BGer K 57/01 vom 6. Juni 2005

Bundesgericht, 2005-06-06, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bger_K_57_01

FR: TF K 57/01 du 6 juin 2005

IT: TF K 57/01 del 6 giugno 2005

Regeste

Krankenversicherung | Krankenversicherung

Erwägungen

E. 1

Am 1. Januar 2003 ist das Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) vom 6. Oktober 2000 in Kraft getreten. Mit ihm sind zahlreiche Bestimmungen im Bereich der sozialen Krankenversicherung geändert worden. Weil in zeitlicher Hinsicht grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgebend sind, die bei der Erfüllung des zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 127 V 467 Erw. 1), sind die neuen Bestimmungen hier nicht anwendbar (BGE 129 V 4 Erw. 1.2).

E. 2.1

Gemäss Art. 129 Abs. 1 lit. b OG ist die Verwaltungsgerichtsbeschwerde unzulässig gegen Verfügungen über Tarife. Nach der Rechtsprechung ist die Verwaltungsgerichtsbeschwerde allerdings nur unzulässig gegen Verfügungen, welche den Erlass oder die Genehmigung eines Tarifs als Ganzes zum Gegenstand haben oder wenn unmittelbar einzelne Tarifbestimmungen als solche angefochten werden. Entscheidend dafür ist, dass die Gesichtspunkte, welche der Strukturierung eines Tarifs zu Grunde liegen, als nicht oder schwer justiziabel betrachtet werden. Hingegen steht die Verwaltungsgerichtsbeschwerde offen gegen Verfügungen, welche in Anwendung eines Tarifs im Einzelfall ergangen sind; dabei kann das Gericht zwar nicht den Tarif als Ganzes mit all seinen Positionen und in ihrem gegenseitigen Verhältnis auf die Gesetzmässigkeit hin überprüfen, wohl aber kann es die konkret angewandte Tarifposition ausser Acht lassen, wenn sie sich als gesetzwidrig erweist (BGE 126 V 345 Erw. 1, 125 V 104 Erw. 3b mit Hinweisen).

E. 2.2

Im vorliegenden Verfahren geht es nicht um eine Tarifstreitigkeit im Sinne von Art. 129 Abs. 1 lit. b OG , sondern um die Anwendung eines Tarifes im Einzelfall. Es ist umstritten, ob die Assura in Ermangelung eines Vertrags mit den Privatspitälern im Kanton Bern und eines durch den Regierungsrat festgesetzten Tarifs den Tarif des Frauenspitals Bern als Referenztarif für die Bemessung der zu vergütenden Leistungen anwenden durfte. Unter diesem Gesichtspunkt ist auf die Verwaltungsgerichtsbeschwerde einzutreten.

E. 3.1

Die Assura macht geltend, die Beschwerdeführerin sei zur Verwaltungsgerichtsbeschwerde nicht legitimiert, weil sie bei der Visana Versicherungen AG eine Zusatzversicherung abgeschlossen habe, aus welcher die von der Assura nicht vergüteten Kosten gedeckt worden seien; die Beschwerdeführerin sei daher im Sinne von Art. 103 lit. a OG nicht

beschwert, weshalb auf die Beschwerde nicht einzutreten sei.

E. 3.2

Nach Art. 103 lit. a in Verbindung mit Art. 132 OG ist zur Verwaltungsgerichtsbeschwerde an das Eidgenössische Versicherungsgericht berechtigt, wer durch die angefochtene Verfügung berührt ist und ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Änderung hat. Die Rechtsprechung betrachtet als schutzwürdiges Interesse im Sinne von Art. 103 lit. a OG jedes praktische oder rechtliche Interesse, welches eine von einer Verfügung betroffene Person an deren Änderung oder Aufhebung geltend machen kann. Das schutzwürdige Interesse besteht somit im praktischen Nutzen, den die Gutheissung der Beschwerde dem Verfügungsadressaten verschaffen würde, oder - anders ausgedrückt - im Umstand, einen Nachteil wirtschaftlicher, ideeller, materieller oder anderweitiger Natur zu vermeiden, welchen die angefochtene Verfügung mit sich bringen würde. Das rechtliche oder auch bloss tatsächliche Interesse braucht somit mit dem Interesse, das durch die von der beschwerdeführenden Person als verletzt bezeichnete Norm geschützt wird, nicht übereinzustimmen. Immerhin wird verlangt, dass die Person durch die angefochtene Verfügung stärker als jedermann betroffen sei und in einer besonderen, beachtenswerten, nahen Beziehung zur Streitsache stehe (BGE 130 V 202 Erw. 3, 127 V 3 Erw. 1b, 82 Erw. 3a/aa).

E. 3.3

Die Beschwerdebefugnis nach Art. 103 lit. a OG setzt zwar neben der erforderlichen Beziehungsnähe zum Streitgegenstand grundsätzlich eine formelle Beschwerde der beschwerdeführenden Partei voraus. Diese liegt vor, wenn die Partei, die am Verfahren vor der unteren Instanz teilgenommen hat, mit ihren Anträgen ganz oder teilweise unterlegen ist (BGE 123 II 117 Erw. 2a, 121 II 362 Erw. 1b/aa, 120 II 7 Erw. 2a, 109 V 59 Erw. 1; Gygi, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2. Aufl., S. 155; Kölz/Häner, Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes, Zürich 1993, Rz 236).

E. 3.4

Hier ist die erforderliche Beziehungsnähe der Beschwerdeführerin zum Streitgegenstand offensichtlich und diese ist zudem im vorinstanzlichen Verfahren mit sämtlichen Anträgen unterlegen. Hinzu kommt, dass die Zusatzversicherung der Visana Versicherungen AG subsidiär zur obligatorischen Krankenpflegeversicherung ausgestaltet ist. Aus den Krankenzusatzversicherungen werden keine Leistungen erbracht, wenn sie bei Vorliegen einer ärztlichen Verordnung auch aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung erbracht werden müssen (Ziff. 3.1 5. Absatz AVB VVG 2000 der Krankenzusatzversicherungen). Nach den Zusatzbedingungen VVG 2000 der Krankenzusatzversicherungen werden bei Akutspitalaufenthalten die Leistungen ausschliesslich in Ergänzung zur obligatorischen Krankenpflegeversicherung ausgerichtet, und Kostenanteile, welche die obligatorische Krankenpflegeversicherung deckt, sind nicht versichert (ZB VVG 2000 III.A.1 4. Absatz). Auf die Verwaltungsgerichtsbeschwerde ist somit auch unter diesem Gesichtspunkt einzutreten (vgl. Urteil G. vom 19. April 2000, K 150/98, Erw. 1.).

E. 4

Im Beschwerdeverfahren um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen ist die Überprüfungsbefugnis des Eidgenössischen Versicherungsgerichts nicht auf die Verletzung von Bundesrecht einschliesslich

Überschreitung oder Missbrauch des Ermessens beschränkt, sondern sie erstreckt sich auch auf die Angemessenheit der angefochtenen Verfügung; das Gericht ist dabei nicht an die vorinstanzliche Feststellung des rechtserheblichen Sachverhalts gebunden und kann über die Begehren der Parteien zu deren Gunsten oder Ungunsten hinausgehen (Art. 132 OG).

E. 5

Gemäss Art. 25 KVG übernimmt die obligatorische Krankenpflegeversicherung die Kosten für die Leistungen, die der Diagnose oder Behandlung einer Krankheit und ihrer Folgen dienen (Abs. 1). Diese Leistungen umfassen u.a. die Untersuchungen, Behandlungen und Pflegemassnahmen, die ambulant, stationär oder teilstationär durchgeführt werden (Abs. 2 lit. a) sowie den Aufenthalt in der allgemeinen Abteilung eines Spitals (Abs. 2 lit. e). Bei Mutterschaft übernimmt die obligatorische Krankenpflegeversicherung neben den gleichen Leistungen wie bei Krankheit die Kosten der besonderen Leistungen bei Mutterschaft (Art. 29 KVG). Für die Kosten für Pflege und Aufenthalt des gesunden Neugeborenen hat die Versicherung der Mutter aufzukommen, solange es sich mit der Mutter im Spital aufhält (BGE 125 V 14 Erw. 5 und Änderung von Art. 29 Abs. 2 Bst. d KVG, in Kraft seit 1. Januar 2001). Nach Art. 41 Abs. 1 KVG können die Versicherten unter den zugelassenen Leistungserbringern, die für die Behandlung ihrer Krankheit geeignet sind, frei wählen. Die Vergütung der Leistungen nach Art. 25 KVG erfolgt nach Tarifen oder Preisen (Art. 43 Abs. 1 KVG). Diese werden in Verträgen zwischen Versicherern und Leistungserbringern vereinbart oder in den vom Gesetz bestimmten Fällen von der zuständigen Behörde festgesetzt (Art. 43 Abs. 4 erster Satz KVG). Leitschnur für die Tarifgestaltung ist eine qualitativ hochstehende und zweckmässige gesundheitliche Versorgung zu möglichst günstigen Kosten (Art. 43 Abs. 6 KVG). Der Tarifvertrag bedarf der Genehmigung durch die zuständige Kantonsregierung oder, wenn er in der ganzen Schweiz gelten soll, durch den Bundesrat (Art. 46 Abs. 4 erster Satz KVG). Bei stationärer Behandlung muss der Versicherer die Kosten höchstens nach dem Tarif übernehmen, der im Wohnkanton der versicherten Person gilt. Beanspruchen Versicherte aus medizinischen Gründen einen anderen Leistungserbringer, so richtet sich die Kostenübernahme nach Art. 41 Abs. 2 und 3 KVG .

E. 6.1

Als Spital gelten Anstalten oder deren Abteilungen, die der stationären Behandlung akuter Krankheiten oder der stationären Durchführung von Massnahmen der medizinischen Rehabilitation dienen (Art. 39 Abs. 1 Ingress KVG). Ihre Zulassung als Leistungserbringer und damit zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Art. 35 Abs. 1 und Abs. 2 lit. h KVG) setzt u.a. voraus, dass sie der von einem oder mehreren Kantonen gemeinsam aufgestellten Planung für eine bedarfsgerechte Spitalversorgung entsprechen und auf der nach Leistungsaufträgen in Kategorien gegliederten Spitalliste des Kantons aufgeführt sind, wobei private Trägerschaften angemessen in die Planung einzubeziehen sind (Art. 39 Abs. 1 lit. d und e KVG).

E. 6.2

Für Tarifverträge mit Spitälern im Sinne von Art. 39 Abs. 1 KVG hat das Gesetz in Art. 49 KVG eine Spezialregelung getroffen. Danach vereinbaren die Vertragsparteien Pauschalen für die Vergütung der stationären Behandlung einschliesslich Aufenthalt. Diese decken für Kantonseinwohner und -einwohnerinnen bei öffentlichen oder öffentlich subventionierten Spitälern höchstens 50 Prozent der anrechenbaren Kosten je Patient oder Patientin oder je

Versichertengruppe in der allgemeinen Abteilung (Abs. 1 erster und zweiter Satz). Die Vertragsparteien können vereinbaren, dass besondere diagnostische oder therapeutische Leistungen nicht in der Pauschale enthalten sind, sondern getrennt in Rechnung gestellt werden. Die durch die Vergütung nicht gedeckten "anrechenbaren Kosten (...)" sowie nicht anrechenbaren Betriebskostenanteile aus Überkapazität, Investitionskosten sowie Kosten für Lehre und Forschung (Abs. 1 vierter Satz) gehen zulasten der öffentlichen Hand oder des subventionierenden Gemeinwesens (Botschaft vom 6. November 1991 über die Revision der Krankenversicherung, BBl 1992 I 93 ff., 127, 169 und 183 f.; Eugster, Krankenversicherungsrecht, in: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, S. 157 ff. Rz. 303 ff.). Mit den Vergütungen nach Art. 49 Abs. 1 - 3 KVG sind alle Ansprüche des Spitals für die allgemeine Abteilung abgegolten (Art. 49 Abs. 4 KVG).

E. 6.3

Kommt zwischen den Leistungserbringern und Versicherern kein Vertrag zustande oder wird ein Tarifvertrag gekündigt, ohne dass die Parteien sich auf die Vertragserneuerung einigen können, herrscht mithin ein vertragsloser Zustand, so setzt die Kantonsregierung nach Anhörung der Beteiligten den Tarif fest (Art. 47 Abs. 1 KVG) oder sie kann den bestehenden Vertrag um ein Jahr verlängern und, wenn innerhalb dieser Frist kein Vertrag zustande kommt, nach Anhörung der Beteiligten den Tarif selber festsetzen (Art. 47 Abs. 3 KVG). Beim Entscheid darüber, welchen Weg die Kantonsregierung beschreiten will, verfügt sie über ein Auswahlermessen; ihr Ermessensspielraum ist nach herrschender Praxis weit. Dabei hat sie zu beachten, dass die Bestimmung, wonach sie bei der Genehmigung von Tarifverträgen zu prüfen hat, ob diese mit dem Gesetz und dem Gebot der Wirtschaftlichkeit und Billigkeit im Einklang stehen (Art. 46 Abs. 4 KVG), auch bei der Tariffestsetzung im vertragslosen Zustand gilt (RKUV 2001 Nr. KV 177 S. 357 Erw. 1.1.2 mit Hinweisen).

E. 7

Gemäss Art. 44 Abs. 1 KVG müssen sich die Leistungserbringer an die vertraglich oder behördlich festgelegten Tarife und Preise halten und dürfen für Leistungen nach diesem Gesetz keine weiter gehenden Vergütungen berechnen (Tarifschutz). Der Tarifschutz in weit gefasster Definition umfasst die Pflicht der Leistungserbringer und der Versicherer zur Einhaltung der massgebenden Tarife und Preise sowohl im gegenseitigen als auch im Verhältnis zum Versicherten. Er findet seinen besonderen Sinn im System des Tiers garant, wo die Versicherten selber Schuldner der Vergütungen sind (Botschaft, a.a.O., BBl 1992 I 175). Im Rahmen der Tätigkeit für die soziale Krankenversicherung ist es den Leistungserbringern nicht gestattet, mit den Versicherten über die vertraglichen oder behördlichen Tarife hinaus gehende Leistungen zu vereinbaren. Der Tarifschutz ist schliesslich auch im vertragslosen Zustand zu respektieren (Eugster, a.a.O., S. 171 f. Rz 321 mit Hinweisen zu dem schon unter dem alten Recht des KUVG geltenden Grundsatz; einschränkend Rz 325 zu den sog. "Privatpatientenverhältnissen"). An den Tarifschutz müssen sich alle Leistungserbringer halten. Er gilt für alle Ärzte (angestellte oder externe Belegärzte), welche in der allgemeinen Abteilung eines Spitals (das die Zulassungsvoraussetzungen von Art. 39 KVG erfüllt und vom Kanton auf seine Spitalliste gesetzt wurde) praktizieren, weshalb sie keine Zusatzhonorare fordern dürfen; dies unabhängig davon, ob es sich um ein öffentliches Spital oder um eine Privatklinik handelt (RKUV 2004 Nr. KV 285 S. 238 und KV 287 S. 298; für den Bereich der stationären Spitalbehandlung auf der Halbprivat- und Privatabteilung vgl. auch BGE 130 I 310 Erw.

2.2; für den Bereich der teilstationären Spitalbehandlung: RKUV 2005 Nr. KV 314 S. 15 f. Erw. 7.3 und 8.2.2; vgl. auch Conti, Die Pflichten des Patienten im Behandlungsvertrag, Bern 2000, S. 70 f.; derselbe, Zusatzhonorar des Arztes und KVG, in: AJP 10/2001 S. 1152; Poledna / Berger, Öffentliches Gesundheitsrecht, Bern 2002, S. 281 f. Rz 514; Longchamp, Conditions et étendue du droit aux prestations de l'assurance-maladie sociale, Diss. Lausanne, Bern 2004 S. 342 f. mit Hinweisen).

E. 8

Die Assura erbrachte an die vom Salem-Spital in Rechnung gestellten Kosten von Fr. 7'355.95 für den Spitalaufenthalt von Mutter und Sohn entsprechend dem Pauschaltarif für Geburten des Frauenspitals Bern einen Beitrag von Fr. 2'117.-. Damit wäre ein Aufenthalt der Beschwerdeführerin in jenem Spital als öffentlicher Heilanstalt abgegolten gewesen. Streitig sind die über diese Pauschale hinaus vom Salem-Spital als auf der Spitalliste des Kantons Bern figurierender nicht öffentlich subventionierter Institution mit privater Trägerschaft in Rechnung gestellten Mehrkosten. Zu prüfen ist, welche Kostenübernahme durch die Assura die Versicherte aus der obligatorischen Krankenversicherung beanspruchen kann. Sie bestreitet den von der Assura angewendeten Tarif, der nicht gesetzeskonform sei. Die Versicherung vertritt die Auffassung, sie habe die gestützt auf den massgebenden Tarif geschuldete Fallpauschale erbracht.

E. 9

Die Vorinstanz hat das Vorgehen der Assura mit der Argumentation geschützt, aus der Aufnahme des Salem-Spitals auf die kantonale Spitalliste könne die Beschwerdeführerin nichts zu ihren Gunsten ableiten. Die Erstellung der Spitalliste stehe schwergewichtig im Zusammenhang mit der vom KVG eingeführten, den Kantonen obliegenden Spitalplanung, und stelle eine der Voraussetzungen dar, dass eine Anstalt überhaupt als Spital im Sinne des KVG anerkannt wird. Das Salem-Spital stehe somit auf der Spitalliste, weil es die grundlegenden Zulassungsvoraussetzungen erfülle. Dies schliesse seinen Status als Privatspital ohne öffentliche Beiträge - mit entsprechender Tarifgestaltung - indessen keineswegs aus. Ob in einer bestimmten Einrichtung gemäss Spitalliste Tarifschutz bestehe, sei mithin eine gänzlich andere Frage und jeweils anhand der konkreten Umstände des Einzelfalles zu entscheiden. Dass mit dem Salem-Spital immer noch kein Tarifvertrag bestehe sei zwar bedauerlich, könne jedoch nicht der Krankenversicherung angelastet werden. Diese sei auf Grund des Kontrahierungszwangs zwar verpflichtet, für die Leistungen aller Spitäler auf der Spitalliste zu bezahlen, indessen nicht unbedingt kostendeckend. Es sei nicht gesetzeswidrig, wenn die Privatspitäler einen entsprechenden Zusatzversicherungsschutz verlangten. In Anbetracht des tariflosen Zustandes habe der Bundesrat in seinem Entscheid vom 23. Juni 1999 in Sachen Privatklinik Lanixa (RKUV 1999 Nr. KV 83 S. 345 f.) just den für die öffentlichen kantonalen und regionalen Spitäler geltenden Tarif für vorläufig anwendbar erklärt. Letztlich könne nicht darüber hinweg gesehen werden, dass die Beschwerdeführerin Leistungen beansprucht habe, für die sie über die obligatorische Krankenpflegeversicherung nicht versichert sei.

E. 10

Diese Ausführungen im vorinstanzlichen Entscheid und der dabei gezogene Schluss, die Beschwerdeführerin habe "nur" über eine obligatorische Versicherungsdeckung verfügt und bei ihrem Aufenthalt im Berner Salem-Spital Leistungen beansprucht, für die sie nicht versichert gewesen sei, erweisen sich angesichts der dargestellten gesetzlichen Regelung

(vgl. Erw. 5 - 7 hiervor) als bundesrechtswidrig. Wie das Eidgenössische Versicherungsgericht vor kurzem in einem gleichen Fall entschieden hat, handelt es sich beim Salem-Spital laut Anhang II der kantonalen Einführungsverordnung zum KVG um einen zur Tätigkeit zulasten der sozialen Krankenversicherung mit einem Leistungsauftrag für Gynäkologie und Geburtshilfe auf der Spitalliste des Kantons Bern aufgeführten Leistungserbringer (Art. 39 Abs. 1 lit. e KVG), welcher im Wahlrecht der obligatorisch krankenpflegeversicherten Beschwerdeführerin stand und für die der Tarifschutz gilt. Deshalb dürfen der Versicherten aus dem Aufenthalt, der Geburt, der Pflege und der Behandlung in der allgemeinen Abteilung des Salem-Spitals (mit Ausnahme der Kostenbeteilung nach Art. 64 KVG , die aber nach Abs. 7 auf den Leistungen bei Mutterschaft nicht erhoben werden darf) keine von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung ungedeckte Kosten erwachsen (zur Publikation in der Amtlichen Sammlung vorgesehenes Urteil S. vom 17. Mai 2005, K 134/01, Erw. 9.1). In diesem Zusammenhang ist auch der von der Assura ohne nähere Begründung in der Verfügung vom 28. August 2000 vertretenen Rechtsauffassung zu widersprechen, wonach die obligatorische Krankenpflegeversicherung lediglich den Aufenthalt in der allgemeinen Abteilung eines öffentlichen Spitals im Wohnkanton, nicht aber den Aufenthalt in einer Privatklinik abdeckt. In einer Fehlinterpretation der Rechtslage wurzelt auch der in der Verfügung erhobene Einwand, die Beschwerdeführerin habe vor dem Klinikeintritt kein Gesuch um Übernahme der Kosten gestellt und das Spital nicht um Kostengutsprache ersucht, weshalb kein Anspruch auf Versicherungsleistungen bestehe. Das Bundesrecht nennt keine solchen Pflichten als Voraussetzung einer Kostenübernahme (vgl. dazu auch Urteil R. vom 3. Dezember 2003, K 50/03, Erw. 8). Das Stellen und Beantworten eines Kostengutsprachegesuches ist ein im Bereich der sozialen Krankenversicherung seit jeher üblicher Vorgang zwischen den Spitälern und den Krankenversicherern. Wenn dies hier nicht funktionierte, ist es darauf zurückzuführen, dass die dazu Verpflichteten es unterliessen, Tarifverträge auszuhandeln und dort die gegenseitigen Beziehungen zu regeln. Dies kann jedoch nicht dazu führen, dass die Versicherten die ihnen von Gesetzes wegen zustehenden Ansprüche gegenüber Leistungserbringern und Versicherern verlieren.

E. 11.1

Wie das Eidgenössische Versicherungsgericht in dem bereits erwähnten Urteil S. vom 17. Mai 2005, K 134/01, Erw. 9.2 und 9.3 ausgeführt hat, darf, wenn die Leistungserbringer, die Versicherer und die staatlichen Organe die ihnen vom Gesetz zugeordneten Aufgaben nicht wahrnehmen, dies nicht dazu führen, dass die Versicherten den ihnen vom Gesetz garantierten Tarifschutz verlieren und die dort verankerten Ansprüche gegenüber Leistungserbringern und Krankenversicherern nicht durchsetzen können. In den Akten des betreffenden Verfahrens, in welchem die Assura ebenfalls Partei war, war in Form eines Auszugs aus einem Verhandlungsprotokoll über das Verhandlungsergebnis der Tarifvertragsparteien auf kantonaler Verbandsebene vom 4. April 2000 dokumentiert, dass sie bis zu einer Änderung der geltenden bundesrechtlichen Regelung über die Spitalfinanzierung (vgl. Erw. 6.2 hiervor) keine KVG-konforme Tarifvereinbarung abschliessen wollten. Angesichts dieser Situation wäre die Assura, die als zur Durchführung der sozialen Krankenversicherung zugelassene Versicherungseinrichtung insbesondere auch zur Einhaltung der gesetzlichen Vorschriften verpflichtet ist (Art. 13 Abs. 2 Bst. b KVG), gehalten gewesen, direkt den Abschluss einer Tarifvereinbarung anzustreben oder aber zu versuchen, auf die Festsetzung eines Behördentarifs hin zu drängen, um so eine gesetzeskonforme Lage im Tarifbereich zu schaffen.

E. 11.2

Nach dem Entscheid K. des Bundesrates vom 17. Februar 1999 in Sachen Tariffestsetzung im vertragslosen Zustand (RKUV 1999 Nr. KV 70 S. 169 ff. Erw. II.3.2) geht nämlich im Rahmen des Systems der Tarifgestaltung in der obligatorischen Krankenversicherung die Vertragsfreiheit nicht so weit, dass es den Tarifpartnern freisteht, ob sie überhaupt und mit wem sie Verträge schliessen wollen. Vielmehr setzt Artikel 41 Absatz 1 KVG voraus, dass zwischen allen zugelassenen Leistungserbringern und allen zur Durchführung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung befugten Einrichtungen Tarife vorhanden sind. Die Tarifpartner sind folglich zumindest dazu verpflichtet, nach Kräften auf das Zustandekommen von Tarifverträgen mit allen nach den Bestimmungen des KVG zugelassenen Leistungserbringern bzw. Krankenversicherern hinzuwirken. Sonst steht als letzter Ausweg nach dem Scheitern der Verhandlungen der Weg zur hoheitlichen Tariffestsetzung offen (a.a.O., Erw. II.3.2 Abs. 3 S. 175). In BGE 124 V 342 Erw. 2b/bb geht auch das Eidgenössische Versicherungsgericht von einer Tarifverhandlungspflicht der Krankenversicherer aus. Diese ist somit das Korrelat zum Versicherungsobligatorium und zum Tarifschutz. Wie den Beschwerdeakten zu entnehmen ist, war es der Assura bewusst, dass die Tarifvertragsparteien und die Kantonsregierung auf Grund des Bundes- und des kantonalen Rechts verpflichtet waren, tätig zu werden, es aber vorliegend unterlassen haben. Die Assura hat offenbar auch nie erwogen, ihre Versicherte zumindest im Tarifstreit gegenüber dem Salem-Spital vor Schiedsgericht zu vertreten (Art. 89 KVG).

E. 11.3

Wie darum das Bundesamt in der Vernehmlassung zu Recht anmerkt, ist es eine unbefriedigende Situation, dass es für die Privatspitäler mit allgemeiner Abteilung, die auf der Spitalliste des Kantons Bern aufgeführt sind, an einem behördlich festgesetzten oder genehmigten Tarif fehlt, und es darf dies nicht dazu führen, dass die Versicherten selbst für Leistungen, die aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu vergüten sind, aufzukommen oder diese über Zusatzversicherungen abzudecken haben. Im Übrigen haben die Assura und die Vorinstanz den von ihnen herangezogenen Entscheid des Bundesrates vom 23. Juni 1999 in Sachen Privatklinik Lanixa (RKUV 1999 Nr. KV 83 S. 345 f.) falsch interpretiert. Er betraf eine Tarifstreitigkeit, an der das Spital, die Krankenversicherer und die Kantonsregierung beteiligt waren, und die vom Bundesrat entschiedene vorübergehende Lösung konnte nicht zur Folge haben, dass die in der allgemeinen Abteilung dieser Klinik behandelten KVG-Versicherten über keinen Tarifschutz mehr verfügten; dies weil der festgesetzte (Referenz-)Tarif für die Klinik verbindlich war und sie nicht den Versicherten darüber hinausgehende Rechnungen stellen durfte. Der Bundesrat ist dabei davon ausgegangen, dass eine - wie auch im Kanton Bern - integrale Spitalliste unabhängig von einer zusätzlichen Versicherungsdeckung den Zugang der KVG-Versicherten zu allen auf der Spitalliste aufgeführten Spitälern öffnet, und dieser nur durch den Inhalt des Leistungsauftrages und die Geeignetheit des Leistungserbringers für die Behandlung begrenzt ist.

E. 11.4

Die Assura relativierte im Einspracheentscheid und in der vorinstanzlichen Beschwerdeantwort die Stellung des Salem-Spitals als zugelassener Leistungserbringer verschiedentlich damit, dass sie einschränkend darauf hinwies, diese Klinik sei "grundsätzlich" auf der Spitalliste des Kantons Bern aufgeführt. Zwar ist nicht ersichtlich, was eine solche Differenzierung bezwecken soll, jedoch ist festzustellen, dass das Gesetz

keinen Interpretationsspielraum lässt. Ein Spital ist - ob als öffentliche oder als öffentlich subventionierte private oder als private Institution ohne Subventionen - entweder auf der Spitalliste aufgeführt, oder nicht. Nach dem Gesagten (vgl. oben Erw. 5 - 7, 10 und 11.1 - 11.3) ist es nicht zulässig, bei einer Privatklinik wie dem Salem-Spital, bei dem es sich um einen zur Tätigkeit zu Lasten der sozialen Krankenversicherung und mit einem Leistungsauftrag für Gynäkologie und Geburtshilfe auf der Spitalliste des Kantons Bern aufgeführten Leistungserbringer mit allgemeiner Abteilung handelt, zu argumentieren, sie befinde sich nur "grundsätzlich" auf der Spitalliste, um wie die Assura daraus zu folgern, dass damit eine Reihe gesetzlicher Verpflichtungen der Leistungserbringer, der Versicherer und der staatlichen Organen ausser Kraft treten, mit der Folge, dass die Versicherten den gesetzlich garantierten Versicherungsschutz zu einem grossen Teil verlieren.

E. 12

Damit steht die Frage, in welcher Höhe die vom Salem-Spital gegenüber Mutter und Sohn erbrachten Leistungen von der sozialen Krankenversicherung zu vergüten sind, noch offen. Auf Grund von BGE 125 V 14 Erw. 5 ist jedoch geklärt, dass für die Kosten von Pflege und Aufenthalt des gesunden Sohnes die Assura als Versicherung der Mutter aufzukommen hat. Des weiteren dürfen - da der Tarifschutz greift - der Versicherten für den Aufenthalt, die Geburt und die Behandlung und Pflege mit Ausnahme der hier nicht zu erhebenden gesetzlichen Kostenbeteilung keine von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung ungedeckte Kosten erwachsen. Der kantonale Entscheid, nach dem der Beschwerdeführerin durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung ungedeckte Kosten von über Fr. 5'000.- verbleiben würden (vgl. oben Erw. 8), ist bundesrechtswidrig und darum aufzuheben.

E. 13

Dem Antrag, die Assura zur Übernahme der Kosten so zu verpflichten, wie sie vom Salem-Spital in Rechnung gestellt wurden, ist deshalb nicht zu folgen, weil die Vergütung der Leistungen nach Tarifen oder Preisen zu erfolgen hat (Art. 43 Abs. 1 KVG), die in Verträgen zwischen Versicherern und Leistungserbringern vereinbart oder in den vom Gesetz bestimmten Fällen von der zuständigen Behörde festgesetzt werden (Art. 43 Abs. 4 erster Satz KVG). Das Erfordernis einer KVG-konformen Tarifierung der in Rechnung gestellten Leistungen ist indes bei den beiden umstrittenen Rechnungen des Salem-Spitals nicht erfüllt.

E. 14.1

Gemäss RKUV 2004 Nr. KV 281 S. 208 kann der zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung fallende Sockelbeitrag beim Aufenthalt krankenversicherter Personen in der Halbprivat- und Privatabteilung eines Spitals bei Fehlen eines tarifvertraglichen oder -behördlichen Tarifs nach einem vom Krankenversicherer, im Bestreitungsfalle vom zuständigen kantonalen Versicherungsgericht und letztinstanzlich vom Eidgenössischen Versicherungsgericht festzusetzenden Referenztarif bemessen werden. Im betreffenden Streitfall ging es um den Anspruch bei einem Aufenthalt in einer Privatklinik, die ohne Leistungsauftrag im Rahmen der Grundversorgung auf der Spitalliste des Standortkantons figurierte und über keine allgemeine Abteilung verfügt. Um nicht faktisch die Spitalplanung zu umgehen und die mit Spitallisten bezweckte Beschränkung der zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung in bestimmten Leistungsbereichen tätigen stationären Leistungserbringer zu vereiteln, wurde als

Referenztarif nicht der Tarif für den Aufenthalt in der allgemeinen Abteilung eines Privatspitals mit Leistungsauftrag im Rahmen der Grundversorgung genommen, sondern ein Durchschnitt der Tarife öffentlicher Spitäler, was einen erheblich tieferen Sockelbeitrag des Versicherers und damit für den Versicherten höhere ungedeckte Kosten zur Folge hatte.

E. 14.2

Dementgegen handelt es sich beim Salem-Spital um einen zur Tätigkeit zu Lasten der sozialen Krankenversicherung mit einem Leistungsauftrag für Gynäkologie und Geburtshilfe auf der Spitalliste des Kantons Bern aufgeführten Leistungserbringer mit allgemeiner Abteilung. Entsprechend ist bei Fehlen eines vertraglich oder behördlich festgelegten Tarifs als Referenztarif der Tarif eines vergleichbaren Privatspitals beizuziehen. Hier besteht nicht die Gefahr einer Umgehung der Spitalplanung, weil das Salem-Spital Bestandteil dieser Planung ist.

E. 14.3

Soweit ersichtlich, herrschte im Jahr 2000 bei den mit dem Salem-Spital vergleichbaren Privatspitälern im Kanton Bern eine analoge Tarifsituation, weshalb das Eidgenössische Versicherungsgericht keinen Referenztarif bestimmen kann. Dazu ist die Sache an die Vorinstanz zurückzuweisen. Sie wird nach Beiladung des Salem-Spitals einen Referenztarif ermitteln. Sollte ein geeigneter Tarif im Jahr 2000 nicht bestanden haben, wäre eine auf den konkreten Streitfall zugeschnittene Lösung zu treffen, welche sowohl den Anforderungen des Tarifrechts (vgl. oben Erw. 6) wie des Tarifschutzes (vgl. oben Erw. 7) zu genügen haben wird. Dabei könnten allenfalls Pauschaltarife eines öffentlichen oder öffentlich subventionierten Spitals beigezogen werden, wobei zu berücksichtigen wäre, dass diese für Kantonseinwohner und -einwohnerinnen bei solchen Spitälern höchstens 50 Prozent der anrechenbaren Kosten je Patient oder Patientin oder je Versichertengruppe in der allgemeinen Abteilung decken (Art. 49 Abs. 1 und 2 KVG ; BGE 130 V 479 f. Erw.5.3.2 und 5.3.4; zu den Unterschieden zwischen den Tarifen des privaten und des öffentlichen Spitalsektors: RKUV 1999 Nr. KV 65 S.72 f., zur Festsetzung des Tarifs für Aufenthalt und Behandlung in einem Privatspital: RKUV 2003 Nr. KV 246 S.141 f. und KV 247 S.159 f.). Allenfalls wäre zu prüfen, ob nicht ausgehend von dem vom Regierungsrat des Kantons Bern am 26. Januar 2005 in Anwendung von Art. 46 Abs. 4 KVG genehmigten und per 1. Januar 2005 in Kraft getretenen Vertrag vom 20. November 2004 zwischen santésuisse Bern und dem Verband der Privatspitäler des Kantons Bern betreffend die Behandlung von stationären Patienten der allgemeinen Abteilung in den Privatspitälern des Kantons Bern für das Jahr 2000 eine KVG-konforme Regelung getroffen werden kann. Zwar hat ein Krankenversicherer gestützt auf Art. 53 KVG beim Bundesrat gegen den Beschluss der Kantonsregierung Beschwerde erhoben. Dies hindert jedoch nicht daran, vorliegend in Anlehnung an die frühestens ab 2005 in Kraft tretende Tarifvereinbarung eine dem konkreten Einzelfall im Jahre 2000 angemessene Lösung zu suchen, da damit ein späterer Entscheid des Bundesrates über die Tarifbeschwerde nicht präjudiziert werden könnte.

E. 15

Mit der Rückweisung der Sache an die Vorinstanz zur Ermittlung eines Referenztarifs, der den Anforderungen des Tarifschutzes genügt, fallen der Eventualantrag auf Verpflichtung der Assura zur Aushandlung KVG-konformer Vergütungen mit dem Salem-Spital und zur Anrufung des Schiedsgerichts bei Scheitern der Verhandlungen sowie die Subeventualanträge auf Verpflichtung der Assura zur Intervention bei der Kantonsregierung

bzw. zur Einleitung eines Schiedsgerichtsverfahrens dahin. Letzterer auch deshalb, weil mit dem Erlass der Kassenverfügung vom 28. August 2000 der Rechtsweg über das kantonale Versicherungsgericht eingeschlagen wurde, und nicht gemäss Art. 89 KVG mittels Klage der Assura gegen das Salem-Spital vor dem kantonalen Schiedsgericht, welches Vorgehen für Tarif- und Leistungsstreitigkeiten wie die hier zu beurteilende an und für sich konzipiert ist.

E. 16

Das Verfahren ist kostenfrei, da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht (Art. 134 OG). Demnach erkennt das Eidg. Versicherungsgericht:

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