesetzes vom 23. Juni 2006 über die universitären Medizinalberufe [Medizinalberufegesetz, MedBG; SR 811.11] i.V.m. Art. 4 Abs. 1 WBO) – berechtigen, eine Leistung zulasten der Sozialversicherungen abzurechnen. Die qualitativen Dignitäten sind bei jeder einzelnen Leistung vermerkt (vgl. auch Generelle Interpretationen [GI] für den gesamten Tarif GI-10; TARMED GI-10; ANDREAS BÜHRER, in Tarif und Tarifierfassung in der Krankenversicherung, 2015, S. 154).

2.3 Krankenversicherer sind unter Wahrung des Verhältnismässigkeitsgebots zur Wirtschaftlichkeitskontrolle verpflichtet, wobei der Begriff der Wirtschaftlichkeitskontrolle im weiteren Sinne jede Methode umfasst, die der Rechnungs- oder Leistungskontrolle dient (vgl. PETROV, a.a.O., S. 229 N. 567). Dabei ist die Rechnungskontrolle von der Wirtschaftlichkeitskontrolle im engeren Sinne zu unterscheiden (vgl. Urteil des BGer 9C_663/2023 vom 24. Juni 2024 E. 2.2.1). Bei Rechnungskontrollen überprüfen die Versicherer nicht, inwiefern erbrachte Leistungen die WZW-Kriterien konkret erfüllen. Stattdessen kontrollieren die Versicherer die Korrektheit und Plausibilität der Rechnungspositionen abgerechneter Leistungen. Es geht dabei insbesondere um die Einhaltung von Tarifvorgaben. Der Versicherer kann einzelne Rechnungen eines Leistungserbringers (punktuell) oder sämtliche Rechnungen des Leistungserbringers während eines bestimmten Zeitraums (systematisch) kontrollieren (DARIO PICECCHI, Weiterentwicklung der statistischen Wirtschaftlichkeitskontrolle, Jahrbuch zum Sozialversicherungsrecht [JaSo] 2024, S. 176). Die Rechnungskontrolle kann Elemente der Wirtschaftlichkeitsprüfung enthalten, so etwa, wenn die korrekte Tarifierfassung zur Diskussion steht (Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG; heute BGer] K 124/03 vom 16. Juni 2004 E. 6.1.2).

2.4 Nach Art. 56 Abs. 2 Satz 2 KVG kann eine nach diesem Gesetz dem Leistungserbringer zu Unrecht bezahlte Vergütung zurückgefordert werden. Diese Bestimmung ist nicht nur auf unwirtschaftliche, sondern per analogiam auch auf andere nach dem KVG zu Unrecht bezogene Leistungen anwendbar (EUGSTER, Die obligatorische Krankenpflegeversicherung, a.a.O., S. 686 N. 919). Ferner werden gegen Leistungserbringer, die gegen die im Gesetz vorgesehenen Wirtschaftlichkeits- und Qualitätsanforderungen (Art. 56, 58a und 58h KVG) oder gegen vertragliche Abmachungen sowie gegen die Bestimmungen über die Rechnungsstellung (Art. 42 KVG) verstossen, Sanktionen ergriffen (Art. 59 Abs. 1 KVG). Diese umfassen neben den in den Qualitätsverträgen vorgesehenen Sanktionen unter anderem die gänzliche oder teilweise Rückerstattung der Honorare, welche für nicht angemessene Leistungen bezogen wurden (Art. 59 Abs. 1 lit. b KVG; BGer 9C_33/2024 E. 3.3). Die Krankenversicherer sind für die von ihnen aufgrund einer Rechnungskontrolle oder einer Wirtschaftlichkeitsprüfung geltend gemachte Rückforderung beweisbelastet (BGE 150 V 178 E. 6.2 S. 185).

2.5 Im Verfahren vor dem kantonalen Schiedsgericht gilt der Untersuchungsgrundsatz (vgl. E. 1.4 vorne). Dieser wird durch die Mitwirkungspflicht der Parteien eingeschränkt (vgl. Urteil des BGer 9C_16/2022 vom 21. März 2022 E. 4.1.2). Dazu gehört vor allem die Substanziierungspflicht, welche beinhaltet, dass die wesentlichen Tatsachenbehauptungen und -bestreitungen in den Rechtsschriften enthalten sein sowie die entsprechenden Beweismittel dargelegt werden müssen (vgl. Urteil BGer 9C_41/2019 vom 26. März 2019 E. 4.2.2). Zudem sind an den Untersuchungsgrundsatz geringere Anforderungen zu stellen, wenn die Parteien durch Anwälte vertreten sind (BGE 138 V 86 E. 5.2.3 S. 97). Schliesslich kommt auch im Verfahren nach Art. 89 KVG anlässlich der freien Beweiswürdigung grundsätzlich der im gesamten Sozialversicherungsrecht übliche Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zum Tragen (BGer 9C_16/2022 E. 4.1.2).

3.

3.1 Die von Amtes wegen zu prüfende Frage, ob eine Partei als Klägerin aufzutreten berechtigt (Aktivlegitimation) und welche Partei einzuklagen ist (Passivlegitimation), bestimmt sich – auch im öffentlich-rechtlichen Klageverfahren – nach dem materiellen Recht. Grundsätzlich ist der Träger des fraglichen Rechts aktivlegitimiert, passivlegitimiert der materiell Verpflichtete, gegen den sich das eingeklagte Recht richtet. Aktiv- und Passivlegitimation sind folglich nicht Bedingungen im Sinne von Prozessvoraussetzungen, von denen die Zulässigkeit der Klage abhängen würde; sie gehören vielmehr zur materiellen Begründetheit des Klagebegehrens, weshalb ihr Fehlen zur Abweisung und nicht zur Zurückweisung der – bzw. zum Nichteintreten auf die – Klage führt (BGE 147 V 2 E. 3.2.1 S. 5; vgl. MICHEL DAUM, in: HERZOG/DAUM [Hrsg.], Kommentar zum Gesetz über die Verwaltungsrechtspflege im Kanton Bern, 2. Aufl. 2020, Art. 12 Rz. 39).

3.2 Die Aktivlegitimation der Klägerin und die Passivlegitimation der Beklagten ergeben sich aus Art. 56 Abs. 2 und Art. 59 Abs. 2 KVG. Als Klägerin tritt vorliegend ein Krankenversicherer auf, der zwischen dem 2. September 2019 bis 16. Juni 2023 (pag. 3) der Beklagten Leistungen nach Massgabe der TARMED-Tarifpositionen 00.0010, 00.0015, 00.0020, 00.0030, 00.0050, 00.0143 und 00.2510 vergütet hat (pag. 4, 29 Rz. 1.4). Soweit die Beklage vorbringt, bei den zurückgeforderten Leistungen handle es sich um Bruttoversicherungsleistungen ohne Berücksichtigung von allenfalls von den Versicherten zu tragenden Selbstbehalten und Franchisen (pag. 30 Rz. 1.7) und sie mit diesem Vorbringen die Aktivlegitimation der Klägerin zumindest teilweise bestreitet bzw. auf Abweisung oder Nichteintreten der Klage schliesst (pag. 41 f. Rz. 3.2 ff.), dringt sie nicht durch. Denn eine nach diesem Gesetz dem Leistungserbringer zu Unrecht bezahlte Vergütung kann zurückgefordert werden, wobei im System des Tiers garant die versicherte Person oder der Versicherer rückforderungsberechtigt ist (Art. 56 Abs. 2 lit. a und Art. 89 Abs. 3 KVG). Es widerspräche der ratio legis, wenn ein Versicherer zwar in Vertretung der versicherten Person gegen einen Leistungserbringer klagen darf, es ihm aber nicht erlaubt wäre, den von der versicherten Person im Rahmen von Franchise/Selbstbehalt beglichenen Betrag zurückzufordern, müsste doch diesfalls die versicherte Person zusätzlich noch selbst gegen den Leistungserbringer vorgehen und den von ihr übernommenen Betrag von

ihm zurückfordern. Mithin besteht auch bezüglich Franchise und Selbstbehalt eine Legitimation der Klägerin zur Geltendmachung desjenigen Teils der Forderung, welcher nicht von ihr, sondern allenfalls von den Versicherten vergütet wurde (vgl. Urteil des BGer 9C_509/2024 vom 5. Dezember 2025 E. 3.1.2).

4.

4.1 Die Beklagte erwarb am TT. MM 2019 den eidgenössischen Weiterbildungstitel als "Praktische Ärztin" (act. II 3 f.; Art. 2 Abs. 1 lit. a der Verordnung vom 27. Juni 2007 über Diplome, Ausbildung, Weiterbildung und Berufsausübung in den universitären Medizinalberufen [Medizinalberufeverordnung, MedBV; SR 811.112.0] und erhielt am TT. MM 2019 die Berufsausübungsbewilligung in eigener fachlicher Verantwortung (vgl. <www.healthreg-public.admin.ch> unter MedReg). Damit verfügt sie gestützt auf Art. 1 des Weiterbildungsprogramms Praktischer Arzt/Praktische Ärztin des SIWF vom 1. Juni 2002 über die Kompetenz, eigenverantwortlich im Bereich der medizinischen Grundversorgung tätig zu sein (vgl. <www.siwf.ch> unter Weiterbildung). Sie trat ferner per TT. MM 2019 dem Rahmenvertrag TARMED sowie dem Kantonalen Anschlussvertrag zum Rahmenvertrag TARMED bei (act. II 7; pag. 29 Rz. 1.2), womit sie die Bestimmungen des TARMED-Regelwerks anerkannt hat und diesem folglich im gesamten streitbetroffenen Zeitraum (vgl. E. 1.3 vorne) unterworfen war (vgl. E. 2.2 vorne).

4.2 Im Rahmen der Instruktionsverhandlung vom 19. Februar 2025 legte die Beklagte einen Dignitätsausweis der FMH vom 7. Februar 2025 (act. II 11) sowie eine Fortbildungsbestätigung der Schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie (SGPP) vom 4. Februar 2025 (act. II 10) ins Recht (pag. 70) und machte Dignität (im Sinne einer Besitzstandsgarantie) für die TARMED-Ziffern 02.0010, 02.0020 und 02.0076 geltend (act. II 11; vgl. E. 2.2.3 vorne). Sie bringt insoweit vor, "aufgrund ihrer Weiterbildungen grundsätzlich durchaus dazu befugt" zu sein, psychotherapeutische Leistungen zu erbringen und abzurechnen (pag. 34 Rz. 6.2).

4.3

4.3.1 Die TARMED-Positionen 02.0010, 02.0020 und 02.0076 betreffen die "Psychiatrische Diagnostik und Therapie, Einzeltherapie, erste Sitzung, pro 5 Min.", "Psychiatrische Diagnostik und Therapie, Einzeltherapie, jede weitere Sitzung, pro 5 Min." sowie "Ausstellen von Rezepten oder Verordnungen ausserhalb von Konsultation, Besuch und telefonischer Konsultation in Abwesenheit des Patienten durch den Facharzt für Psychiatrie, pro 1 Min." Die Abrechnung über diese Positionen setzt jeweils den Facharztstitel der Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie oder jener der Psychiatrie und Psychotherapie voraus, über den die Beklagte unbestrittenermassen (pag. 34 Rz. 6.1 f) nicht verfügt bzw. im streitbetroffenen Zeitraum (vgl. E. 1.3 vorne) nicht verfügte.

Gemäss Ziff. 1.3 Konzept Dignität TARMED – welches integrierender Bestandteil des Rahmenvertrags TARMED bildet (vgl. E. 2.2.3 vorne) – kann der Arzt jedoch Leistungen, die er bei einer eigenverantwortlichen und von ihm selber durchgeführten Tätigkeit während drei Jahren vor Inkrafttreten der TARMED-Struktur (am 1. Januar 2004) regelmässig und qualitativ unbeanstandet erbracht hat, weiterhin verrechnen (sog. Besitzstandsgarantie). Nach Ziff. 2.4 Konzept Dignität TARMED erfolgt die Datenerhebung nach dem Prinzip der Selbstdeklaration durch den Arzt. Dies wird im zuhanden der Klägerin verfassten, seitens der Beklagten unbestritten gebliebenen Dokument der FMH "Gültigkeitsbeginn Besitzstand" vom 22. November 2022 (act. I 15), wiederholt bzw. präzisiert: Danach muss der Arzt oder die Ärztin mittels "Selbstdeklaration" Folgendes bestätigen:

- a) den Nachweis, dass die gewünschten Positionen seit mindestens 2001 in eigenverantwortlicher Tätigkeit regelmässig und qualitativ unbeanstandet durchgeführt wurden, erbringen zu können und
- b) kumulativ seine Fortbildung nachweisen zu können.

Diese Nachweise müsse die Ärztin oder der Arzt nicht der FMH gegenüber erbringen, "aber bereit sein, diese jederzeit einer anfragenden Versicherung gegenüber beibringen zu können". Wenn der Arzt bzw. die Ärztin dies "mittels Selbstdeklaration bestätigt", trägt die FMH den Besitzstand in der Dignitätsdatenbank ein. Ebenso wird im von der Beklagten eingereichten Dignitätsausweis vom 7. Februar 2025 nochmals ausdrücklich festgehalten, dass die Angaben der Beklagten zur Besitzstandsgarantie (erworbene Kenntnisse und Fertigkeiten) sowie zu Abrechnungszertifikaten und Besitzstandsleistungen (vgl. hierzu die Angaben unter "C" [act. II 11]) auf Selbstdeklaration beruhen.

4.3.2 Aus dem hiervor Dargelegten folgt, dass die Validität der von der Beklagten gemachten Angaben nicht gewährleistet ist, womit dem Dignitätsausweis nur eine sehr beschränkte Beweiskraft zukommt. Im Rahmen der instruktionsrichterlich durchgeführten Beweismassnahmen wurde die Beklagte entsprechend aufgefordert zu belegen, dass sie von 2001 bis 2003 die Besitzstandspositionen 02.0010, 02.0020 und 02.0076 in eigenverantwortlicher Tätigkeit regelmässig und qualitativ unbeanstandet erbracht bzw. abgerechnet hat (pag. 73). Die im weiteren Verlauf eingereichten Unterlagen (act. II 14 f.) erbringen diesen Nachweis nicht. Insbesondere genügt allein der Nachweis von absolvierten Fortbildungen (act. II 10, 14) nicht, da nach dem klaren Wortlaut der massgeblichen Dignitätsbestimmungen (vgl. E. 4.3.1 vorne) eine eigenverantwortliche, regelmässige und qualitativ unbeanstandete Tätigkeit im psychiatrischen Bereich vorausgesetzt wird. Dies ist vorliegend nicht erstellt, was im Übrigen auch mit dem Lebenslauf der Beklagten korreliert, welcher für die Zeit ab 2001 – abgesehen von zwei kurzzeitigen Anstellungen als wissenschaftliche Mitarbeiterin an der medizinischen Fakultät der D._____, die im Kontext der Besitzstandsfrage irrelevant sind – lediglich Hinweise auf Fort- bzw. Weiterbildungen enthält (act. II 6). Dies dürfte der Beklagten mit Blick auf ihre vorprozessual zur Dignität gemachten Angaben denn auch durchaus bewusst gewesen sein (vgl. act. I 8 S. 3). Ferner ist nicht relevant, ob sich die Beklagte – wie in der Klageantwort geltend gemacht (pag. 43 Ziff. 4.4) – in der "fortgeschrittenen Phase ihrer Weiterbildung zur Psychotherapeutin" befindet, abgesehen davon, dass nicht ohne weiteres einsichtig ist bzw. widersprüchlich erscheint, weshalb sie diese Weiterbildung machen

sollte, wenn sie doch die Voraussetzungen für den Besitzstand erfüllen sollte.

4.3.3 Schliesslich belegt auch die Fortbildungsbestätigung vom 4. Februar 2025 (act. II 10) lediglich eine Fortbildung und ändert am hiervor Dargelegten (E. 4.3.2) nichts. Zudem gilt die Bestätigung für die Jahre 2024 bis 2026 und ist damit unter dem Blickwinkel des Besitzstandsnachweises auch in zeitlicher Hinsicht nicht relevant.

4.4 Zusammenfassend verfügte die Beklagte im streitbetroffenen Zeitraum einzig über die qualitativen Dignitätsanforderungen als Praktische Ärztin. Der im Dignitätsausweis vom 7. Februar 2025 (act. II 11) dokumentierte Besitzstand betreffend die TARMED-Positionen 02.0010, 02.0020 und 02.0076 ist nicht erstellt und die Beklagte kann sich in Bezug auf die erbrachten und vergüteten, nunmehr zurückgeforderten Leistungen entgegen ihren Vorbringen (pag. 34 Rz. 6.2) nicht darauf berufen.

5.

Die klageweise geltend gemachte Rückforderung im Betrag von Fr. 558'109.-- (zuzüglich Zins; pag. 3) basiert auf Vergütungen von Leistungen, welche die Beklagte im Zeitraum vom 2. September 2019 bis 16. Juni 2023 bei insgesamt 84 Patienten erbracht hat (vgl. act. IIB Lasche 3 "Bruttoversicherungsleistungen pro versicherte Personen vom 02.09.2019 – 16.06.2023"). Die Beklagte macht nicht geltend (vgl. E. 2.5 vorne) und es ist auch anderweitig nicht ersichtlich, dass die in act. IIB aufgelisteten und zur Abrechnung gebrachten Behandlungen nicht oder nicht im aufgeführten Umfang vergütet wurden. Im Weiteren steht fest (vgl. act. IIB Lasche 6 "Bruttoversicherungsleistungen pro Tarifiziffern") und anerkennt die Beklagte ausdrücklich (pag. 29 Rz. 1.4, pag. 35 Rz. 8.1), dass sie diese Leistungen gegenüber der Klägerin ausschliesslich nach Massgabe der TARMED-Ziffern 00.0010, 00.0015, 00.0020, 00.0030, 00.0050, 00.0143 und 00.2510 abgerechnet hat. Als Praktische Ärztin verfügt die Beklagte grundsätzlich über die Befugnis, gemäss diesen TARMED-Positionen abzurechnen (vgl. E. 2.2.3 vorne), gilt doch für sämtliche dieser Positionen hinsichtlich der qualitativen Dignität "Alle" oder (auch) "Praktischer Arzt/Praktische Ärztin".

Die Klägerin macht jedoch geltend, mangels Dignität (vgl. E. 4.4 vorne) für eine Abrechnung über die Tarifpositionen des TARMED-Kapitels 02 (Psychiatrie) habe die Beklagte die "Analogie-Positionen" aus dem Kapitel 00 verwendet, was unzulässig, die Vergütung der Leistungen damit zu Unrecht erfolgt sei und diese folglich zurückzuerstatten seien (pag. 10 Art. 5, pag. 13 Art. 8). Derweil stellt sich die Beklagte auf den Standpunkt, sie sei der Ansicht gewesen, dass ihre "Beratungstätigkeiten und therapeutischen Gespräche im Kontext der hausärztlichen Versorgung" erbracht worden seien (pag. 43 Rz. 4.3).

6.

Die abgerechneten TARMED-Positionen lauten im Einzelnen wie folgt:

- **00.0010** (Konsultation, erste 5 Min. [Grundkonsultation])
- **00.0015** (+ Zuschlag für hausärztliche Leistungen in der Arztpraxis)
- **00.0020** (+ Konsultation bei Personen über 6 Jahren und unter 75 Jahren, jede weiteren 5 Min. [Konsultationszuschlag]),
- **00.0030** (+ Konsultation, letzte 5 Min. [Konsultationszuschlag]),
- **00.0050** (Vorgesprechung diagnostischer/therapeutischer Eingriffe mit Patienten/Angehörigen durch den Facharzt bei Personen über 6 Jahren und unter 75 Jahren, pro 5 Min.),
- **00.0143** (Auskünfte an Angehörige oder andere Bezugspersonen des Patienten in Abwesenheit des Patienten bei Personen über 6 Jahren und unter 75 Jahren, pro 1 Min.)
- **00.2510** (Notfall-Inkonvenienzpauschale A, Mo-Fr 7-19, Sa 7-12)

Diese wurden gemäss act. IIB Lasche 6 "Bruttoversicherungsleistungen pro Tariffziffern" wie folgt abgerechnet bzw. vergütet:

Position	Anzahl	Leistungen
00.0010	6'096	Fr. 93'695.54
00.0015	6'045	Fr. 52'591.50

00.0020	12'094	Fr. 186'005.06
00.0030	6'092	Fr. 46'908.38
00.0050	4'579	Fr. 70'379.31
00.0143	51	Fr. 156.57
00.2510	2'710	Fr. 108'372.90
Total	37'667	Fr. 558'109.26

Bei den Positionen 00.0010, 00.0015, 00.0020, 00.0030, 00.0050 und 00.0143 handelt es sich um "Grundleistungen" gemäss Kapitel 00 und innerhalb dieses Kapitels um "Allgemeine Grundleistungen" gemäss den Unterkapiteln 00.01 respektive 00.01.01 ("Konsultation, Besuch, Wegentschädigung u.a."). Die allgemeinen Grundleistungen sind in der Leistungsgruppe (LG) 18 – als LG gelten Listen von Leistungen mit einem bestimmten, gemeinsamen, tarifarisch erheblichen Merkmal (TARMED GI-47) – zusammengefasst. Die Tarifiziffer 00.0010 stellt eine Hauptleistung dar, die allein abgerechnet werden kann, während es sich bei den mit einem + versehenen Positionen 00.0015, 00.0020 und 00.0030 um Zuschlagsleistungen handelt, welche zwingend eine Hauptleistung voraussetzen. Überdies können solche Zuschlagspositionen mit mehreren, nicht näher bezeichneten Hauptleistungen abgerechnet werden. Bei der Rechnungsstellung muss indes immer die entsprechende Bezugsleistung – in der Regel eine Hauptleistung – angegeben werden (TARMED GI-6).

Die Tarifiziffer 00.0010 einerseits und die Positionen 00.0015, 00.0020 sowie 00.0030 andererseits hängen entsprechend dem Verhältnis zwischen Haupt- und Zuschlagsleistung alle miteinander zusammen, bildet doch die Ziffer 00.0010 Grundlage dafür, dass die übrigen Ziffern überhaupt abgerechnet werden dürfen: So setzen die "Regeln" der Positionen 00.0015 und 00.0020 die Position 00.0010 voraus, während diejenigen der Position 00.0030 – soweit hier interessierend – entweder die Position 00.0010 oder 00.0020 voraussetzen. Sodann gehören die Positionen 00.0050 und 00.0143 zwar ebenso zu den Unterkapiteln 00.01 respektive 00.01.01, stellen jedoch Hauptleistungen dar, die gemäss den jeweiligen medizinischen Interpretationen einen spezifischen Regelungsgegenstand haben und damit nicht (direkt) von der Position 00.0010 abhängen. Schliesslich ist die

Position 00.2510 im Unterkapitel 00.08 "Dringlichkeitszuschläge und Notfallzuschläge" geregelt und gehört damit zu den Grundleistungen gemäss Kapitel 00, nicht jedoch zu den allgemeinen Grundleistungen gemäss Unterkapitel 00.01.

Indem die in Rechnung gestellten und nunmehr zurückgeforderten Leistungen überwiegend die TARMED-Positionen 00.0010, 00.0015, 00.0020 und 00.0030 betreffen, ist zunächst mittels Auslegung zu prüfen, was als Grundkonsultation im Rahmen einer allgemeinen Grundleistung im Sinne dieser Positionen gilt (vgl. E. 7). Anschliessend ist zu beurteilen, welcher Natur die von der Beklagten erbrachten Leistungen waren (E. 8). Gestützt auf die Ergebnisse wird schliesslich die Tarifkonformität hinsichtlich der einzelnen abgerechneten Tarifpositionen zu prüfen sein (E. 9).

7.

7.1 Bei der Auslegung von TARMED-Positionen ist zu berücksichtigen, dass die Tarifstruktur TARMED Version 1.09 weitgehend auf einer zuvor zwischen Vertretern der Versicherer und der Leistungserbringer vereinbarten Tarifstruktur und damit auf einem öffentlich-rechtlichen Vertrag beruht (BGE 150 V 381 E. 4.3 S. 385). Im Übrigen regelt TARMED GI-51 das systematische Vorgehen bei der Regelanwendung und legt bezüglich Regeln und Interpretationen mehrere Hierarchiestufen fest. Entsprechend der ersten Stufe ist zu beachten, dass sich der Inhalt der von der OKP zu vergütenden Leistungen nach Gesetz und Verordnung bestimmt und nicht nach einem Tarifvertrag (Urteil des EVG K 158/05 vom 5. September 2006 E. 5.1; vgl. auch TARMED GI-36). Indem die Tarifstruktur TARMED zudem die Wesenszüge einer generell-abstrakten öffentlich-rechtlichen Regelung sui generis aufweist (SZS 2024 S.188), sind zusätzlich die allgemeinen Grundsätze der Normauslegung zu beachten (vgl. SZS 2024 S. 191). Danach bildet Ausgangspunkt jeder Auslegung der Wortlaut der Bestimmung. Ist der Text nicht ganz klar und sind verschiedene Interpretationen möglich, so muss nach seiner wahren Tragweite gesucht werden unter Berücksichtigung aller Auslegungselemente (grammatikalisches, historisches, zeitgemässes, systematisches und teleologisches Element [vgl. SVR 2005

ALV Nr. 6 S. 19, C 77/04 E. 3.3]; Methodenpluralismus). Dabei kommt es auf den Zweck der Regelung, die dem Text zugrundeliegenden Wertungen sowie auf den Sinnzusammenhang an, in welchem die Norm steht. Die Entstehungsgeschichte ist zwar nicht unmittelbar entscheidend, dient aber als Hilfsmittel, um den Sinn der Norm zu erkennen. Namentlich zur Auslegung neuerer Texte, die noch auf wenig veränderte Umstände und ein kaum gewandeltes Rechtsverständnis treffen, kommt den Materialien eine besondere Bedeutung zu. Vom Wortlaut darf abgewichen werden, wenn triftige Gründe dafür bestehen, dass er nicht den wahren Sinn der Regelung wiedergibt. Sind mehrere Auslegungen möglich, ist jene zu wählen, die der Verfassung am besten entspricht. Allerdings findet auch eine verfassungskonforme Auslegung ihre Grenzen im klaren Wortlaut und dem Sinn einer Gesetzesbestimmung (BGE 150 V 381 E. 4.1 S. 384).

7.2 Wie in E. 5 vorne gezeigt, gehören die TARMED-Positionen 00.0010, 00.0015, 00.0020, 00.0030, 00.0050 und 00.0143 zu den allgemeinen Grundleistungen. Weil weder dieser Begriff noch jener der Grundkonsultation (Position 00.0010) im KVG, in der KVV oder in der Verordnung vom 29. September 1995 des EDI über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV; SR 832.112.31) definiert bzw. geregelt sind und auch keine einschlägigen Entscheide der Paritätischen Interpretationskommission (PIK; vgl. Art. 16 Abs. 1 Rahmenvertrag TARMED) hierzu vorliegen, hat die Auslegung auf tarifarischer Ebene, unter Berücksichtigung der hiervor dargelegten allgemeinen Auslegungselemente (vgl. E. 7.1 hiervor), zu erfolgen.

7.3

7.3.1 Anzukuñpfen ist bei der medizinischen Interpretation zur Position 00.0010 (Konsultation, erste 5 Min. [Grundkonsultation]). Diese lautet in den drei Sprachfassungen deutsch, französisch und italienisch wie folgt:

"Beinhaltet alle ärztlichen Leistungen, die der Facharzt in seiner Praxis oder der Arzt bei ambulanten Patienten im Spital ohne oder mit einfachen Hilfsmitteln (etwa Inhalt 'Besuchskoffer') am Patienten hinsichtlich der Beschwerden und Erscheinungen erbringt, derentwegen dieser zum Facharzt kommt, bzw.

gebracht wird und hinsichtlich der Beschwerden und Erscheinungen, die während der gleichen Behandlungsdauer auftreten.

Beinhaltet Begrüssung, Verabschiedung, nicht besonders tarifierte Besprechungen und Untersuchungen, nicht besonders tarifierte Verrichtungen (z.B.: bestimmte Injektionen, Verbände usw.), Begleitung zu und Übergabe (inkl. Anordnungen) an Hilfspersonal betreffend Administration, technische und kurative Leistungen, Medikamentenabgabe (in Notfallsituation u/o als Starterabgabe), auf Konsultation bezogene unmittelbar vorgängige/anschliessende Akteneinsicht/Akteneinträge."

"Comprend toutes les prestations médicales fournies au patient par le spécialiste dans son cabinet ou, pour des patients ambulatoires à l'hôpital, par le médecin, que le spécialiste fournit au patient dans son cabinet, sans moyens auxiliaires ou avec des moyens simples (par exemple le contenu de la trousse médicale), pour les troubles et symptômes que le patient présente à sa venue chez lui et ceux qui apparaissent durant le traitement.

Comprend les salutations à l'arrivée et au départ du patient, les discussions, examens et actes médicaux ne faisant pas l'objet d'une tarification spéciale (par exemple: injections spécifiques, pansements, etc.), l'accompagnement du patient pour le confier au personnel soignant (instructions comprises) en vue de tâches administratives, de prestations techniques et curatives et de la remise de médicaments (cas d'urgence et/ou dispensation initiale), la lecture du dossier médical et les annotations immédiatement avant et après la consultation."

"Comprende tutte le prestazioni mediche che il medico specialista nel suo ambulatorio o il medico in ospedale erogano al paziente ambulatoriale con o senza semplici ausili (tipo il contenuto della 'borsa del medico') nel caso di disturbi e sintomi per i quali il paziente stesso si è recato o è stato portato dal medico e per i disturbi e sintomi che si manifestano durante lo stesso periodo di trattamento.

Comprende i saluti di benvenuto e di arrivederci, discussioni e visite non tariffate in modo specifico, esami e azioni mediche non tariffati in modo specifico (per es. determinate iniezioni, fasciature ecc.), accompagnamento e affidamento (comprese le disposizioni) al personale ausiliario per quanto riguarda l'amministrazione, prestazioni tecniche e terapeutiche, la dispensazione di medicinali (in casi di emergenza e/o come dispensazione della dose iniziale) fino alla consultazione riguardante solo la visione e registrazione di atti precedenti/successivi."

Gemäss allen – im Hinblick auf die Auslegung grundsätzlich gleichwertigen (BGE 127 V 1 E. 4b S. 6) – drei Sprachfassungen beinhaltet die Grundkonsultation im Sinne der TARMED-Position 00.0010 "ärztliche Leistungen" ("prestations médicales", "prestazioni mediche"), die der "Facharzt" ("le spécialiste", "medico specialista") "ohne oder mit einfachen Hilfsmitteln" ("sans moyens auxiliaires ou avec des moyens simples", "con o senza semplici ausili") erbringt. Hinsichtlich der "einfachen Hilfsmittel" wird illustrativ der Inhalt des 'Besuchskoffers' ("la trousse médicale", "borsa del medico") genannt. Der übliche Inhalt des als solcher bezeichneten Besuchskoffers besteht aus Stethoskop, Blutdruck- und Blutzuckermessgerät, Oto- und Ophthalmoskop, Zungenspatel, diversen Medikamenten sowie Verbandsmaterial, Splitterpinzette und Schere (vgl. FMH, "Die Notfallausrüstung des Dienstarztes"). Durch diese Umschreibung und Illustration gelangt klar zum Ausdruck, dass mit Behandlung im Rahmen der Grundkonsultation einerseits ein auf die Allgemein- oder Primärversorgung ausgerichtetes, nicht spezifisch fachmedizinisches Tätigwerden des Arztes gemeint sein muss ("Generalistenleistung"; BASS [Büro für arbeits- und sozialpolitische Studien], Tätigkeitsstrukturen der Ärzt/innen mit Praxistätigkeit – Wer erbringt welche Leistungen der Grundversorgung?, S. 14 Ziff. 4.2). Andererseits erhellt aus dem zweiten Abschnitt der medizinischen Interpretation, dass die Grundkonsultation auch ein Sammelbecken dergestalt bildet, dass damit allgemeine Vorgehren wie Begrüssung und Verabschiedung sowie u.a. "nicht besonders tarifierte Besprechungen und Untersuchungen, nicht besonders tarifierte Verrichtungen" ("examens et actes médicaux ne faisant pas l'objet d'une tarification spéciale", "esami e azioni mediche non tariffati in modo specifico") erfasst werden. D.h. es werden nebst den ausdrücklich genannten Leistungen "alle nicht mit spezifischen Tarifpositionen erfassten Tätigkeiten" über die Position 00.0010 abgegolten (BGE 140 II 520 E. 5.3.2 S. 536). E contrario bedeutet dies, dass besonders tarifierte Besprechungen und Untersuchungen sowie besonders tarifierte Verrichtungen nicht unter dieser Tarifposition abzurechnen sind. Hierzu zählen insbesondere die vorliegend interessierenden psychiatrischen, psychosomatischen und/oder psychotherapeutischen Leistungen, welche in der medizinischen Interpretation zu Position 00.0010 weder explizit noch – mit Blick auf die in Art. 2 Abs. 2 KLV definierten Kriterien an die Therapieform einer Psychotherapie – implizit Erwähnung finden.

Vielmehr werden diese Leistungen im Wesentlichen separat im Kapitel 02 Psychiatrie erfasst, wobei die in den entsprechenden Unterkapiteln geregelten Leistungen als qualitative Dignität den Facharzttitel der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie bzw. jenen der Psychiatrie und Psychotherapie voraussetzen (Unterkapitel 02.01); delegierte Leistungen können gemäss den Vorgaben in Art. 11b KLV zufolge nur dann verrechnet werden, wenn sie auf ärztliche Anordnung und unter ärztlicher Überwachung erbracht werden, wobei der delegierende Arzt wiederum über die qualitative Dignität des Facharzttitels der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie oder jener der Psychiatrie und Psychotherapie oder aber über den Titel FA Delegierte Psychotherapie verfügen muss (vgl. Unterkapitel 02.02, 02.03 und 02.04). Sodann existieren im Kapitel 00 lediglich zwei – jeweils als Hauptleistungen konzipierte – Positionen, die psychotherapeutische/psychosomatische Behandlungen zum Gegenstand haben: Position 00.0520 (Psychotherapeutische/psychosoziale Beratung durch den Facharzt für Grundversorgung, pro 5 Min.) hat gemäss Interpretation "Krisenintervention; Behandlung bei Suchtverhalten und Suchterkrankung (psychotrope Substanzen, Alkohol, Nikotin); Betreuung bei funktionellen/psychosomatischen Leiden, kindlichen/adoleszenten psychischen Entwicklungsstörungen, chronischen psychischen Erkrankungen usw." zum Inhalt. Allerdings setzt die Abrechnungsfähigkeit dieser Position den Facharzttitel der Allgemeinen Inneren Medizin oder jener der Kinder- und Jugendmedizin voraus. Position 00.0525 (Psychosomatische Einzeltherapie, pro 5 Min.) betrifft die "Krisenintervention: Behandlung bei Suchtverhalten und Suchterkrankung (psychotrope Substanzen, Alkohol, Nikotin)" sowie die "Betreuung bei funktionellen/ psychosomatischen Leiden, kindlichen/adoleszenten psychischen Entwicklungsstörungen, chronischen psychischen Erkrankungen usw.", setzt jedoch hinsichtlich der qualitativen Dignität den Schwerpunkttitle in Psychosomatischer und Psychosozialer Medizin (vgl. <www.sappm.ch>) voraus.

Demnach gilt nach dem Wortlaut bzw. im Rahmen grammatikalischer Auslegung als Grundkonsultation im Sinne einer allgemeinen Grundleistung gemäss Unterkapitel 00.01 bzw. 00.01.01 die allgemeine ärztliche Leistung in Form der "Generalistenleistung" sowie nicht anderweitig tarifierte Leis-

tungen, womit insbesondere die psychotherapeutische Behandlung nicht darunterfällt.

7.3.2 Die historische Auslegung liefert keine verwertbaren Erkenntnisse. In der seit dem 1. Januar 2018 gültigen und vorliegend massgebenden TARMED-Version 01.09 (vgl. E. 2.2.2 vorne) war die Tarifposition 00.0010 im Vergleich zu den Vorgängerversionen nicht angepasst worden (vgl. Eidgenössisches Departement des Innern EDI, Bundesamt für Gesundheit BAG, Änderung der Verordnung über die Festlegung und die Anpassung von Tarifstrukturen in der Krankenversicherung, Änderungen per 1. Januar 2018, Oktober 2017; abrufbar unter: <www.bag.admin.ch>) und es finden sich zur hier interessierenden Frage auch keine Materialien zu früheren TARMED-Versionen.

7.3.3 In systematischer Hinsicht ist festzustellen, dass die Grundkonsultation und in der Folge die allgemeinen Grundleistungen (Unterkapitel 00.01) innerhalb des Kapitels 00 (Grundleistungen) geregelt werden, wohingegen die fachspezifischen Behandlungen im Rahmen der gesamten TARMED-Struktur gesondert abgebildet werden (vgl. Kapitel 01-39). Wie in E. 7.3.1 vorne gezeigt, wurden insbesondere auch die psychiatrischen bzw. psychotherapeutischen Behandlungen analog zu den normativen Vorgaben gemäss Art. 2 Abs. 2 sowie Art. 11b KLV (TARMED GI-36) unter Berücksichtigung der spezifischen Anforderungen (vgl. auch OLAH, in: Basler Kommentar, Art. 25 KVG N. 41) einer eigenen Tarifierung im Kapitel 02 zugeführt und damit systematisch von den allgemeinen Grundleistungen abgegrenzt. Die Positionen 00.0520 und 00.0525 betreffen zwar psychotherapeutische/psychosomatische Leistungen, sind aber im Unterkapitel 00.02.02 Beratungen geregelt. Sodann ist Position 00.0015 kumulierbar mit Tarifpositionen der LG-03, welche auch die Positionen 00.0520 und 00.0525 enthält. Die Abrechnungsfähigkeit der zugrunde liegenden Leistungen setzt jedoch – wie gezeigt (vgl. E. 7.3.1 vorne) – anderweitige fachärztliche Ausbildungen als jene des Praktischen Arztes voraus, womit offen bleiben kann, ob und wenn ja inwieweit der Begriff der "hausärztlichen Leistungen" gemäss der medizinischen Interpretation zu Position 00.0015 in einem weiteren Sinne zu verstehen wäre als jener der allgemeinen Grundleistungen im Rahmen einer Grundkonsultation. So oder anders

spricht die spezifisch-gesonderte Stellung der Grundkonsultation bzw. der allgemeinen Grundleistungen gemäss Unterkapitel 00.01 bzw. 00.01.01 im Regelungsgefüge der TARMED-Struktur mit insbesondere klarer Abgrenzung zu Leistungen der Psychiatrie zum einen bzw. mit Anknüpfung der Abrechnungs- und Vergütungsfähigkeit von Leistungen gemäss den Positionen 00.0520 und 00.0525 an eine anderweitige spezifische fachärztliche Ausbildung als jener des Praktischen Arztes zum andern in systematischer Hinsicht klar gegen die Abrechenbarkeit psychotherapeutischer Leistungen nach Massgabe von Positionen des Unterkapitels 00.01. Dies wird zusätzlich dadurch verdeutlicht, dass als nicht kumulierbar mit der Position 00.0010 namentlich die Positionen 02.0010 "Psychiatrische Diagnostik und Therapie, Einzeltherapie, erste Sitzung, pro 5 Min.", 02.0020 "Psychiatrische Diagnostik und Therapie, Einzeltherapie, jede weitere Sitzung, pro 5 Min.", 02.0030 "Psychiatrische Diagnostik und Therapie, Paartherapie, pro 5 Min.", 02.0040 "Psychiatrische Diagnostik und Therapie, Familientherapie, pro 5 Min." sowie 02.0050 "Psychiatrische Diagnostik und Therapie, Gruppentherapie, pro 5 Min." aufgeführt werden.

7.3.4 Unter teleologischem Gesichtspunkt ist auf den Zweck des Tarifrechts hinzuweisen, welcher zunächst in einer kontrollierten Leistungshonorierung in der OKP besteht (vgl. EUGSTER, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum KVG, 2. Aufl. 2018, Art. 43 N. 1). Entsprechend müssen sich die Leistungserbringer an die vertraglich oder behördlich festgelegten Tarife und Preise halten und dürfen für Leistungen nach diesem Gesetz keine weitergehenden Vergütungen berechnen (Art. 44 Abs. 1 KVG). Indem psychotherapeutische Leistungen nach Massgabe der hierfür spezifischen TARMED-Tarifpositionen abzurechnen sind (vgl. Kapitel 02 Psychiatrie; Positionen 00.0520 und 00.0525), liefe eine Abrechnung entsprechender Leistungen über andere Tarifpositionen bereits dem Zweck einer kontrollierten Leistungshonorierung zuwider.

Mit dem im TARMED an die einzelnen Positionen mittels Tarifausschluss (Art. 43 Abs. 2 lit. d KVG) geknüpften Erfordernis der qualitativen Dignität (vgl. E. 2.2.3 vorne) soll zudem sichergestellt werden, dass die entsprechenden Leistungen nur durch diejenigen Fachärzte abgerechnet werden

können, welche die in den einzelnen Leistungen festgehaltenen qualitativen Dignitätsanforderungen erfüllen, d.h. über einen Facharzttitel, Schwerpunkt oder Fähigkeitsausweis verfügen (vgl. TARMED-GI-10). Damit wird – mit Blick auf das Ziel jeder Tarifgestaltung, eine qualitativ hochstehende und zweckmässige Gesundheitsversorgung bei möglichst günstigen Kosten sicherzustellen (SZS 2024 S. 188) – gewährleistet, dass namentlich die notwendigen Aus-, Weiter- und Fortbildungen eines Leistungserbringers gegeben sind. Mit der gesonderten Regelung und Umschreibung der Psychotherapie auf Verordnungsebene (Art. 2 Abs. 2 und Art. 11b KLV) gelangt denn auch klar zum Ausdruck, dass die Erbringung entsprechender Leistungen spezifische Kenntnisse voraussetzt. Zwar knüpft Art. 2 Abs. 1 KLV die Vergütungsfähigkeit von (ärztlicher) Psychotherapie einzig – aber immerhin – an die (wissenschaftlich belegte) Wirksamkeit der Methoden an, sieht jedoch – wie auch das Gesetz – für Psychotherapie keine spezifische fachliche Qualifikation vor (vgl. dazu Anhang 1 zur KLV in den vorliegend in zeitlicher Hinsicht massgebenden Versionen; BRIGITTE PFIFFNER RAUBER, Das Recht auf Krankheitsbehandlung und Pflege, in: fgr - Forum Gesundheitsrecht Band/Nr. 8, 2003, S. 125; OLAH, in: Basler Kommentar, Art. 25 KVG N. 44). Dass die Vergütungsfähigkeit von Leistungen nach Massgabe des TARMED-Kapitels 02 (Psychiatrie) sowie der TARMED-Positionen 00.0520 und 00.0525 gemäss den Regelungen in der TARMED-Tarifstruktur dennoch jeweils spezifische fachärztliche Ausbildungen in Form der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, der Psychiatrie und Psychotherapie, der Allgemeinen Inneren Medizin, der Kinder- und Jugendmedizin oder aber den Schwerpunkttitel in Psychosomatischer und Psychosozialer Medizin vorschreibt, ist im Hinblick auf die Qualitätssicherung (Art. 43 Abs. 2 lit. d KVG; vgl. E. 2.2.3 vorne) jedoch sachgerecht (vgl. OLAH, a.a.O.). Denn dadurch wird eine zuverlässige Nachachtung der WZW-Kriterien (vgl. E. 2.1.2 vorne) gewährleistet – dies sowohl im Interesse der Versicherten als auch in jenem des gesamten Gesundheitswesens. Dies ist gerade dann von Bedeutung, wenn – wie hier behauptet – ein besonders vulnerables Patientengut behandelt wird (vgl. pag. 44 f. Rz. 4.6), welches gemäss Darstellung der Beklagten mit "komplexen gesundheitlichen und sozialen Problemen zu kämpfen" hat (pag. 50 Rz. 6.2). Dass schliesslich die in den jeweiligen TARMED-Positionen festgelegten Dignitätsanforderungen hinsichtlich psychiatrischer/psychotherapeutischer

Leistungen – fehlende Abrechenbarkeit über Positionen der allgemeinen Grundleistungen einerseits, zwingende Abrechnung über die Positionen der Psychiatrie (Kapitel 02) bzw. der TARMED-Positionen 00.0520 und 00.0525 andererseits – gegen übergeordnetes Recht verstossen könnten, ist weder ersichtlich noch wird dergleichen geltend gemacht. Im Gegenteil entspräche es einer unsachgemässen Ungleichbehandlung der über eine Facharztausbildung und damit vertiefte Kenntnisse im (psychiatrischen) Fachbereich verfügenden Ärzte, wenn sämtliche (zugelassenen) ärztlichen Leistungserbringer ohne entsprechende Dignität psychiatrische/psychotherapeutische Behandlungen abrechnen dürften.

7.4 Als Ergebnis der Auslegung und im Sinne eines Zwischenfazit ist damit festzuhalten, dass als Grundkonsultation bzw. allgemeine Grundleistung entweder eine ärztliche Vorkehr im Sinne der Allgemein- oder Primärversorgung gilt, die nicht spezifisch fachmedizinischer Natur ist, oder es sich um eine nicht besonders tarifierte Leistung handelt. Damit fallen insbesondere die tarifarisch spezifisch erfassten psychiatrischen und psychotherapeutischen Behandlungen nicht unter die Grundleistungs-Positionen.

8.

Zu prüfen ist sodann, welcher Natur die von der Beklagten abgerechneten Leistungen waren.

8.1 Im Rahmen der instruktionsrichterlich durchgeführten Beweissmassnahmen (pag. 86 f.; 118-120) stellte der VAD der Klägerin dem Gericht eine "Vertrauensärztliche Beurteilung" vom 7. Januar 2026 zu (act. III), worin der VAD basierend auf den edierten Krankengeschichten (act. II 16 f.; act. IIA) und entsprechend der instruktionsrichterlichen Aufforderung (pag. 118-120) im Hinblick auf die von der Beklagten abgerechneten Leistungen zur Differenzierung zwischen hausärztlichen und psychotherapeutischen Behandlungen Stellung nahm. Dabei hielt der VAD bzw. die Vertrauensärztin fest, sämtliche Krankengeschichten seien unvollständig und entsprächen nicht dem geforderten Qualitätsstandard. In den Krankengeschichten würden primär subjektive Beschwerden der Beklagten beschrieben, selten einmal werde ein unspezifischer Befund genannt,

geschweige denn objektive spezifische Befunde. Eine Beurteilung des Behandlungsverlaufs sei auf dieser Grundlage nicht möglich. Ein Bündel der Dokumente bestehe aus Einträgen in Tabellenform. Eine Seite umfasse jeweils über 80 Zeilen, pro Datum nur 1 Zeile, der Text am Ende der Zeile abgeschnitten und somit unvollständig. Die Schrift sei "extrem klein" und nur mit Mühe lesbar (vgl. act. II 17) und ein effizientes Arbeiten damit nicht möglich. Zudem falle eine Diskrepanz zwischen den dokumentierten und den abgerechneten Konsultationen auf. Meist sei ein Mehrfaches an Konsultationen abgerechnet als dokumentiert worden. Auffällig sei, dass keinerlei hausärztliche Leistungen dokumentiert worden seien. Im internen Abrechnungssystem sei zwar erkennbar, dass die Beklagte bei verschiedenen Patienten Rezepte für Medikamente ausserhalb des psychiatrischen Spektrums ausgestellt habe. Eine Dokumentation der Indikation (Anamnese, Befunde etc.) fehle jedoch, so dass nicht nachvollziehbar sei, weshalb diese verordnet worden seien. Ebenso lägen Laborrechnungen über mehrere hundert Franken vor, die von der Beklagten veranlasst worden seien. Auch hier werde nicht dokumentiert, weshalb diese oft sehr ungewöhnlichen Laboruntersuchungen verordnet worden seien. In der Folge hielt der VAD zusammengefasst fest, dass

- die Krankengeschichten insgesamt unvollständig und rudimentär geführt seien
- sehr viel mehr Konsultationen abgerechnet als dokumentiert worden seien
- der Verdacht auf unzweckmässige bis falsche Behandlungen bestehe und
- hausärztliche Leistungen in keinem einzigen Fall dokumentiert seien

8.2 Die Beklagte kritisiert, bei diesem Bericht handle es sich "um nichts mehr als eine Parteibehauptung" (pag. 138); auch sei der Bericht einseitig und unausgewogen und lasse auf fehlende Unvoreingenommenheit schliessen (pag. 139).

8.2.1 Bereits in der prozessleitenden Verfügung vom 25. April 2025 stellte der Instruktionsrichter die Zustellung der Patientenakten an den VAD der Klägerin (pag. 86 f.) und mit weiterer prozessleitender Verfügung vom

26. Juni 2025 (pag. 103) die Einholung einer Stellungnahme daselbst in Aussicht. Die Beklagte hat zu keinem Zeitpunkt gegen dieses Vorgehen opponiert, womit es als genehmigt bzw. die nunmehr – nach Vorliegen des Berichts – geäusserte Kritik im Sinne der Befangenheit bzw. Parteilichkeit des VAD (vgl. pag. 138) als verspätet zu gelten hat. Denn es verstösst gegen Treu und Glauben, Mängel dieser Art erst in einem späteren Verfahrensstadium geltend zu machen, wenn der Einwand – wie hier – schon vorher hätte festgestellt und gerügt werden können. Wer sich auf das Verfahren einlässt, ohne einen Verfahrensmangel bei erster Gelegenheit vorzubringen, verwirkt in der Regel den Anspruch auf spätere Anrufung der vermeintlich verletzten Verfahrensvorschrift (BGE 143 V 66 E. 4.3 S. 69; SVR 2022 AHV Nr. 7 S. 17, 9C_615/2020 E. 4.1). Davon abzurücken besteht vorliegend kein Anlass, zumal für die beantragten zusätzlichen Abklärungen (pag. 138) – wie zu zeigen sein wird – auch materiell kein Anlass besteht.

8.2.2 Sodann liegen keine Umstände vor, die auf eine Voreingenommenheit der Vertrauensärztin schliessen lassen. Dergleichen ist namentlich nicht darin zu erblicken, dass der Bericht nach Auffassung der Beklagten einseitig ausgefallen sei. Auch lässt die Wortwahl im Bericht nicht auf fehlende Unvoreingenommenheit schliessen. Zwar hat die – in ihrem Urteil unabhängige und nicht weisungsgebundene (Art. 57 Abs. 5 KVG) – Vertrauensärztin ihre Kritik in Bezug auf die Qualität der von der Beklagten eingereichten Krankengeschichten klar zum Ausdruck gebracht, wobei ihre Wortwahl nicht dergestalt war, dass auf eine nicht sachbezogene Beurteilung geschlossen werden müsste. Namentlich aber ist ihre Kritik im Kontext ihres Auftrags (pag. 119) sowie mit Blick auf die gesetzlichen Anforderungen an den Inhalt von Patientendokumentationen zu sehen, gehört es doch zu den Pflichten des Arztes oder der Ärztin, eine sachgerechte Krankengeschichte zu führen. Insbesondere bestimmt Art. 26 Abs. 1 des kantonalen Gesundheitsgesetzes vom 2. Dezember 1984 (GesG; BSG; 811.01), dass die (Gesundheits-)Fachperson über die Behandlung einer Patientin oder eines Patienten fortlaufend Aufzeichnungen zu führen und den Behandlungsverlauf angemessen zu dokumentieren hat. Die Dokumentation muss insbesondere die Sachverhaltsfeststellungen, die Diagnose, die angeordneten Therapieformen sowie Ablauf und Gegenstand der Aufklärung ent-

halten (vgl. auch BGE 141 III 363 E. 5.1 S. 365). Diese Voraussetzungen sind vorliegend offensichtlich nicht erfüllt: Zunächst wurden die Krankengeschichten nur unvollständig eingereicht, indem die Dokumentationen von über 30 (von insgesamt 84) Patienten gänzlich fehlen (act. IIB Lasche 3 "Bruttoversicherungsleistungen pro versicherte Personen vom 02.09.2019 – 16.06.2023" i.V.m. act. II 16 f. und act. IIA). Die eingereichten Krankengeschichten geben sodann in weiten Teilen einzig die subjektiven Angaben der Patienten wieder, sind nur ungenügend nach Massgabe der hiervor dargelegten normativen Vorgaben (Art. 26 Abs. 1 GesG) strukturiert und weisen insbesondere massive Diskrepanzen zwischen dokumentierten und abgerechneten Konsultationen auf (vgl. E. 11.2.3 hinten). Damit ist die Kritik des VAD sachlich begründet und eine Voreingenommenheit oder fehlende Objektivität hinsichtlich der Beurteilung der gerichtlich zu klärenden Frage, inwieweit die in den Krankengeschichten dokumentierten Leistungen als solche der Grundversorgung oder aber der Psychiatrie zu qualifizieren seien (pag. 119), folglich nicht erkennbar.

8.2.3 Damit ist der VAD-Bericht in formeller Hinsicht nicht zu beanstanden.

8.3 Auch inhaltlich überzeugt der Bericht des VAD vom 7. Januar 2026. Er ist im Lichte der (unvollständig) eingereichten Krankengeschichten (act. II 16 f.; act. IIA) nachvollziehbar und schlüssig und erbringt im Verbund mit den übrigen Unterlagen Beweis. Daraus folgt, dass – einerseits – "hausärztliche" Leistungen in den Krankengeschichten nicht dokumentiert sind und – andererseits – die erbrachten Leistungen, soweit eruierbar, psychotherapeutischer Natur waren. Letzteres ergibt sich denn auch zweifelsfrei aus den eingereichten Dokumentationen: In 19 Krankengeschichten wurden ausschliesslich psychiatrische Diagnosen gestellt und behandelt (vgl. act. II 16/1; 16/3; 16/4; 16/6; act. IIA 16 f.; 19 f.; 22-24; 26 f.; 29; 31; 33; 34 f.; 37). Bei den übrigen (eingereichten) Krankengeschichten fehlt zwar eine als solche gekennzeichnete Diagnose, jedoch ergibt sich daraus klar, dass den Leistungen der Beklagten ebenso – systematisch und ausschliesslich – Behandlungen von Beschwerden aus dem psychiatrischen Formenkreis zugrunde lagen. Dies korreliert mit den vorprozessualen Angaben der Beklagten, wonach sie mehrheitlich als Psychiaterin und Psy-

chotherapeutin gearbeitet habe (act. I 10 Rz. 1), aber auch mit ihrer Bewerbung auf der Homepage (Ausdruck vom 9. April 2026), wo sie sich als "ärztin für Psychiatrie und Psychotherapie" bezeichnet, und wonach ihr Schwerpunkt namentlich in der Behandlung von Patienten und Patientinnen mit psychiatrischen und psychosomatischen Erkrankungen liege, wo ihre "Erfahrung als praktizierende Ärztin im Bereich Psychiatrie" hervorgehoben wird (Rubrik "wer bin ich?") und wo unter den behandelten Störungen fast ausschliesslich psychische Störungen (Affektive Störungen, Psychotische Störungen, Angstzustände, Persönlichkeitsstörungen, Identitätsstörung, Sozialpsychiatrie, Pubertäre Schwierigkeiten) aufgezählt werden. Gleichzeitig liefern die Krankengeschichten entgegen der Beklagten (pag. 47 Rz. 5.1) keine Anhaltspunkte dafür, dass regelmässig Leistungen im Sinne von allgemeinen Grundleistungen gemäss den abgerechneten TARMED-Positionen erbracht worden wären. Insbesondere bestehen keine Hinweise in den Krankengeschichten auf regelmässige Behandlungen "mit einfachen Hilfsmitteln" (vgl. E. 7.3.1 vorne) bzw. typische "hausärztliche" Leistungen. Beispielsweise sind etwa das Anbringen von Verbänden nirgends und die Entnahme von Blut oder deren Veranlassung nur bei drei Patienten dokumentiert (vgl. act. II 16/2; Mai 2020]; [16/4; April/September/November/ Dezember 2021]; [16/5; Mai 2020]).

8.4 Was die Beklagte gegen den Bericht des VAD vom 7. Januar 2026 vorbringt, führt zu keinem anderen Beweisergebnis: So hat sie den von der Klägerin gezogenen Schluss, wonach die Beklagte ausschliesslich Leistungen auf dem Gebiet der Psychiatrie und Psychotherapie erbracht habe (pag. 131 Rz. 2), nicht substantiiert, sondern lediglich pauschal bestritten, was nicht genügt (vgl. E. 2.5 vorne). Insbesondere wäre es entgegen der Klageantwort (pag. 47 Rz. 5.2) an der Beklagten darzutun, dass sie wider der klaren Tatsachenlage (vgl. E. 8.3 hiervor) Leistungen im Sinne der abgerechneten Tarifpositionen (vgl. E. 7.4 vorne) erbracht hat. Soweit die Beklagte einzig geltend macht, sie habe mittels der Bestätigung vom 9. April 2025 über geleisteten hausärztlichen Notfalldienst der E. _____ für die Zeit von 2020-2025 belegt (vgl. act. II 13), dass sie auch "hausärztliche" Leistungen abgerechnet habe (pag. 139), kann ihr nicht gefolgt werden. Sie hätte gemäss Aufforderung des Instruktionsrichters in der prozessleitenden Verfügung vom 27. Februar 2025 (pag. 73) nämlich auch

dartun müssen, dass bzw. gegebenenfalls welche der bei der Klägerin versicherten Personen, deren abgerechneten Behandlungen Gegenstand der Rückforderung bilden, im Rahmen des Notfalldienstes behandelt wurden. Dies hat die Beklagte indes unterlassen, womit weder die Erbringung von Notfallbehandlungen noch von Leistungen im Sinne der abgerechneten Positionen dargetan ist. Hinzu kommt, dass der weder gesetzlich oder verordnungsmässig noch in der TARMED-Struktur umschriebene Begriff der "hausärztlichen Leistung" nicht ohne weiteres mit jenem der hier abgerechneten und streitigen allgemeinen Grundleistungen identisch ist.

8.5 Zusammenfassend lassen sich gestützt auf den Bericht des VAD vom 7. Januar 2026 sowie den übrigen Akten die vorliegend zu beantwortenden Tat- und Rechtsfragen im Rahmen der beweismässigen Voraussetzungen (vgl. E. 2.5 vorne) zuverlässig beurteilen, womit es der von der Beklagten verlangten weiteren Abklärungen (pag. 138) nicht bedarf. Aufgrund der gesamten Tatsachenlage sowie namentlich den eingereichten Krankengeschichten ist erstellt, dass die von der Beklagten im streitbetroffenen Zeitraum (vgl. E. 1.3 vorne) erbrachten, abgerechneten und vorliegend Gegenstand der Rückforderung bildenden Leistungen – soweit dies aufgrund der mangelhaften Dokumentation in den Krankengeschichten beurteilt werden kann – einzig psychiatrischer/psychotherapeutischer Natur waren. Gleichzeitig bestehen entgegen der Beklagten (pag. 36 Rz. 8.3) keine (rechtsgenüglichen) Anhaltspunkte dafür, dass (zusätzlich) auch Leistungen erbracht worden wären, die jenen der abgerechneten TARMED-Positionen zugeordnet werden könnten. Dass es sich hinsichtlich der Behandlungen derjenigen Patienten, für welche keine Krankengeschichten eingereicht wurden, anders verhalten könnte, wird nicht geltend gemacht und ist mit Blick auf die dargestellte Sachlage (vgl. E. 8.3 vorne) unwahrscheinlich. Selbst wenn der gegenteilige Standpunkt geltend gemacht würde, bliebe festzuhalten, dass in Anbetracht der allgemeinen Dokumentationspflicht im Rahmen der ärztlichen Tätigkeit (vgl. E. 8.2.2 vorne) sowie der Mitwirkungspflicht im vorliegenden Verfahren (vgl. E. 2.5 vorne) die Beklagte, welche aus dem unbewiesenen gebliebenen Sachverhalt Rechte ableiten wollte, die Folgen der Beweislosigkeit zu tragen hätte (BGE 144 V 427 E. 3.2 S. 429, 138 V 218 E. 6 S. 222; SVR 2025 UV Nr. 30 S. 107, 8C_437/2024 E. 6.1).

9.

9.1 Zur Tarifkonformität hinsichtlich der im Zeitraum vom 2. September 2019 bis 16. Juni 2023 von der Klägerin vergüteten Leistungen ergibt sich somit aufgeschlüsselt nach den einzelnen abgerechneten Positionen Folgendes:

9.1.1 Die TARMED-Positionen 00.0010, 00.0015, 00.0020 und 00.0030 betreffen die Grundkonsultation im Sinne der allgemeinen Grundleistungen (vgl. E. 6 und E. 7.4 vorne). Damit waren die darüber abgewickelten Abrechnungen – die allesamt auf psychiatrischen/psychotherapeutischen Leistungen fussen (vgl. E. 8.5 vorne) – in doppelter Hinsicht nicht tarifkonform: Einerseits verfügte die Beklagte nicht über die erforderliche qualitative Dignität (vgl. E. 4.4 vorne), um überhaupt psychiatrische bzw. psychotherapeutische Leistungen abzurechnen. Andererseits änderte sich an der Tarifwidrigkeit der Abrechnung nichts, wenn die Beklagte zur Erbringung dieser Leistungen berechtigt gewesen wäre, weil die abgerechneten TARMED-Positionen 00.0010, 00.0015, 00.0020 und 00.0030 keine psychiatrischen/psychotherapeutischen Behandlungen erfassen (vgl. E. 7.4 vorne).

9.1.2 Die Position 00.0050 betrifft die Besprechung und Erklärung geplanter Eingriffe, womit die perioperative Betreuung gemeint ist (vgl. PIK-Entscheid Nr. 07002). Aus den eingereichten Krankengeschichten ergeben sich keinerlei Anhaltspunkte dafür, dass die Beklagte je solche Besprechungen durchgeführt hätte. Selbst wenn unter "Eingriffe" auch psychiatrische/psychotherapeutische Behandlungen zu subsumieren wären – wofür indes keine Anhaltspunkte bestehen –, fehlte es an der Zulässigkeit der entsprechenden Leistungserbringung: Denn fehlte der Beklagten die qualitative Dignität, psychiatrische/psychotherapeutische Behandlungen abzurechnen, gebricht es auch an der Abrechnungsfähigkeit einer Vorbesprechung der eigenen – dem Dargelegten zufolge unzulässigen – Leistungen. Damit waren die Abrechnungen über diese Position nicht statthaft. Dasselbe trifft auch auf die Position 00.0143 zu: Soweit die darüber erfolgten Abrechnungen Auskünfte über psychiatrische/psycho-

therapeutische Behandlungen zum Gegenstand hatten, fehlte es hinsichtlich der von der Beklagten selber erbrachten Leistungen an deren Vergütungsfähigkeit, was folgerichtig auch für allfällige Auskünfte über eben diese Leistungen gelten muss. Dass die Beklagte über psychiatrische/psychotherapeutische Behandlungen Dritter Auskünfte in Abwesenheit des Patienten erteilt hätte, ist nicht ersichtlich. Ebenso wenig sind Auskünfte über andere Leistungen erstellt.

9.1.3 Was schliesslich die (auffallend häufig abgerechnete) TARMED-Position 00.2510 anbelangt, so können die entsprechenden Leistungen zwar grundsätzlich auch von der Beklagten erbracht werden, erfüllt sie doch die entsprechenden Dignitätsanforderungen. Gemäss der medizinischen Interpretation zur nämlichen TARMED-Position liegt im Bereich der – hier in einzig in Frage kommenden (vgl. E. 8.5 vorne) – Psychiatrie ein Notfall bei Erregungszuständen, Selbst- und Fremdgefährdung, Bewusstseinsstörungen sowie kataton-stuporösen Zuständen vor. Solche Sachverhalte sind aufgrund der eingereichten Krankengeschichten nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt (vgl. E. 8.1 vorne). Dies gilt insbesondere auch für die diversen, mit "Notfall" betitelten Einträgen in den Krankengeschichten (vgl. z.B. act. IIA 7), welche nirgends einen mittels objektiver Befunderhebung erstellten Zustand im Sinne der Notfallkriterien gemäss medizinischer Interpretation dokumentieren. Schliesslich räumte die Beklagte gegenüber der Klägerin selber ein, die Notfallpauschale mindestens teilweise unzulässigerweise angewendet zu haben (act. I 8 Rz. 1 und 5). In der Folge unterliess sie es zu substantiieren, in welchen Fällen ihres Erachtens die Abrechnung korrekterweise über die TARMED-Position 00.2510 erfolgte.

9.2 Zusammenfassend verstiess die Beklagte, indem sie ihre Leistungen im Zeitraum vom 2. September 2019 bis 16. Juni 2023 über die TARMED-Positionen 00.0010, 00.0015, 00.0020, 00.0030, 00.0050, 00.0143 und 00.2510 abrechnete, gegen die vertraglichen Bestimmungen der TARMED-Tarifstruktur (Art. 59 Abs. 1 KVG). Damit ist die fehlende Vergütungsfähigkeit dieser Leistungen erstellt und die Pflichtleistungsvermutung umgestossen (vgl. E. 2.1.3 vorne). Die Klägerin ist somit dem Grundsatz nach berechtigt, die entsprechenden

Versicherungsleistungen zurückzufordern (vgl. E. 2.4 vorne). Dabei ist entgegen der Beklagten nicht von Belang, ob sie mit Täuschungsabsicht handelte (pag. 42 f. Rz. 4.1), da es bei der Rückforderung nach Art. 56 KVG um die verschuldensunabhängige Rückerstattung eines Indebitums geht (BGE 141 V 25 E. 8.4 S. 29) bzw. es sich bei jener nach Art. 59 Abs. 1 lit. b KVG um eine exekutorische Sanktion handelt, welche kein Verschulden im Sinne eines Vorsatzes oder einer Fahrlässigkeit voraussetzt (vgl. ISABELLE HÄNER, in: Basler Kommentar KVG, Nrn. 12, 25 und 28 zu Art. 59 KVG).

9.3

9.3.1 Das von der Beklagten geltend gemachte Rückforderungsquantitativ setzt sich gemäss act. IIB "Bruttoversicherungsleistungen pro Tarifziffern" wie folgt zusammen:

Position	Anzahl	Leistungen
• 00.0010	6'096	Fr. 93'695.54
• 00.0015	6'045	Fr. 52'591.50
• 00.0020	12'094	Fr. 186'005.06
• 00.0030	6'092	Fr. 46'908.38
• 00.0050	4'579	Fr. 70'379.31
• 00.0143	51	Fr. 156.57
• 00.2510	2'710	Fr. 108'372.90
• Total	37'667	Fr. 558'109.26

9.3.2 Die Klägerin hat die Rückforderung in act. IIB anhand der Auflistungen "Rechnungen pro Versicherte nach Behandlungsdaten vom 02.09.2019 – 16.06.2023" (Lasche 2), "Bruttoversicherungsleistungen pro Versicherte Personen vom 02.09.2019 – 16.06.2023" (Lasche 3), "Versicherte mit Rechnungen pro Behandlungsdatum 02.09.2019 – 16.06.2023" (Lasche 4), "Bruttoversicherungsleistungen pro Behandlungsjahr" (Lasche 5) sowie "Bruttoversicherungsleistungen pro Tarifziffern" (Lasche 6) aufgeschlüsselt. Insbesondere hat sie in Lasche 4

dieser Tabelle die versicherten Personen mit Namen, Versichertennummer, interner und externer Rechnungsnummer, Leistungsdatum, verwendeter Tarifziffer, Tarifziffer-Text sowie der dazugehörigen "Summe Bruttoversicherungsleistung" aufgelistet. Mit diesen detaillierten, u.a. pro versicherte Person und Konsultation und unter Angabe der jeweiligen Rechnungsnummer der Beklagten aufgeschlüsselten Angaben hat die Klägerin den geforderten Betrag hinreichend substantiiert, womit sowohl Bestand als auch Umfang der Rückforderung rechtsgenüglich erstellt sind.

9.3.2.1 Bei dieser Ausgangslage obliegt es im Bestreitungsfall der Beklagten, (ebenfalls) substantiiert darzulegen, weshalb der vom Versicherungsträger ermittelte Betrag unzutreffend ist (vgl. E. 2.5 vorne). Die substantiierte Bestreitung der Forderung der Klägerin bzw. der klägerischen Excel-Tabelle wäre der anwaltlich vertretenen Beklagten anhand der Nummern ihrer Rechnungen denn auch ohne Weiteres möglich und zumutbar gewesen. Sie hat jedoch nichts dargetan, was den klägerischen Beweis zu erschüttern vermöchte bzw. die detailliert spezifizierte Forderung der Klägerin in Zweifel ziehen könnte, sondern hat sich auf die pauschale und unbegründete Bestreitung der Richtigkeit der Excel-Tabelle bzw. der Forderung beschränkt, indem sie geltend machte, diese Tabelle stelle eine reine Parteibehauptung dar (pag. 25 Rz. 2, 30 Rz. 1.5). Damit ist sie der Bestreitungslast nicht nachgekommen.

9.3.2.2 Soweit die Beklagte sodann geltend macht, die Überprüfung der Wirtschaftlichkeit anhand der "statistischen Methode" sei vorliegend fehlerhaft erfolgt (pag. 37 f. Rz. 1.2-1.4, pag. 49 ff. Rz. 6.1-6-6, pag. 54 Rz. 8.4, 8.7), geht sie fehl, da die klageweise geltend gemachte Rückforderung nicht auf statistischen Grundlagen, sondern auf einer systematischen Rechnungskontrolle (vgl. E. 2.3 vorne; act. IIB) beruht. Insbesondere ist die mit Schreiben vom 31. März 2023 (act. I 9) basierend auf einem Durchschnittskostenvergleich geltend gemachte Rückforderung nicht massgebend, da es sich hierbei ausdrücklich um einen unpräjudiziellen, "keinesfalls für den gerichtlichen Gebrauch bestimmt[en]" (S. 2) Vergleichsvorschlag handelte. Schliesslich erfolgte der im Schreiben vom 20. November 2023 (act. I 11) aufgeführte Durchschnittskostenvergleich einzig zu illustrativen Zwecken bzw. aus Vergleichsgründen; dieser bildete

jedoch ebenso wenig Grundlage der klageweise geltend gemachten Rückforderung.

9.3.2.3 Die Beklagte macht weiter geltend, eine strikte Rückforderung sämtlicher geleisteten Beträge wäre unverhältnismässig, würde die "Anerkennung ihres Ausbildungsfortschritts verkennen" (pag. 44 Rz. 4.4, pag. 46 f. Rz. 4.9, pag. 51 ff. Rz. 7.1 ff.) und "würde auch berechnete hausärztliche Leistungen ungerechtfertigt betreffen" (pag. 47 f. Rz. 5.2 f.). Indessen ist allein massgebend, dass die Beklagte im streitbetroffenen Zeitraum nicht über die erforderliche Dignität für die Abrechnung der psychiatrischen/psychotherapeutischen Leistungen verfügte und hausärztliche Leistungen im Sinne der abgerechneten Positionen nicht erstellt sind (vgl. E. 8.5 vorne). Weitere Gründe, welche unter dem Blickwinkel der Verhältnismässigkeit gegen die Rückforderung sprechen, sind weder ersichtlich noch werden solche geltend gemacht.

9.4 Zusammenfassend ist die von der Klägerin geltend gemachte und anhand der Excel-Tabelle gemäss act. IIB substantiierte Rückforderung im Betrag von Fr. 558'109.-- dem Grundsatz nach erstellt.

10.

Die Beklagte macht geltend, die Rückforderung sei verwirkt (pag. 40 Rz. 2.9).

10.1 Nach Art. 25 Abs. 2 ATSG (in der seit dem 1. Januar 2021 in Kraft stehenden Fassung) erlischt der Rückforderungsanspruch mit Ablauf von drei Jahren (nach Art. 25 Abs. 2 ATSG in der bis Ende 2020 geltenden Fassung: von einem Jahr), nachdem die Versicherungseinrichtung davon Kenntnis erhalten hat, spätestens aber mit Ablauf von fünf Jahren nach der Entrichtung der einzelnen Leistung. Bei den genannten Fristen handelt es sich um Verwirkungsfristen (BGE 140 V 521 E. 2.1 S. 525). Diese sind auf Rückforderungen nach Art. 56 und Art. 59 Abs. 1 lit. b und Abs. 3 lit. a KVG sinngemäss anwendbar (vgl. in BGE 151 V 233 nicht publ. E. 3.1 des Urteils des BGer 9C_166/2022 vom 9. Dezember 2024).

10.2 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 150 V 323 E. 4.2 S. 328, 150 V 89 E. 3.2.1 S. 95, 148 V 162 E. 3.2.1 S. 166, 144 V 210 E. 4.3.1 S. 213). Nach Rechtsprechung und Lehre sind die Verjährungs- oder Verwirkungsbestimmungen des neuen Rechts auf altrechtliche Ansprüche anwendbar, sofern diese vor dem Inkrafttreten des neuen Rechts entstanden und fällig, aber vor diesem Zeitpunkt noch nicht verjährt oder verwirkt sind. Die unter altem Recht abgelaufene Zeit ist dabei an die neue Frist anzurechnen (BGE 150 V 89 E. 3.2.1 S. 95; vgl. THOMAS FLÜCKIGER, in: KIESER/KRADOLFER/LENDERS [Hrsg.], Kommentar zum Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts ATSG, 5. Aufl. 2024, Art. 82 N. 6d; MARCO REICHMUTH, a.a.O., Art. 25 N. 113).

10.3

10.3.1 Unter der in Art. 25 Abs. 2 erster Satz ATSG enthaltenen Wendung "nachdem die Versicherungseinrichtung davon Kenntnis erhalten hat" ist praxismässig der Zeitpunkt zu verstehen, in welchem die Verwaltung bei Beachtung der gebotenen und zumutbaren Aufmerksamkeit hätte erkennen müssen, dass die Voraussetzungen für eine Rückerstattung bestehen, oder mit anderen Worten, in welchem sich der Versicherungsträger über Grundsatz, Ausmass und Adressat des Rückforderungsanspruchs hätte Rechenschaft geben müssen (BGE 150 V 305 E. 6.2 S. 310, 150 V 89 E. 3.3.1 S. 96). Beruht die unrechtmässige Leistungsausrichtung auf einem Fehler der Verwaltung, so wird die einjährige/dreijährige relative Verwirkungsfrist nicht durch das erstmalige unrichtige Handeln der Amtsstelle ausgelöst, sondern es bedarf eines sog. "zweiten Anlasses". Diesfalls ist erst auf jenen Tag abzustellen, an dem das Durchführungsorgan später – beispielsweise anlässlich einer Rechnungskontrolle oder aufgrund eines zusätzlichen Indizes – unter Anwendung der ihm zumutbaren Aufmerksamkeit seinen Fehler hätte erkennen müssen (BGE 150 V 305 E. 6.2 S. 310, 150 V 89 E. 3.3.1 S. 97, 148 V 217 E. 5.1.2 S. 222). Dies ist der Fall, wenn alle im konkreten Einzelfall erheblichen Umstände zugänglich sind, aus deren Kenntnis sich der Rückforderungsanspruch dem Grundsatz nach und

in seinem Ausmass gegenüber einer bestimmten rückerstattungspflichtigen Person ergibt. Es genügt nicht, dass bloss Umstände bekannt sind, die möglicherweise zu einem Rückforderungsanspruch führen können, oder dass der Anspruch nur dem Grundsatz nach, nicht aber in masslicher Hinsicht feststeht (BGE 148 V 217 E. 5.2.1 S. 223, 112 V 180 E. 4a S. 181). Verfügt die Versicherungseinrichtung über hinreichende, aber noch unvollständige Hinweise auf einen möglichen Rückforderungsanspruch, hat sie allenfalls noch erforderliche Abklärungen innert angemessener Zeit vorzunehmen. Unterlässt sie dies, ist der Beginn der Verwirkungsfrist auf den Zeitpunkt festzusetzen, in welchem die Verwaltung ihre unvollständige Kenntnis mit dem erforderlichen und zumutbaren Einsatz so zu ergänzen im Stande war, dass der Rückforderungsanspruch hätte geltend gemacht werden können. Ergibt sich die Unrechtmässigkeit der Leistungserbringung jedoch direkt aus den Akten, beginnt die dreijährige/einjährige Frist in jedem Fall sofort, ohne dass Zeit für eine weitere Abklärung zugestanden würde (BGE 148 V 217 E. 5.2.2 S. 223, 112 V 180 E. 4b S. 182; SVR 2023 FZ Nr. 1 S. 1, 8C_78/2022 E. 4.4).

10.3.2 Besteht – wie vorliegend – kein obligatorisches Schlichtungsverfahren (in BGE 150 V 381 nicht publ. E. 5.3 des Urteils 9C_664/2023 vom 24. Juni 2024), ist bereits ein Akt, mit welchem der Gläubiger seine Forderung gegenüber dem Schuldner in geeigneter Form geltend macht, als fristwährend zu betrachten (BGE 133 V 579 E. 4.3.5 S. 586), womit eine formlose Rückerstattungsforderung genügt (PETROV, a.a.O., S. 228 N. 564).

10.4 Im Hinblick auf eine Überprüfung der Rechnungstellung ersuchte die Klägerin die Beklagte mehrmals – erstmals mit Schreiben vom 30. März 2022 – um Zustellung von sieben Krankengeschichten betreffend namentlich genannter Patienten (act. I 3-5). Mit Schreiben vom 9. September 2022 (act. I 6) wies die Klägerin zunächst darauf hin, dass die Beklagte statt der Krankengeschichten nur Kurzberichte zugestellt habe (S. 1). Im Weiteren machte sie geltend, dass die Beklagte im Zeitraum vom September 2019 bis Ende 2021 Leistungen verrechnet habe, welche sie nicht korrekt ausgewiesen habe. Aus diesem Grund sei sie – die Klägerin – auf weitere Mithilfe angewiesen, damit diese Feststellungen verifiziert werden könnten.

Gleichzeitig forderte die Klägerin die Beklagte zur Beantwortung mehrerer Fragen auf (S. 2). In der Folge fand am 21. März 2023 eine Besprechung zwischen den Parteien in den Praxisräumlichkeiten der (anwaltlich vertretenen) Beklagten statt (vgl. act. I 9; 10 S. 1 Ziff. 3 ["wie bereits anlässlich unserer Besprechung erwähnt"]). Gemäss Schreiben der Klägerin vom 31. März 2023 (act. I 9) wurden dabei Fragen nach dem Patientengut, der Abrechnungspraxis der Beklagten, der fachliche Werdegang bzw. der Stand der Facharztausbildung erörtert. Allerdings blieb die Frage der Besitzstandswahrung für die Abrechnung von Positionen gemäss dem TARMED-Kapitel 02 (Psychiatrie) weiterhin ungeklärt und die Klägerin hielt fest, dass "Bis zur vollständigen Klärung der Situation" keine weiteren Rechnungen mehr zuzustellen seien (S. 2). Nachdem die Beklagte auch in der weiteren Folge den Dignitätsnachweis nicht erbringen konnte (act. I 10), setzte die Klägerin mittels Mahnschreiben vom 20. November 2023 (act. I 11) die Rückforderung auf Fr. 436'357.-- fest.

10.5

10.5.1 Damit ist zunächst erstellt und im Übrigen auch nicht umstritten, dass Bestand und Umfang Rückforderung sich nicht ohne weiteres aus den Akten ergaben, sondern eingehender Abklärungen bedurften. Sodann kann der Beklagten nicht gefolgt werden, wenn sie geltend macht, spätestens am 9. September 2022 habe die Klägerin Kenntnis von den für die Rückforderung relevanten Umständen gehabt (pag. 40 Rz. 2.10). Vielmehr hatte die Klägerin damals in Anbetracht der im Schreiben vom 9. September 2022 dargelegten unvollständigen Kenntnis der Sachlage weitere Abklärungen angekündigt bzw. zu tätigen. Soweit sich die Abklärungen in die Länge zogen, ist dies dem trölerischen Verhalten der Beklagten und nicht dem Vorgehen der Klägerin zuzuschreiben. Offen bleiben kann, ob der Auffassung der Klägerin folgend (pag. 15) bereits mit Besprechung vom 21. März 2023 (act. I 9) oder aber – mit Blick auf die weiterhin klärungsbedürftige Dignitätsfrage – erst mit Schreiben vom 20. November 2023 (act. I 11) alle im konkreten Einzelfall erheblichen Umstände zugänglich waren, aus deren Kenntnis sich der Rückforderungsanspruch ergab (vgl. E. 10.3.1 vorne). Selbst wenn davon ausgegangen wird, dass Bestand und Umfang der Rückforderung bereits am 21. März 2023 feststellbar waren,

war der Rückforderungsanspruch bei Inkrafttreten des neuen Art. 25 Abs. 2 ATSG per 1. Januar 2021 – weil die relative Verwirkungsfrist erst am 21. März 2023 zu laufen begann – noch nicht verwirkt, sodass die Verwirkungsordnung des neuen Abs. 2 zur Anwendung gelangt, mithin die dreijährige relative Verwirkungsfrist (vgl. E. 10.1 f. vorne). Aus Art. 81 Abs. 1 ATSG (pag. 38 Rz. 2.2 [recte wohl: Art. 82 Abs. 1 Satz 1 ATSG]) kann die Beklagte nichts zu ihren Gunsten ableiten, geht es vorliegend doch offensichtlich nicht um laufende Leistungen und festgesetzte Forderungen vor Inkrafttreten des ATSG.

10.5.2 Das Mahnschreiben der Klägerin vom 20. November 2023 (act. I 11) ist sodann als Akt vor der Klageerhebung, mit dem die Klägerin ihre Forderung gegenüber der Beklagten in geeigneter Form und innerhalb der relativen und absoluten (fünfjährigen) Frist (vgl. E. 10.1 vorne) geltend machte und mit dem die Verwirkungsfrist ein für allemal gewahrt wurde, zu qualifizieren (vgl. E. 10.3.2 vorne). Dies gilt zunächst für den damals zurückgeforderten Betrag von Fr. 436'357.--. Mit der Klageerhebung vom 28. August 2024 (pag. 2) ist indes ausgehend vom Beginn der Verwirkungsfrist am 21. März 2023 auch in Bezug auf die Differenz zur klageweise geltend gemachten Forderung von Fr. 558'109.-- die relative dreijährige (und absolute fünfjährige) Verwirkungsfrist eingehalten.

10.6 Zusammenfassend ist die Rückforderung der für die Zeit vom 2. September 2019 bis 16. Juni 2023 erbrachten Leistungen nicht verwirkt.

11.

Die Klägerin macht schliesslich einen Verzugszins von 5 % seit der Rechtshängigkeit der Klage geltend (pag. 3, 14).

11.1 Im Sozialversicherungsrecht besteht keine allgemeine Pflicht zur Leistung von Verzugszins (BGE 145 V 18 E. 4.1 S. 20, 139 V 82 E. 3.3.1 S. 86). Ferner sieht der hier anwendbare Rahmenvertrag TARMED keine Verzugszinsregelung betreffend Rückforderung vor. Auch bildet weder Art. 26 ATSG im Verhältnis zwischen sozialer Krankenversicherung und Leistungserbringer eine Grundlage für die Verpflichtung zur Leistung von

Verzugszinsen (BGE 139 V 82 E. 3.2.4 S. 86), noch besteht analog zu Art. 104 Abs. 1 des Schweizerischen Obligationenrechts (OR; SR 220) eine Verzugszinspflicht (BGE 139 V 82 E. 3.3 S. 86). 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. Ein Verzugszins wird in Fällen bejaht, bei denen das Rechtsempfinden in besonderer Weise berührt wird. Dies ist namentlich der Fall, wenn einer Partei trölerisches, widerrechtliches oder schuldhaftes Verhalten vorzuwerfen ist oder sie das Verfahren unnötig verlängert und dadurch die Auszahlung von bereits anerkannten Ansprüchen verzögert (Urteil des EVG K 4/06 vom 15. November 2006 E. 4.1 f.).

11.2

11.2.1 Sowohl das vorprozessuale als auch das prozessuale Verhalten der Beklagten war durchgängig von einer Verzögerungs- und Hinhaltetaktik geprägt. Daran ändert nichts, dass die Klägerin im Schreiben vom 31. März 2023 – nach mehrfachem vergeblichem Ersuchen um Zustellung von (vollständigen) Unterlagen (act. I 3-7) – zwischenzeitlich und einmalig bzw. nach erfolgter Besprechung vom 21. März 2023 auf einen "bisherigen konstruktiven Verhandlungsverlauf" verwies (act. I 9 S. 2; pag. 27 Rz. 5). Denn bereits im Anschluss an diese Besprechung gestaltete sich die weitere Sachverhaltserhebung im Zusammenhang mit der Validierung des geltend gemachten Besitzstandes bezüglich diverser Positionen aus dem TARMED-Kapitel 02 (Psychiatrie) abermals zäh und von Fristerstreckungsgesuchen und Geduldsschreiben geprägt (act. I 10-19). Dieses auf Verzögerung gerichtete Vorgehen (vgl. namentlich act. I 19) setzte sich sodann auch im Klageverfahren fort, einerseits in Bezug auf die Erbringung des Dignitätsnachweises (pag. 72-74; 76-79; 81-84), andererseits und insbesondere hinsichtlich der Edition der Krankengeschichten, wobei die Beklagte infolge Störung des Geschäftsgangs mit einer Busse belegt werden musste (pag. 109-111). Die Beklagte begründet nicht weiter, worin die angeblichen "technischen Probleme" bestanden (pag. 140), welche einer beförderlichen Einreichung der

einverlangten Unterlagen im Wege gestanden haben sollen. Jedenfalls ist das Verhalten der Beklagten in der Gesamtschau als systematisch trölerisch bzw. (den Gerichtsgang) leichtfertig und unnötig verzögernd zu qualifizieren.

11.2.2 Sodann fällt ins Gewicht, dass die Beklagte in ihrer Eigenschaft als Praktische Ärztin über Jahre hinweg – trotz fehlender qualitativer Dignität – psychiatrische bzw. psychotherapeutische Leistungen erbracht und diese nach Massgabe hierfür nicht vorgesehener Tarifpositionen abgerechnet hat (vgl. E. 9.2 vorne). Dass diese tarifwidrige Praxis auf Basis eines schlichten Verbuchungsfehlers oder aber aufgrund einer nicht korrekten "Interpretation der Abrechnungsregeln" erfolgt sein soll (pag. 42 f. Rz. 4.1), erscheint angesichts des jahrelangen und systematischen Vorgehens wenig glaubwürdig. Vorprozessual hatte sich die Beklagte hierzu denn auch dahingehend geäußert, dass sie aufgrund ihrer "Naivität und der Angst", die Kriterien "der FMH Dignitätsprofile" nicht zu erfüllen, die Dignitätsprofile "nicht bei der FMH rechtzeitig eingereicht" habe, um entsprechend ihrer Tätigkeit abrechnen zu können (act. I 8 S. 3). Dies lässt zumindest darauf schliessen, dass ihr die Tarifwidrigkeit bzw. Vertragswidrigkeit der Leistungsabrechnungen durchaus bewusst war. Im vorliegenden Klageverfahren gelang es der Beklagten denn auch nicht, den gegenüber der FMH auf Basis der Selbstdeklaration (vgl. E. 4.3.1 vorne) angemeldeten und in der Folge mittels Dignitätsausweis vom 7. Februar 2025 (act. II 11) scheinbar bestätigten Besitzstand zu belegen, da die hierfür notwendigen Kriterien nicht nachgewiesen werden konnten (vgl. E. 4.4 vorne).

11.2.3 Im Weiteren ist zu wiederholen, dass die kantonale Gesetzgebung (Art. 26 Abs. 1 GesG; vgl. E. 8.2.2 vorne) Ärzte und Ärztinnen verpflichtet, eine sachgerechte Krankengeschichte zu führen. Dem kam die Beklagte nicht nach (vgl. act. III), was zu einer Meldung an den Kantonsärztlichen Dienst (KAD) als zuständige Stelle der Gesundheits-, Sozial- und Integrationsdirektion (GSI) führt (vgl. E. 13 hinten). Dies ist unter dem Blickwinkel der Verzugszinsfrage in zweierlei Hinsicht von Bedeutung:

11.2.3.1 Zunächst wurden die Krankengeschichten unvollständig eingereicht: Gegenstand der Rückforderung bilden Abrechnungen von Leistungen gegenüber 84 Patienten (act. IIB Lasche 3 "Bruttoversicherungs-

leistungen pro versicherte Personen vom 02.09.2019 – 16.06.2023"). Für über 30 Patienten finden sich in den dem Gericht eingereichten und dem VAD zur Prüfung zugestellten Unterlagen (act. II 16 f.; act. IIA) keine Krankengeschichten, womit sich mangels Dokumentation die Frage stellt, ob insoweit überhaupt Behandlungen stattgefunden haben. Gleichwohl rechnete die Beklagte für diese Patienten teils namhafte Beträge ab, in fünf Fällen gar im fünfstelligen Bereich:

Patient	Leistungen
F._____	Fr. 22'032.29
G._____	Fr. 18'108.74
H._____	Fr. 17'623.66
I._____	Fr. 14'164.73
J._____	Fr. 13'387.38

In vielen weiteren undokumentierten Fällen lagen die abgerechneten Behandlungskosten (teils deutlich) über Fr. 1'000.-- (vgl. act. IIB Lasche 3 "Bruttoversicherungsleistungen pro versicherte Personen vom 02.09.2019 – 16.06.2023").

11.2.3.2 Was die eingereichten Krankengeschichten anbelangt, so fällt eine Diskrepanz zwischen den dokumentierten und den abgerechneten Konsultationen auf, wobei gemäss act. IIB Lasche 2 ("Rechnungen pro Versicherte nach Behandlungsdaten vom 02.09.2019 – 16.06.2023") regelmässig ein Mehrfaches an Konsultationen abgerechnet ("abger. Kons.") als dokumentiert ("dok. Kons.") wurde:

Patient	dok. Kons.	abger. Kons.
K._____	8 (act. IIA 1)	86
L._____	5 (act. IIA 5)	62
M._____	5 (act. IIA 6)	51
N._____	5 (act. IIA 8)	46

O._____	16 (act. II 17)	36
P._____	34 (act. II 17)	46
Q._____	6 (act. IIA 28)	74

Diese Aufstellung besitzt nicht Anspruch auf Vollständigkeit. Sodann wurden etwa unter den Namen R._____, S._____ und T._____ (act. IIB Lasche 2 "Rechnungen pro Versicherte nach Behandlungsdaten vom 02.09.2019 – 16.06.2023") 188 Konsultationen abgerechnet, indes einzig in Bezug auf S._____ 15 Konsultationen dokumentiert (act. IIA 37).

11.2.4 Mithin vergütete die Klägerin der Beklagten Leistungen, deren Erbringung entweder gar nicht oder aber nicht im abgerechneten Ausmass verifizierbar ist.

11.3 Eine tarifwidrige Leistungserbringung rechtfertigt für sich genommen die Erhebung von Verzugszins nicht. Es bedarf hierfür qualifizierender Umstände (vgl. E. 11.1 vorne). Diese sind vorliegend mit Blick auf das – sowohl vorprozessual als auch prozessual – trölerische Verhalten der Beklagten (vgl. E. 11.2.1 vorne), deren fehlende Berechtigung zur Abrechnung von psychiatrischen/psychotherapeutischen Behandlungen (vgl. E. 11.2.2 vorne), die allgemein nicht sachgerechte Dokumentation der Krankengeschichten sowie die massive Diskrepanz zwischen dokumentierten und abgerechneten Konsultationen (vgl. E. 11.2.3 vorne) gegeben, womit sich die Auferlegung eines Verzugszinses von 5 % (Art. 104 Abs. 1 OR) auf Fr. 558'109.-- seit 28. August 2024 rechtfertigt.

12.

Zusammenfassend ist die Klage vom 28. August 2024 gutzuheissen und die Beklagte zu verurteilen, der Klägerin für die Abrechnungsperiode vom 2. September 2019 bis 16. Juni 2023 den Betrag von Fr. 558'109.-- zurückzuerstatten und einen Zins von 5 % auf Fr. 558'109.-- seit 28. August 2024 zu bezahlen.

13.

Das vorliegende Urteil wird dem Kantonsärztlichen Dienst (KAD) zur Kenntnis zugestellt (vgl. E. 8.1 f. sowie E. 11.2.3 vorne).

14.

14.1 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 auf Fr. 5'000.-- 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 entnommen. Die Beklagte hat der Klägerin den Vorschuss im Umfang von Fr. 5'000.-- zu ersetzen.

14.2 Die durch Rechtsanwalt A. _____ vertretene Klägerin hat Anspruch auf Ersatz ihrer Parteikosten (BGE 119 V 448 E. 6b S. 456). Diese 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. Der Parteikostenersatz besteht aus dem Honorar und den notwendigen Auslagen (Art. 2 Abs. 1 der Verordnung vom 17. Mai 2006 über die Bemessung des Parteikostenersatzes [Parteikostenverordnung, PKV; BSG 168.811]). Nach Art. 13 Abs. 1 PKV beträgt

das Honorar in sozialversicherungsrechtlichen Klage- und Beschwerdeverfahren Fr. 400.-- bis Fr. 11'800.-- pro Instanz. Ein Zuschlag von bis zu 100 % auf das Honorar wird gemäss Art. 16 Abs. 1 i.V.m. Art. 9 Abs. 1 PKV bei Verfahren gewährt, die besonders viel Zeit und Arbeit beanspruchen, wie namentlich bei schwieriger und zeitraubender Sammlung oder Zusammenstellung des Beweismaterials, bei grossem Aktenmaterial oder umfangreichem Briefwechsel, wenn ein wesentlicher Teil des Aktenmaterials oder des Briefwechsels in einer anderen als der Gerichtssprache vorliegt, oder bei besonders komplexen tatsächlichen oder rechtlichen Verhältnissen.

14.3 Mit am 11. Mai 2026 (Poststempel [pag. 161]) eingereichter Kostennote macht Rechtsanwalt A. _____ einen Aufwand von Fr. 25'602.50 (77 Std. 35 Min. à Fr. 330.--), Auslagen von Fr. 228.30 sowie die Mehrwertsteuer (MWST) von Fr. 2'092.30, insgesamt ausmachend einen Aufwand von Fr. 27'923.10, geltend (pag. 156-160).

Das vorliegende Verfahren gestaltete sich in Bezug auf die Sammlung und Würdigung des Beweismaterials als durchschnittlich, indes hinsichtlich der aufgeworfenen tatsächlichen und rechtlichen Fragen als komplex. Der Schriftenwechsel war mit der Einreichung einer Klage (pag. 2-16) sowie einer Stellungnahme zum Bericht des VAD vom 7. Januar 2026 (act. III; pag. 131-133) wenig umfangreich. Insgesamt rechtfertigt es sich somit, vom Maximum des Tarifr Rahmens von Fr. 11'800.-- auszugehen und einen Zuschlag gemäss Art. 16 Abs. 1 i.V.m. Art. 9 Abs. 1 PKV von 25 % zu gewähren (Fr. 2'950.--; vgl. E. 14.2 vorne), womit ein Honorar von Fr. 14'750.-- resultiert. Bei nicht zu beanstandenden Auslagen von Fr. 228.30 beläuft sich der Parteikostenersatz inklusive MWST somit auf Fr. 16'191.55 (Fr. 14'750.-- + Fr. 228.30 + Fr. 1'213.25 [8.1 % von Fr. 14'978.30]).

Demnach entscheidet das Schiedsgericht:

1. In Gutheissung der Klage wird die Beklagte verurteilt, der Klägerin für die Abrechnungsperiode vom 2. September 2019 bis 16. Juni 2023 den Betrag von Fr. 558'109.-- zurückzuerstatten sowie Zins von 5 % auf Fr. 558'109.-- seit 28. August 2024 zu bezahlen.
2. Die Verfahrenskosten des vorliegenden Verfahrens, festgelegt auf Fr. 5'000.--, werden der Beklagten auferlegt. Sie werden dem von der Klägerin geleisteten Kostenvorschuss von Fr. 5'000.-- entnommen. Die Beklagte wird verurteilt, der Klägerin die Verfahrenskosten dieses Verfahrens von Fr. 5000.-- zu erstatten.
3. Die Beklagte hat der Klägerin die Parteikosten von Fr. 16'191.55 (inkl. Auslagen und MWST) zu bezahlen.
4. Zu eröffnen (R):
 - Rechtsanwalt A. _____ z.H. der Klägerin
 - Fürsprecher C. _____ z.H. der Beklagten
 - Bundesamt für Gesundheit

Mitteilung an (R):

- Gesundheitsamt, Kantonsärztlicher Dienst, Rathausgasse 1, Postfach, 3000 Bern 8

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.