Eidgenössisches Versicherungsgericht
Tribunale federale delle assicurazioni
Tribunal federal d'assicuranzas

Sozialversicherungsabteilung
des Bundesgerichts

Prozess
{T 7}
K 97/03

Urteil vom 18. März 2005
I. Kammer

Besetzung
Präsident Borella, Bundesrichterin Leuzinger, Bundesrichter Rüedi, Ursprung und nebenamtlicher Richter Maeschi; Gerichtsschreiberin Amstutz

Parteien
U._____, Beschwerdeführerin, vertreten durch Rechtsanwalt Matthias Hotz, Bahnhofstrasse 49, 8501 Frauenfeld,

gegen

Concordia, Schweizerische Kranken- und Unfallversicherung, Hauptsitz, Rechtsdienst, Bundesplatz 15, 6000 Luzern, Beschwerdegegnerin

Vorinstanz
Verwaltungsgericht des Kantons Thurgau, Weinfelden

(Entscheid vom 22. Mai 2003)

Sachverhalt:

A.
U._____ ist dipl. Krankenschwester und führt eine Praxis als Gesundheitsberaterin. Auf Anordnung von Frau Dr. med. X._____, praktische Ärztin, erbrachte sie ab 12. April 2000 Leistungen für die bei der Concordia, Schweizerische Kranken- und Unfallversicherung (im Folgenden: Concordia) versicherte M._____. Nachdem die Concordia für die mit "Anleitung und Beratung" bezeichneten Leistungen zunächst ohne weitere Prüfung aufgekommen war, ersuchte sie am 26. Oktober 2000 um Zustellung der erfolgten Bedarfsabklärung und teilte der Leistungserbringerin am 22. Januar 2001 mit, nach Auffassung des Vertrauensarztes handle es sich bei den durchgeführten Massnahmen nicht um Krankenpflege gemäss Art. 7 KLV, weshalb keine Vergütungen geleistet werden könnten. In der Folge gelangte U._____ an die im Vertrag zwischen dem Konkordat der Schweizerischen Krankenversicherer (KSK, heute santésuisse) und dem Schweizer Berufsverband der Krankenschwestern und Krankenpfleger (SBK) vom 23. Mai 1997 als Schlichtungsinstanz vorgesehene Paritätische Vertrauenskommission (PVK), welche das Verfahren ohne Unterbreitung eines Schlichtungsvorschlages am 11. Juli 2001 als erfolglos geblieben abschloss.

B.
Am 13. August 2001 reichte U._____ beim Schiedsgericht nach Art. 89 KVG des Kantons Thurgau Klage ein und beantragte, die Leistungspflicht für die streitigen Massnahmen sei zu bejahen und es sei die Concordia zu verpflichten, die noch offenen Teilrechnungen im Betrag von Fr. 1053.- zu bezahlen.

In der Funktion als Schiedsgericht nach Art. 89 KVG holte das Verwaltungsgericht des Kantons Thurgau (als Versicherungsgericht) bei Dr. med. K._____, Spezialarzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, ein Gutachten ein, welches am 4. November 2002 erstattet wurde und zu dem sich die Parteien in der Folge geäussert haben. Mit Entscheid vom 22. Mai 2003 wies das Schiedsgericht die Klage ab.

C.
U._____ lässt Verwaltungsgerichtsbeschwerde führen mit dem Rechtsbegehren, in Aufhebung des angefochtenen Entscheids sei die Leistungspflicht für die durchgeführten Massnahmen zu bejahen und es sei die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, die noch offenen Teilrechnungen im Betrag von Fr. 1053.- zu bezahlen; eventuell sei die Sache zur Vornahme weiterer Abklärungen an die Vorinstanz zurückzuweisen.

Die Concordia beantragt Abweisung der Verwaltungsgerichtsbeschwerde. Das Bundesamt für Sozialversicherung (BSV), Abteilung Kranken- und Unfallversicherung (seit 1. Januar 2004 im Bundesamt für Gesundheit [BAG]), verzichtet auf Vernehmlassung.

D.
Im Instruktionsverfahren hat das Eidgenössische Versicherungsgericht das Bundesamt für Sozialversicherung zur Beantwortung von Fragen in Zusammenhang mit der Streitsache aufgefordert. Zur Stellungnahme des Bundesamtes vom 15. Dezember 2003 haben sich die Parteien mit Eingaben vom 8. und 18. März 2004 geäussert.

Das Eidg. Versicherungsgericht zieht in Erwägung:

1.
1.1 Streitigkeiten zwischen Versicherern und Leistungserbringern entscheidet gemäss Art. 89 Abs. 1 KVG ein kantonales Schiedsgericht. Gesetz und Verordnung umschreiben nicht näher, was unter Streitigkeiten im Sinne von Art. 89 Abs. 1 KVG zu verstehen ist. Nach der zum altrechtlichen Art. 25 Abs. 1 KUVG ergangenen und auch unter dem neuen Recht massgebenden Rechtsprechung ist von einer weiten Begriffsumschreibung auszugehen, indem die sachliche Zuständigkeit für alle Streitigkeiten zwischen Krankenversicherern und Leistungserbringern zu bejahen ist, wenn und soweit sie Rechtsbeziehungen zum Gegenstand haben, die sich aus dem KVG ergeben oder auf Grund des KVG eingegangen worden sind (BGE 114 V 323 Erw. 3b, 112 V 310 f. Erw. 3b; SVR 2002 KV Nr. 38 S. 138 Erw. 4a, je mit Hinweisen). Die vorliegende Streitigkeit zwischen einem Versicherer und einem Leistungserbringer betreffend die Frage, ob eine bestimmte Massnahme zu den Pflichtleistungen nach Art. 7 KLV gehört, fällt klarerweise in die sachliche Zuständigkeit des kantonalen Schiedsgerichts.

1.2 Gegen Entscheide der kantonalen Schiedsgerichte kann Verwaltungsgerichtsbeschwerde beim Eidgenössischen Versicherungsgericht geführt werden (Art. 91 KVG; Art. 128 in Verbindung mit Art. 98 lit. g OG; BGE 125 V 299 Erw. 1a). Unzulässig ist die Verwaltungsgerichtsbeschwerde gegen Verfügungen über Tarife (Art. 129 Abs. 1 lit. b OG). Im vorliegenden Fall geht es nicht um eine Verfügung über einen Tarif (abstrakte Tarifstreitigkeit), sondern um den Entschädigungsanspruch des Leistungserbringers nach den Bestimmungen von Gesetz und Verordnung. Auf die Verwaltungsgerichtsbeschwerde, welche rechtzeitig eingereicht wurde (Art. 106 Abs. 1 in Verbindung mit Art. 132 OG) und die Formerfordernisse gemäss Art. 108 in Verbindung mit Art. 132 OG erfüllt, ist daher einzutreten.

2.
2.1 Nach Art. 24 KVG übernimmt die obligatorische Krankenpflegeversicherung die Kosten für die Leistungen gemäss den Art. 25 - 31 nach Massgabe der in den Art. 32 - 34 festgelegten Voraussetzungen. Die Leistungen umfassen unter anderem Untersuchungen, Behandlungen und Pflegemassnahmen, die ambulant, bei Hausbesuchen, stationär, teilstationär oder in einem Pflegeheim durch Personen durchgeführt werden, die auf Anordnung oder im Auftrag eines Arztes oder einer Ärztin Leistungen erbringen (Art. 25 Abs. 2 lit. a Ziff. 3 KVG). Gemäss Art. 33 Abs. 2 KVG bezeichnet der Bundesrat unter anderem die nicht von Ärzten oder Ärztinnen oder von Chiropraktoren oder Chiropraktorinnen erbrachten Leistungen nach Art. 25 Abs. 2 KVG näher. Gestützt auf Art. 33 Abs. 5 KVG hat der Bundesrat diese Aufgabe mit Art. 33 lit. b KVV dem Eidgenössischen De-

partement des Innern (EDI) übertragen. Auf Grund dieser Kompetenznorm hat das Departement in Art. 7 KLV den Leistungsbereich bei Krankenpflege zu Hause, ambulant oder im Pflegeheim bestimmt. Nach Abs. 1 dieser Norm übernimmt die Versicherung unter anderem die von Krankenschwestern oder Krankenpflegern (Art. 49 KVV) oder Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause auf ärztliche Anordnung oder im ärztlichen Auftrag erbrachten Leistungen. Gemäss Abs. 2 umfassen die Leistungen im Sinne von Abs. 1 Massnahmen der Abklärung und Beratung (lit. a), der Untersuchung und Behandlung (lit. b) sowie der Grundpflege (lit. c). Die Massnahmen nach lit. a werden umschrieben mit "1. Abklärung des Pflegebedarfs und des Umfeldes des Patienten und Planung der notwendigen Massnahmen zusammen mit Arzt (Ärztin) und Patient (Patientin)" und "2. Beratung des Patienten oder der Patientin sowie gegebenenfalls der nichtberuflich an der Krankenpflege Mitwirkenden bei der Durchführung der Krankenpflege, insbesondere bei der Einnahme von Medikamenten oder beim Gebrauch medizinischer Geräte, und Vornahme der notwendigen Kontrollen". Zu den Massnahmen der Grundpflege (lit. c) gehören die allgemeine Grundpflege bei Patienten und Patientinnen, welche die Tätigkeiten nicht selber ausführen können, wie Beine einbinden, Kompressionsstrümpfe anlegen; Betten, Lagern; Bewegungsübungen, Mobilisieren; Dekubitusprophylaxe, Massnahmen zur Verhütung oder Behebung von behandlungsbedingten Schädigungen der Haut; Hilfe bei der Mund- und Körperpflege, beim An- und Auskleiden, beim Essen und Trinken (Ziff. 1) sowie die psychiatrische oder psychogeriatrische Grundpflege (Ziff. 2).

2.2 Grundlage für den Entschädigungsanspruch von Leistungen der Krankenschwestern und Krankenpfleger oder der Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause bildet der ärztliche Auftrag oder die ärztliche Anordnung, welche auf Grund der Bedarfsabklärung und der gemeinsamen Planung der notwendigen Massnahmen näher zu umschreiben sind (Art. 8 Abs. 1 KLV). Die Bedarfsabklärung umfasst die Beurteilung der Gesamtsituation des Patienten oder der Patientin sowie die Abklärung des Umfeldes und des individuellen Pflege- und Hilfebedarfs (Art. 8 Abs. 2 KLV). Sie erfolgt auf Grund einheitlicher Kriterien. Das Ergebnis wird auf einem von den Tarifpartnern geschaffenen Formular festgehalten, worin insbesondere der voraussichtliche Zeitbedarf anzugeben ist (Art. 8 Abs. 3 KLV). Der ärztliche Auftrag oder die ärztliche Anordnung sind zu befristen. Sie können bei Akutkranken für maximal drei Monate und bei Langzeitpatienten oder -patientinnen für maximal sechs Monate erteilt werden (Art. 8 Abs. 6 KLV). Der ärztliche Auftrag oder die ärztliche Anordnung können wiederholt werden (Art. 8 Abs. 7 KLV). Für die Leistungen der Krankenschwestern und Krankenpfleger oder der Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause vereinbaren die Vertragspartner oder setzen die zuständigen Behörden Tarife fest, die nach Art und Schwierigkeit der notwendigen Leistungen abzustufen sind (Art. 9 Abs. 3 KLV).

2.3 Der Tarif zum Vertrag zwischen dem Konkordat der Schweizerischen Krankenversicherer (KSK, heute santésuisse) und dem Schweizer Berufsverband der Krankenschwestern und Krankenpfleger (SBK) vom 23. Mai 1997 sieht für die von freiberuflich tätigen Krankenschwestern und Krankenpflegern erbrachten Leistungen im Sinne von Art. 7 KLV vier Tarifpositionen vor. Mit 13 Taxpunkten pro 10 Minuten werden Massnahmen der Bedarfsabklärung und Beratung (lit. a) und mit 12 Taxpunkten pro 10 Minuten Massnahmen der Untersuchung und Behandlung (lit. b) entschädigt, wobei sowohl Massnahmen nach lit. a als auch solche nach lit. b nur von einer Krankenschwester oder einem Krankenpfleger nach Art. 49 KVV durchgeführt werden dürfen. Für Massnahmen der Grundpflege gemäss Art. 7 Abs. 2 lit. c KLV enthält der Tarifvertrag zwei Positionen. Während Massnahmen der Grundpflege, die in Verbindung mit Massnahmen der Bedarfsabklärung und Beratung (Tarifposition a) und/oder der Untersuchung und Behandlung (Tarifposition b) erbracht werden, mit 11 Taxpunkten pro 10 Minuten entschädigt werden (Tarifposition c1), beläuft sich die Entschädigung für Massnahmen der Grundpflege, die nicht in Verbindung mit Massnahmen der genannten Art stehen, auf 6,5 Taxpunkte pro 10 Minuten (Tarifposition c2). Dabei wird davon ausgegangen, dass Massnahmen der Grundpflege, die nicht die Qualifikation einer diplomierten Pflegeperson erfordern, mit Tarifposition c2 zu entschädigen sind (RKUV 2003 Nr. KV 264 S. 322 Erw. 3.2).

3.
In grundsätzlicher Hinsicht ist streitig, welche Pflichtleistungen die Krankenversicherer im Rahmen von Art. 7 KLV bei psychisch erkrankten Personen zu übernehmen haben.

3.1 Auszugehen ist davon, dass der Krankheitsbegriff körperliche und geistige bzw. psychische Beeinträchtigungen der Gesundheit umfasst (Art. 2 Abs. 1 KVG, gültig gewesen bis 31. Dezember 2002, und Art. 3 Abs. 1 ATSG, in Kraft getreten am 1. Januar 2003). Dementsprechend haben psychisch erkrankte Personen grundsätzlich in gleicher Weise wie Personen mit einem körperlichen Gesundheitsschaden Anspruch auf Leistungen für spitalexterne Krankenpflege gemäss Art. 7 KLV. Die Bestimmung bezieht sich inhaltlich zwar weitgehend auf somatische Krankheiten und enthält eine spezifisch auf psychische Erkrankungen zugeschnittene Norm lediglich unter dem Titel der Massnahmen der Grundpflege nach Art. 7 Abs. 2 lit. c KLV. Im Rahmen des KVG sind die psychischen Erkrankungen den körperlichen Krankheiten jedoch gleichgestellt, was auch bei der Auslegung von Art. 7 Abs. 2 KLV zu beachten ist. Wie das BSV in der Vernehmlassung vom 15. Dezember 2003 sinngemäss ausführt und das BAG in seiner am 3. März 2004 verfassten Stellungnahme zu einem Rundschreiben des SBK und des Spitex Verbandes Schweiz vom 26. Januar 2004 wiederholt, soll mit lit. c Ziff. 2 der Bestimmung (psychiatrische oder psychogeriatrische Grundpflege) die Gleichbehandlung der psychischen
mit den körperlichen Krankheiten bei den Pflegemassnahmen sichergestellt werden. In ähnlichem Sinn hat sich der Bundesrat in der Antwort vom 29. Januar 2003 auf die Einfache Anfrage von Nationalrätin B._____ zur ambulanten psychiatrischen Pflege vom 25. November 2002 geäussert (02.1130; Amtl. Bull. 2003 N 523; Beilagen, S. 95).

3.2 Die Leistungspflicht nach Art. 7 KLV bei psychisch erkrankten Personen setzt voraus, dass ein behandlungsbedürftiger psychischer Gesundheitsschaden vorliegt. Aus dem Erfordernis des ärztlichen Auftrags oder der ärztlichen Anordnung (Art. 8 Abs. 1 KLV) folgt des Weiteren, dass die erkrankte Person in ärztlicher Behandlung stehen muss (Gebhard Eugster, Krankenversicherung, in: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, S. 65 Rz 130). Keine ärztliche Behandlung im Sinne des KVG bilden psychotherapeutische Massnahmen, die lediglich zum Zweck der Selbsterfahrung, der Selbstverwirklichung oder der Persönlichkeitsreifung oder zu einem anderen nicht auf die Behandlung einer Krankheit gerichteten Zweck durchgeführt werden (Art. 2 Abs. 2 KLV). In solchen Fällen besteht auch kein Anspruch auf Pflegemassnahmen nach Art. 7 KLV. Entscheidend für die Leistungspflicht des Krankenversicherers ist somit, dass es sich um krankheitsbedingte Pflegemassnahmen und nicht um Massnahmen handelt, die aus andern persönlichen oder sozialen Gründen erforderlich sind.
3.2.1 Psychisch erkrankte Personen haben zunächst wie die körperlich Erkrankten Anspruch auf Massnahmen der Abklärung und Beratung gemäss Art. 7 Abs. 2 lit. a KLV. Die Massnahmen umfassen die Abklärung des Pflegebedarfs und des Umfeldes der versicherten Person sowie die Planung der notwendigen Massnahmen einerseits (Ziff. 1) und die Beratung des Patienten oder der Patientin sowie gegebenenfalls der nichtberuflich an der Krankenpflege Mitwirkenden bei der Durchführung der Krankenpflege anderseits (Ziff. 2). Die Abklärung und Beratung kann sich sowohl auf die Behandlungspflege nach Abs. 2 lit. b als auch auf die Grundpflege nach Abs. 2 lit. c der Verordnungsbestimmung beziehen (vgl. Eugster, a.a.O., S. 58 Rz 114). Nach dem Wortlaut von Art. 7 Abs. 2 lit. a Ziff. 2 KLV müssen die Massnahmen der Beratung auf die Durchführung der Krankenpflege (”pour les soins”, ”per l’effettuazione delle cure”) gerichtet sein. Dazu gehört laut Verordnung insbesondere die Beratung bei der Einnahme von Medikamenten oder beim Gebrauch medizinischer Geräte und die Vornahme der notwendigen Kontrollen. Bei psychisch Erkrankten hat die Beratung den besondern Anforderungen an die Krankenpflege bei psychischen Beeinträchtigungen Rechnung zu tragen. Im
Einzelfall kann etwa die Anleitung und Einübung von Bewältigungsmechanismen (sog. Coping-Strategien), die Unterstützung in Krisensituationen oder die Beratung im Umgang mit Krankheitssymptomen erforderlich sein (vgl. Richtlinien des Zentralvorstandes des Spitex Verbandes Schweiz vom 12. Mai 1997). Die Massnahmen dürfen indessen nicht therapeutischen Charakter aufweisen, sondern haben sich auf die pflegerische Betreuung der psychisch erkrankten Person zu beschränken. Zudem dürfen sie sich nicht in einer (vom Gesundheitsschaden bzw. der Krankenpflege unabhängigen) Beratung in persönlicher oder sozialer Hinsicht oder in der Mithilfe im Haushalt erschöpfen.
3.2.2 Unter der Behandlungspflege gemäss Art. 7 Abs. 2 lit. b KLV sind Pflegemassnahmen mit diagnostischer oder therapeutischer Zielsetzung zu verstehen (Eugster, a.a.O., S. 58 Rz 114). Entsprechende Massnahmen, wie beispielsweise die Verabreichung von Medikamenten durch die Pflegeperson auf Anordnung des Arztes (Ziff. 7), fallen auch bei psychisch erkrankten Personen in die Leistungspflicht der Krankenversicherer. Dagegen können keine Massnahmen vergütet werden, die psychotherapeutischen Charakter aufweisen. Nur die

von den Ärzten durchgeführte Psychotherapie und die sog. delegierte Psychotherapie (vgl. hiezu BGE 125 V 441 ff.) gehören zu den Pflichtleistungen der Krankenversicherung, nicht aber die von freiberuflichen nichtärztlichen Psychotherapeuten erbrachten Leistungen (BGE 125 V 284 ff.; RKUV 2003 Nr. KV 255 S. 240 ff.). Umso weniger sind psychotherapeutische Untersuchungen und Behandlungen durch (psychiatrische) Pflegepersonen zu übernehmen. Anspruchsbegründend sind nur pflegerische Massnahmen in Zusammenhang mit der Untersuchung und Behandlung psychisch erkrankter Personen. Weil von den Pflegepersonen keine psychotherapeutischen Massnahmen vorgenommen werden dürfen und Beratungen hinsichtlich des Umgangs mit dem Krankheitsbild sowie stützende Gespräche in Krisensituationen - soweit keine ärztliche Intervention erforderlich ist - unter lit. a der Verordnungsbestimmung zu subsumieren sind, bleibt für Massnahmen der Behandlungspflege nach Art. 7 Abs. 2 lit. b KLV nur wenig Raum.

3.2.3 Schliesslich haben psychisch erkrankte Personen gemäss Art. 7 Abs. 2 lit. c KLV Anspruch auf die in Ziff. 1 dieser Bestimmung genannten Massnahmen, wozu etwa die Hilfe bei der Mund- und Körperpflege, beim An- und Auskleiden sowie beim Essen und Trinken gehören. Im Gegensatz zu den Leistungskategorien von Art. 7 Abs. 2 KLV (vgl. hiezu RKUV 1998 KV Nr. 28 S. 184 Erw. 3) ist die Aufzählung der einzelnen Massnahmen in Art. 7 Abs. 2 lit. c Ziff. 1 KLV dem Wortlaut nach (”wie”, ”tels que”, ”quali”) nicht abschliessend. Fraglich ist, ob auf Grund von Ziff. 2 der Bestimmung Anspruch auf weitere, spezifisch auf psychisch erkrankte Personen zugeschnittene Massnahmen besteht. Nach Auffassung von BSV und BAG eröffnet die Bestimmung kein neues Leistungsspektrum, sondern berücksichtigt allein den höheren zeitlichen Aufwand in der Grundpflege bei den psychisch erkrankten Personen. In gleichem Sinn hatte sich das BSV bereits in einem Beschwerdeverfahren betreffend den Tarif für die in Pflegeheimen erbrachten Leistungen im Kanton Waadt geäussert. Im diesbezüglichen Entscheid vom 20. Dezember 2000 (auszugsweise publiziert in: VPB 66/2002 Nr. 66.69 S. 817 ff.; zusammengefasst in RKUV 2001 Nr. KV 186 S. 471 ff.) folgte der Bundesrat grundsätzlich dieser Betrachtungsweise, stellte gleichzeitig aber fest, Art. 7 Abs. 2 lit. c Ziff. 2 KLV sei eine weitergehende Bedeutung beizumessen, weil die in Art. 7 Abs. 2 lit. b Ziff. 1 - 12 und lit. c Ziff. 1 KLV genannten Massnahmen ausschliesslich solche der körperlichen Grundpflege erwähnten. Es sei offensichtlich, dass psychisch beeinträchtigte Personen einer besonderen Pflege bedürften, welche im Rahmen des in Art. 7 Abs. 2 KLV enthaltenen Leistungskataloges allein unter lit. c Ziff. 2 dieser Bestimmung subsumiert werden könne (in VPB 66/2002 Nr. 66.69 S. 817 ff. nicht publizierte Erw. 9.4 des bundesrätlichen Entscheids). Davon scheint auch der Verordnungsgeber bei den Vorarbeiten zu der auf den 1. Januar 1998 in Kraft getretenen Neufassung von Art. 7 KLV (AS 1997 2039) ausgegangen zu sein. Im bereinigten Antrag an die Eidgenössische Kommission für allgemeine Leistungen (ELK) hatte die mit der Ausarbeitung eines Verordnungsentwurfs beauftragte Arbeitsgruppe vorgeschlagen, Art. 7 Abs. 2 lit. c KLV mit einer Ziffer 2 ”Spezifische psychiatrische oder psychogeriatrische Grundpflege” zu ergänzen. Im Kommentar zu dieser Bestimmung wurde ausgeführt, es gehe dabei vor allem um helfende, beratende und überwachende Präsenz bei Patientinnen oder Patienten, bei denen dadurch eine Versorgung teilstationär oder zu Hause (oder allenfalls beides in Abstimmung aufeinander) möglich und ein permanenter Klinikaufenthalt vermeidbar sei. Die ELK stimmte der vorgeschlagenen Bestimmung mehrheitlich zu. Auch wenn in der definitiven Fassung von Art. 7 Abs. 2 lit. c Ziff. 2 KLV nicht mehr von einer spezifischen psychiatrischen oder psychogeriatrischen Grundpflege die Rede ist, muss davon ausgegangen werden, dass mit dieser Bestimmung nicht bloss die Anwendbarkeit von Art. 7 Abs. 2 lit. a, b und c Ziff. 1 auf psychisch beeinträchtigte Personen sichergestellt, sondern darüber hinaus eine Kostenübernahmepflicht für besondere Massnahmen bei psychisch Erkrankten statuiert werden sollte. Für diese Auslegung sprechen auch Sinn und Zweck der Verordnungsbestimmung, welche darin zu erblicken sind, psychisch erkrankten Personen eine Krankenpflege zu Hause zu ermöglichen und damit eine allenfalls notwendige stationäre Behandlung zu vermeiden. Im Hinblick darauf, dass Art. 7 Abs. 2 lit. c Ziff. 1 KLV bei der (nicht abschliessenden) Aufzählung der in Betracht fallenden Massnahmen (u.a. ”Betten, Lagern”, ”Bewegungsübungen, Mobilisieren”, ”Hilfe bei der Mund- und Körperpflege, beim An- und Auskleiden, beim Essen und Trinken”) unmittelbar auf alltägliche Lebensverrichtungen Bezug nimmt, ist Ziff. 2 der Verordnungsbestimmung in dem Sinne auszulegen, dass zur psychiatrischen und psychogeriatrischen Grundpflege Massnahmen zu rechnen sind, welche der Überwachung und Unterstützung psychisch erkrankter Personen bei der Alltagsbewältigung dienen (vgl. in diesem Sinne auch Hardy Landolt, Grundlagen des Pflegerechts, Bern 2001, Bd. I, S. 24 f. Rz 39; vgl. auch Botschaft des Bundesrates zum Bundesgesetz über die Neuordnung der Pflegefinanzierung vom 16. Februar 2005, in: BBl 2005 S. 2033 ff., hier: S. 2066). Gegenstand von Massnahmen der Grundpflege nach Art. 7 Abs. 2 lit. c Ziff. 2 KLV können allerdings nur Beeinträchtigungen

in den grundlegenden alltäglichen Lebensverrichtungen bilden und nur so weit, als sie krankheitsbedingt sind. Es muss sich zudem um Massnahmen der Personenhilfe und nicht der Sachhilfe (insbesondere Haushaltshilfe) handeln (vgl. Eugster, a.a.O., S. 58 Rz 114). Dabei geht es vorab darum, dass die psychisch erkrankte Person die alltäglichen Lebensverrichtungen wieder selbst zu besorgen vermag ("Hilfe und Selbsthilfe").

3.3 Nicht zu übersehen ist, dass sich gewisse Massnahmen (beispielsweise Überwachung und Unterstützung im Alltag sowie in Krisensituationen) im Einzelfall sowohl unter lit. a (Beratung) als auch unter lit. c (Grundpflege) von Art. 7 Abs. 2 KLV subsumieren lassen und eine klare Abgrenzung der Massnahmen der psychiatrischen oder psychogeriatrischen Grundpflege gemäss lit. c Ziff. 2 der Verordnungsbestimmung von den nicht zu den Pflichtleistungen gehörenden Massnahmen der Hilfe im Haushalt und der sozialen Betreuung mit Schwierigkeiten verbunden ist. Im Hinblick auf eine rechtsgleiche Praxis wäre es - ungeachtet der laufenden Bestrebungen zur Neuordnung der Pflegefinanzierung - zu begrüssen, wenn der Verordnungsgeber, nach Anhörung der zuständigen Fachkommission (ELK), die unter dem Titel der psychiatrischen oder psychogeriatrischen Grundpflege als Pflichtleistungen zu vergütenden Massnahmen und den Leistungsbereich nach lit. a und b der Bestimmung bei psychisch Erkrankten näher umschreiben würde. Denn es ist offensichtlich, dass der geltende Wortlaut von Art. 7 KLV, welcher einseitig von den somatischen Erkrankungen ausgeht, nicht zu befriedigen vermag.

3.4 Anzumerken bleibt, dass es für die Beurteilung der Leistungspflicht in grundsätzlicher und masslicher Hinsicht eindeutiger Angaben bezüglich der im Einzelfall angeordneten und durchgeführten Massnahmen bedarf (Art. 42 Abs. 3 Satz 2 KVG). Vorauszusetzen ist ein klarer ärztlicher Auftrag oder eine ärztliche Anordnung hinsichtlich der erforderlichen Massnahmen, welche auf Grund der Bedarfsabklärung und der gemeinsamen Planung näher zu umschreiben sind (Art. 8 Abs. 1 KLV). Der Krankenversicherer kann verlangen, dass ihm die relevanten Elemente der Bedarfsabklärung mitgeteilt werden (Art. 8 Abs. 5 KLV). Erforderlichenfalls ist ihm zuhanden des Vertrauensarztes (Art. 57 KVG) eine umfassende Dokumentation der erbrachten Leistungen (Pflegedokumentation) einzureichen. Schliesslich ist eine detaillierte und verständliche Rechnungstellung vorauszusetzen (Art. 42 Abs. 3 Satz 1 KVG). Genügen die vorhandenen Angaben nicht für eine zuverlässige Beurteilung der Leistungspflicht, hat der Krankenversicherer ergänzende Unterlagen einzufordern. Wird dieser Aufforderung nicht oder nur ungenügend nachgekommen, ist er befugt, die Leistungspflicht für die beantragten Massnahmen abzulehnen.

4.
4.1 Das streitige Leistungsbegehren stützt sich auf eine ärztliche Anordnung vom 3. Mai 2000. Dass es sich bei der verordnenden Ärztin nicht um eine Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, sondern um eine Allgemeinpraktikerin handelt, steht einer Leistungspflicht des Krankenversicherers nicht entgegen. So wenig wie ärztliche Psychotherapie nur von Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie durchgeführt werden kann (Art. 2 Abs. 1 KLV), bedarf es für die psychiatrische und psychogeriatrische Grundpflege einer fachärztlichen Anordnung. Nach Art. 8 KLV genügt ein ärztlicher Auftrag oder eine ärztliche Anordnung. Des Weiteren steht fest, dass die Beschwerdeführerin als selbstständig tätige, diplomierte Krankenschwester die für die Zulassung als Leistungserbringerin für die Krankenversicherung geltenden Anforderungen erfüllt (Art. 49 KVV). Sie verfügt über die kantonale Berufsausübungsbewilligung gemäss Art. 46 Abs. 2 KVV und ist dem Tarifvertrag zwischen dem KSK (heute santésuisse) und dem SBK vom 23. Mai 1997 angeschlossen. Unerheblich für den Leistungsanspruch ist, dass die Massnahmen nicht zu Hause, sondern in der Praxis der Krankenschwester durchgeführt wurden. Wie aus dem Titel zum 3. Abschnitt der KLV hervorgeht, regelt
Art. 7 dieser Verordnung den Leistungsbereich bei Krankenpflege zu Hause, ambulant oder im Pflegeheim. Dementsprechend können spitalexterne Pflegeleistungen auch in Spitex-Zentren (Art. 51 KVV) oder von selbstständig tätigen Krankenschwestern oder Krankenpflegern (Art. 49 KVV) in deren Praxis durchgeführt werden. Davon geht auch der Vertrag zwischen dem KSK und dem SBK vom 23. Mai 1997 (F Ziff. 4) aus, wonach die von Krankenschwestern und Krankenpflegern erbrachten Leistungen gemäss Art. 7 KLV vergütet werden, sofern sie zu Hause oder ambulant durchgeführt werden. Die allgemeinen Voraussetzungen für eine Leistungspflicht des Krankenversicherers nach Art. 7 KLV sind somit erfüllt. Zu prüfen bleibt, ob die erbrachten Leistungen zu den Pflichtleistungen gemäss dieser Bestimmung gehören.
4.2

4.2.1 In der ärztlichen Anordnung vom 3. Mai 2000 für die Zeit vom 12. April bis 12. Oktober 2000 wird die Art der durchzuführenden Massnahmen mit "Anleitung und Beratung" bezeichnet und der Bedarf wie folgt umschrieben:
Leist. nach KLV 7
Leistungen
Häufigkeit
Dauer in min.
a, 1
Bedarfsabklärung
1 x
60
a, 2
Beratung Anleitung
Wissensvermittlung
Fähigkeiten entwickeln
Hilfe zur Selbsthilfe
4 x
60

Ressourcen reaktivieren
2 x mtl.
60
Für die Zeit vom 13. Oktober 2000 bis 13. April 2001 wurden noch Leistungen nach Art. 7 Abs. 2 lit. a Ziff. 2 KLV von zwei Mal monatlich je 60 Minuten unter dem Titel "Beratung und Wissensvermittlung, Fähigkeiten entwickeln, Hilfe zur Selbsthilfe, Ressourcen reaktivieren" verordnet. Der von der Beschwerdeführerin angelegten Pflegedokumentation ist zu entnehmen, dass die Versicherte, welche als Bäuerin/ Hausfrau tätig ist, von der Hausärztin angemeldet wurde zur Anleitung und Unterstützung bei der Alltagsbewältigung und der Problemlösungsfähigkeit bei chronisch tiefem Selbstwertgefühl und Schuldgefühlen nach dem Suizid eines Sohnes. Als Pflegediagnosen (gemäss Manlynn E. Doenges/Mary Frances Moorhouse, Pflegediagnosen und Massnahmen, 2. Aufl., Bern 1994) werden genannt: "7.1.2.1 Selbstwertgefühl chronisch tief, 9.2.1.1 Trauern nicht angemessen, 5.1.1.1 Bewältigungsformen (coping) ungenügend, 8.1.1 Wissensdefizit." In der Eingabe an die PVK führte die Beschwerdeführerin aus, bei der Patientin handle es sich um eine Person mit chronisch gestörtem Selbstwertgefühl, unzureichendem Problembewältigungsvermögen und damit einhergehendem psychosomatischem Beschwerdebild. Die Pflege bestehe konkret darin, auf Grund festgestellter Defizite
Ressourcen der Patientin zu erfassen, zu mobilisieren und gemeinsam mit ihr zu reaktivieren sowie Hilfe zur Selbsthilfe zu bieten. In der Verwaltungsgerichtsbeschwerde wird das psychosomatische Beschwerdebild mit "insbesondere Übergewicht, Kopf-, Rücken- und Gelenkschmerzen" umschrieben.
4.2.2 In der Stellungnahme vom 6. Februar 2001 gelangte der Vertrauensarzt der Beschwerdegegnerin Dr. med. Y._____, Spezialarzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, zum Schluss, die Beschwerdeführerin habe nicht eine psychiatrische Grundpflege, sondern eine eigentliche Psychotherapie durchgeführt, wozu sie nicht befugt sei. Die Beschwerdeführerin hält dem entgegen, bei den durchgeführten Massnahmen handle es sich ausschliesslich um solche der Anleitung und Beratung, wie sie auch bei somatischen Patienten vorgenommen würden. In dem von der Vorinstanz bei Dr. med. K._____ eingeholten Gutachten vom 4. November 2002 werden die ärztliche Verordnung und die Pflegedokumentation als ungenügend bezeichnet. Nach Auffassung des Gutachters ist auf Grund der angegebenen Indikationen und des Umstandes, dass die Krankenschwester innerhalb knapp eines Jahres dreissig Mal während einer Stunde in ihrer Praxis mit der Patientin über deren Probleme gesprochen habe und die Ärztin die Patientin während dieser Zeit lediglich fünf Mal gesehen habe - in welchem Rahmen eine psychotherapeutische Behandlung gar nicht durchführbar sei - davon auszugehen, dass die Hausärztin die an sich indizierte ambulante Psychotherapie an die Pflegeperson delegiert
habe. Diese habe die Patientin in einem klar als psychotherapeutisch zu bezeichnenden Setting mit entsprechender Stundenzahl betreut. Was genau durchgeführt worden sei, lasse sich nicht feststellen. Jedenfalls lägen keine klassischen Behandlungskriterien für die Pflege zu Hause vor, wie sie beispielsweise von der Spitex (d.h. in den Richtlinien des Spitex Verbandes Schweiz vom 12. Mai 1997 über die "Psychiatrische und psychogeriatrische

Grundpflege") definiert worden seien. Das kantonale Gericht ist der gutachterlichen Beurteilung gefolgt und zum Schluss gelangt, es sei weder eine Beratung im Sinne von Art. 7 Abs. 2 lit. a Ziff. 2 noch eine Grundpflege im Sinne von Art. 7 Abs. 2 lit. c Ziff. 2 KLV durchgeführt worden. In der Verwaltungsgerichtsbeschwerde wird geltend gemacht, das von der Vorinstanz eingeholte Gutachten beruhe auf einer unzutreffenden Fragestellung sowie mangelhaften tatsächlichen Annahmen und lasse die erforderliche Unparteilichkeit vermissen, weshalb ein Obergutachten durch einen Pflegeexperten anzuordnen sei.
4.2.3 Wie es sich hinsichtlich der Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin für die streitigen Massnahmen verhält, lässt sich auf Grund der vorhandenen Akten nicht zuverlässig beurteilen. Zunächst fehlt es an ärztlichen Angaben zur bestehenden psychischen Störung und zu den erfolgten medizinischen Massnahmen. Es steht daher nicht fest, ob überhaupt ein psychischer Gesundheitsschaden mit Krankheitswert vorliegt und ob die durchgeführten Massnahmen in Verbindung mit einer ärztlichen Psychotherapie standen. Es lässt sich daher nicht feststellen, ob die streitigen Massnahmen als blosse Lebensberatung, als Pflegemassnahmen im Sinne von Art. 7 KLV oder, wie die Beschwerdegegnerin annimmt, als therapeutische Massnahmen (anstelle einer ärztlichen Psychotherapie) zu qualifizieren sind. Für Letzteres spricht nach Auffassung des Gutachters Dr. med. K._____ die hohe Zahl von Pflegestunden im Verhältnis zu den wenigen ärztlichen Konsultationen. Dieser Umstand könnte indessen ebenso gut darauf hinweisen, dass ärztlicherseits eine Psychotherapie nicht als erforderlich und eine Betreuung durch eine medizinische Hilfsperson als genügend betrachtet wurde. Nach den Ausführungen in der Verwaltungsgerichtsbeschwerde hatte sich die Beschwerdeführerin
allerdings gegen eine Psychotherapie ausgesprochen, was dafür spricht, dass eine solche erforderlich war und wegen der Weigerung der Versicherten möglicherweise an eine medizinische Hilfsperson delegiert wurde. Anderseits geht aus der ärztlichen Anordnung und der Pflegedokumentation hervor, dass Massnahmen der Beratung durchgeführt wurden, welche sich grundsätzlich unter Art. 7 Abs. 2 lit. a Ziff. 2 KLV subsumieren lassen. Ob sich unter diesem Titel eine Beratung von zwei Mal einer Stunde monatlich rechtfertigen lässt, nachdem bereits zuvor während sechs Monaten Beratungen von sechs Stunden im Monat stattgefunden haben, ist allerdings fraglich. Die Annahme des Gutachters, die durchgeführten Massnahmen seien anstelle einer ärztlichen Psychotherapie durchgeführt wurden, liegt zumindest nahe, lässt sich auf Grund der vorhandenen Akten aber nicht bestätigen. Fraglich bleibt schliesslich, inwieweit die Massnahmen als solche der Grundpflege gemäss Art. 7 Abs. 2 lit. c Ziff. 2 KLV zu qualifizieren sind. Die Sache ist daher an die Vorinstanz zurückzuweisen, damit sie den Sachverhalt durch Einholung eines Berichtes der behandelnden Ärztin und erforderlichenfalls durch Anordnung eines Gutachtens einer Pflegeperson näher abkläre und über den
streitigen Leistungsanspruch neu entscheide.

5.
5.1 Da es nicht um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig (Art. 134 OG e contrario). Entsprechend dem Ausgang des Prozesses gehen die Kosten zu Lasten der Beschwerdegegnerin (Art. 156 Abs. 1 in Verbindung mit Art. 135 OG).

5.2 Die Beschwerdegegnerin hat der obsiegenden Beschwerdeführerin eine Parteientschädigung zu bezahlen (Art. 159 Abs. 2 in Verbindung mit Art. 135 OG).

Demnach erkennt das Eidg. Versicherungsgericht:

1.
In teilweiser Gutheissung der Verwaltungsgerichtsbeschwerde wird der angefochtene Entscheid vom 22. Mai 2003 aufgehoben, und es wird die Sache an das Verwaltungsgericht des Kantons Thurgau zurückgewiesen, damit es, nach erfolgter Abklärung im Sinne der Erwägungen, über die Klage neu entscheide.

2.
Die Gerichtskosten von Fr. 1000.- werden der Concordia auferlegt. Der Beschwerdeführerin wird der von ihr geleistete Kostenvorschuss von Fr. 500.- zurückerstattet.

3.
Die Concordia hat der Beschwerdeführerin für das Verfahren vor dem Eidgenössischen Versicherungsgericht

eine Parteientschädigung von Fr. 2500.- (einschliesslich Mehrwertsteuer) zu bezahlen.

4.
Dieses Urteil wird den Parteien, dem Verwaltungsgericht des Kantons Thurgau und dem Bundesamt für Gesundheit zugestellt.
Luzern, 18. März 2005
Im Namen des Eidgenössischen Versicherungsgerichts
Der Präsident der I. Kammer: Die Gerichtsschreiberin: