

BGE 143 V 330

Bundesgericht (BGE), 2007-12-21, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bge_BGE_143_V_330

FR: ATF 143 V 330

IT: DTF 143 V 330

Regeste

Regeste Art. 49 Abs. 1 und Art. 49a KVG; Abs. 1 und 2 der Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 21. Dezember 2007 des KVG (Spitalfinanzierung); Art. 59d KVV; Abs. 2-2 ter der Schlussbestimmungen der Änderung vom 22. Oktober 2008 der KVV (SchlBest. KVV); Tarifstreitigkeit. Die neue Spitalfinanzierung, in Kraft seit 1. Januar 2009, brachte einen Wechsel des Tarifmodells: die leistungsbezogenen Fallpauschalen. Die neuen Tarifverträge zwischen den Krankenversicherern und Leistungserbringern hatten sich auch zu Begleitvorkehren zu äussern, die bei Einführung der Pauschalen erforderlich wurden. Dabei sieht Abs. 2 ter SchlBest. KVV vor, dass der Leistungserbringer in den ersten beiden Jahren nach Einführung des neuen Vergütungsmodells insbesondere bei einer ungerechtfertigten Erhöhung um 2 % der effektiven Fallzahl im Abrechnungsjahr gegenüber der bei der Vereinbarung des Case Mix Index (CMI) berücksichtigten Fallzahl die Mehrerträge innerhalb des Folgejahrs anteilmässig rückvergüten muss (E. 3). Die Tarifpartner haben sich bei der Einigung über die Art und Weise der Umsetzung der Korrekturmassnahmen und damit der Umschreibung einer allfällig ungerechtfertigten Erhöhung der Fallzahl auch an den Bestimmungen und der Zielsetzung des KVG, namentlich der freien Spitalwahl als Wettbewerbselement, zu orientieren. Ist eine zahlenmässige Verschiebung von Behandlungen über die Kantons Grenzen auf die freie Spitalwahl zurückzuführen, liegt somit keine ungerechtfertigte Erhöhung der Fallzahl vor (E. 4-7; vgl. auch Urteil 9C_807/2016 vom 11. Mai 2017 E. 4).

Regeste Art. 49 al. 1 et art. 49a LAMal; al. 1 et 2 des dispositions transitoires de la modification du 21 décembre 2007 de la LAMal (financement hospitalier); art. 59d OAMal; al. 2-2 ter des dispositions finales de la modification du 22 octobre 2008 de l'OAMal (Disp. fin. OAMal); litige en matière de tarifs. Le nouveau financement hospitalier en vigueur depuis le 1er janvier 2009 a introduit un changement du modèle tarifaire: les forfaits par cas liés aux prestations. Les nouvelles conventions tarifaires entre les assureurs-maladie et les fournisseurs de prestations devaient aussi se prononcer sur les mesures d'accompagnement nécessaires lors de l'introduction des forfaits. A cet égard, l'al. 2 ter Disp. fin. OAMal prévoit que dans les deux premières années suivant l'introduction du nouveau modèle de rémunération, le fournisseur de prestations doit rembourser proportionnellement les recettes supplémentaires l'année suivante, en particulier en cas d'augmentation injustifiée de 2 % du nombre de cas effectifs durant l'année de facturation par rapport au nombre de cas pris en compte lors de la fixation par convention du Case Mix Index (CMI) (consid. 3). Les partenaires tarifaires doivent également s'inspirer, lors de l'accord sur les modalités de la mise en oeuvre des mesures correctives et donc sur la définition d'une augmentation éventuellement injustifiée du nombre de cas, des dispositions ainsi que du but de la LAMal, en particulier le libre choix de l'hôpital en tant qu'élément de concurrence. Si le transfert du nombre de traitements au-delà des frontières cantonales résulte du libre choix de l'hôpital, il n'y a pas d'augmentation injustifiée du nombre de cas (consid. 4-7; cf. aussi arrêt

9C_807/2016 du 11 mai 2017 consid. 4).

Regesto Art. 49 cpv. 1 e art. 49a LAMal; cpv. 1 e 2 delle disposizioni transitorie relative alla modifica del 21 dicembre 2007 della LAMal (finanziamento ospedaliero); art. 59d OAMal; cpv. 2-2 ter delle disposizioni finali della modifica del 22 ottobre 2008 della OAMal (Disp. fin. OAMal); controversia in tema di tariffe. Il nuovo finanziamento ospedaliero in vigore dal 1° gennaio 2009 ha introdotto un cambiamento del modello tariffale: gli importi forfettari riferiti alle prestazioni. Le nuove convenzioni tariffali tra gli assicuratori malattia e i fornitori di prestazioni dovevano anche pronunciarsi sulle misure d'accompagnamento necessarie al momento dell'introduzione dell'importo forfettario. A tal riguardo, il cpv. 2 ter Disp. fin. OAMal prevede che il fornitore di prestazioni, nei primi due anni successivi all'introduzione del nuovo modello di remunerazione, deve rimborsare proporzionalmente i ricavi supplementari nel corso dell'anno successivo, in particolare in caso di aumento ingiustificato superiore al 2 % del numero dei casi effettivi durante l'anno di fatturazione rispetto al numero dei casi considerato al momento della determinazione mediante convenzione del Case Mix Index (CMI) (consid. 3). I partner tariffali devono ispirarsi, al momento dell'accordo sulle modalità dell'attuazione delle misure correttive e dunque della definizione di un aumento eventualmente ingiustificato del numero dei casi, alle disposizioni come pure allo scopo della LAMal, in particolare alla libera scelta dell'ospedale quale elemento di concorrenza. Se il trasferimento del numero dei trattamenti oltre i confini cantonali è da ricondurre alla libera scelta dell'ospedale, allora non vi è un aumento ingiustificato del numero dei casi (consid. 4-7; cfr. anche sentenza 9C_807/2016 dell'11 maggio 2017 consid. 4).

Erwägungen

E. 1

(...)

E. 1.2

Das Schiedsgericht in den Sozialversicherungen des Kantons Solothurn beurteilt als Schiedsgericht gemäss Art. 89 KVG Streitigkeiten zwischen Versicherern und Leistungserbringern, welche die obligatorische Krankenpflegeversicherung und die freiwillige Taggeldversicherung betreffen (Art. 89 in Verbindung mit Art. 1a Abs. 1 KVG ; § 54 des Gesetzes des Kantons Solothurn vom 13. März 1977 über die Gerichtsorganisation [GO; BGS 125.12] in Verbindung mit § 80 des Gesetzes des Kantons Solothurn vom 15. November 1970 über den Rechtsschutz in Verwaltungssachen [Verwaltungsrechtspflegegesetz; BGS 124.11] und § 1 Abs. 2 lit. b sowie §§ 8 ff. der Verordnung des solothurnischen Kantonsrates vom 22. September 1987 über das Verfahren vor dem Versicherungsgericht und über die Organisation und das Verfahren der Schiedsgerichte in den Sozialversicherungen [BGS 125.922]). In diesem Sinne hatten die Parteien tarifvertraglich auch ihren Gerichtsstand bestimmt. Die Vorinstanz hat sich demnach zu Recht mit der bei ihr klageweise anhängig gemachten Angelegenheit befasst. (...)

E. 3.1

Am 21. Dezember 2007 erfuhr das KVG eine Änderung unter dem Titel "Spitalfinanzierung" (AS 2008 2049 ff.). Ein zentraler Punkt dabei war ein Wechsel des Tarifmodells durch die Einführung leistungsbezogener Fallpauschalen. Gemäss Art. 49

Abs. 1 KVG, in Kraft seit 1. Januar 2009, vereinbarten die Vertragsparteien für die Vergütung der stationären Behandlung einschliesslich Aufenthalt und Pflegeleistungen in einem Spital Pauschalen (Satz 1). In der Regel sind Fallpauschalen festzulegen (Satz 2). Art. 49a KVG regelt die Vergütung der stationären Fallpauschalen, insbesondere die Kostenanteile des Kantons und der Krankenversicherer.

E. 3.2

In den Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 21. Dezember 2007 des KVG (AS 2008 2056) wurde festgelegt, dass die Einführung der leistungsbezogenen Pauschalen nach Art. 49 Abs. 1 KVG sowie die Anwendung der Finanzierungsregelung nach Art. 49a KVG mit Einschluss der Investitionskosten spätestens am 31. Dezember 2011 abgeschlossen sein mussten (Abs. 1). Nach Abs. 2 bestimmte der Bundesrat die Einführungsmodalitäten (lit. a) sowie das BGE 143 V 330 S. 334 Verfahren, nach dem die vor Inkrafttreten der Änderung getätigten Investitionen in die Tarifberechnung einzubeziehen waren (lit. b).

E. 3.3.1

Der im Rahmen der KVG-Änderung neu gefasste Art. 59d KVV (SR 832.102; "Leistungsbezogene Pauschalen"), in Kraft seit 1. Januar 2009, regelt den Inhalt des Tarifvertrags, den die Tarifpartner gemäss Gesetz abzuschliessen haben und der vom Bundesrat genehmigt wird (AS 2008 5102).

E. 3.3.2

Gestützt auf Abs. 2 der zitierten Übergangsbestimmungen erliess der Bundesrat am 22. Oktober 2008 u.a. die Schlussbestimmungen zur KVV (AS 2008 5097 ff., insb. 5103; nachfolgend: SchlBest. KVV). Gemäss Abs. 2 SchlBest. KVV musste das erste Gesuch um Genehmigung des Tarifvertrags nach Art. 59d KVV dem Bundesrat spätestens am 30. Juni 2009 unterbreitet werden. Der Tarifvertrag hatte zusätzlich zur einheitlichen Tarifstruktur und zu den Anwendungsmodalitäten des Tarifs einen gemeinsamen Vorschlag der Tarifpartner über die bei der Einführung der leistungsbezogenen Pauschalen erforderlichen Begleitmassnahmen zu enthalten. Dafür mussten die Tarifpartner namentlich Instrumente zur Überwachung der Entwicklung der Kosten und der Leistungsmengen (Monitoring) sowie die Korrekturmassnahmen vereinbaren.

E. 3.4

In der Folge kam die vorgesehene Vereinbarung der Begleitmassnahmen bei der Einführung der leistungsbezogenen Pauschalen sowie von Instrumenten zur Überwachung der Entwicklung der Kosten und der Leistungsmengen (Monitoring) sowie der Korrekturmassnahmen mangels Einigung der Tarifpartner nicht zustande. Der Bundesrat nahm daher am 2. November 2011 (Inkrafttreten am 1. Dezember 2011) die folgenden Ergänzungen der SchlBest. KVV vor (AS 2011 5037 ff.):

E. 3.4.1

Das Monitoring nach Abs. 2 SchlBest. KVV umfasst insbesondere pro Leistungserbringer die Entwicklung der Fallzahl, der abgerechneten Kosten und im Falle eines Vergütungsmodells vom Typus Diagnosis Related Group (DRG) die Entwicklung des Case Mix Index (CMI). Das Monitoring über sämtliche Bereiche nach Art. 49 Abs. 1 KVG, einschliesslich der vor- und nachgelagerten Bereiche, muss insbesondere gewährleisten, dass neben dem Korrekturmechanismus nach Abs. 2 ter SchlBest. KVV zusätzliche Korrekturmassnahmen von den Tarifpartnern durchgeführt werden können. Können sich

die Tarifpartner nicht auf ein entsprechendes BGE 143 V 330 S. 335 Monitoring einigen, übermitteln die Leistungserbringer den Versicherern die dazu notwendigen Informationen ab dem Einführungszeitpunkt nach Abs. 1 der Übergangsbestimmungen der Änderung vom 21. Dezember 2007 des KVG bis zum Abschluss der Korrekturmassnahmen quartalsweise. Die Versicherer führen gemeinsam ein Monitoring durch und veröffentlichen halbjährlich eine Auswertung als Grundlage für Korrekturmassnahmen der Tarifpartner (Abs. 2 bis SchlBest. KVV).

E. 3.4.2

Können sich die Tarifpartner im Falle eines Vergütungsmodells vom Typus DRG nicht auf gesamtschweizerisch einheitliche Korrekturmassnahmen nach Abs. 2 SchlBest. KVV einigen, so muss der Leistungserbringer in den ersten beiden Jahren nach Einführung des Vergütungsmodells sowohl bei einer ungerechtfertigten Erhöhung um mehr als 2 %, des effektiven CMI im Abrechnungsjahr gegenüber dem vereinbarten CMI als auch der effektiven Fallzahl im Abrechnungsjahr gegenüber der bei der Vereinbarung des CMI berücksichtigten Fallzahl, die Mehrerträge innerhalb des Folgejahres anteilmässig nach Art. 49a KVG (Abgeltung der stationären Leistungen durch Kanton und Versicherer) rückvergüten. Die Umsetzungsmodalitäten werden zwischen Leistungserbringern und Versicherern vereinbart (Abs. 2 ter SchlBest. KVV).

E. 3.5

Auf dieser Basis schlossen die Parteien im März 2012 einen Tarifvertrag. Dessen Anhang 4 regelt in Ziff. 3.3 das Monitoring und den Korrekturmechanismus. Der Vertrag sieht als Grundsatz eine Rückvergütung vor, soweit der effektiv abgerechnete CMI oder die effektiv behandelten KVG-Fälle im Abrechnungsjahr die vereinbarten CMI- oder Fallzahlen um mehr als 2 % übersteigen. Wenn das Spital datengestützt nachweist, dass sein effektiver SwissDRG-CMI und seine effektive KVG-Fallzahl auf Grund signifikanter, nicht geplanter Änderungen seines Leistungsspektrums oder bestimmter Leistungsmengen angestiegen ist, wird dieser Teil bei der Rückerstattung berücksichtigt. Nicht berücksichtigt werden übliche Veränderungen und Verschiebungen auf Grund des Wettbewerbs.

E. 4.1

Streitig und zu prüfen ist, ob die Vorinstanz zu Recht eine Rückvergütungspflicht der - in betraglicher Hinsicht unbestrittenen - Mehrerträge der Beschwerdeführerin im Jahr 2012 von Fr. 200'712.40 bejaht hat.

E. 4.2

Einigkeit besteht darüber, dass die Parteien betreffend Einführungsmonitoring und Korrekturmechanismus für das BGE 143 V 330 S. 336 Abrechnungsjahr 2012 einen CMI von 0.7113 und eine Fallzahl von 684 vereinbart haben. Unbestritten ist ferner, dass die Toleranzmarge von 2 % bei der Fallzahl im Abrechnungsjahr 2012 durch die Beschwerdeführerin überschritten wurde (Anstieg der Fallzahl um 20 % auf 820 Fälle). Fraglich ist allerdings, ob es sich dabei um eine gerechtfertigte Erhöhung handelt, welche keine Rückvergütung der Mehrerträge nach sich zieht.

E. 5.1

Nach Abs. 2 ter SchlBest. KVV besteht "bei einer ungerechtfertigten Erhöhung um mehr als 2 Prozent [...] der effektiven Fallzahl im Abrechnungsjahr gegenüber der bei der Vereinbarung des CMI berücksichtigten Fallzahl" eine Rückerstattungspflicht. Das BAG

fürhte in seinen "Änderungen und Kommentar im Wortlaut" zu den vorgesehenen Änderungen des KVV per 1. Dezember 2011 vom 2. November 2011 (nachfolgend: Kommentar BAG) bezogen auf Abs. 2 ter SchlBest. KVV aus, weise der Leistungserbringer datengestützt nach, dass sein effektiver CMI auf Grund signifikanter, nicht geplanter Änderungen seines Leistungsspektrums angestiegen sei, könne dieser Teil bei der Rückerstattung als gerechtfertigte Erhöhung berücksichtigt werden. Als eine "gerechtfertigte", von der Rückerstattungspflicht ausgenommene Fallzahlerhöhung bezeichnete es eine solche, die auf die so genannte freie Spitalwahl und/oder Änderungen im Leistungsauftrag zurückzuführen sei. Ferner dürften - so das BAG im Folgenden - weitere für den Leistungserbringer als exogen zu betrachtende Komponenten wie insbesondere die demographische Veränderung und/oder neue Pflichtleistungen bei entsprechendem Nachweis ebenfalls berücksichtigt werden. Leistungserbringer und Versicherer seien gehalten, die Umsetzungsmodalitäten wie namentlich das Rückerstattungsprozedere zu regeln.

E. 5.2

Der zwischen den Parteien geschlossene Tarifvertrag stipuliert in Anhang 4 eine Pflicht zur Rückvergütung, sofern die für das jeweilige Abrechnungsjahr vereinbarte Fallzahl um mehr als 2 % überschritten wird (Ziff. 3.3 lit. d). Lit. g der Bestimmung sieht vor: "Weist das Spital datengestützt nach, dass sein effektiver SwissDRG-CMI und seine effektive KVG-Fallzahl aufgrund signifikanter, nicht geplanter Änderungen seines Leistungsspektrums oder bestimmter Leistungsmengen angestiegen ist, wird dieser Teil bei der Rückerstattung berücksichtigt. Nicht berücksichtigt werden übliche Veränderungen und Verschiebungen aufgrund des Wettbewerbs." BGE 143 V 330 S. 337

E. 6.1

Die Verordnungsregelung ist mit dem kantonalen Schiedsgericht als grundsätzlich subsidiär zu einer tarifvertraglichen Konkretisierung einzustufen. So wird denn auch im Kommentar BAG ausdrücklich festgehalten, dass der Bundesrat, um insbesondere der andauernden Uneinigkeit der Tarifpartner hinsichtlich Monitoring und Korrekturmassnahmen auf nationaler Ebene entgegenzuwirken, im Rahmen seiner Kompetenz, die Einführungsmodalitäten zu bestimmen, in Abs. 2 ter SchlBest. KVV für zwei Jahre eine kurzfristig umsetzbare Korrekturmassnahme subsidiär festlege.

E. 6.2

Wenn daraus im angefochtenen Entscheid indessen gefolgert wird, die Anforderungen an den Nachweis, dass die Überschreitung der vereinbarten Fallzahl gerechtfertigt sei, seien einzig nach Massgabe der in Anhang 4/Ziff. 3.3 lit. g des Tarifvertrags enthaltenen Formulierung zu beurteilen, kann der Vorinstanz nicht uneingeschränkt beigespflichtet werden. Namentlich übersieht sie, worauf das BAG in seiner letztinstanzlichen Vernehmlassung zu Recht hinweist, dass sich Leistungserbringer und Versicherer bei der Einigung über die Art und Weise der Umsetzung der vorgesehenen Korrekturmassnahmen und damit auch der Umschreibung einer allfällig ungerechtfertigten Erhöhung der Fallzahl an den Bestimmungen und der Zielsetzung des KVG zu orientieren haben.

E. 6.2.1

Die im Rahmen des KVG im Bereich der Spitalfinanzierung vom 21. Dezember 2007 eingeführte erweiterte Spitalwahl (Art. 41 Abs. 1 bis KVG) ermöglicht es den versicherten Personen, sich in einem Listenspital behandeln zu lassen, welches nicht auf der Spitalliste

ihres Wohnkantons aufgeführt wird, ohne dass der Finanzierungsbeitrag des Wohnkantons wegfällt. Voraussetzung für die vollständige Übernahme des kantonalen Vergütungsanteils durch den Wohnkanton ist, dass für diese Hospitalisation medizinische Gründe im Sinne von Art. 41 Abs. 3 KVG vorliegen (BGE 140 V 277 E. 4.2 S. 279 ff. mit diversen Hinweisen). Neben dem Ausbau der Wahlrechte der versicherten Personen sollte mit der Einführung des Instruments der erweiterten Spitalwahl überdies der interkantonale Qualitätswettbewerb unter den Leistungserbringern gefördert und damit der Druck auf das Kostenniveau gesteigert werden (vgl. u.a. "Evaluation der KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung, Zwischenresultate, Kurzfassung des Berichts des BAG an den Bundesrat" vom 13. Mai 2015 und dortige weiterführende Hinweise, S. 1 Mitte, S. 2 Mitte, S. 5 unten). BGE 143 V 330 S. 338

E. 6.2.2

Die in den SchlBest. KVV vorgesehenen Korrekturmassnahmen sollen primär verhindern, dass der Wechsel des Tarifmodells zu ungerechtfertigten, rein tarifwechselbedingten Mehrkosten für die Krankenversicherer ohne entsprechende Gegenleistung der Leistungserbringer führen (so etwa Kommentar BAG, S. 2 Mitte). Sie dürfen aber, wie das BAG in seinem Kommentar ebenfalls bekräftigt hatte, den beschriebenen Zweck der neuen Spitalfinanzierung und der in diesem Kontext eingeführten so genannten freien Spitalwahl nicht einschränken. Fallzahlerhöhungen im Abrechnungsjahr, welche sich nachweislich aus der freien Spitalwahl ergeben, stellen deshalb eine gerechtfertigte Erhöhung der Fallzahl dar und ziehen keine Rückvergütungspflicht des Leistungserbringers nach sich. Damit die freie Spitalwahl als Wettbewerbselement ihre volle Wirkung entfalten und die gewünschten Effekte erzielen kann, ist eine darauf zurückzuführende Erhöhung der Fallzahl demnach unabhängig von deren Vorausseh- oder Planbarkeit als gerechtfertigt anzusehen. So wurde denn auch bereits im Urteil 9C_807/2016 vom 11. Mai 2017 E. 4.1.2 erkannt: "[...] sind Fallzahlerhöhungen im Abrechnungsjahr, welche sich aus der freien Spitalwahl oder einem geänderten Leistungsauftrag ergeben, nicht ungerechtfertigt im Sinne von Abs. 2 ter der Schlussbestimmungen der Änderung der KVV vom 22. Oktober 2008. Eine solche Erhöhung könne unabhängig von deren Voraussehbarkeit oder Planbarkeit keine Rückvergütungspflicht des Leistungserbringers nach sich ziehen. Diese Beurteilung der Aufsichtsbehörde ist nicht in Frage zu stellen, [...]."

E. 6.3

Soweit die tarifvertragliche Vereinbarung der Parteien eine abweichende Regelung des "Entlastungsnachweises" enthält bzw. die Vorinstanz daraus anderslautende Schlussfolgerungen zieht, kann darauf somit nicht abgestellt werden.

E. 7.1

Gestützt auf die zitierten Rechtsgrundlagen ergibt sich ferner übereinstimmend - und unstrittig -, dass die objektive Beweislast für eine gerechtfertigte weitergehende Fallzunahme den Leistungserbringer trifft (vgl. in diesem Sinne auch Urteil 9C_807/2016 vom 11. Mai 2017 E. 3.1 und 4.2.1; BEATRIX MEYER, Start von SwissDRG: eine Standortbestimmung, Schweizerische Ärztezeitung 2012 S. 7). Der datengestützte Nachweis, dass die erstellte Mengenausweitung auf den Rechtfertigungsgrund der freien Spitalwahl zurückzuführen ist, obliegt demnach der Beschwerdeführerin. BGE 143 V 330 S. 339

E. 7.2

Nach den grundsätzlich verbindlichen (vgl. nicht publ. E. 2 hiervor), seitens der Beschwerdeführerin nicht bestrittenen Feststellungen des Schiedsgerichts basiert die Fallzahlsteigerung im Kalenderjahr 2012 auf einem gesteigerten Beizug von neuen Belegärzten und daraus resultierenden "Patientenumlagerungen". Diese stellt eine nicht "ungerechtfertigte", keine Rückvergütungspflicht der Mehrerträge nach sich ziehende Erhöhung im Sinne von Abs. 2 ter SchlBest. KVV dar, sofern sie nach dem Gesagten unmittelbar in der freien Spitalwahl begründet liegt. Unerheblich ist dabei, ob durch die freie Spitalwahl "generell" - gleichsam unbeeinflusst - eine zahlenmässige Verschiebung von Behandlungen über die Kantonsgrenzen herbeigeführt wurde oder ob die Beschwerdeführerin selber aktiv auf die entsprechende Entwicklung hingewirkt hat.

E. 7.3.1

Das Schiedsgericht hat gestützt auf von der Beschwerdeführerin im vorinstanzlichen Verfahren eingereichte Unterlagen in diesem Zusammenhang das Folgende erwogen: "Mit der eingereichten Zusammenstellung [...] vermag die Beklagte aufzuzeigen, dass sich die Zahl der Belegärzte im Jahr 2012 gegenüber dem Vorjahr erhöht hat. Während die Fallzahlen der bereits zuvor bei der Beklagten tätig gewesenen Belegärzte insgesamt eher rückläufig waren, führte der Beizug neuer Belegärzte zu einem erheblichen Anstieg der Gesamtzahl. Die Gründe für diese Entwicklung bleiben jedoch unbekannt. Wohl hat die freie Spitalwahl bei KVG-Patienten Bewegungen über die Kantonsgrenzen hinweg in vielen Fällen erst möglich gemacht; dies bedeutet jedoch nicht, dass jede solche Bewegung ihren Grund in der entsprechenden Gesetzesänderung haben muss. Infrage kommen auch andere Gründe, wie insbesondere die aktive Anwerbung durch das entsprechende Spital. Den Klägerinnen ist zuzustimmen, dass diese Variante wesentlich näher liegt. Es erscheint als wenig wahrscheinlich, dass diejenigen Belegärzte, welche im Jahr 2012 gegenüber den Vorjahren neu hinzukamen oder ihre Tätigkeit bei der Beklagten erheblich ausweiteten, ohne Zutun der Beklagten zu dieser gestossen wären. [...] Wesentlich näher liegt [...] die Annahme, die Beklagte habe die 'neuen' Belegärzte durch günstige Bedingungen und allenfalls eine gute Infrastruktur veranlasst, bei ihr tätig zu sein. Es kommt hinzu, dass die Tätigkeit neuer Belegärzte eine Absprache und vertragliche Vereinbarungen mit der Beklagten voraussetzte. Der Beklagten gelingt es nicht, mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit darzutun, dass die Fallzunahme auf die 'freie Spitalwahl' für die KVG-Patienten zurückgeht. [...]"

E. 7.3.2

Aus diesen - von keiner Seite in Zweifel gezogenen und daher für das Bundesgericht mangels offensichtlicher Fehlerhaftigkeit bindenden - Erkenntnissen der Vorinstanz lässt sich schliessen, dass die BGE 143 V 330 S. 340 hier fragliche, auf den Zuzug neuer Belegärzte zurückzuführende Fallzunahme direkt ("generell") oder indirekt (mittels "aktiver Anwerbung" gezielt beeinflusst) mit der freien Spitalwahl in Zusammenhang steht. Da für die Frage des "Entlastungsbeweises" im Sinne von Abs. 2 ter SchlBest. KVV der Grund einer sich nachgewiesenermassen aus der freien Spitalwahl ergebenden Mengenausweitung, wie hiervor aufgezeigt, nicht entscheidwesentlich ist, eine Erhöhung der vereinbarten Fallzahl also auch bei deren Vorausseh- oder Planbarkeit eine gerechtfertigte Abweichung vom tarifvertraglichen Basiswert darstellen kann, hat der entsprechende Nachweis als durch die Beschwerdeführerin erbracht zu gelten.

E. 7.4

Damit ist jedoch noch nicht vollständig geklärt, ob sämtliche der geplanten bzw. ungeplanten Mengenausweitungen einzig auf die freie Spitalwahl zurückzuführen sind oder nicht. Dies könnte beispielsweise betreffend die vermehrte Tätigkeit der innerkantonalen Belegärzte fraglich sein. Angesichts der veränderten Ausgangslage ist die Angelegenheit an das kantonale Schiedsgericht zurückzuweisen. Es wird sich zu der bislang unbeurteilt gebliebenen Frage äussern müssen, ob alle der die vereinbarte Fallzahl überschreitenden Fälle ihren Ursprung in der freien Spitalwahl haben oder ob die Erhöhung allenfalls nur teilweise als gerechtfertigt im Sinne von Art. 2 ter SchlBest. KVV zu qualifizieren ist. Letzteres bewirkte eine anteilmässige Rückerstattungspflicht der betreffenden Mehrerträge durch die Beschwerdeführerin. Mit dieser Vorgehensweise bleiben den Parteien sämtliche Rechte, insbesondere der Anspruch auf den doppelten Instanzenzug (BGE 125 V 413 E. 2c S. 417 mit Hinweisen; Urteil 9C_154/2014 vom 3. September 2014 E. 2.2), gewahrt. (...)

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.