

BVGer BVGE 2014/51 vom 10. Dezember 2014

Bundesverwaltungsgericht, 2014-12-10, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_BVGE_2014_51

FR: TAF BVGE 2014/51 du 10 décembre 2014

IT: TAF BVGE 2014/51 del 10 dicembre 2014

Regeste

Unfallversicherung (Übriges)

Erwägungen

E. 1

Zulassung der Leistungserbringer zur Tätigkeit zulasten der eidgenössischen Sozialversicherer, Unfall-, Militär- und Invalidenversicherung (UV, MV und IV) (E. 6).

E. 2

Grundsatz der Vertragsautonomie im Tarifwesen der UV, MV und IV (E. 8).

E. 3

Fehlende generell-abstrakte Grundsätze zur Tarifordnung und zur Kostenermittlung für die Leistungsabgeltung auf Gesetzes- und Verordnungsstufe im Bereich der UV, MV und IV (E. 9.2).

E. 4

Inammissibilità della fissazione di tariffe mediante decisione da parte del DFI in assenza di una convenzione tariffale e di principi generali ed astratti per la determinazione delle tariffe. Compete al Consiglio federale di definire tali principi (consid. 9.4). Die B.-Klinik (nachfolgend: Klinik) ist eine (bis 31. Dezember 2011 öffentlich subventionierte) Privatklinik, die unter anderem stationäre Behandlungen von Patienten der Unfall-, Militär- und Invalidenversicherung (nachfolgend: UV/MV/IV) durchführt. Die in diesem Zusammenhang erbrachten Leistungen wurden ihr bis 30. Juni 2009 gestützt auf einen mit den eidgenössischen Sozialversicherern abgeschlossenen Tarifvertrag vom 21. Januar 2005 abgegolten. Nachdem die Verhandlungen zwischen der Klinik und der Medizinaltarif-Kommission UVG (nachfolgend: MTK) zum Abschluss eines neuen Tarifvertrags gescheitert waren, ersuchte die Klinik am 14. Dezember 2009 den Bundesrat, einen Tarif ab 1. Juli 2009 für die Behandlung von stationären UV/MV/IV-Patienten mit einer diagnosebezogenen Fallpauschale gemäss Patientenklassifikationssystem All Patient Diagnosis Related Groups (nachfolgend: AP-DRG und DRG) Version 5.1 und einem Basispreis von Fr. 9 481. festzusetzen. Die eidgenössische Preisüberwachung empfahl am 29. April 2011 den strittigen Basispreis ab 1. Juli 2009 auf maximal Fr. 7 816. festzusetzen. Mit Verfügung vom 12. Dezember 2011 setzte das Eidgenössische Departement des Innern (EDI) den Basispreis für die Behandlung von stationären UV/MV/IV-Patienten durch die Klinik mit Wirkung ab dem 1. Juli 2009 auf Fr. 7 816. fest. Dagegen lässt die Trägerschaft der Klinik am 27. Januar 2012 Beschwerde erheben und beantragen, dass der Tarif für stationäre UV/MV/IV-Patienten der Klinik mit einer DRG-Fallpauschale mit Wirkung ab 1. Juli 2009 gemäss AP-DRG Version 5.1 und einem Basispreis von Fr. 9 481. sowie mit

Wirkung ab 1. Januar 2011 in der mit der AP-DRG Version 6.0 korrespondierenden Höhe festzusetzen sei. Die Vorinstanz beantragt die Abweisung der Beschwerde. Die Beschwerdegegnerinnen beantragen, dass auf die Beschwerde mangels Zuständigkeit des Bundesverwaltungsgerichts nicht einzutreten sei, eventualiter sei sie abzuweisen. Das Bundesverwaltungsgericht hebt die angefochtene Verfügung auf. Aus den Erwägungen: 1. Mit unangefochten gebliebenem Teilentscheid vom 3. Dezember 2013 (BVGE 2013/58) ist das Bundesverwaltungsgericht auf die Beschwerde vom 27. Januar 2012 gegen die Verfügung der Vorinstanz vom 12. Dezember 2011 eingetreten. 2. Anfechtungsobjekt und damit Begrenzung des Streitgegenstandes des vorliegenden Beschwerdeverfahrens (BGE 136 II 457 E. 4.2) bildet die angefochtene Verfügung vom 12. Dezember 2011, mit welcher die Vorinstanz im Rahmen eines Tariffestsetzungsverfahrens nach Art. 56 Abs. 3 UVG (SR 832.20), Art. 26 Abs. 3 des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1992 über die Militärversicherung (MVG, SR 833.1) und Art. 27 Abs. 3 IVG (SR 831.20) gestützt auf die Empfehlung der Preisüberwachung vom 29. April 2011 mit Wirkung ab dem 1. Juli 2009 einen Basispreis in der Höhe von Fr. 7 816. für die stationäre Behandlung von Patienten der UV/MV/IV in der Klinik festgesetzt hat. Die Gültigkeit des festgesetzten Basispreises wurde bis zum Abschluss einer neuen Vereinbarung beschränkt. Die Verfahrensbeteiligten haben sich für die Jahre 2012 bis 2014 auf definitive Tarife auf der Basis der Tarifstruktur SwissDRG geeinigt, weshalb der umstrittene Tarif vom 1. Juli 2009 bis am 31. Dezember 2011 zur Anwendung gelangt. Strittig und vom Bundesverwaltungsgericht zu prüfen ist insbesondere die Höhe des festgesetzten Tarifs und in diesem Zusammenhang auch das von der Vorinstanz zugrunde gelegte Tarifberechnungsmodell. 3. 4. (...)

E. 5

Eine versicherte Person hat im UV/MV/IV-Bereich unter den gegebenen versicherungsspezifischen Voraussetzungen Anspruch auf Behandlung, Verpflegung und Unterkunft in der allgemeinen Abteilung eines Spitals (Art. 10 Abs. 1 Bst. c UVG; Art. 17 Abs. 3 MVG; Art. 14 Abs. 1 f. IVG). Die dabei erbrachten Leistungen werden den (zugelassenen) Leistungserbringern durch die Sozialversicherungen aufgrund der massgeblichen Tarife vergütet (Art. 56 Abs. 1 UVG i.V.m. Art. 69a der Verordnung vom 20. Dezember 1982 über die Unfallversicherung [UVV, SR 832.202]; Art. 26 Abs. 1 MVG i.V.m. Art. 14 Abs. 2, 3 und 4 der Verordnung vom 10. November 1993 über die Militärversicherung [MVV, SR 833.11]; Art. 27 IVG; vgl. Beatrice Gross Hawk, Leistungserbringer und Tarife in verschiedenen Sozialversicherungszweigen, in: Recht der Sozialen Sicherheit, 2014, S. 1213 Rz. 34.18; Naturalleistungsprinzip).

E. 6

Im Folgenden sind zunächst die Rechtsnormen darzulegen, welche die Zulassung der Leistungserbringer zur Tätigkeit zulasten der eidgenössischen Sozialversicherer UV, MV und IV regeln.

E. 6.1

Art. 53 UVG regelt unter dem Titel « Eignung » die Frage, wer für die Unfallversicherung tätig sein darf. Geeignet und damit zugelassen ist, wer die Befugnis besitzt, für die Unfallversicherung im Rahmen der entsprechenden gesetzlichen Bestimmungen selbstständig zu handeln (vgl. Alfred Maurer, Schweizerisches Unfallversicherungsrecht, 2. Aufl. 1989, S. 518). Nach Art. 53 Abs. 2 UVG legt der Bundesrat die Voraussetzungen fest, unter denen die Heil- und Kuranstalten sowie die medizinischen Hilfspersonen und

Laboratorien zur selbstständigen Tätigkeit für die Unfallversicherung zugelassen werden. Der Bundesrat ist diesem Auftrag mit Erlass von Art. 68 UVV nachgekommen. Gemäss Art. 68 Abs. 1 UVV gelten als Heilanstalten inländische Anstalten oder Abteilungen von solchen, die der stationären Behandlung von Krankheiten oder Unfallfolgen dienen, unter dauernder ärztlicher Leitung stehen, über das erforderliche fachgemäss ausgebildete Pflegepersonal und über zweckentsprechende medizinische Einrichtungen verfügen. Dem Versicherten steht nach Art. 68 Abs. 3 UVV die Wahl unter den Heil- und Kuranstalten, mit denen ein Zusammenarbeits- und Tarifvertrag abgeschlossen wurde, im Rahmen der Art. 48 und 54 des Gesetzes frei. Die versicherte Person kann unter jenen Heilanstalten frei wählen, die den Eignungserfordernissen gemäss Art. 53 UVG entsprechen (vgl. Art. 10 Abs. 2 UVG; Botschaft vom 18. August 1976 zum Bundesgesetz über die Unfallversicherung, BBl 1976 III 141, 204, nachfolgend: Botschaft UVG) und folglich die in Art. 68 UVV umschriebenen Anforderungen erfüllen. Die versicherte Person kann sich zwar auch in einer Heilanstalt behandeln lassen, mit der kein Tarif- oder Zusammenarbeitsvertrag abgeschlossen wurde. Aus Art. 15 Abs. 2 UVV ergibt sich aber, dass die Unfallversicherung in einem solchen Fall nur beschränkt leistungspflichtig wird, da sie nur jene Kosten zu übernehmen hat, die ihr entstanden wären, wenn die versicherte Person in der allgemeinen Abteilung des nächstgelegenen entsprechenden Vertragsspitals behandelt worden wäre (vgl. Maurer, a.a.O., S. 287 f.).

E. 6.2

Für die Militärversicherung hat der Bundesrat durch Verordnung die Voraussetzungen festzulegen, unter denen die Heil-, Kur- oder Pflegeanstalten und Institutionen für teilstationären Aufenthalt, die Abklärungsstellen sowie die medizinischen Hilfspersonen und die Laboratorien zur selbstständigen Tätigkeit für die Militärversicherung zugelassen werden (Art. 22 Abs. 3 MVG). Gestützt darauf bestimmt Art. 11 Abs. 1 MVV, dass als Heilanstalten nach Art. 22 Abs. 3 des Gesetzes inländische Anstalten oder deren Abteilungen gelten, die der stationären oder teilstationären Behandlung von Gesundheitsschädigungen dienen, wenn sie unter dauernder ärztlicher Leitung stehen, über das erforderliche, fachgemäss ausgebildete Pflegepersonal und über zweckentsprechende medizinische Einrichtungen verfügen (Art. 11 Abs. 1 MVV). Die Zulassung im Bereich der Militärversicherung folgt weitgehend dem Modell der Unfallversicherung (Botschaft vom 27. Juni 1990 zum Bundesgesetz über die Militärversicherung, BBl 1990 III 201, 232, nachfolgend: Botschaft MVG).

E. 6.3

Im Bereich der Invalidenversicherung steht nach Art. 26bis IVG der versicherten Person die Wahl frei unter den medizinischen Hilfspersonen, den Anstalten und Werkstätten sowie den Betrieben des allgemeinen Arbeitsmarktes, die Eingliederungsmassnahmen durchführen, und den Abgabestellen für Hilfsmittel, wenn sie den kantonalen Vorschriften und den Anforderungen der Versicherung genügen (Abs. 1). Der Bundesrat kann nach Anhören der Kantone und der zuständigen Organisationen Vorschriften für die Zulassung der in Abs. 1 genannten Personen und Stellen erlassen (Abs. 2). Der Bundesrat hat die Zuständigkeit zum Erlass von Zulassungsvorschriften gemäss Art. 24 Abs. 1 IVV (SR 831.201) dem EDI übertragen, das in Bezug auf Heilanstalten jedoch keine entsprechenden Vorschriften erlassen hat. Nach Art. 27 Abs. 1 IVG ist der Bundesrat befugt, mit der Ärzteschaft, den Berufsverbänden der Medizinalpersonen und der medizinischen Hilfspersonen sowie den Anstalten und Werkstätten, die Eingliederungsmassnahmen durchführen, Verträge zu

schliessen, um die Zusammenarbeit zu regeln und die Tarife festzulegen, wobei er die Zuständigkeit gemäss Art. 24 Abs. 2 IVV an das Bundesamt für Gesundheit delegiert hat. Für Personen und Stellen, die Eingliederungsmassnahmen durchführen, ohne einem bestehenden Vertrag beizutreten, gelten die vertraglich festgelegten beruflichen Bedingungen als Mindestanforderungen der Versicherung im Sinne von Art. 26bis Abs. 1 IVG und die festgesetzten Tarife als Höchstansätze im Sinne der Art. 21quater Abs. 1 Bst. c und Art. 27 Abs. 3 IVG (Art. 24 Abs. 3 IVV). Das Bestehen eines Zusammenarbeitsvertrages ist somit nicht zwingende Voraussetzung der Leistungspflicht der Invalidenversicherung (vgl. Ulrich Meyer, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, 2. Aufl. 2010, S. 264 und 267).

E. 7

In Bezug auf das Tarifwesen im UV/MV/IV-Bereich enthalten die entsprechenden Gesetze und Verordnungen folgende Bestimmungen:

E. 7.1

Für die Unfallversicherung bestimmt Art. 56 Abs. 1 UVG unter dem Titel « Zusammenarbeit und Tarife », dass die Versicherer mit den Medizinalpersonen sowie den Heil- und Kuranstalten vertraglich die Zusammenarbeit regeln und die Tarife festlegen können. Sie können die Behandlung der Versicherten ausschliesslich den am Vertrag Beteiligten anvertrauen. Wer die Bedingungen erfüllt, kann dem Vertrag beitreten. Gemäss Art. 56 Abs. 2 UVG sorgt der Bundesrat für die Koordination mit den Tarifordnungen anderer Sozialversicherungszweige und kann diese anwendbar erklären. Er ordnet die Vergütung für Versicherte, die sich in eine Heilanstalt ohne Tarifvereinbarung begeben. Besteht kein Vertrag, so erlässt der Bundesrat nach Anhören der Parteien die erforderlichen Vorschriften (Art. 56 Abs. 3 UVG). Für alle Versicherten der Unfallversicherung sind die gleichen Taxen zu berechnen (Art. 56 Abs. 4 UVG), weshalb es unzulässig ist, die Taxen nach Einkommens- oder Vermögensverhältnissen abzustufen (Botschaft UVG, BBl 1976 III 141, 205; Maurer, a.a.O., S. 529). Nach Bühlmann sind ebenso wenig Abstufungen nach örtlichen Gesichtspunkten (z.B. Stadt/Land) zulässig (Thomas A. Bühlmann, Die rechtliche Stellung der Medizinalpersonen im Bundesgesetz über die Unfallversicherung vom 20. März 1981, 1985, S. 168). Art. 15 UVV legt fest, dass die versicherte Person Anspruch auf Behandlung, Verpflegung und Unterkunft in der allgemeinen Abteilung einer Heilanstalt (Art. 68 Abs. 1), mit der ein Zusammenarbeits- und Tarifvertrag abgeschlossen wurde, hat (Abs. 1). Begibt sich die versicherte Person in eine andere als die allgemeine Abteilung oder in eine andere Heilanstalt, so übernimmt die Versicherung die Kosten, die ihr bei der Behandlung in der allgemeinen Abteilung dieser oder der nächstgelegenen entsprechenden Heilanstalt nach Abs. 1 erwachsen wäre (Abs. 2). Die Zusammenarbeits- und Tarifverträge zwischen den Versicherern und Ärzten, Zahnärzten, Chiropraktoren und medizinischen Hilfspersonen müssen nach Art. 70 Abs. 1 UVV auf gesamtschweizerischer Ebene abgeschlossen werden. Diese Bestimmung gilt nicht für Heil- und Kuranstalten, weshalb für diese regional verschiedene Tarife vereinbart werden können, die überdies nach der Art der Anstalt differenziert werden dürfen (Maurer, a.a.O., S. 527 Fn. 1367a). Mit Heil- und Kuranstalten bilden die regionalen und individuellen Verträge die Regel (Scartazzini/Hürzeler, Bundessozialversicherungsrecht, 4. Aufl. 2012, S. 523 Rz. 193). Kommt jedoch kein Vertrag nach Art. 56 Abs. 1 UVG zustande, so ist nach Art. 1 der Verordnung vom 17. September 1986 über die Tarife der Heil- und Kuranstalten in der Unfallversicherung (SR 832.206.2) die mit der SUVA vereinbarte Zusammenarbeits- und Tarifordnung

massgebend. Art. 71 Abs. 1 UVV bestimmt ferner, dass die Tarife nach Art. 70 Abs. 1 welcher jedoch die Heil- und Kuranstalten nicht erwähnt nach Grundsätzen auszugestalten sind, die auch für andere Sozialversicherungszweige Anwendung finden können. Das Departement kann Richtlinien aufstellen.

E. 7.2

Die Militärversicherung kann mit den Medizinalpersonen, Anstalten, Institutionen für teilstationären Aufenthalt, Abklärungsstellen und Laboratorien vertraglich die Zusammenarbeit regeln und die Tarife festlegen. Sie kann die Behandlung der Versicherten ausschliesslich den am Vertrag Beteiligten anvertrauen. Wer die Bedingungen erfüllt, kann dem Vertrag beitreten (Art. 26 Abs. 1 MVG). Der Bundesrat regelt durch Verordnung die Koordination mit den Tarifordnungen anderer Sozialversicherungen, die er für anwendbar erklären kann. In gleicher Weise ordnet er die Vergütung für Versicherte, die sich in eine Heilanstalt ohne Tarifvereinbarung begeben (Art. 26 Abs. 2 MVG). Besteht kein Vertrag, so erlässt der Bundesrat nach Anhören der Parteien die erforderlichen Bestimmungen (Art. 26 Abs. 3 MVG). Für alle Versicherten der Militärversicherung sind die gleichen Taxen zu berechnen (Art. 26 Abs. 4 MVG). Art. 26 Abs. 2 und 3 MVG entsprechen inhaltlich Art. 56 Abs. 2 und 3 UVG (Botschaft MVG, BBl 1990 III 201, 265). Die Tarife nach Art. 26 des Gesetzes sind nach Grundsätzen auszugestalten, die auch für andere Sozialversicherungszweige Anwendung finden können. Das Departement kann Richtlinien aufstellen (Art. 14 Abs. 1 MVV). Die Zusammenarbeits- und Tarifverträge nach Art. 26 des Gesetzes zwischen der Militärversicherung und den Ärzten, Zahnärzten, Chiropraktoren und medizinischen Hilfspersonen sind auf gesamtschweizerischer Ebene abzuschliessen. Diese Bestimmung nennt wie Art. 70 Abs. 1 UVV die Heil- und Kuranstalten nicht. Weiter bestimmt Art. 14 Abs. 2 MVV, dass Versicherte, die sich in eine Heilanstalt ohne Tarifvereinbarung begeben, Vergütungen erhalten, wie sie für eine vergleichbare Heilanstalt mit Tarifvereinbarung entrichtet werden. Vorbehalten bleiben Notfälle.

E. 7.3

Für den Bereich der Invalidenversicherung legt Art. 27 Abs. 1 IVG fest, dass der Bundesrat befugt ist, mit der Ärzteschaft, den Berufsverbänden der Medizinalpersonen und den medizinischen Hilfspersonen sowie den Anstalten und Werkstätten, die Eingliederungsmassnahmen durchführen, Verträge zu schliessen, um die Zusammenarbeit mit den Organen der Versicherung zu regeln und die Tarife festzulegen. Soweit kein Vertrag besteht, kann der Bundesrat die Höchstbeträge festsetzen, bis zu denen den Versicherten die Kosten der Eingliederungsmassnahmen vergütet werden (Art. 27 Abs. 3 IVG). Nach Art. 24 Abs. 2 IVV (in der bis 31. Dezember 2011 geltenden Fassung) werden die Verträge gemäss Art. 27 IVG vom Bundesamt abgeschlossen. Für Heilanstalten, die Eingliederungsmassnahmen durchführen, ohne einem bestehenden Vertrag beizutreten, gelten die festgesetzten Tarife als Höchstsätze im Sinne von Art. 27 Abs. 3 IVG (Art. 24 Abs. 3 IVV).

E. 8.1

Im UV/MV/IV-Tarifwesen gilt der Grundsatz, dass die Leistungserbringer mit den Versicherern Tarifverträge abschliessen, wobei weitgehend Tarifautonomie herrscht. Die drei eidgenössischen Sozialversicherer schliessen in der Regel gemeinsam die Verträge mit den Spitälern ab (< <http://www.zmt.ch> > Wir über uns > Portrait MTK/ZMT, abgerufen am 27.10.2014). Die Tarifautonomie gilt als Leitmotiv, und im Gegensatz zur

Krankenversicherung (vgl. Art. 46 Abs. 4 KVG) unterliegen die von den Parteien ausgehandelten Tarife nicht der Genehmigung durch eine Behörde (vgl. Sandra Schneider, Tarifbildung im schweizerischen Gesundheitswesen, Soziale Sicherheit 2/2001 S. 60).

E. 8.2

Es ist unumstritten, dass die Tarifverhandlungen zwischen der Beschwerdeführerin und den Beschwerdegegnerinnen gescheitert sind, weshalb ab 1. Juli 2009 (bis 31. Dezember 2011) keine Vereinbarung im Sinne von Art. 56 Abs. 1 UVG, Art. 26 Abs. 1 MVG und Art. 27 Abs. 1 IVG vorliegt und daher ein vertragsloser Zustand herrscht.

E. 9

Zu prüfen ist im Folgenden, nach welchen Normen der einschlägigen Gesetze und Verordnungen der anwendbare Tarif zu bestimmen ist.

E. 9.1

Die Zuständigkeit des Bundesrates zur hoheitlichen Festsetzung eines Tarifs nach gescheiterten Vertragsverhandlungen ist im Zug der Totalrevision der Bundesrechtspflege gestützt auf Art. 47 Abs. 6 des Regierungs- und Verwaltungsorganisationsgesetzes vom 21. März 1997 (RVOG, SR 172.010, in Kraft seit 1. Januar 2007) auf das in der Sache zuständige EDI übergegangen, soweit eine Verfügung zu treffen ist, die der Beschwerde an das Bundesverwaltungsgericht unterliegt (vgl. den unangefochten gebliebenen Teilentscheid des BVGer C 529/2012 vom 3. Dezember 2013; BVGE 2013/58 E. 5). Mangels spezialgesetzlicher Ausnahmebestimmung ist diese Voraussetzung im vorliegenden Fall grundsätzlich erfüllt.

E. 9.2

Im Gegensatz zum KVG enthalten das UVG, das MVG und das IVG keine inhaltlichen Vorgaben zur Bemessung der Tarife (vgl. auch die Antwort des Bundesrates vom 29. Mai 2013 auf die Interpellation von Ständerat Urs Schwaller, 13.3117). Es fehlen generell-abstrakte Grundsätze zur Tarifordnung und zur Kostenermittlung für die Leistungsabgeltung, und zwar sowohl auf Gesetzes- wie auch auf Verordnungsebene. Auch aus den Materialien ergeben sich keine konkreten Hinweise auf im vertragslosen Zustand anzuwendende Tarifstrukturen, Tarifberechnungsmodelle oder Tarifgestaltungsgrundsätze. In den Botschaften zum UVG, MVG und IVG finden sich diesbezüglich keine Ausführungen. Der Bundesrat wird aber immerhin gesetzlich verpflichtet, die Tarifordnungen der verschiedenen Sozialversicherer zu koordinieren (Art. 43 Abs. 7 KVG; Art. 56 Abs. 2 UVG; Art. 26 Abs. 2 MVG [...]; vgl. Gross Hawk, a.a.O., S. 1216 Rz. 34.26). Eine Koordination der Tarifordnungen der verschiedenen Sozialversicherungszweige dient nicht nur der Rechtssicherheit, sondern trägt auch zu einer Verminderung des administrativen Aufwandes der Tarifpartner bei (vgl. dazu auch Botschaft UVG, BBl 1976 III 141, 205). In der Praxis stützen sich die vertraglich vereinbarten Entschädigungen der UV/MV/IV-Leistungserbringer für medizinische Heilbehandlungen auf die gleichen Tarifstrukturen, die im Krankenversicherungsrecht gelten (vgl. Gross Hawk, a.a.O., S. 1216 Rz. 34.27).

E. 9.3

Bei dieser Ausgangslage hat die Vorinstanz zur Bemessung der Höhe des umstrittenen Tarifs die Tarifordnung des KVG analog herangezogen. In der angefochtenen Verfügung wird ausgeführt, dass die Preisüberwachung den Tarif anhand der Praxis zu den

KVG-Tarifen, jedoch unter Berücksichtigung der Besonderheiten des UV/MV/IV-Bereichs ermittelt habe. Dieses Vorgehen sei angemessen, zumal sich auch das bisherige « Spitaltaxmodell SDK/MTK » am Recht der Krankenversicherung orientiert habe. Die Preisüberwachung führt hierzu aus, dass im Gegensatz zur Krankenversicherung eine Tariffestsetzung durch den Bundesrat als Erstinstanz im UV/MV/IV-Bereich erst selten vorgekommen sei. Daraus folge, dass im UV/MV/IV-Bereich die Tarife in der Regel Resultat von Verhandlungen und der Anwendung des « Spitaltaxmodell SDK/MTK » seien und deshalb kaum eine gerichtliche Tarifberechnungspraxis existiere. Da die von der gleichen Institution erbrachten Spitalleistungen für UV/MV/IV-Patienten ähnlich seien wie diejenigen für KVG-Patienten und in diesem Bereich seit mehreren Jahren eine Tarifberechnungspraxis existiere, sei auf die Praxis zum KVG-Tarifrecht abzustellen, wobei aber die Besonderheiten des UV/MV/IV-Bereichs berücksichtigt würden.

E. 9.4

Es erscheint zwar durchaus sachgerecht, die Medizinaltarife im Bereich der UV/MV/IV nicht nach einem anderen Modell zu berechnen als im Tarifrecht der Krankenversicherung. Die öffentliche Hand ist bei der Tarifierung jedoch nicht frei. Auch in diesem Bereich gelten für sie die allgemeinen Grundprinzipien des staatlichen Handelns. So muss sich die Tarifordnung auf eine gesetzliche Grundlage stützen können (vgl. Martin Brunnschweiler, Aktuelle Rechtsprobleme der Tarifgestaltung in öffentlichen und öffentlich subventionierten Spitälern, Jusletter vom 16. Mai 2005 S. 2). Diese muss sodann genügend bestimmt sein, sodass das Handeln der Behörde im Einzelfall voraussehbar und rechtsgleich ist. Eine Blankettermächtigung, die der Behörde völlig freie Hand lässt und sie dazu ermächtigt, von Fall zu Fall zu entscheiden, ist unzulässig (vgl. dazu Häfelin/Müller/Uhlmann, Allgemeines Verwaltungsrecht, 6. Aufl. 2010, S. 87 Rz. 386). Liegt ein vertragsloser Zustand vor, so liegt es gemäss der oben dargestellten gesetzlichen Konzeption am Bundesrat, in generell-abstrakter Weise die Grundsätze der Tarifbestimmung zu regeln. Im Mittelpunkt der vom Bundesrat zu erlassenden Vorschriften steht die Tarifordnung (vgl. Bühlmann, a.a.O., S. 179; s. auch Votum Bundespräsident Hans Hürlimann im Rahmen der parlamentarischen Beratungen zur Einführung des UVG, AB 1979 S. 257 259). Dabei wird der Bundesrat zuvor die Versicherungsträger und die jeweils interessierten Verbände der Medizinalpersonen und Heilanstalten anhören (Botschaft UVG, BBl 1976 III 141, 205; so auch die Antwort des Bundesrates vom 29. Mai 2013 auf die Interpellation von Ständerat Urs Schwaller, 13.3117). Soll hingegen die Tarifordnung des KVG zur Anwendung gelangen, so ist das zumindest auf Verordnungsebene festzulegen (so ausdrücklich Art. 26 Abs. 2 MVG). Gestützt auf die generell-abstrakten Grundsätze hat dann die Vorinstanz mittels Verfügung einen konkreten Tarif im engeren Sinn, das heisst die Höhe des Taxpunktwertes oder des Basisfallwertes im konkreten Einzelfall (vgl. Urteil des BVGer C 4168/2014 vom 23. Oktober 2014 E. 2.3) festzulegen. Dieser ist beim Bundesverwaltungsgericht mittels Beschwerde anfechtbar (BVGE 2013/58 E. 2), nicht jedoch die durch den Bundesrat zu erlassende generell-abstrakte Regelung (vgl. BVGE 2011/61 E. 5.4.2.1). Der Bundesrat ist diesbezüglich aber wie erwähnt (s. E. 9.2) nicht tätig geworden, weshalb es an der nötigen generell-abstrakten Grundlage für die verfassungsmässige Festsetzung des Tarifs im engeren Sinn im vorliegenden Fall fehlt.

E. 9.5

Weiter fällt auf, dass im Gegensatz zum Recht der Krankenversicherung auch der Grad der Kostendeckung durch die eidgenössischen Sozialversicherer im UV/MV/IV-Bereich nicht

gesetzlich geregelt ist. Nach dem Entscheid des Bundesrates vom 27. März 1985, in dem festgehalten wurde, dass die Spitäler im UVG-Bereich keinen Anspruch auf vollkostendeckende Taxen haben, wurde offenbar gestützt auf einen Beschluss der Schweizerischen Sanitätsdirektorenkonferenz (heute: Gesundheitsdirektorenkonferenz) aus dem Jahr 1987 ein Kostendeckungsgrad von 80 % der anrechenbaren Betriebskosten für die innerkantonalen Patienten und von 100 % der anrechenbaren Betriebs- und Investitionskosten (Anlagenutzungskosten) für die ausserkantonalen Patienten festgelegt (vgl. SVPK/MTK Spitaltaxmodell für Privatspitäler, Nr. 5 der Schriftenreihe der Medizinaltarif-Kommission UVG [MTK], 1995, S. 8 f.; vgl. auch Stellungnahme des Bundesrates vom 5. September 2007 zur Motion von Nationalrat Walter Müller « Keine höheren Spitaltarife und Spitalkosten für die Patienten der Invalidenversicherung » vom 21. Juni 2007, 07.3430). Die Berechnung der Preisüberwachung stützt ebenfalls darauf ab, dass die Pauschale 80 % der anrechenbaren Kosten für die Behandlung der innerkantonalen und die vollen anrechenbaren Kosten für die Behandlung der ausserkantonalen Patienten zu decken hat. Zu ergänzen ist, dass Art. 14bis IVG, in Kraft seit 1. Januar 2013, für den vorliegend zu beurteilenden Zeitraum nicht anwendbar ist. Nach dieser Bestimmung wird die Kostenvergütung für stationäre Behandlungen im Sinne von Art. 14 Abs. 1 und 2, die in einem nach Art. 39 KVG zugelassenen Spital erbracht werden, zu 80 % durch die Versicherung und zu 20 % durch den Wohnkanton der versicherten Person geleistet.

E. 9.6

Der Mangel der fehlenden generell-abstrakten Regelung der Tarifgestaltungsgrundsätze kann nicht durch die Vorinstanz mittels analoger Anwendung der KVG-Tarifgrundsätze im Rahmen der angefochtenen Verfügung behoben werden. Sie ist gestützt auf Art. 47 Abs. 6 RVOG lediglich für die verfügungsweise Festlegung der Höhe des Tarifs im engeren Sinn zuständig. Der Delegationsautomatismus nach Art. 47 Abs. 6 RVOG greift nur in Bereichen, in denen eine Verfügung zu erlassen ist. Die Festlegung der Eckwerte für die Tarifgestaltung hat aber wie erwähnt in generell-abstrakter Form in dem dafür vorgesehenen Verfahren und unter Einbezug der Tarifpartner zu geschehen und ist Aufgabe des Bundesrates. Dieser erlässt seine rechtsetzenden Erlasse in Form der Verordnung (vgl. Thomas Sägesser, Handkommentar zum RVOG, 2007, Art. 7 Rz. 26). Die Übertragung von rechtsetzenden Befugnissen vom Bundesrat an ein Departement hat nach Massgabe von Art. 48 Abs. 1 RVOG zu erfolgen, wonach der Bundesrat unter Berücksichtigung der Tragweite der Rechtssätze die Zuständigkeit zum Erlass von Rechtssätzen auf die Departemente übertragen kann (Art. 48 Abs. 1 RVOG). Eine solche Delegation in Form einer Verordnung oder eines Beschlusses des Bundesrates (vgl. Sägesser, a.a.O., Art. 48 Rz. 15 f.) liegt hier jedoch nicht vor.

E. 9.7

Weiter kann auch die im Rahmen der laufenden Revision des UVG vorgesehene Vereinheitlichung der Tarife der Unfall- und der Krankenversicherung die fehlende generell-abstrakte Regelung nicht ersetzen. Gemäss dieser Revisionsvorlage soll im Hinblick auf eine bessere Koordination der Medizinaltarife in den verschiedenen Sozialversicherungszweigen im UVG verankert werden, dass die Tarife auf den gleichen Strukturen basieren müssen wie in der Krankenversicherung. Der neue Art. 56 Abs. 4 UVG soll vorsehen, dass für die Vergütung der stationären Behandlung die Versicherer mit den Spitälern Pauschalen vereinbaren. Die Pauschalen sind leistungsbezogen und beruhen auf den nach Art. 49 KVG für die obligatorische Krankenpflegeversicherung festgesetzten,

gesamtschweizerisch einheitlichen Strukturen. Die Vertragsparteien können vereinbaren, dass besondere diagnostische oder therapeutische Leistungen nicht in der Pauschale enthalten sind, sondern getrennt in Rechnung gestellt werden. Laut der Botschaft des Bundesrates sei es den Spitälern nicht zuzumuten, je nach Sozialversicherung, für welche sie Leistungen erbringen, nach unterschiedlichen Strukturen abzurechnen. Allerdings soll es den Vertragspartnern möglich sein, den besonderen Bedürfnissen der obligatorischen Unfallversicherung Rechnung zu tragen. Demnach soll die Abrechnung spezieller diagnostischer oder therapeutischer Leistungen getrennt von den Fallpauschalen in Rechnung gestellt werden können. Weiter wird die heutige Verordnungsregelung betreffend die Behandlung von Versicherten, welche sich in ein Spital ohne Vertrag oder in eine andere als die allgemeine Abteilung begeben, im Gesetz verankert. Um die Koordination mit dem KVG zu fördern, wird die Formulierung des Art. 44 Abs. 1 KVG betreffend Tarifschutz übernommen (vgl. Botschaft vom 30. Mai 2008 zur Änderung des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung, BBl 2008 5395, 5430 f.).

E. 9.8

In Bezug auf die Grundsätze zur Tarifgestaltung kann auch nicht von einer übereinstimmenden Auffassung der Beschwerdeparteien ausgegangen werden. In ihren Eingaben vom 16. Juni 2014 beziehungsweise vom 15. Juli 2014 vertreten sie die Auffassung, es habe auf vertraglicher Ebene nie ein verbindliches Tarifierungssystem gegeben, was der Grund für die im Streit liegenden Differenzen sei (...). Die Beschwerdegegnerinnen haben zudem im vorinstanzlichen Verfahren in ihrer Stellungnahme vom 20. Mai 2010 eventualiter beantragt, dass der Bundesrat zunächst verbindliche Eckwerte für die Berechnung des Basispreises im System einer DRG-Pauschale festlege (...). Die Beschwerdeführerin beruft sich darauf, dass die Parteien im Rahmen der Tarifverhandlungen immer vom bisherigen « Neidhard-Modell » ausgegangen seien, bis die Beschwerdegegnerinnen das Berechnungsmodell einseitig abgeändert hätten. Diese bestreiten jedoch die Existenz eines « Neidhard-Modells ». Auch bei dem von der Preisüberwachung und den Verfahrensbeteiligten verschiedentlich erwähnten « Spitaltaxmodell SDK/MTK » für öffentliche und öffentlich subventionierte Spitäler handelt es sich gemäss den Erläuterungen der Beschwerdegegnerinnen etwa im Unterschied zum Spitaltaxmodell SVPK/MTK für Privatspitäler aus dem Jahr 1994 nicht um ein abgeschlossenes, in einem Dokument niedergeschriebenes Vertragswerk, weshalb es auch nicht zu den Akten gegeben werden konnte (...). Daraus wird auch deutlich, dass hier zur Festsetzung beziehungsweise Überprüfung des umstrittenen Tarifs keine von den Tarifpartnern akzeptierten Eckwerte zur Tarifberechnung vorliegen. Der Vollständigkeit halber ist letztlich darauf hinzuweisen, dass auch die Verordnung über die Tarife der Heil- und Kuranstalten in der Unfallversicherung (s. E. 7.1) keine Rechtsgrundlage für die Tariffestsetzung im vorliegenden Fall bildet, fehlt es doch gerade an einer mit der SUVA vereinbarten Zusammenarbeits- und Tarifordnung.

E. 9.9

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die Grundsätze für die Ermittlung des umstrittenen Tarifs fehlen, die zumindest auf Verordnungsstufe generell-abstrakt festgelegt werden müssten. Es fehlt dem Gericht damit an einer generell-abstrakten Grundlage, um die Rechtmässigkeit des durch die Vorinstanz mittels Verfügung festgelegten Tarifs zu prüfen. Ebenso fehlt der Vorinstanz die generell-abstrakte Regelung der Tarifiermittlungsgrundsätze in Form gesetzlicher beziehungsweise verordnungsmässiger Erlasse, um den konkreten

Tarif im Einzelfall mittels Verfügung festzusetzen. Solche Grundsätze können weder als zwischen den Parteien (stillschweigend) vereinbart gelten, noch hat die Revisionsvorlage zu Art. 56 UVG diesbezüglich eine verbindliche Vorwirkung, noch liegt der Erlass entsprechender generell-abstrakter Erlasse in der Zuständigkeit des Gerichts. Vielmehr hat der Gesetz- beziehungsweise der Verordnungsgeber die generell-abstrakten Tarifiermittlungsgrundsätze im vertragslosen Zustand zu regeln, ehe die Vorinstanz einen Tarif im Einzelfall mittels Verfügung festsetzen kann. Die angefochtene Verfügung ist daher aufzuheben und die Beschwerde in diesem Sinne gutzuheissen. Soweit weitergehend, ist sie abzuweisen. Mangels Vertrags und festgesetzten Tarifs kommt folglich die Regelung zur Anwendung, wonach den versicherten Personen (lediglich) diejenigen Kosten zu erstatten sind, die entstanden wären, wenn sie sich in der allgemeinen Abteilung des nächstgelegenen Vertragsspitals hätten behandeln lassen (Art. 15 Abs. 2 UVV; Art. 14 Abs. 2 MVV).

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