

BVGer C-1632/2013 vom 5. Mai 2015

Bundesverwaltungsgericht, 2015-05-05, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-1632_2013

FR: TAF C-1632/2013 du 5 mai 2015

IT: TAF C-1632/2013 del 5 maggio 2015

Regeste

Tarife der Leistungserbringer

Erwägungen

E. 1

Das Verfahren vor dem Bundesverwaltungsgericht richtet sich gemäss Art. 37 VGG und Art. 53 Abs. 2 Satz 1 KVG (SR 832.10) grundsätzlich nach den Vorschriften des VwVG. Vorbehalten bleiben allfällige Abweichungen des VGG und die besonderen Bestimmungen des Art. 53 Abs. 2 KVG.

E. 2

Nach Art. 53 Abs. 1 KVG kann gegen Beschlüsse der Kantonsregierungen nach Art. 47 KVG beim Bundesverwaltungsgericht Beschwerde geführt werden. Der angefochtene Regierungsratsbeschluss vom 26. Februar 2013 wurde gestützt auf Art. 47 Abs. 1 KVG erlassen. Das Bundesverwaltungsgericht ist deshalb zur Beurteilung der Beschwerde zuständig (vgl. auch Art. 90a Abs. 2 KVG). Die Beschwerdeführerinnen haben am vorinstanzlichen Tariffestsetzungsverfahren teilgenommen, sind als Adressatinnen durch den angefochtenen Regierungsratsbeschluss besonders berührt und haben insoweit an dessen Aufhebung beziehungsweise Abänderung ein schutzwürdiges Interesse (Art. 48 Abs. 1 VwVG). Sie sind daher zur Beschwerde legitimiert. Auf die frist- und formgerecht erhobene Beschwerde vom 27. März 2013 ist, nachdem auch der Kostenvorschuss rechtzeitig geleistet wurde, grundsätzlich einzutreten (Art. 50 Abs. 1, Art. 52 Abs. 1 und Art. 63 Abs. 4 VwVG).

E. 3.1

Anfechtungsobjekt und damit Begrenzung des Streitgegenstandes des vorliegenden Beschwerdeverfahrens (BGE 136 II 457 E. 4.2) bildet der Regierungsratsbeschluss vom 26. Februar 2013, mit dem im Rahmen eines Tariffestsetzungsverfahrens nach Art. 47 Abs. 1 KVG hoheitlich ein Tarif in Form einer Tagesvollpauschale inklusive Investitionskostenzuschlag für die stationäre Erwachsenenpsychiatrie in der UPK für die von tarifsuisse vertretenen Krankenversicherer mit Wirkung ab 1. Januar 2012 auf Fr. 710.- festgesetzt wurde. Aufgrund der Rechtsbegehren strittig ist die Höhe der festgesetzten Tagesvollpauschale.

E. 3.2

Soweit die Beschwerdeführerinnen beantragen, es sei festzustellen, dass mit der umstrittenen Tagespauschale sämtliche KVG-Leistungen während des stationären Aufenthalts abgegolten seien, wird weder dargelegt noch ist ersichtlich, welches schutzwürdige Interesse angesichts von Art. 49 Abs. 5 KVG und Art. 44 Abs. 1 KVG

(Tarifschutz) an einer diesbezüglichen Feststellung durch das Gericht besteht (vgl. Moser/Beusch/Kneubühler, Prozessieren vor dem Bundesverwaltungsgericht, 2. Aufl. 2013, S. 40 Rz. 2.30). Auf diesen Feststellungsantrag ist daher nicht einzutreten.

E. 4.1

Die Beschwerdeführerinnen können im Rahmen des Beschwerdeverfahrens die Verletzung von Bundesrecht unter Einschluss des Missbrauchs oder der Überschreitung des Ermessens, die unrichtige oder unvollständige Feststellung des rechtserheblichen Sachverhalts sowie die Unangemessenheit des Entscheids beanstanden (Art. 49 VwVG).

Tariffestsetzungsbeschlüsse nach Art. 47 KVG sind vom Bundesverwaltungsgericht mit voller Kognition zu überprüfen (Art. 53 Abs. 2 Bst. e KVG e contrario; BVGE 2010/24 E. 5.1).

E. 4.2

Nach der Rechtsprechung hat auch eine Rechtsmittelbehörde, der volle Kognition zusteht, in Ermessensfragen einen Entscheidungsspielraum der Vorinstanz zu respektieren. Sie hat eine unangemessene Entscheidung zu korrigieren, kann aber der Vorinstanz die Wahl unter mehreren angemessenen Lösungen überlassen (vgl. BGE 133 II 35 E. 3). Das Bundesverwaltungsgericht hat daher nur den Entscheid der unteren Instanz zu überprüfen und sich nicht an deren Stelle zu setzen (vgl. BGE 126 V 75 E. 6). Insbesondere dann, wenn die Ermessensausübung, die Anwendung unbestimmter Rechtsbegriffe oder die Sachverhaltswürdigung hochstehende, spezialisierte technische, wissenschaftliche oder wirtschaftliche Kenntnisse erfordert, ist eine Zurückhaltung des Gerichts bei der Überprüfung vorinstanzlicher Bewertungen angezeigt (vgl. BGE 135 II 296 E. 4.4.3; 133 II 35 E. 3; 128 V 159 E. 3b/cc). Es stellt daher keine unzulässige Kognitionsbeschränkung dar, wenn das Gericht - das nicht als Fachgericht ausgestaltet ist - nicht ohne Not von der Auffassung der Vorinstanz abweicht, soweit es um die Beurteilung technischer, wissenschaftlicher oder wirtschaftlicher Spezialfragen geht, in denen die Vorinstanz über ein besonderes Fachwissen verfügt (vgl. BGE 139 II 185 E. 9.3; 135 II 296 E. 4.4.3; 133 II 35 E. 3 mit Hinweisen; BVGE 2010/25 E. 2.4.1 mit weiteren Hinweisen). Dies gilt jedenfalls, soweit die Vorinstanz die für den Entscheid wesentlichen Gesichtspunkte geprüft und die erforderlichen Abklärungen sorgfältig und umfassend durchgeführt hat (BGE 139 II 185 E. 9.3; 138 II 77 E. 6.4).

E. 5

Im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung haben die anerkannten Krankenkassen die Kosten für die Leistungen gemäss Art. 25 - 31 KVG nach Massgabe der in Art. 32 - 34 KVG festgelegten Voraussetzungen zu übernehmen (Art. 24 KVG). Die obligatorische Krankenpflegeversicherung (nachfolgend: OKP) übernimmt die Kosten für die Leistungen, die der Diagnose oder Behandlung einer Krankheit und ihrer Folgen dienen (Art. 25 Abs. 1 KVG). Diese Leistungen umfassen unter anderem die stationär erbrachten Untersuchungen und Behandlungen durch Ärzte oder Ärztinnen sowie Personen, die auf Anordnung eines Arztes oder einer Ärztin Leistungen erbringen (Art. 25 Abs. 2 Bst. a Ziff. 1 und 3 KVG) sowie den Aufenthalt im Spital entsprechend dem Standard der allgemeinen Abteilung (Art. 25 Abs. 2 Bst. e KVG).

E. 6

In Bezug auf die Vergütung von stationären Leistungen im Bereich der OKP standen im in intertemporalrechtlicher Hinsicht massgebenden Zeitpunkt am 1. Januar 2012 (vgl. BGE

130 V 329 E. 2.3) folgende Bestimmungen in Kraft:

E. 6.1

Die Vergütung der Leistungen der (zugelassenen) Leistungserbringer nach Art. 25 KVG erfolgt nach Tarifen oder Preisen (Art. 43 Abs. 1 KVG). Der Tarif ist eine Grundlage für die Berechnung der Vergütung; er kann namentlich als Zeittarif, Einzelleistungstarif oder Pauschaltarif ausgestaltet sein (Art. 43 Abs. 2 Bst. a - c KVG). Nach Art. 43 Abs. 4 KVG werden Tarife und Preise in Verträgen zwischen Versicherern und Leistungserbringern (Tarifvertrag) vereinbart oder in den vom Gesetz bestimmten Fällen von der zuständigen Behörde festgesetzt. Dabei ist auf eine betriebswirtschaftliche Bemessung und eine sachgerechte Struktur der Tarife zu achten. Leitgedanke für die Tarifgestaltung ist eine qualitativ hoch stehende und zweckmässige gesundheitliche Versorgung zu möglichst günstigen Kosten (Art. 43 Abs. 6 KVG; BGE 131 V 133 E. 4). Der Tarifvertrag bedarf der Genehmigung durch die zuständige Kantonsregierung oder, wenn er in der ganzen Schweiz gelten soll, durch den Bundesrat. Die Genehmigungsbehörde prüft, ob der Tarifvertrag mit dem Gesetz und dem Gebot der Wirtschaftlichkeit und Billigkeit in Einklang steht (Art. 46 Abs. 4 KVG).

E. 6.2

Kommt zwischen Leistungserbringern und Versicherern kein Tarifvertrag zustande, so setzt die Kantonsregierung nach Anhören der Beteiligten den Tarif fest (Art. 47 Abs. 1 KVG). Die Bestimmung, wonach die Kantonsregierung bei der Genehmigung von Tarifverträgen zu prüfen hat, ob diese mit dem Gesetz und den Geboten der Wirtschaftlichkeit und Billigkeit in Einklang stehen, gilt auch bei der Tariffestsetzung im vertragslosen Zustand nach Art. 47 KVG (BVGE 2010/25 E. 7).

E. 6.3

Nach Art. 43 Abs. 7 KVG kann der Bundesrat Grundsätze für eine wirtschaftliche Bemessung und eine sachgerechte Struktur sowie für die Anpassung der Tarife aufstellen. Gestützt darauf hat er Art. 59c KVV erlassen (in Kraft seit 1. August 2007; AS 2007 3573). Nach dessen Abs. 1 prüft die Genehmigungsbehörde (im Sinn von Art. 46 Abs. 4 KVG), ob der Tarifvertrag namentlich den folgenden Grundsätzen entspricht: Der Tarif darf höchstens die transparent ausgewiesenen Kosten der Leistung decken (Bst. a). Der Tarif darf höchstens die für eine effiziente Leistungserbringung erforderlichen Kosten decken (Bst. b). Ein Wechsel des Tarifmodells darf keine Mehrkosten verursachen (Bst. c). Gemäss Art. 59c Abs. 3 KVV sind diese Grundsätze bei Tariffestsetzungen nach Art. 47 KVG sinngemäss anzuwenden.

E. 6.4

Für Tarifverträge mit Spitälern (und Geburtshäusern) enthält das Gesetz in Art. 49 KVG eine Spezialregelung. Danach vereinbaren die Vertragsparteien Pauschalen für die Vergütung der stationären Behandlung einschliesslich Aufenthalt und Pflegeleistungen. In der Regel sind Fallpauschalen festzulegen. Die Pauschalen sind leistungsbezogen und beruhen auf 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. Die Spitaltarife orientieren sich an der Entschädigung jener Spitäler, welche die tarifierte obligatorisch versicherte Leistung in der notwendigen Qualität effizient und günstig erbringen (Art. 49 Abs. 1 KVG). Die Pauschalen dürfen keine Kostenanteile für gemeinwirtschaftliche

Leistungen enthalten. Dazu gehören insbesondere die Aufrechterhaltung von Spitalkapazitäten aus regionalpolitischen Gründen sowie die Forschung und universitäre Lehre (Art. 49 Abs. 3 KVG). Bei Spitalaufenthalten richtet sich die Vergütung nach Abs. 1, solange der Patient oder die Patientin nach medizinischer Indikation der Behandlung und Pflege oder der medizinischen Rehabilitation im Spital bedarf. Ist diese Voraussetzung nicht mehr erfüllt, so kommt für den Spitalaufenthalt der Tarif nach Art. 50 KVG zur Anwendung (Art. 49 Abs. 4 KVG). Die Vergütungen nach Art. 49 Abs. 1 KVG werden vom Kanton und den Versicherern anteilmässig übernommen (Art. 49a Abs. 1 KVG).

E. 6.5

Art. 59d Abs. 4 KVV legt unter dem Titel «Leistungsbezogene Pauschalen» fest, dass der Bezug zur Leistung, der nach Art. 49 Abs. 1 KVG herzustellen ist, eine Differenzierung des Tarifs nach Art und Intensität der Leistung erlauben muss.

E. 6.6

Nach Art. 49 Abs. 7 KVG müssen die Spitäler über geeignete Führungsinstrumente verfügen; insbesondere führen sie nach einheitlicher Methode zur Ermittlung ihrer Betriebs- und Investitionskosten und zur Erfassung ihrer Leistungen eine Kostenrechnung und eine Leistungsstatistik. Diese beinhalten alle für die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit, für Betriebsvergleiche, für die Tarifierung und für die Spitalplanung notwendigen Daten. Die Kantonsregierung und die Vertragsparteien können die Unterlagen einsehen.

E. 6.6.1

Die Verordnung über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler, Geburtshäuser und Pflegeheime in der Krankenversicherung (VKL, SR 832.104) regelt nach deren Art. 1 Abs. 1 die einheitliche Ermittlung der Kosten und Erfassung der Leistungen im Spital- und Pflegeheimbereich. Zu den Zielen der Kosten- und Leistungserfassung gehören gemäss Art. 2 Abs. 1 VKL namentlich die Schaffung der Grundlagen für die Bestimmung der Leistungen und der Kosten der OKP in der stationären Behandlung im Spital und im Geburtshaus (Bst. b) und die Ausscheidung der gemeinwirtschaftlichen Leistungen im Sinne von Art. 49 Abs. 3 KVG und von deren Kosten (Bst. g). Weiter sollen dadurch unter anderem Betriebsvergleiche, Tarifberechnungen und Wirtschaftlichkeitsprüfungen ermöglicht werden (Art. 2 Abs. 2 Bst. b, c und f VKL).

E. 6.6.2

Art. 3 VKL definiert die stationäre Behandlung, Art. 7 VKL die Kosten für die universitäre Lehre und für die Forschung, Art. 8 VKL die Investitionen.

E. 6.6.3

Die Ermittlung der Kosten und Erfassung der Leistungen ist im 3. Abschnitt (Art. 9 ff.) der VKL geregelt. Nach Art. 9 VKL müssen Spitäler, Geburtshäuser und Pflegeheime eine Kostenrechnung führen, in der die Kosten nach dem Leistungsort und dem Leistungsbezug sachgerecht ausgewiesen werden (Abs. 1). Die Kostenrechnung muss insbesondere die Elemente Kostenarten, Kostenstellen, Kostenträger und die Leistungserfassung umfassen (Abs. 2). Sie muss den sachgerechten Ausweis der Kosten für die Leistungen erlauben. Die Kosten sind den Leistungen in geeigneter Form zuzuordnen (Abs. 3). Das Eidgenössische Departement des Innern (Departement) kann nähere Bestimmungen über die technische Ausgestaltung der Kostenrechnung erlassen. Es hört dabei die Kantone, Leistungserbringer

und Versicherer an (Abs. 6).

E. 6.6.4

Art. 10 VKL trägt den Titel «Anforderungen an Spitäler und Geburtshuser». Abs. 1 verpflichtet die Spitäler und Geburtshuser, eine Finanzbuchhaltung zu führen. Spitäler müssen die Kosten der Kostenstellen nach der Nomenklatur der nach dem Anhang zur Verordnung vom 30. Juni 1993 über die Durchführung von statistischen Erhebungen des Bundes durchgeführten Krankenhausstatistik ermitteln (Abs. 2). Die Spitäler und Geburtshuser müssen eine Lohnbuchhaltung führen (Abs. 3). Es ist eine Kosten- und Leistungsrechnung zu führen (Abs. 4). Zur Ermittlung der Kosten für Anlagenutzung müssen die Spitäler und Geburtshuser eine Anlagebuchhaltung führen. Objekte mit einem Anschaffungswert von Fr. 10'000.- und mehr gelten als Investitionen nach Art. 8 VKL (Abs. 5).

E. 6.6.5

Art. 10a VKL enthält unter dem Titel «Angaben der Spitäler und Geburtshuser» weitere Vorgaben zur Anlagebuchhaltung, namentlich zur Bewertung von Anlagen (Abs. 2), zu den Abschreibungen (Abs. 3) sowie der kalkulatorischen Verzinsung (Abs. 4).

E. 6.6.6

Nach Art. 15 VKL sind Spitäler, Geburtshuser und Pflegeheime verpflichtet, die Unterlagen eines Jahres ab dem 1. Mai des Folgejahres zur Einsichtnahme bereitzuhalten. Zur Einsichtnahme berechtigt sind die Genehmigungsbehörden, die fachlich zuständigen Stellen des Bundes sowie die Tarifpartner.

E. 7.1

Voraussetzung für die vorinstanzliche Zuständigkeit zur Festsetzung des strittigen Tarifs ist ein Scheitern der Vertragsverhandlungen zwischen Versicherer und Leistungserbringer (Art. 47 Abs. 1 KVG). Als gescheitert im Sinn von Art. 47 Abs. 1 KVG können Vertragsverhandlungen allerdings nur dann bezeichnet werden, wenn vorgängig ernsthafte Vertragsverhandlungen geführt worden sind oder zumindest eine Verhandlungsgelegenheit vorhanden gewesen ist. Die Vorinstanz hat dies als Eintretensvor-aussetzung zu prüfen. Hier hat sie deren Vorliegen bejaht, wobei ihr diesbezüglich ein beachtlicher Ermessensspielraum zukommt (vgl. Urteil des BVGer C-8011/2009 vom 28. Juli 2011 E. 1.4; Thomas Brumann, Der Tarifvertrag im Krankenversicherungsrecht, in: Jahrbuch zum Sozialversicherungsrecht 2012, S. 135 mit Hinweisen).

E. 7.2

Beide Parteien haben in ihren begründeten Tariffestsetzungsantragen der Vorinstanz mitgeteilt, dass (intensive) Tarifverhandlungen geführt worden, diese aber gescheitert seien (act. 2 S. 4 und act. 3 S. 4). Der Umstand, dass die Beschwerdeführerinnen ihren ersten Tariffestsetzungsantrag von Fr. 628.- im Laufe des vorinstanzlichen Verfahrens mit dem Hinweis auf neu erhaltene Unterlagen der UPK auf Fr. 545.- reduziert haben, weist zwar darauf hin, dass sie bei den Tarifverhandlungen keinen hinreichenden Überblick über die konkrete Kostensituation der UPK hatten. Da jedoch keine der Beteiligten geltend macht, es sei nicht ernsthaft verhandelt worden, und beide Parteien begründete Tariffestsetzungsantrage eingereicht haben, ist davon auszugehen, dass genügend ernsthafte Vertragsverhandlungen geführt worden und diese gescheitert sind. Die Vorinstanz hat daher zu Recht gestützt auf Art. 47 Abs. 1 KVG nach Anhören der Beteiligten hoheitlich einen

Tarif festgesetzt.

E. 8.1

Die Revision des KVG zur Spitalfinanzierung (Änderung vom 21. Dezember 2007, AS 2008 2049) ist am 1. Januar 2009 in Kraft getreten. Gemäss Abs. 1 der Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 21. Dezember 2007 (Spitalfinanzierung) müssen 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. Während der Systemwechsel im Bereich der Akutsomatik per 1. Januar 2012 vollzogen und mit SwissDRG eine schweizweit einheitliche Tarifstruktur eingeführt wurde, fehlt eine solche momentan im Bereich der Psychiatrie. Im Auftrag der SwissDRG AG wird derzeit das Tarifsystem TARPSY entwickelt, mit dem kostenhomogene Fallgruppen gebildet werden, die ihrerseits auf Diagnosehauptgruppen und der Fallschwere beruhen. TARPSY ist im Dezember 2012 in die Testphase gegangen. Die schweizweite Einführung ist erst per 2018 geplant (Newsletter der SwissDRG AG, Stand 18.12.2014, www.swissdrg.org > Tarifdokumente > Psychiatrie, abgerufen am 16. Januar 2015).

E. 8.2

Die mit Urteilen des Bundesverwaltungsgerichts C-1698/2013 vom 7. April 2014 (BVGE 2014/3) und C-2283/2013 vom 11. September 2014 (BVGE 2014/36) im Zusammenhang mit der neuen Spitalfinanzierung aufgestellten Grundsätze betreffend Festsetzung eines Basisfallwerts für leistungsbezogene und auf der SwissDRG-Tarifstruktur beruhende Fallpauschalen können daher auf den vorliegenden Fall nur beschränkt Anwendung finden, insbesondere was den Preisbildungsmechanismus aufgrund eines Benchmarkings betrifft (siehe dazu nachfolgend E. 17). Der neue Art. 49 KVG und die neue Finanzierungsregel nach Art. 49a KVG, wonach der Tarif 100 % der OKP-Leistungen (inkl. Anlagenutzungskosten) abzudecken hat, gelten jedoch auch im Bereich der Psychiatrie.

E. 8.3

Das von der Vorinstanz angewendete Tarifsystem mit Tagespauschalen wird von keiner Partei kritisiert. Art. 49 Abs. 1 KVG schreibt für die Abgeltung von stationären Leistungen in Spitälern oder Geburtshäusern vor, dass (nur) in der Regel Fallpauschalen festzulegen sind. Gemäss dem Wortlaut dieser Bestimmung ist die Einführung von Fallpauschalen somit nicht zwingend, weshalb in bestimmten Bereichen ausserhalb der akutsomatischen Behandlung auch die Festlegung von Tagespauschalen nicht ausgeschlossen ist (vgl. Botschaft des Bundesrates vom 15. September 2004 betreffend Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung [Spitalfinanzierung], BBl 2004 5577; Kommentar des BAG zur Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung [KVV], Änderungen per 1. Januar 2009, S. 11; vgl. auch Beatrice Gross Hawk, Leistungserbringer und Tarife in verschiedenen Sozialversicherungszweigen, in: Recht der sozialen Sicherheit, 2014, S. 1228 Rz. 34.64). Insofern ist die (Weiter-)Verwendung des bisherigen Tarifsystems mit Tagespauschalen im Bereich der Psychiatrie nicht zu beanstanden.

E. 9

Umstritten ist die Höhe der von der Vorinstanz für die Beschwerdegegnerin festgesetzten Tagespauschale.

E. 9.1

Die Vorinstanz hat die Eidgenössische Preisüberwachung vorgängig zur Tariffestsetzung zur Stellungnahme eingeladen. Diese hat jedoch auf die Abgabe einer Empfehlung verzichtet. Damit wurde Art. 14 Abs. 1 PüG eingehalten. Von der Einladung der Eidgenössische Preisüberwachung zur Einreichung einer Stellungnahme im vorliegenden Beschwerdeverfahren wurde abgesehen, da diese in einem vergleichbaren Beschwerdeverfahren auf die Einreichung einer Stellungnahme mit der Begründung verzichtet hat, sie habe praxisgemäss bereits im Verfahren auf Festsetzung des Tarifs durch die Kantonsregierung auf die Einreichung einer Stellungnahme verzichtet (siehe auch Instruktionsverfügung vom 25. Juni 2013, BVGer-act. 12).

E. 9.2

Die Vorinstanz hat zunächst die tarifrelevanten Betriebskosten der Beschwerdegegnerin gestützt auf den Ausweis der Kosten des Jahres 2010 gemäss dem integrierten Tarifmodell Kostenträgerrechnung (ITAR_K) ermittelt. Sie hat den eingeforderten ITAR_K-Auszug auf Vollständigkeit und Plausibilität hin überprüft. Sie hat dabei insbesondere geprüft, ob für die Ermittlung der tarifrelevanten Kosten in der Kostenträgerrechnung die Abzüge für die Anlagennutzungskosten, Lehre und Forschung, andere gemeinwirtschaftliche Leistungen, Zusatzentgelte für Privatversicherte und Hotellerie-Mehrkosten (korrekt) erfolgt sind. Sie stützte sich dabei auf die Empfehlung zur Wirtschaftlichkeitsprüfung der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) vom 18. November 2011. Sie hat sodann für die Anlagennutzungskosten einen pauschalen Zuschlag pro Pflegetag vorgenommen. Auf ein Benchmarking hat sie verzichtet, weil bis jetzt keine schweizweit einheitliche leistungsorientierte Tarifstruktur bestehe und damit in einem Tarifsystem auf Basis Pflegetage auch keine Schweregrade abgebildet werden könnten. Da die Beschwerdegegnerin mit keinem Verhandlungspartner eine tarifliche Einigung in der Erwachsenenpsychiatrie finden können, könne kein gewichteter Tarif auf der Basis der Marktanteile der Versicherer ermittelt werden. Da die Beschwerdegegnerin selbst einen Tarif in der Höhe von Fr. 710.- beantrage, was unter dem aufgrund des ITAR_K-Modells errechneten kostenbasierten Tarif liege, werde der Tarif auf Fr. 710.- festgesetzt. Dieser Tarif entspreche den Geboten der Wirtschaftlichkeit und Billigkeit und sei sozialverträglich. Die Vorinstanz hat im Ergebnis die umstrittene Tagespauschale gestützt auf die für die Beschwerdegegnerin errechneten tarifrelevanten Betriebskosten und Leistungseinheiten (Pflegetage) berechnet.

E. 9.3

Die Beschwerdeführerinnen machen geltend, dass für die Tarifberechnung der stationären Tagesvollpauschale der Beschwerdegegnerin ausgehend von den Gesamtkosten die tarifrelevanten KVG-Kosten zu ermitteln seien. Von den Gesamtkosten seien folgende Positionen abzuziehen: Kosten für KVG-Leistungen, die ausserhalb der stationären Tagespauschale vergütet würden (z.B. ambulante Leistungen), Kosten für VVG-Leistungen (z.B. freie Arztwahl, Mehrleistungen Hotellerie), Kosten, die andere Kostenträger übernehmen würden (UVG, IVG, MVG, Selbstzahler), Kosten für vom Kanton zu bezahlende Leistungen (z.B. gemeinwirtschaftliche Leistungen) sowie weitere nicht tarifrelevante Kostenanteile (z.B. Nebenbetriebe etc.). Die Beschwerdeführerinnen rügen, dass sich die Vorinstanz bei der Tarifiermittlung einzig auf den kostenbasierten Tarif gemäss ITAR_K-Modell abgestützt habe. Sie verlangt, dass die Tagesvollpauschale nach den Grundsätzen des durch das Bundesverwaltungsgericht und die Preisüberwachung gestützten

Spitaltaxmodells zu ermitteln sei. Dabei sei ein strenger Massstab anzuwenden und es seien Abzüge wegen Intransparenz und Überkapazitäten vorzunehmen. Zudem machen sie geltend, dass die Anlagenutzungskosten und der Abzug für universitäre Lehre und Forschung nicht korrekt ermittelt worden seien. Die Kosten und Leistungsdaten von grund- und zusatzversicherten Patienten seien nicht getrennt ausgewiesen, weshalb es nicht möglich sei, die Mehrkosten der zusatzversicherten Patienten zu ermitteln. Die Unterlagen hinsichtlich der Erträge sowie die Angaben zu den im Jahr 2010 erbrachten Leistungen seien ausgeblieben oder unvollständig. Daher seien die Grundlagen generell kaum plausibilisierbar. Schliesslich kritisieren die Beschwerdeführerinnen, dass die auf der Grundlage des Branchenmodells ITAR_K ermittelte kostenbasierte Tagespauschale keinem Wirtschaftlichkeitsvergleich unterzogen worden sei.

E. 9.4

Die Beschwerdegegnerin ist der Ansicht, dass sich die Vorinstanz zu Recht auf das ITAR_K-Modell abgestützt habe und die Berechnung der Tagespauschale im Ergebnis korrekt sei.

E. 9.5

Das BAG vertritt den Standpunkt, dass die Vorinstanz bei der Ermittlung der Anlagenutzungskosten und der Abzüge für Forschung und universitäre Lehre sowie den übrigen gemeinwirtschaftlichen Leistungen nicht korrekt vorgegangen sei. Auch bei der Ermittlung der Teuerung habe sie sich nicht an die gerichtliche Praxis gehalten. Sodann wäre ein Intransparenzabzug nötig. Schliesslich sei auch die gesetzliche Vorgabe der Wirtschaftlichkeitsprüfung nicht erfüllt.

E. 9.6

Im Folgenden sind in einem ersten Schritt die herangezogenen Grundlagen für die Tarifberechnung (E. 10) zu prüfen. Danach ist zu klären, ob die vorinstanzliche Berechnung der tarifrelevanten Betriebskosten der Beschwerdegegnerin (inkl. Anlagenutzungskosten) - soweit diese umstritten sind - mit Art. 49 KVG und den Vorgaben der VKL in Einklang stehen (E. 11-16). Schliesslich ist zu prüfen, ob das Vorgehen der Vorinstanz das Wirtschaftlichkeitsgebot einhält (E. 17).

E. 10.1

Die Vorinstanz hat als Berechnungsgrundlage für die Ermittlung der tarifrelevanten Betriebskosten den von der Beschwerdegegnerin eingeforderten ITAR_K-Auszug mit den Daten aus dem Jahr 2010 verwendet. Für die Ermittlung der kostenbasierten Tagespauschale hat sie den Kostenträger «reine stat. KVG inkl. ZV Fälle Erwachsene» herangezogen. Ausgangslage bildete das «Total Kosten gemäss BeBu, Stückrechnung» (ITAR_K Modell: Zeile 22), bereinigt um die Erlöse der Kontengruppen 65 («Übrige Erträge aus Leistungen an Patienten», exkl. Marge) und 66 («Finanzertrag») in der Höhe von Fr. 62'758'834.-. Die Beschwerdeführerinnen haben im vorinstanzlichen Verfahren wie auch in ihrer Beschwerde die Höhe der Nettobetriebskosten I von Fr. 62'758'834.- ausdrücklich akzeptiert und für ihre eigene Tarifberechnung verwendet. Hinsichtlich der Behandlung der Erträge aus den Kontengruppen 65 und 66 wurde von keiner beschwerdebeteiligten Partei Kritik geäussert. An dieser Stelle ist jedoch darauf hinzuweisen, dass nach der Rechtsprechung die Erträge der Kontengruppe 65 zu 100 % (und nicht nur zu 50 %) in Abzug zu bringen sind, sofern ein Spital diesbezüglich auf eine exakte Kostenausscheidung verzichtet und eine Gewinnmarge nicht bewiesen werden kann

(BVGE 2014/3 E. 4.3).

E. 10.2

Der Grundsatz, wonach ein Tarif auf den Ergebnissen einer vorangegangenen Rechnungsperiode beruhen muss, die im Zeitpunkt des Vertragsabschlusses vorliegen, ergibt sich im Unterschied zum früheren Recht (vgl. aArt. 49 Abs. 1 Satz 3 KVG; BVGE 2012/18 E. 6.2.2) zwar nicht mehr aus dem Gesetzeswortlaut, gilt aber auch unter der Herrschaft des revidierten KVG (BVGE 2014/3 E. 3.5). Für die Berechnung des Tarifs für das Jahr 2012 hat die Vorinstanz daher zu Recht auf die Kostendaten des Jahres 2010 abgestellt. Zudem hat ebenso der Grundsatz, wonach die ausgewiesenen Betriebskosten für OKP-relevante stationäre Leistungen (vgl. BVGE 2010/62 E. 4.12.1) Grundlage für die Tarifberechnungen bilden, unter der neuen Spitalfinanzierung weiterhin Gültigkeit (BVGE 2014/3 E. 3.6.3).

E. 10.3.1

Die Beschwerdeführerinnen kritisieren die Verwendung des Modells ITAR_K. Sie machen geltend, dass die Abzüge bzw. Zuschläge, welche das Modell ITAR_K vornehme, bis heute weder durch das Bundesverwaltungsgericht noch durch die Preisüberwachung bestätigt worden seien. Das Modell ITAR_K werde lediglich als Kostenausweis anerkannt. Die Tarifberechnung, welche das Modell vornehme, werde aber nicht akzeptiert, zumal die tarifrelevanten Kosten nicht korrekt ermittelt worden seien. Die Beschwerdegegnerin ist dagegen der Ansicht, dass sich die Vorinstanz zu Recht auf das Modell ITAR_K abgestützt habe. Dieses sei heute das in der Schweiz vorwiegend angewandte Modell zur Darstellung und Erfassung der Kosten im Spitalbereich. Es ermögliche, die auf REKOLE® basierende Kostenträgerrechnung eines Leistungserbringers transparent darzustellen.

E. 10.3.2

H+ als Spitzenverband der Spitäler hat das Handbuch REKOLE® (Handbuch zum betrieblichen Rechnungswesen im Spital von H+) und das Tarifierleitungsmodell ITAR_K (Integriertes Tarifmodell auf Basis der Kostenträgerrechnung [nach REKOLE®], ebenfalls von H+) erarbeitet. Die GDK-Empfehlungen stützen sich auf REKOLE® und ITAR_K. Nach Ansicht der GDK ist das (schrittweise) Vorgehen nach ITAR_K sinnvoll, wobei festgehalten wird, dass das gleiche Vorgehen auch mit Hilfe eines anderen Modells (z.B. Modell GDK-Ost) erfolgen könnte (vgl. GDK-Empfehlungen zur Wirtschaftlichkeitsprüfung, S. 3). Von der GDK übernommen wurde jedoch nur das Vorgehen, nicht generell die Berechnung einzelner Positionen. Die Krankenhausstatistik, auf deren Nomenklatur Art. 10 Abs. 2 VKL verweist, stützt sich auf REKOLE® (vgl. BFS, Krankenhausstatistik, Detailkonzept, Version 1.1, S. 28 ff.). Um dem Problem der Heterogenität bei den Kostenerhebungsmethoden zu begegnen, hat der Verwaltungsrat der SwissDRG AG für die Kostenträgerrechnung ab dem Rechnungsjahr 2013 REKOLE® verbindlich vorgeschrieben (vgl. SwissDRG AG, Umsetzung der Massnahmen zur Verbesserung der Datenqualität, Version 1.0 / 5.12.2011). Angesichts der Bedeutung und der Verbreitung, welche REKOLE® und ITAR_K zwischenzeitlich erlangt haben, erscheint es nicht sinnvoll, deren Anwendbarkeit grundsätzlich in Frage zu stellen. Zu prüfen ist jedoch, ob einzelne in diesen Modellen enthaltene Berechnungsvorgaben gesetzeskonform sind (BVGE 2014/3 E. 3.4.3).

E. 11

Umstritten ist die Höhe der abzugeltenden Anlagenutzungskosten.

E. 11.1

Die Parteien sind sich zu Recht dahingehend einig, dass die Kosten von Mobilien, Immobilien und sonstigen Anlagen (Anlagenutzungskosten), die zur Behandlung von OKP-Versicherten notwendig sind, nach dem System der neuen Spitalfinanzierung mit der Tagespauschale abzugelten sind (vgl. Gross Hawk, a.a.O., S. 1229 Rz. 34.64; zu den Fallpauschalen nach SwissDRG siehe BVGE 2014/36 E. 4.9.5).

E. 11.2

Damit die Investitionskosten für die OKP nach einheitlicher Methode ermittelt werden und die Angaben vergleichbar sind, enthält die VKL Vorgaben für die Bewertung der Anlagen und die Ermittlung der Anlagenutzungskosten, namentlich zur Bewertung der Investitionen, deren Abschreibung und der kalkulatorischen Zinsen. Solche Vorgaben sind erforderlich, weil die ausgewiesenen Kosten als Grundlage für die Tarifiermittlung herangezogen werden (Kommentar des BAG zur Verordnung vom 3. Juli 2002 über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler, Geburtshuser und Pflegeheime in der Krankenversicherung [VKL], Änderungen per 1. Januar 2009 [nachfolgend: Kommentar BAG zur VKL-Revision 2009], S. 2 f. und 5).

E. 11.2.1

Nach Art. 10 Abs. 5 VKL müssen Spitäler und Geburtshuser zur Ermittlung der Kosten für Anlagenutzung eine Anlagebuchhaltung führen. Objekte mit einem Anschaffungswert von Fr. 10'000.- oder mehr gelten als Investitionen nach Art. 8 VKL und müssen in die Anlagebuchhaltung aufgenommen werden (Kommentar BAG zur VKL-Revision 2009, S. 5).

E. 11.2.2

Die Anlagebuchhaltung muss für jede Anlage mindestens die Angaben über das Anschaffungsjahr, die geplante Nutzungsdauer in Jahren, den Anschaffungswert, den Buchwert der Anlage am Anfang des Jahres, den Abschreibungssatz, die jährliche Abschreibung, den Buchwert der Anlage am Ende des Jahres, den kalkulatorischen Zinssatz, den jährlichen kalkulatorischen Zins sowie die jährlichen Anlagenutzungskosten als Summe der jährlichen Abschreibungen und der jährlichen kalkulatorischen Zinsen enthalten (Art. 10a Abs. 1 VKL). Für die OKP relevant sind die Anschaffungswerte der Anlagen. Das investierte Kapital wird kalkulatorisch verzinst, nicht jedoch das Umlaufkapital. Die OKP kann nicht den Wiederbeschaffungswert der Anlagen berücksichtigen, weil dieser auf Schätzungen beruht (Kommentar BAG zur VKL-Revision 2009, S. 5).

E. 11.2.3

Nach Art. 10a Abs. 2 VKL dürfen die zur Erfüllung des Leistungsauftrags betriebsnotwendigen Anlagen höchstens mit ihrem Anschaffungswert berücksichtigt werden. Als betriebsnotwendig gelten damit jene Anlagen, welche zur Erfüllung des Leistungsauftrags erforderlich sind. Anlagen für Nebenbetriebe (Cafeteria, Schule usw.) und die im Zusammenhang mit der Erfüllung des Leistungsauftrags nicht notwendigen Anteile an Grundstücken gelten beispielsweise nicht als betriebsnotwendig (Kommentar BAG zur VKL-Revision 2009, S. 5).

E. 11.2.4

Nach Art. 10a Abs. 3 VKL berechnen sich die maximalen jährlichen Abschreibungen bei linearer Abschreibung vom Anschaffungswert über die geplante Nutzungsdauer auf den Restwert Null. Diese Bestimmung hält fest, dass die Anlagen innerhalb eines einheitlichen Zeitraums auf null abgeschrieben werden. Je Anlagekategorie wird von den Spitälern eine einheitliche Nutzungsdauer festgelegt (Kommentar BAG zur VKL-Revision 2009, S. 5).

E. 11.2.5

Die kalkulatorische Verzinsung der für die Erbringung der stationären Leistungen erforderlichen betriebsnotwendigen Anlagen berechnet sich nach der Durchschnittswertmethode. Der Zinssatz beträgt 3.7 Prozent. Er wird periodisch überprüft (Art. 10a Abs. 4 VKL). Die Durchschnittswertmethode bedeutet, dass die Verzinsung vom halben Ausgangswert berechnet wird. Damit sind die kalkulatorischen Zinsen im Laufe der Zeit konstant. Der kalkulatorische Zinssatz wird auf der Basis des durchschnittlichen Kapitalkostensatzes (gewichteter Durchschnitt zwischen Eigen- und Fremdkapitalsatz) festgelegt. Er besteht aus zwei Komponenten. Die erste ist der risikolose Zinssatz, für den die durchschnittliche Rendite von Bundesobligationen mit einer Laufzeit von 10 Jahren während der letzten 60 Monate herangezogen wird. Die zweite ist die risikogerechte Entschädigung für den Spitalbereich. Diese ist als relativ stabil zu betrachten. Der kalkulatorische Zinssatz wird auf der Basis des durchschnittlichen Kapitalkostensatzes (gewichteter Durchschnitt zwischen Eigen- und Fremdkapitaleinsatz) festgelegt aufgrund folgender Parameter: Eigenkapitalkosten 6.65 %, Fremdkapitalkosten 3.15 %, Eigenkapitalquote 15 %, risikoloser Zinssatz per Juli 2008 2.65 %. Der kalkulatorische Zinssatz wird vom Bundesrat periodisch überprüft. Bei einer erheblichen Veränderung eines oder mehrerer Parameter kann er die Anpassung des Zinssatzes beschliessen (Kommentar BAG zur VKL-Revision 2009, S. 5 f.).

E. 11.2.6

Gemäss den Schlussbestimmungen der Änderung der VKL vom 22. Oktober 2008 können die vor dem Übergang zur Vergütung der Spitäler mittels leistungsbezogenen Pauschalen getätigten Investitionen in die Kostenermittlung miteinbezogen werden, wenn im Zeitpunkt des Übergangs eine Anlage mit ihrem aktuellen Buchwert in der Anlagebuchhaltung des Spitals oder der Anlagebuchhaltung erfasst ist (Abs. 1). Im Zeitpunkt des Übergangs darf der Buchwert nach Abs. 1 den Buchwert nicht übersteigen, der durch die Wertermittlung nach Art. 10a VKL zustande gekommen wäre (Abs. 2). Die Abschreibung erfolgt vom Buchwert mit der geplanten Restnutzungsdauer. Die kalkulatorischen Zinsen berechnen sich mittels Durchschnittswertmethode, wobei der Anschaffungswert durch den Buchwert im Zeitpunkt des Übergangs ersetzt wird (Abs. 3).

E. 11.2.7

Abs. 4 der Schlussbestimmungen der Änderungen der KVV vom 22. Oktober 2008 sieht vor, dass in Abweichung von den Schlussbestimmungen der Änderung der VKL vom 22. Oktober 2008 im Jahr 2012 die Abgeltung der Anlagenutzungskosten im Falle eines Vergütungsmodells vom Typus DRG mittels eines Zuschlags von 10 % auf den in den Tarifverträgen verhandelten Basispreisen erfolgt. Der Grund für diesen 10 %-Zuschlag liegt darin, dass die Anlagenutzungskosten noch nicht in die Tarifstruktur SwissDRG einbezogen werden konnten (vgl. Kommentar des BAG vom 2. November 2011 zu den per 1. Dezember 2011 eingeführten Änderungen der KVV; BVGE 2014/36 E. 4.9.5).

E. 11.3

Die Vorinstanz hat von den gesamten Betriebskosten der stationären KVG-Fälle Erwachsene die im Kostenträgerausweis nach REKOLE® ausgewiesenen Anlagenutzungskosten in der Höhe von Fr. 7'577'956.- in Abzug gebracht und danach einen pauschalen Zuschlag von Fr. 100.- je Leistungseinheit (Pflegetag) bei der Tagespauschale vorgenommen. Sie stützt sich dabei auf die Notiz der GDK «Anlagenutzungskosten Psychiatrie und Rehabilitation» vom 29. September 2011 (Beilage 3 zu BVGer-act. 10). Darin wird eine Abgeltung der Anlagenutzungskosten mittels Tagesansätzen innerhalb der Bandbreite von Fr. 70.- bis Fr. 100.- (Psychiatrie, Versorgungsniveau 1) bzw. von Fr. 60.- bis Fr. 90.- (Psychiatrie Versorgungsniveau 2) als sachgerecht angesehen. In ihrer Vernehmlassung hält die Vorinstanz ergänzend fest, dass es im vorliegenden Fall nicht relevant sei, ob die Beschwerdegegnerin die Anlagenutzungskosten VKL-konform ausgewiesen habe, da eine normative Ermittlung stattgefunden habe. Sie, die Vorinstanz, habe sich mangels besserer Daten bzw. Alternativen auf den Vorschlag der GDK gestützt. Dabei gelte es zu berücksichtigen, dass der Mittelwert der Anlagenutzungskosten pro Tag bei universitären Klinik gemäss der Notiz der GDK Fr. 113.- betrage, also oberhalb der vorgeschlagenen Bandbreite liege.

E. 11.4

Die Beschwerdeführerinnen machen geltend, dass die von der Vorinstanz vorgenommene Berechnung der Anlagenutzungskosten unzulässig sei. Zunächst sei zu berücksichtigen, dass das Modell ITAR_K für die Ermittlung der Anlagenutzungskosten nicht die Vorgaben der VKL berücksichtige, sondern diejenigen gemäss REKOLE®. Die auf diese Weise ermittelten Kosten könnten stark von der VKL abweichen, weil REKOLE® die Kosten nicht auf der Basis der Anschaffungswerte, sondern auf der Grundlage der Wiederbeschaffungswerte berechne. Da die Beschwerdegegnerin dieses Zahlenmaterial nicht detailliert ausweise, könne die Prüfung der Anlagenutzungskosten nicht vorgenommen werden. Die Beschwerdegegnerin habe eine sachliche Abgrenzung von der Finanzbuchhaltung zur Betriebsbuchhaltung in der Höhe von rund Fr. 1'500'000.- vorgenommen, die nicht nachvollziehbar sei. Aus welchem Grund diese Abgrenzung gemacht worden sei und ob sie der VKL entspreche, könne nicht überprüft werden. Die Vorinstanz habe keine genaue Prüfung der Anlagenutzungskosten vorgenommen, zumal sie mit einem normativen Zuschlag rechne. Der geltend gemachte Betrag für die Anlagenutzungskosten von Fr. 7'577'956.- werde bestritten. Dementsprechend müsse ein normativer Wert eingesetzt werden. Die ausgewiesenen Anlagenutzungskosten seien bei der Ermittlung der tarifrelevanten Kosten vollumfänglich zu subtrahieren und ein Zuschlag in der Höhe von 8 % zu berücksichtigen. Der von der Vorinstanz berechnete pauschale Zuschlag von Fr. 100.- pro Pflegetag übersteige in der Summe die von der Beschwerdegegnerin gemachten Anlagenutzungskosten und verletze damit die Grundsätze von Art. 59c KVV. Berücksichtige man, dass die Beschwerdegegnerin über keine kostenintensiven Räume wie Operationssäle, Geburtssäle, Überwachungsstationen etc. und auch über keine teuren Geräte verfüge, sei ein Zuschlag von 8 % sachgerecht. Im Vergleich dazu sei bei den akut-somatischen Einrichtungen ein Normzuschlag von 10 % vorgesehen.

E. 11.5

Die Beschwerdegegnerin führt im Zusammenhang mit den Anlagenutzungskosten aus, dass das Vorgehen der Vorinstanz im Ergebnis korrekt sei. Die Beschwerdeführerinnen hätten erst im Rahmen des Beschwerdeverfahrens die Höhe des Abzuges von Fr. 7'577'956.- mit der Begründung, dass sie diesen Betrag nicht überprüfen könnten, bestritten. Den

Versicherern seien jedoch alle geeigneten Unterlagen und Informationen abgegeben worden, die zum Nachvollzug der Tarifberechnung notwendig seien. Die Beschwerdeführerinnen hätten nie zusätzliche Unterlagen eingefordert. Ihre diesbezüglichen Rügen seien verspätet, nicht substantiiert und unglaubwürdig. Sie hätten selbst auf den angegebenen Betrag der ausgeschiedenen Anlagenutzungskosten von Fr. 7'577'956.- abgestellt und einen entsprechenden Abzug in ihrer Kalkulation vorgenommen. Die Vorinstanz erachte richtigerweise den 10 %-Zuschlag als nicht anwendbar. Dieser Zuschlag sei nur für die Festsetzung von Tarifen relevant, die auf der Grundlage einer DRG-Tarifstruktur festgelegt würden. Bei Institutionen, die mit einer Tagespauschale abrechneten, liege der Anteil der Anlagenutzungskosten an den Gesamtkosten typischerweise deutlich über 10 %, was anhand eines Rechnungsbeispiels illustriert wurde. Der Anteil der Anlagenutzungskosten sei in einem Akutspital viel kleiner als in einer Rehabilitations- oder Psychiatrieklinik. Dass sich die Vorinstanz an den Vorschlag der GDK gehalten und einen pauschalen Zuschlag von Fr. 100.- pro Tag vorgenommen habe, sei korrekt und sachgerecht.

E. 11.6

Das BAG vertritt den Standpunkt, dass weder das Vorgehen der Vorinstanz noch der Antrag der Beschwerdeführerinnen den gesetzlichen Bestimmungen entspreche. Der Zuschlag von 10 % komme bei der Anwendung von Tagespauschalen nicht zu Anwendung. Grundlage für die Abgeltung nach KVG sei die transparente Ermittlung und der Ausweis der Kosten der Anlagenutzungskosten nach den Regeln der VKL.

E. 11.7

Nicht zu beanstanden ist, dass die Vorinstanz die Abgeltung der Anlagenutzungskosten nicht in Form eines pauschalen Zuschlags von 10 % vorgenommen hat, wie er im Bereich der Akutsomatik angewendet wird. Aufgrund des klaren Wortlauts von Abs. 4 der Schlussbestimmungen der Änderungen der KVV vom 22. Oktober 2008 kommt diese Regelung nur bei einem Vergütungsmodell vom Typus DRG zur Anwendung, was vorliegend nicht der Fall ist.

E. 11.8

Zu prüfen ist folglich, ob das Vorgehen der Vorinstanz zur Ermittlung der Anlagenutzungskosten mit den Vorgaben der VKL in Einklang steht.

E. 11.8.1

Die VKL schreibt den Spitälern seit 2003 die Führung einer Anlagebuchhaltung vor; seit 2009 wurde der Ausweis der Anlagenutzungskosten zusätzlich konkretisiert (vgl. Antwort des Bundesrats vom 5. September 2012 auf die Interpellation von Ständerätin Pascale Bruderer Wyss Nr. 12.3453, Unterschiedliche Prinzipien der neuen Spitalfinanzierung). In den Akten befindet sich jedoch keine Anlagebuchhaltung der Beschwerdegegnerin im Sinn von Art. 10 Abs. 5 VKL.

E. 11.8.2

Auf dem Kostenträgerausweis nach REKOLE® (Version vom 25. August 2011; Beilage 6 zu act. 2) sind für den Kostenträger «reine stat. KVG inkl. ZV Fälle Erwachsene» Anlagenutzungskosten von Fr. 7'577'958.- ausgewiesen. Die Beschwerdeführerinnen bestreiten diesen Betrag. Obwohl sie diesen Betrag im vorinstanzlichen Verfahren nicht in Frage gestellt haben, ist entgegen der Ansicht der Beschwerdegegnerin nicht von einem

unzulässigen neuen Begehren im Sinn von Art. 53 Abs. 2 Bst. a KVG auszugehen, zumal die Beschwerdeführerinnen die von der Vorinstanz vorgenommene Berechnung der Anlagenutzungskosten und die Datengrundlage stets als nicht KVG-konform bemängelt haben.

E. 11.8.3

Die Beschwerdeführerinnen weisen zu Recht darauf hin, dass auf die ausgewiesenen Anlagenutzungskosten nicht ohne Weiteres abgestellt werden kann. In Bezug auf die Anlagenutzungskosten weichen die Vorgaben der VKL zum Teil von den betriebsbuchhalterischen Grundsätzen ab und sind aus diesem Grund nicht in allen Punkten mit REKOLE® kompatibel. Eine Abweichung besteht im Bewertungsverfahren. Während nach REKOLE® bei immobilien Sachanlagen für die Ermittlung der Abschreibungsbasis in der Regel der Brandversicherungswert heranzuziehen ist (vgl. Pascal Besson, REKOLE® - Betriebliches Rechnungswesen im Spital, 3. Aufl. 2008, 147 f.), fordert die VKL eine Bewertung nach dem Anschaffungswert. Zudem unterscheidet sich auch das Abschreibungsverfahren (vgl. Pascal Besson, Neues Kapital 7: Die Anlagebuchhaltung vom November 2012, [Bestandteil des Handbuchs REKOLE® - Betriebliches Rechnungswesen im Spital, 3. Aufl. 2008], S. 28 ff., www.hplus.ch Dienstleistungen Betriebswirtschaft/Rechnungswesen im Spital REKOLE® Handbuch > REK-Entscheide 2010; abgerufen am 24.02.2015). Laut einem von der SwissDRG AG bei der KPMG in Auftrag gegebenen Bericht zu den «Anlagenutzungskosten bei den Spitälern und Kliniken in der Schweiz» vom 23. Juli 2010 (www.swissdrg.org > Informationen zu Swiss DRG > Literatur > 2010; abgerufen am: 24.02.2015), seien bei den 126 Spitälern, deren Daten ausgewertet worden seien, die Anlagenutzungskosten nach REKOLE® im Schnitt um 33 % höher im Vergleich zu denjenigen nach VKL. Nicht alle Institutionen hätten aber in allen Bereichen Differenzen zwischen REKOLE® und VKL, so dass die Differenz bei allen Institutionen, welche REKOLE® anwendeten, bei 14 % liege (a.a.O., S. 9). Vorliegend kann nicht nachvollzogen werden, ob die Anlagenutzungskosten aufgrund des für die OKP relevanten Anschaffungswerts der Anlagen ermittelt wurden. Soweit ersichtlich, wurde diese Frage auch von der Vorinstanz nicht überprüft.

E. 11.8.4

Da in die Betriebsrechnung die kalkulatorischen Anlagenutzungskosten einfließen, hat gegenüber der Finanzbuchhaltung eine entsprechende Abgrenzung zu erfolgen (vgl. Empfehlungen zur Wirtschaftlichkeitsprüfung der GDK vom 12. Juli 2012, S. 4). Die Beschwerdeführerinnen bemängeln zu Recht, dass die vorgenommene sachliche Abgrenzung von der Finanzbuchhaltung zur Betriebsbuchhaltung in der Höhe von Fr. 1'470'722.- anhand der vorliegenden Unterlagen nicht nachvollziehbar ist und auch von der Vorinstanz nicht überprüft wurde.

E. 11.9

Aus dem Dargelegten folgt, dass aufgrund der Akten und dem angefochtenen Beschluss nicht nachvollziehbar ist, ob die ausgewiesenen Anlagenutzungskosten den Anforderungen der VKL entsprechen. Aufgrund der VKL-Vorgaben müsste die Beschwerdegegnerin grundsätzlich in der Lage sein, die für die Ermittlung der Anlagenutzungskosten nötigen Daten zu erheben. Soweit ersichtlich, hat die Vorinstanz diese aber nicht bei der Beschwerdegegnerin eingefordert. Reicht ein Spital nicht die für die Tariffestsetzung massgebenden Daten ein, hat die Kantonsbehörde diese zu verlangen (BVGE 2014/3 E.

3.6.3). Was die Anlagenutzungskosten betrifft, erweist sich der Sachverhalt demnach als unvollständig abgeklärt. Im Rahmen des eingeschränkten Untersuchungsgrundsatzes kann es nicht dem Gericht obliegen, die Rechnungslegung der Spitäler im Detail zu prüfen oder die effektiven Anlagenutzungskosten zu ermitteln, zumal auch von den Parteien keine geeigneten Beweismittel vorgebracht werden (vgl. BVGE 2014/36 E. 16.1.10).

E. 12

Strittig ist weiter der Abzug für Forschung und universitäre Lehre.

E. 12.1

Unbestritten ist, dass nach Art. 49 Abs. 3 KVG die Vergütungen nach Art. 49 Abs. 1 KVG keine Kostenanteile für gemeinwirtschaftliche Leistungen enthalten dürfen, wozu insbesondere die Forschung und universitäre Lehre gehören. Der neue Art. 49 Abs. 3 Bst. b KVG schliesst nur noch die universitäre Lehre und - wie bisher - die nicht universitäre und die universitäre Forschung aus, währendem aArt. 49 Abs. 1 KVG auch die Kosten für die nicht-universitäre Lehre ausschloss. Die Kosten der nicht-universitären Lehre sind nach neuem Recht in den von der OKP zu leistenden Vergütungen enthalten und daher in die Tagespauschale einzubeziehen. Strittig ist, ob auf den von der Beschwerdegegnerin ausgewiesenen oder den vom Kanton vergüteten Betrag abzustellen oder ein normativer Abzug vorzunehmen ist.

E. 12.2

Nach Art. 7 Abs. 1 VKL gelten als Kosten für die universitäre Lehre nach Art. 49 Abs. 3 Bst. b KVG die Aufwendungen für die theoretische und praktische Ausbildung der Studierenden eines im Bundesgesetz über die Medizinalberufe geregelten Medizinalberufes bis zum Erwerb des eidgenössischen Diploms (Bst. a) sowie die Weiterbildung der Studierenden nach Buchstabe a bis zur Erlangung des eidgenössischen Weiterbildungstitels (Bst. b). Mit Blick auf das Ziel einer einheitlichen Ausscheidung von Kosten für universitäre Lehre rechtfertigt es sich, Art. 49 Abs. 3 Bst. b KVG in dem Sinne auszulegen, dass nur die Kosten für erteilte universitäre Weiterbildung im Sinn von Art. 7 Abs. 1 Bst. b VKL als gemeinwirtschaftliche Leistungen auszuscheiden sind, solange der Verordnungsgeber keine abweichenden Vorschriften erlässt (BVGE 2014/3 E. 6.6.3).

E. 12.3

Als Kosten für die Forschung nach Art. 49 Abs. 3 KVG gelten die Aufwendungen für systematische schöpferische Arbeiten und experimentelle Entwicklung zwecks Erweiterung des Kenntnisstandes sowie deren Verwendung mit dem Ziel, neue Anwendungsmöglichkeiten zu finden. Darunter fallen Projekte, die zur Gewinnung wissenschaftlicher Erkenntnisse sowie zur Verbesserung der Prävention, der Diagnostik und Behandlung von Krankheiten ausgeführt werden (Art. 7 Abs. 2 VKL).

E. 12.4

Als Kosten für die universitäre Lehre und für die Forschung gelten auch die indirekten Kosten sowie die Aufwendungen, die durch von Dritten finanzierte Lehr- und Forschungstätigkeiten verursacht werden (Art. 7 Abs. 3 VKL).

E. 12.5

Die Vorinstanz hat einen subsidiären Abzug für Forschung und universitäre Lehre in der Höhe von Fr. 7'098'210.- vorgenommen. Sie führt im angefochtenen Beschluss dazu aus,

dass die von der Universität finanzierte Lehre und Forschung von der Beschwerdegegnerin aus den Betriebskosten ausgeschieden und dem separaten Kostenträger Lehre und Forschung zugewiesen worden sei. Das Gesundheitsdepartement finanziere im Jahr 2012 maximal Fr. 12'000'000.- an die nicht durch die Tarife für die beiden Kostenträger KVG Erwachsene und KVG Kinder gedeckten Kosten für universitäre Lehre und Forschung (inkl. Weiterbildung). Dieser Betrag proportional auf die beiden Kostenträger verteilt, ergebe für den Kostenträger KVG Erwachsene einen Abzug von Fr. 11'007'219.-. Der bereits ausgeschiedene Teil für Lehre und Forschung werde allen Kostenträgern proportional zu den Kosten gemäss BeBu, Stückrechnung angerechnet. Für die beiden Kostenträger KVG Erwachsene und KVG/Zusatzversicherte Erwachsene der stationären Fälle ergebe sich daraus eine Anrechnung von Fr. 3'909'009.-. Nach dieser Anrechnung belaufe sich der subsidiäre Abzug für universitäre Lehre und Forschung auf Fr. 7'098'210.- (Fr. 11'007'219.- abzüglich Fr. 3'909'009.-). Das entspreche rund 13.5 % der Betriebskosten von Fr. 52'496'465.-. In einem Bericht des Bundesamtes für Statistik würden die Kosten für universitäre Lehre und Forschung zwischen 9 % und 14 % veranschlagt. Der vorgenommene Abzug liege also in der vom Bundesamt für Statistik hergeleiteten Bandbreite. Ein Normabzug nach der Methode der Rechtsprechung von 25 % bzw. 23 % liege jenseits einer realistischen Grösse.

E. 12.6

Die Beschwerdeführerinnen verlangen, dass ein normativer Abzug von 23 % (vom Zwischentotal I) vorzunehmen sei. Sie rügen, dass die Vorinstanz und die Beschwerdegegnerin von der falschen Annahme ausgehen würden, dass die Beiträge des Kantons Basel-Stadt für Lehre und Forschung an die Beschwerdegegnerin die effektiven Kosten darstellen würden. Da die effektiven Kosten nicht hätten ermittelt werden können, sei gemäss ständiger Rechtsprechung ein normativer Abzug auf den Betriebskosten vorzunehmen. Die Kantonsbeiträge, die im ITAR_K in der Spalte der Kostenträger Lehre und Forschung als Kosten ausgewiesen würden, seien bereits in den Gesamtkosten enthalten, ansonsten würde die Beschwerdegegnerin diesen Anteil nicht von den Gesamtkosten in Abzug bringen. Eine Aufrechnung sei daher nicht zulässig. Es sei auch nicht nachvollziehbar, weshalb der Abzug von der Vorinstanz und der Beschwerdegegnerin unterschiedlich sei. Die Abgeltung, welche die Beschwerdegegnerin vom Kanton erhalte, sei für die Bestimmung der Kosten irrelevant. Da es die Beschwerdegegnerin unterlassen habe, die effektiven Kosten für Lehre und Forschung zu ermitteln, seien die effektiven Kosten unbekannt. Der von der Vorinstanz vorgenommene Abzug entspreche lediglich rund 13.5 % der Betriebskosten. Gemäss dem Spitaltaxmodell der tarifsuisse sei ein normativer Abzug von 23 % für die Kosten der universitären Lehre und Forschung vorzunehmen. Dieser Abzug basiere auf dem Urteil des Bundesverwaltungsgerichts C-3940/2009 vom 20. Juli 2010 und den Empfehlungen der Preisüberwachung.

E. 12.7

Die Beschwerdegegnerin bringt vor, die Beschwerdeführerinnen würden übersehen, dass die Vorinstanz im Ergebnis genau den geforderten Abzug von 23 % vornehme. Da der normative Abzug von 23 % zu einer massiven Finanzierungslücke bei den baselstädtischen Spitälern führe, habe der Regierungsrat dem Grossen Rat eine entsprechende Rahmenausgabebewilligung zum Ausgleich der von den Krankenversicherern geforderten normativen Abzüge für Lehre und Forschung beantragt. Der normative Abzug für die Beschwerdegegnerin sei auf Fr. 20'300'000.- geschätzt worden. Von der Universität Basel

erhalte die Beschwerdegegnerin aus Leistungsaufträgen nur rund Fr. 8'300'000.-. Dieser Betrag sei in der Kostenstellenrechnung bereits ausgeschieden. Um der Forderung nach einem Normabzug von Fr. 20'300'000.- gerecht zu werden, müsse somit ergänzend noch ein Abzug von weiteren Fr. 12'000'000.- vorgenommen werden. Die Vorinstanz habe diesen weiteren Abzug proportional zum Leistungsvolumen auf alle Kostenträger verteilt und einen entsprechenden Abzug gemacht. Auf die hier relevanten Kostenträger «reine stat. KVG inkl. ZV Fälle Erwachsene» entfalle ein Teilbetrag von Fr. 7'098'210.-. Demzufolge sei der von den Beschwerdeführerinnen geforderte normative Abzug in der Höhe von 23 % vollständig vorgenommen und die diesbezügliche Rüge laufe ins Leere. Im Übrigen wäre ein normativer Abzug angesichts der Qualität der vorliegenden Kostendaten ohnehin nicht geboten.

E. 12.8

Das BAG führt aus, dass es die von der Vorinstanz vorgenommene Berechnung des Abzugs für Forschung und universitäre Lehre nicht nachvollziehen könne. Es sei unklar, weshalb für die Festsetzung des subsidiären Abzugs eine Reduktion (anteilmässige Anrechnung des Abzugs) angewendet werde, welche aufgrund einer Zahl (Fr. 7'381'115.-) betreffend Lehre und Forschung aus der Kostenträgerrechnung berechnet sei. Dies, obwohl die Berechnung des subsidiären Abzugs von der Finanzierungslücke ausgehe. Zudem seien die angewendeten Verteilgrössen nicht nachvollziehbar. Auch sei nicht nachvollziehbar, warum nicht ein normativer Abzug von 23 % angewendet worden sei. Die Kostenrechnung nach den Vorgaben der VKL sollte es erlauben, die Kosten der «Nicht KVG-Leistungen» wie die Forschung und die universitäre Lehre von den Kosten der «KVG-Leistungen» auszuscheiden. Die effektiven Kosten für Forschung und universitäre Lehre seien aufgrund einer Kostenrechnung nach KVG zu ermitteln. Die Verwendung von Werten im Sinne von Finanzierungsbeiträgen erfülle die Vorgaben an die Ermittlung der Kosten nicht. Überdies seien für die Erfüllung der gesetzlichen Vorgaben nicht nur die Kosten der ärztlichen Weiterbildung, sondern umfassend die Kosten der Forschung und der universitären Lehre nach der Definition von Art. 7 VKL zu ermitteln. Daher sei die Anwendung eines Abzugssatzes erforderlich. Der anwendbare Satz solle den Werten nach den ab 2012 geltenden Empfehlungen der Preisüberwachung - auch beim Fehlen einer spezifischen Empfehlung für die Psychiatrie - entsprechen. In der Änderung der Definition der Lehre gegenüber dem vorherigen Recht liege kein Grund, welcher zu einer unterschiedlichen Beurteilung gegenüber dem Urteil des Bundesverwaltungsgerichts vom 20. Juli 2010 (C-3940/2009 E. 5.5.2) führen könnte, wonach in den Bereichen Akutsomatik und Psychiatrie die gleichen Pauschalabzüge für Lehre und Forschung anwendbar seien.

E. 12.9

Die Spitäler sind verpflichtet, die Kosten der OKP-pflichtigen Leistungen transparent auszuweisen. Dies ist nur möglich, wenn auch die Kosten für nicht OKP-pflichtige Leistungen transparent ausgeschieden werden (vgl. BVGE 2014/3 E. 6.4). Sowohl durch die Spitäler als auch durch die Festsetzungs- und Genehmigungsbehörde ist daher sicherzustellen, dass transparent und nachvollziehbar dargestellt wird, mit welcher Methode und in welcher Höhe diese Kostenanteile abgegrenzt wurden. ITAR_K sieht für die universitäre Lehre und Forschung eigene Kostenträger vor, und auch die GDK empfiehlt die Erfassung dieser Kosten auf einem separaten Kostenträger. Soweit die entsprechenden Kostenträger nicht alle Kosten für universitäre Lehre und Forschung enthielten, müsse ein entsprechender Abzug auf dem Kostenträger «Stationäre Leistungen KVG» vorgenommen

werden (GDK-Empfehlungen zur Wirtschaftlichkeitsprüfung S. 4 f.). Auch im Verwaltungsverfahren zur Festsetzung oder Genehmigung von Spitaltarifen muss für die Parteien transparent nachvollziehbar sein, wie die nicht OKP-pflichtigen Kosten ausgeschieden wurden (vgl. BVGE 2014/36 E. 16.1.4). Zur Ausscheidung der gemeinwirtschaftlichen Leistungen sind die tatsächlichen Kosten der universitären Lehre und Forschung möglichst realitätsnahe zu ermitteln oder datenbasiert abzuschätzen. Den Spitälern steht es nicht frei, ob sie die Kosten für universitäre Lehre und Forschung ausscheiden wollen oder einen normativen Abzug bevorzugen (BVGE 2014/3 E. 6.4.4).

E. 12.10

Aus den Akten ergibt sich, dass die Beschwerdegegnerin laut dem Kostenträgerausweis nach REKOLE® Kosten in der Höhe von Fr. 7'381'115.- aus den Betriebskosten ausgeschieden und dem Kostenträger «Lehre und Forschung» zugewiesen hat. Sofern sämtliche Kosten für universitäre Lehre und Forschung ausgeschieden und auf diesen Kostenträger gebucht worden sind, ist kein weiterer Abzug auf dem Kostenträger «reine stat. KVG inkl. ZV Fälle Erwachsene» nötig (vgl. Empfehlungen der GDK zur Wirtschaftlichkeitsprüfung vom 12. Juli 2012, S. 4). Da die Vorinstanz noch einen weiteren Abzug vornimmt, geht sie davon aus, dass der Kostenträger «Lehre und Forschung» nur einen Teil der effektiven Kosten für universitäre Lehre und Forschung enthält. Ebenso deuten die Ausführungen der Beschwerdegegnerin darauf hin, dass nicht die gesamten effektiven Kosten der universitären Lehre und Forschung ausgeschieden wurden.

E. 12.11

Die Vorinstanz hat zur Ermittlung des Abzugs für universitäre Lehre und Forschung zunächst von den Betriebskosten einen Abzug von Fr. 11'007'219.- vorgenommen. Dabei handelt es sich um den auf den Kostenträger «reine stat. KVG inkl. ZV Fälle Erwachsene» fallenden Anteil des Kantonsbeitrags von insgesamt Fr. 12'000'000.-. Es ist nicht überprüfbar, ob die vom Kanton überwiesenen Beiträge die effektiven Kosten für universitäre Lehre widerspiegeln. Aus dem Ratschlag der Vorinstanz vom 29. September 2011 betreffend Rahmenausgabenbewilligung für die Finanzierung der gemeinwirtschaftlichen und ungedeckten Leistungen in baselstädtischen Spitälern für die Jahre 2012 und 2013 (Beilage 10 zu BVGer-act. 11) ergibt sich vielmehr, dass der Kantonsbeitrag nicht aufgrund der effektiven Zahlen der Beschwerdegegnerin, sondern ausgehend von der erwarteten Deckungslücke ermittelt wurde. Von der kantonalen Abgeltung sind zudem die Kosten für Forschung nicht erfasst. Die Kostenermittlung kann jedoch nicht auf einer Finanzierungslücke basieren, sondern hat anhand der erbrachten Leistungen für universitäre Lehre und Forschung und der dadurch entstandenen Kosten zu erfolgen. Der Kantonsbeitrag kann daher für die Berechnung des Abzugs für universitäre Lehre und Forschung nicht massgebend sein, da die effektiven Kosten zu berücksichtigen sind (vgl. BVGE 2014/36 E. 16.1.6, RKUV 4/2008 309 E. 10.1.2). Auf die vom Kanton gewährten Beiträge kann auch deshalb nicht abgestellt werden, weil die für die Tarifberechnung relevanten Betriebskosten grundsätzlich im Basisjahr 2010 zu ermitteln sind, die in Frage stehenden Abgeltungen indessen das Jahr 2012 betreffen und nicht ersichtlich ist, auf den Daten welchen Jahres diese beruhen (vgl. BVGE 2014/3 E. 6.4.2). Insgesamt kann daher nicht auf die von der Vorinstanz vorgenommene Berechnung des Abzugs für Forschung und universitäre Lehre abgestellt werden. Daher ist auch auf die vom BAG geäußerte Kritik an der nicht nachvollziehbaren Zuweisung der im Kostenträgerausweis im entsprechenden Kostenträger ausgeschiedenen Kosten für

universitäre Lehre und Forschung auf den Kostenträger «reine stat. KVG inkl. ZV Fälle Erwachsene» nicht weiter einzugehen.

E. 12.12

Aufgrund der VKL- und REKOLE®-Vorgaben müsste die Beschwerdegegnerin grundsätzlich in der Lage sein, die für die Kostenausscheidung massgebenden Daten zu liefern (vgl. BVGE 2014/3 E. 6.5). Diese wurden von der Vorinstanz jedoch nicht verlangt. Was die Kosten für Forschung und universitäre Lehre betrifft, erweist sich der Sachverhalt demnach ebenfalls als unvollständig abgeklärt. Im Rahmen des eingeschränkten Untersuchungsgrundsatzes kann es auch hier nicht dem Gericht obliegen, die Rechnungslegung der Spitäler im Detail zu prüfen oder die effektiven Kosten der universitären Lehre und Forschung zu ermitteln, zumal auch von den Parteien keine geeigneten Beweismittel vorgebracht werden (vgl. BVGE 2014/36 E. 16.1.10).

E. 12.13

Ein normativ ermittelter Abzug für die entstandenen Kosten der Forschung und universitären Lehre wäre allenfalls dann vorzunehmen, wenn es der zuständigen Kantonsbehörde nicht gelingen sollte, vom betreffenden Spital die entscheidenderheblichen (transparenten) Daten zu erhalten. In diesem Fall müsste der normative Abzug so angesetzt sein, dass das Spital mit Sicherheit keinen Vorteil daraus ziehen kann, dass es - entgegen den Vorschriften - keine transparenten Daten eingereicht hat. Wie hoch dieser Normabzug anzusetzen wäre, ist vorliegend nicht zu beurteilen.

E. 13

Weiter umstritten ist der Abzug der Kosten des Betriebs eines Spital-Sozialdienstes unter dem Titel gemeinwirtschaftliche Leistungen.

E. 13.1

Zu dem gemeinwirtschaftlichen Leistungen - deren Kosten nicht in die Tagespauschale einfließen dürfen - gehören gemäss expliziter gesetzlicher Regelung nicht nur die universitäre Lehre und Forschung, sondern auch die Aufrechterhaltung von Spitalkapazitäten aus regionalpolitischen Gründen (Art. 49 Abs. 3 Bst. a KVG). Die Aufzählung im Gesetz ist aber nicht abschliessend, wie sich aus dem Wort «insbesondere» ergibt (BVGE 2014/3 E. 7.1). Die Qualifikation des Betriebs eines Spital-Sozialdienstes als gemeinwirtschaftliche Leistung im Sinn von Art. 49 Abs. 3 KVG ist unter den Parteien nicht bestritten (vgl. auch Ratschlag vom 29. September 2011 betreffend Rahmenausgabenbewilligung für die Finanzierung der gemeinwirtschaftlichen und ungedeckten Leistungen in baselstädtischen Spitälern für die Jahre 2012 und 2013, S. 4 [Beilage 10 zu BVGer-act. 11]; siehe auch BVGE 2014/36 E. 16.3). Umstritten ist die Höhe des vorzunehmenden Abzugs.

E. 13.2

Die Vorinstanz hält im angefochtenen Beschluss fest, dass die Beschwerdegegnerin für das Betreiben eines Spital-Sozialdienstes vom Kanton einen Beitrag von Fr. 2'158'000.- erhalten habe. Dieser Betrag werde in Relation zu den Nettobetriebskosten I (ITAR_K-Modell: Zeile 27) auf die stationären Kostenträger exkl. Forensik verteilt. Für die stationären KVG-Fälle (Erwachsene) ergebe sich daraus ein Abzug von Fr. 1'906'380.-.

E. 13.3

Die Beschwerdeführerinnen bringen vor, dass Zahlungen für gemeinwirtschaftliche Leistungen (Sozialdienst, Übersetzungen, etc.) für die Tarifiermittlung auszuschneiden seien. Während den Tarifverhandlungen habe die Beschwerdegegnerin verschwiegen, dass sie Beiträge für gemeinwirtschaftliche Leistungen erhalte, weshalb der Tariffestsetzungsantrag habe überarbeitet werden müssen. Im Festsetzungsgesuch der Beschwerdegegnerin werde der Kantonsbeitrag mit Fr. 2'684'412.- aufgeführt. Die Vorinstanz gehe dagegen von einem abzuziehenden Betrag von Fr. 1'906'308.- aus. Es sei nicht nachvollziehbar, weshalb die Vorinstanz vom Betrag, welchen die Beschwerdegegnerin aufführe, abweiche. Es sei daher der höhere Betrag, der im Festsetzungsgesuch der Beschwerdegegnerin aufgeführt werde, in Abzug zu bringen.

E. 13.4

Die Beschwerdegegnerin führt aus, dass der Grosse Rat des Kantons Basel-Stadt erst am 8. Februar 2012 beschlossen habe, Ausgaben für die Finanzierung gemeinwirtschaftlicher Leistungen zu bewilligen. Entsprechend habe sie in den Tarifverhandlungen noch nichts von den Beiträgen des Kantons gewusst und habe diesen Umstand erst in ihrer Eingabe vom 10. April 2012 darlegen können. Im Rahmen dieser Eingabe sei ein Betrag von Fr. 2'684'412.- ausgewiesen worden. Dieser Betrag sei durch eine anteilmässige Aufteilung des vom Kanton maximal in Aussicht gestellten Betrages von Fr. 4'710'000.- auf die verschiedenen Kostenträger errechnet worden. In der Folge habe sie aber nicht den gesamten Betrag, sondern bloss Fr. 2'158'000.- vom Kanton erhalten. Entsprechend sei nur dieser Betrag anteilmässig auf die verschiedenen Kostenträger verteilt und in Abzug gebracht worden. Das Vorgehen der Vorinstanz sei daher korrekt.

E. 13.5

Das BAG hält fest, dass richtigerweise auch die Kosten der gemeinwirtschaftlichen Leistungen in der Kostenträgerrechnung ausgeschieden werden müssten. Hier sei stattdessen ein Gesamtbetrag für das Spital auf die Kostenträger verteilt worden, was impliziere, dass die soziale Krankenversicherung die eventuelle Finanzierungslücke bei der gemeinwirtschaftlichen Leistungen übernehme, was nicht zulässig sei.

E. 13.6

Die Beschwerdegegnerin hat laut dem Kostenträgerausweis nach REKOLE® Kosten in der Höhe von Fr. 6'875'306.- aus den Betriebskosten ausgeschieden und dem Kostenträger «übrige Aufträge an Dritte, inkl. GWL» zugewiesen. Falls dieser Kostenträger die Kosten des Betriebs des Spital-Sozialdienstes ausschneiden würde, wäre kein weiterer Abzug auf dem Kostenträger «reine stat. KVG inkl. ZV Fälle Erwachsene» vorzunehmen. Ob im Kostenträger «übrige Aufträge an Dritte, inkl. GWL» auch die Kosten des Betriebs des Sozialdienstes ausgeschieden sind, wurde von der Vorinstanz soweit ersichtlich nicht überprüft und ist aufgrund der Akten für das Bundesverwaltungsgericht nicht nachvollziehbar. Da die Vorinstanz jedoch einen Abzug vornimmt, geht sie offenbar davon aus, dass die Kosten nicht ausgeschieden wurden.

E. 13.7

Die Vorinstanz hat zur Ermittlung des Abzugs für die Kosten des Betriebs eines Sozialdienstes von den Betriebskosten einen Abzug von Fr. 1'906'380.- vorgenommen. Dabei handle es sich um den auf den Kostenträger «reine stat. KVG inkl. ZV Fälle Erwachsene» fallenden Anteil des Kantonsbeitrags von insgesamt Fr. 2'158'000.-. Es ist nicht überprüfbar, ob der vom Kanton überwiesene Beitrag aufgrund der effektiven Kosten

des Sozialdienstes ermittelt wurde. Aus dem Ratschlag der Vorinstanz vom 29. September 2011 betreffend Rahmenausgabenbewilligung für die Finanzierung der gemeinwirtschaftlichen und ungedeckten Leistungen in baselstädtischen Spitälern für die Jahre 2012 und 2013 (Beilage 10 zu BVGer-act. 11) ergibt sich vielmehr, dass der Kantonsbeitrag nicht aufgrund der effektiven Zahlen der Beschwerdegegnerin, sondern ausgehend von der erwarteten Deckungslücke ermittelt wurde. Die Kostenermittlung kann aber auch hier - wie beim Abzug für Lehre und universitäre Forschung (E. 12.11) - nicht auf einer Finanzierungslücke basieren, sondern hat anhand der erbrachten Leistungen für den Betrieb des Spitalsozialdienstes und der dadurch entstandenen Kosten zu erfolgen. Der Kantonsbeitrag kann daher für die Berechnung des Abzugs für den Betrieb eines Sozialdienstes nicht massgebend sein, da die effektiven Kosten zu berücksichtigen sind (vgl. BVGE 2014/36 E. 16.1.6, RKUV 4/2008 309 E. 10.1.2). Auf die vom Kanton gewährten Beiträge kann auch deshalb nicht abgestellt werden, weil die für die Tarifberechnung relevanten Betriebskosten grundsätzlich im Basisjahr 2010 zu ermitteln sind, die in Frage stehenden Abgeltungen indessen das Jahr 2012 betreffen und nicht ersichtlich ist, auf welchen Daten diese beruhen (vgl. BVGE 2014/3 E. 6.4.2). Insgesamt kann daher nicht auf die von der Vorinstanz vorgenommene Berechnung des Abzugs der Kosten für den Betrieb eines Sozialdienstes abgestellt werden.

E. 13.8

Die für eine Kostenausscheidung massgebenden Daten wurden von der Vorinstanz bei der Beschwerdegegnerin nicht eingefordert. Was die Kosten für den Sozialdienst betrifft, erweist sich der Sachverhalt demnach ebenfalls als unvollständig abgeklärt. Die Ermittlung der effektiven Kosten für gemeinwirtschaftliche Leistungen kann auch hier nicht dem Gericht obliegen (s. oben E. 11.9 und 12.12).

E. 14

Zu prüfen ist sodann der Abzug für Hotellerie-Mehrkosten für Zusatzversicherte.

E. 14.1

Nicht strittig ist, dass zur Bestimmung der Tagespauschale die Mehrkosten der Behandlung von Zusatzversicherten (insbesondere Hotellerie) nicht berücksichtigt werden dürfen (vgl. BVGE 2014/3 E. 3.7). Die Verfahrensbeteiligten sind sich jedoch nicht einig, wie dieser Abzug zu bestimmen ist.

E. 14.2

Die Vorinstanz hat einen Abzug für Hotellerie-Mehrkosten für Zusatzversicherte von Fr. 247'440.- vorgenommen. Im angefochtenen Beschluss hält sie dazu fest, dass der Anteil Pflage der Zusatzversicherten im Jahr 2010 bei der Beschwerdegegnerin 8.1 % betragen habe. Die Beschwerdegegnerin habe in ihrem Tarifantrag einen Abzug von Fr. 247'440.- geltend gemacht. Dieser Betrag erscheine plausibel und gerechtfertigt, zumal die GDK-Ost davon ausgehe, dass bei Halbprivatpatienten Mehrkosten von Fr. 800.- und bei Privatpatienten von Fr. 1'000.- pro Austritt entstünden, was bei den Patientenzahlen der Beschwerdegegnerin einen Abzug von Fr. 209'000.- ergäbe.

E. 14.3

Die Beschwerdeführerinnen bringen vor, dass die Beschwerdegegnerin die Kosten- und Leistungsdaten von grund- und zusatzversicherten Patienten nicht getrennt ausweise, weshalb es unmöglich sei, die Mehrkosten der zusatzversicherten Patienten zu ermitteln.

E. 14.4

Die Beschwerdegegnerin hat im ITAR_K beim Kostenträger «reine stat. KVG inkl. ZV Fälle Erwachsene» einen Abzug von Fr. 247'440.- vorgenommen. Die Vorinstanz hat auf diese von der Beschwerdegegnerin ausgewiesenen Mehrkosten abgestellt, nachdem sie eine Plausibilisierung anhand der Anzahl der zusatzversicherten Patienten und der Normabzüge von CHF 800.- für Halbprivat-Patienten und CHF 1'000.- für Privat-Patienten vorgenommen hat. Dieses Vorgehen ist vertretbar (vgl. BVGE 2014/36 E. 15.6).

E. 15

Umstritten ist weiter die bei der Tarifberechnung zu berücksichtigende Teuerung.

E. 15.1

Die Vorinstanz hat im angefochtenen Beschluss eine Teuerung von 1.2 % berücksichtigt. Sie hält fest, dass das ITAR_K-Modell V.2.0 die Teuerung über zwei Jahre berücksichtige, d.h. die Teuerung des Kalkulationsjahres (2010) und die prognostizierte Teuerung des Folgejahres (2011). Für die Herleitung der Teuerung werde sowohl der Landesindex der Konsumentenpreise (LIK) als auch der Schweizerische Lohnindex (SLI) berücksichtigt (Mischindex). Das ITAR_K-Modell sehe eine gewichtete, normierte Teuerung vor, d.h. die Teuerung der Sachkosten gemäss LIK werde zu 30 % und die Lohnkosten gemäss SLI zu 70 % gewichtet. Zum Zeitpunkt der Festsetzung habe das Gesundheitsdepartement die effektive Teuerung 2010/2011 berücksichtigt und keine Prognosewerte.

E. 15.2

Die Beschwerdeführerinnen machen geltend, dass nicht die Teuerung über zwei Jahre berücksichtigt werden dürfe, sondern nur diejenige des Jahres 2010. Gemäss Spitaltaxmodell sei mit einer gewichteten Teuerung 2010 (mittlere Jahresteuernung bei 0.7 %, Lohnkostenindex bei 0.9 %) von 0.8608 % zu rechnen.

E. 15.3

Die Beschwerdegegnerin ist der Ansicht, dass das Vorgehen der Vorinstanz sachgerecht und nicht zu beanstanden sei. Die noch unter dem alten Recht ergangene Gerichtspraxis zur Teuerung dürfe nicht ohne weiteres auf das neue Krankenversicherungsrecht mit der Leistungsfinanzierung übertragen werden. Der im vorliegenden Verfahren festzusetzende Tarif per 1. Januar 2012 für das gesamte Jahr 2012 müsse unter Berücksichtigung der durchschnittlichen Teuerung für das Jahr 2012, das heisse der Teuerung per 30. Juni 2012 festgesetzt werden, weshalb bei der Teuerung von zwei Jahren und nicht bloss von einem Jahr auszugehen sei.

E. 15.4

Das BAG hält fest, dass gemäss dem Urteil des Bundesverwaltungsgerichts vom 17. Dezember 2009 (C-536/2009, C-569/2009) kein Anspruch auf einen automatischen Ausgleich der Teuerung bestehe. Bei einer Anpassung des Tarifs seien wieder die effektiv ausgewiesenen Kosten zu berücksichtigen. Im vorliegenden Fall seien auf die für das Jahr 2010 ausgewiesenen Kosten die prognostizierte Teuerung für das Jahr 2011 anzuwenden, um den Tarif des Jahres 2012 zu bestimmen. Die Anwendung der Teuerung über zwei Jahre verletze die von der Rechtsprechung aufgestellten Grundsätze.

E. 15.5

Für die Tarifberechnung massgebend ist weiterhin die gewichtete Teuerung für das Jahr x-1 bzw. vorliegend für das Jahr 2011. Dabei ist für den Personalaufwand auf den Nominallohnindex 2011 und für den Sachaufwand auf den Landesindex der Konsumentenpreise (LIK) 2011 abzustellen (BVGE 2014/3 E. 8.1). Bei den ausgewiesenen Werten für die Lohnteuering von + 1 % und der allgemeinen Teuerung (LIK) von + 0.2 % und einer Gewichtung von 70 % (Lohnteuering) zu 30 % (allgemeine Teuerung), ist eine Teuerung von 0.76 % zu berücksichtigen. Die Vorinstanz wird ihre Tarifberechnung dahingehend zu korrigieren haben.

E. 16

Sodann ist zu prüfen, ob ein Intransparenzabzug und ein Überkapazitätsabzug vorzunehmen sind.

E. 16.1

Die Beschwerdeführerinnen verlangen, dass ein Intransparenzabzug in der Höhe von 4 % vorzunehmen ist. Im Falle der Beschwerdegegnerin seien aus verschiedenen Gründen die Voraussetzungen an Qualität, Nachvollziehbarkeit und Vollständigkeit der Daten nicht erfüllt. Die Kosten- und Leistungsdaten der Beschwerdegegnerin seien nicht transparent und genügen den Anforderungen der VKL nicht. Die Beschwerdegegnerin wäre verpflichtet gewesen, die in der VKL definierten Unterlagen ab dem 1. Mai des Folgejahres bereit zu halten. Dieser Termin sei trotz entsprechender Aufforderung gegenüber der Vereinigung Nordwestschweizer Spitäler um vier Monate verpasst worden. Es sei daher die am 1. Mai 2011 vorliegende Situation, das heisse der damalige Stand der Transparenz für die Bestimmung des Kostendeckungsgrades massgeblich. Die Beschwerdeführerinnen verlangen zudem, dass das Bundesverwaltungsgericht prüfe, ob gemäss Spitaltaxmodell ein Abzug für Überkapazität vorgenommen werden müsse. Aufgrund der intransparenten Daten habe sie selbst nicht prüfen können, ob allfällige Betriebskostenanteile aus Überkapazität vorhanden seien.

E. 16.2

Die Beschwerdegegnerin geht davon aus, dass pauschale Abzüge wegen Intransparenz und Überkapazität im Widerspruch zum System der Leistungsfinanzierung stünden. Die Vorinstanz habe daher zu Recht keine solchen Abzüge vorgenommen.

E. 16.3

Das BAG ist der Ansicht, dass es sich bei den Gesamtkosten von Fr. 62'758'633.- um keine transparenten OKP-Kosten handle, welche Grundlage für die Tarifiermittlung sein könnten. Daher sei ein Intransparenzabzug notwendig. Eventuelle aus der Intransparenz der Kosten zurückzuführende Deckungslücken blieben zu Lasten der Leistungserbringer, welche die gesetzlichen Bestimmungen zur Kostenermittlung und zur Leistungserfassung nicht erfüllen würden.

E. 16.4

Im System der neuen Spitalfinanzierung auf der Grundlage der Tarifstruktur SwissDRG ist bei der Ermittlung der benchmarking-relevanten Betriebskosten (also vor dem Benchmarking) kein Intransparenzabzug vorzunehmen (BVGE 2014/3 E. 9.2.2). Wie zu verfahren ist, wenn - wie im Bereich der Psychiatrie - kein rechtskonformes Benchmarking möglich ist, ist vorliegend nicht zu entscheiden. Die Frage nach einem Intransparenzabzug stellt sich erst dann, wenn es der Vorinstanz nicht gelingt, im Rahmen des

Tariffestsetzungsverfahrens die entscheidenden Daten der Beschwerdegegnerin zu erheben (vgl. BVGE 2014/3 E. 9.2.2).

E. 16.5

Auf den Antrag auf Vornahme eines Überkapazitätsabzugs, der erstmals im Beschwerdeverfahren vorgebracht und zudem nicht substantiiert wird, ist nicht einzugehen (Art. 53 Abs. 2 Bst. a KVG).

E. 17

Schliesslich ist zu prüfen, ob das Vorgehen der Vorinstanz bei der Festsetzung der umstrittenen Tagespauschale vor dem Gebot der Wirtschaftlichkeit standhält.

E. 17.1

Nach Art. 46 Abs. 4 KVG ist bei der Genehmigung von Tarifen eine Wirtschaftlichkeitsprüfung erforderlich. Das Gebot der Wirtschaftlichkeit ist auch bei der Tariffestsetzung zu beachten (Art. 32 KVG, BVGE 2014/3 E. 10.3.1 und 2010/25 E. 7). Die Spitaltarife orientieren sich an der Entschädigung jener Spitäler, welche die tarifierte obligatorisch versicherte Leistung in der notwendigen Qualität effizient und günstig erbringen (Art. 49 Abs. 1 Satz 5 KVG). Bei der Vereinbarung und bei der Festsetzung der Tarife ist zudem auf eine betriebswirtschaftliche Bemessung zu achten (Art. 43 Abs. 4 KVG).

E. 17.2

Die Vorinstanz hält im angefochtenen Beschluss fest, weil für die Tarife im Bereich Psychiatrie bis jetzt keine schweizweit einheitliche leistungsorientierte Tarifstruktur bestehe und damit in einem Tarifsystem auf Basis Pflégetage keine Schweregrade abgebildet werden könnten, werde auf ein eigentliches Benchmarking verzichtet. Es werde deshalb einzig auf die für die Beschwerdegegnerin errechneten tarifrelevanten Betriebskosten gemäss ITAR_K-Modell von Fr. 711.- abgestellt. Da die Beschwerdegegnerin jedoch selbst in ihren Tariffestsetzungsantrag einen Tarif von Fr. 710.- beantrage und dieser unter dem gemäss ITAR_K-Modell errechneten kostenbasierten Tarif zu stehen komme, werde der Tarif auf Fr. 710.- festgesetzt.

E. 17.3

Die Beschwerdeführerinnen machen geltend, dass die Vorinstanz das Gebot der Wirtschaftlichkeit massiv verletze. Erstens werde unzulässigerweise das Branchen-Modell ITAR_K für die Berechnung des Tarifs verwendet und zweitens werde die so ermittelte Höhe der Tagespauschale keinem Wirtschaftlichkeitsvergleich unterzogen. Die Vorinstanz mache es sich mit dem Hinweis auf die fehlende einheitliche Leistungsstruktur zu einfach. Sie hätte ohne Weiteres die Tarife der Universitären Psychiatrischen Dienste (UPD) Bern zum Vergleich heranziehen können, welche auf der Website des Kantons Bern einsehbar seien. Mit den UPD sei im Bereich der Erwachsenenpsychiatrie eine Tagesvollpauschale von Fr. 633.- bis zum 90. Tag und von Fr. 422.- ab dem 91. Tag vereinbart worden, was einer Tagesvollpauschale ohne Unterteilung nach Aufenthaltsdauer von Fr. 587.- entspreche. Damit sei der von der Vorinstanz festgesetzte Tarif um 21 % höher, obwohl beide Einrichtungen durchaus vergleichbar seien, zumal es sich bei den UPD ebenfalls um eine universitäre Einrichtung handle, welche ein ähnliches Patientengut betreue.

E. 17.4

Die Vorinstanz hält dem in ihrer Beschwerdevernehmlassung entgegen, dass ein Vergleich mit dem im Internet publizierten Tarif der UPD unseriös und ausserdem nicht aussagekräftig sei, zumal nicht klar sei, wie dieser Tarif zustande gekommen sei. Nur weil es sich ebenfalls um eine universitäre psychiatrische Einrichtung handle, könne nicht ungeprüft davon ausgegangen werden, dass die UPK und die UPD vergleichbar seien. Für einen aussagekräftigen Vergleich müssten gewisse Voraussetzungen erfüllt sein, was vorliegend offensichtlich nicht der Fall sei. In ihrer Schlussstellungnahme führt die Vorinstanz zudem aus, dass sie sich vertiefte und detaillierte Gedanken zu einem aussagekräftigen Benchmarking gemacht habe und dabei zum Schluss gekommen sei, dass dies unter den zurzeit gegebenen Umständen und speziell im Bereich der Psychiatrie nicht möglich sei.

E. 17.5

Die Beschwerdegegnerin hält fest, dass sich die Vorinstanz zu Recht auf die spitalspezifisch ermittelten tarifrelevanten Betriebskosten und Leistungseinheiten abgestellt habe, und sich nicht zu unsachgerechten Vergleichen habe hinreissen lassen, und zwar weder mit den UPD Bern, die eine tiefere Tagespauschale hätten, noch mit anderen universitären psychiatrischen Kliniken, wie beispielsweise Genf, die mit Fr. 860.- wesentlich höhere Tagespauschalen hätten. Falls zur ergänzenden Beurteilung der Wirtschaftlichkeit des Betriebs der Beschwerdegegnerin ein Vergleich mit anderen psychiatrischen Kliniken durchgeführt werden solle, so müssten in diesen Vergleich selbstverständlich mehrere universitäre Kliniken einbezogen werden. Weiter macht sie unter Berufung auf das Urteil des Bundesverwaltungsgerichts C-5647/2011 vom 16. Juli 2013 geltend, dass Tarifvergleiche zwischen Spitälern nur dann zulässig seien, wenn bestimmte Anforderungen erfüllt seien. Da der Vorinstanz keine gemäss Rechtsprechung aussagekräftigen Vergleichsdaten einer Klinik aus dem Bereich Psychiatrie - und insbesondere aus dem kleinen Kreis der universitären psychiatrischen Spitäler - zur Verfügung gestanden seien, sei die Vorinstanz dazu gezwungen gewesen, die Wirtschaftlichkeitsprüfung auf einem anderen Wege durchzuführen. Der Kanton kenne als Eigentümer und Aufsichtsbehörde die UPK bestens und sei daher in der Lage, die Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung der UPK direkt zu beurteilen. Der Verweis auf eine einzige andere Klinik mit zufälligerweise tieferer Tagespauschale ohne jede vergleichende Analyse des Leistungsangebots und der Zusammensetzung der behandelten Fälle könne unter keinem Titel genügen. Die Angemessenheit und Wirtschaftlichkeit einer Tagespauschale von Fr. 710.- ergebe sich auch daraus, dass zwei bedeutende Verhandlungsgemeinschaften von Krankenversicherern, denen der hier zur Diskussion stehende Tarif mit separater Verfügung eröffnet worden sei, keine Beschwerde erhoben hätten. Die Verhandlungsgemeinschaft HSK habe sich zudem bereit erklärt, mit der Beschwerdegegnerin für das Jahr 2013 eine Tagespauschale von Fr. 715.- zu vereinbaren.

E. 17.6

Das BAG vertritt den Standpunkt, dass sich die im Rahmen der Tagespauschalen ermittelten Kosten und die festgesetzten Tarife auf den Pfllegetag beziehen würden und daher von der durchschnittlichen Fallschwere abhängig seien. Dies erkläre die unterschiedlichen Tarife in den Spitälern. Beim entsprechenden Benchmarking sei es notwendig, die Parameter für die Bestimmung der Vergleichsspitäler zu berücksichtigen. Wenn namentlich die Fallschwere der Patienten in den Institutionen nur mit einer bestimmten Ungenauigkeit geschätzt werden könnten, dann sei beim Benchmarking eine

Sicherheitsmarge einzubeziehen, wie dies in der Rechtsprechung zu den bisherigen Fallpauschalen der Fall gewesen sei. Die Genehmigungs- und Festsetzungsbehörde müsse die Frage des Benchmarkings vertieft behandeln und überprüfen. Aus den Akten sei nicht ersichtlich, dass sich die Vorinstanz mit der Frage des Benchmarkings auseinandergesetzt habe. Daher sei auch nicht klar, welcher Vergleich mit welcher Sicherheitsmarge erfolgen könne. Die gesetzliche Vorgabe der Wirtschaftlichkeitsprüfung sei nicht erfüllt.

E. 17.7

Betreffend Festsetzung eines Basisfallwerts für leistungsbezogene und auf der SwissDRG-beruhende Fallpauschalen hat das Bundesverwaltungsgericht festgestellt, dass die Wirtschaftlichkeitsprüfung grundsätzlich durch den Vergleich der schweregradbereinigten Fallkosten (benchmarking-relevante Basiswerte) der Spitäler zu erfolgen hat (BVGE 2014/3 E. 2.8.4.4). Für die Psychiatrie liegt aber - im Gegensatz zur Akutsomatik - noch keine Methode vor, mit der die unterschiedlichen Schweregrade der einzelnen Behandlungen sachgerecht abgebildet werden können (vgl. auch BVGE 2010/25 E. 10.2.2), weshalb eine Preisbestimmung anhand eines Referenzwerts im Sinn von Art. 49 Abs. 1 Satz 5 KVG, der aufgrund eines Benchmarkings der schweregradbereinigten Fallkosten bestimmt wird, vorliegend nicht möglich ist. Die durch das System der einheitlichen Tarifstruktur eröffnete Möglichkeit von Betriebsvergleichen über die Grenzen der Spitaltypen und Spitalkategorien hinaus (vgl. BVGE 2014/36 E. 3.8) ist hier auch nicht gegeben.

E. 17.8

Die Beschwerdeführerinnen und das BAG machen zu Recht geltend, dass dies die Vorinstanz nicht davon befreit, eine Wirtschaftlichkeitsprüfung durchzuführen und zu prüfen, ob das zu beurteilende Spital als effizient und günstig im Sinn von Art. 49 Abs. 1 KVG zu beurteilen ist. Die Tariffestsetzung einzig anhand der Kosten des betreffenden Spitals ist nicht ausreichend und entspricht nicht den Vorgaben des KVG und seiner Ausführungsverordnungen (vgl. Urteil des BVGer C-6391/2014 vom 26. Februar 2015 E. 4.8). Der Umstand, dass andere Krankenversicherer nach Angaben der Beschwerdegegnerin eine Tagespauschale in der Höhe von Fr. 710.- für das Jahr 2012 akzeptiert haben, macht eine Wirtschaftlichkeitsprüfung nicht hinfällig. An die Wirtschaftlichkeitsprüfung im Bereich der Psychiatrie können derzeit zwar noch keine hohen Anforderungen gestellt werden. Auch ist hinzunehmen, dass aufgrund der fehlenden Möglichkeit von Betriebsvergleichen über die Grenzen von Spitaltypen und Spitalkategorien hinaus, die Abkehr vom Kostenabgeltungsprinzip und der früheren Praxis zu den anrechenbaren Kosten gestützt auf Art. 49 Abs. 1 KVG (BVGE 2014/3 E. 2.8.5) (noch) nicht konsequent umgesetzt werden kann. Die Vorinstanz hat sich jedoch nicht ansatzweise mit der Wirtschaftlichkeit der kostenbasierten Tagespauschale auseinandergesetzt. Soweit sie in ihrer Schlussstellungnahme geltend macht, dass sie sich vertiefte und detaillierte Gedanken zu einem aussagekräftigen Benchmarking gemacht habe, ist nicht ersichtlich, wo sich das im angefochtenen Beschluss und dessen Begründung niederschlägt. Insgesamt beruht der angefochtene Beschluss nicht auf einer bundesrechtskonformen Wirtschaftlichkeitsprüfung.

E. 17.9

Die Vorinstanz wird zu prüfen haben, ob ein Vergleich mit psychiatrischen Einrichtungen, die über einen vergleichbaren Leistungsauftrag verfügen (und bei denen keine Indizien auf wesentliche unterschiedliche Schweregrade innerhalb des gleichen Leistungsauftrags

vorliegen), durchgeführt werden kann. Die Anwendung von ITAR_K und REKOLE® ermöglichen grundsätzlich Vergleiche der Kostenrechnungen. Da zur Zeit noch keine Tarifstruktur vorliegt, aus welcher sich allenfalls anerkannte Kriterien zur Beurteilung einer wirtschaftlichen Leistungserbringung in der stationären Psychiatrie ableiten liessen, ist zu beachten, dass allein die höheren tarifrelevanten Kosten der einen psychiatrischen Klinik gegenüber einer anderen Institution noch nicht die Vermutung der unwirtschaftlichen Leistungserbringung begründen (vgl. BVGE 2010/25 E. 10.2.2 f.). Vielmehr müsste zunächst untersucht werden, ob tatsächlich Vergleichbarkeit gegeben ist, was eine entsprechend zuverlässige und umfassende Datenbasis erfordert. Soweit die Vorinstanz geltend macht, ein Vergleich der Tagespauschale der UPD Bern sei nicht seriös, ist festzuhalten, dass die Effizienz idealtypisch zwar kostenbasiert und nicht aufgrund der verhandelten Preise zu beurteilen ist. Ein Preisbenchmarking kann aber in Ausnahmefällen und unter besonderen Voraussetzungen sachgerecht sein. Solange für einzelne Kantone verwertbare Kostendaten fehlen, ist für eine Übergangsphase auch die Orientierung an festgesetzten oder genehmigten Tarifen anderer Spitäler allenfalls zu tolerieren. Im Rahmen eines Preisbenchmarkings müsste jedoch geprüft werden, wie weit bei der Gestaltung der Vergleichstarife Verhandlungsspielräume beansprucht wurden, ob spitalindividuelle Besonderheiten berücksichtigt wurden, und ob diese auch für das zu beurteilende Spital gleichermaßen zutreffen. Zu berücksichtigen wäre, dass bei Preisvergleichen die Gefahr besteht, dass sich der Vergleich auf überhöhte oder unwirtschaftliche Verhandlungsergebnisse bezieht. Andererseits könnte ein Spital bereit sein, günstige Tarife der OKP zu akzeptieren, wenn sein Trägerkanton bereit ist, entsprechende Lücken durch Subventionen zu schliessen. Die Orientierung an solchen Tarifen wäre nicht sachgerecht (vgl. BVGE 2014/36 E. 6.7).

E. 18

Zusammenfassend ergibt sich, dass der angefochtene Beschluss mit den bundesrechtlichen Vorgaben nicht vereinbar und daher aufzuheben ist. Eine Festsetzung der Tagespauschale durch das Gericht, wie von der Beschwerdeführerin beantragt, ist aus verschiedenen Gründen nicht sachgerecht. Insbesondere sind bei der Tariffestsetzung verschiedene Ermessensfragen zu entscheiden, wofür primär die Kantonsregierung und nicht das Bundesverwaltungsgericht zuständig ist (BVGE 2014/3 E. 10.4 i. V. m. E. 3.2.7 und 10.1.4). Für einen reformatorischen Entscheid fehlen auch entscheidungswesentliche Daten. Gegen ein reformatorisches Urteil spricht zudem, dass das Bundesverwaltungsgericht als einzige Gerichtsinstanz urteilt (vgl. Art. 83 Bst. r BGG) und die Parteien daher gegen den Festsetzungsbeschluss kein Rechtsmittel ergreifen könnten, was mit Blick auf die in Art. 29a BV verankerte Rechtsweggarantie problematisch erschiene. Die Sache ist daher an die Vorinstanz zur Einholung entscheidungswesentlicher Daten und zur anschliessenden Festlegung einer neuen Tagespauschale im Sinne der Erwägungen zurückzuweisen.

E. 19.1

Das Bundesverwaltungsgericht auferlegt die Verfahrenskosten in der Regel der unterliegenden Partei. Unterliegt diese nur teilweise, so werden die Verfahrenskosten ermässigt (Art. 63 Abs. 1 VwVG). Den Vorinstanzen werden keine Verfahrenskosten auferlegt (Art. 63 Abs. 2 VwVG).

E. 19.2

Unter Berücksichtigung des Umfangs und der Schwierigkeit der Streitsache, Art der Prozessführung und finanzieller Lage der Parteien (vgl. Art. 63 Abs. 4bis VwVG; zur Qualifikation als vermögensrechtliche Streitigkeit vgl. BVGE 2010/14 E. 8.1.3) sind die Verfahrenskosten vorliegend auf Fr. 6'000.- festzusetzen.

E. 19.3

Das für die Kostenverteilung massgebende Ausmass des Unterliegens ist aufgrund der gestellten Rechtsbegehren zu beurteilen (Michael Beusch, in: Auer/Müller/Schindler [Hrsg.], Kommentar zum Bundesgesetz über das Verwaltungsverfahren [VwVG], 2008, Rz. 13 zu Art. 63). Dabei ist auf das materiell wirklich Gewollte abzustellen (Moser/Beusch/Kneubühler, a.a.O., Rz. 4.43). Die Beschwerdeführerinnen obsiegen, soweit sie die Aufhebung des Tariffestsetzungsbeschlusses beantragen. Sie unterliegen, soweit sie die Festsetzung einer tieferen Tagespauschale durch das Gericht beantragen. Zu beachten ist zudem, dass auf den Feststellungsantrag nicht einzutreten ist. Die Beschwerdegegnerin beantragt die Bestätigung des angefochtenen Beschlusses und damit die Bestätigung der von der Vorinstanz auf Fr. 710.- festgesetzten Tagespauschale. Die Rückweisung der Streitsache an die Vorinstanz zur Vornahme weiterer Abklärungen und neuer Tariffestsetzung ist vorliegend als teilweises Obsiegen sowohl der Beschwerdeführerinnen als auch der Beschwerdegegnerin zu betrachten. Das Ausmass des Unterliegens lässt sich bei diesem Ergebnis indessen nicht genau bestimmen. Es erscheint angemessen, die Verfahrenskosten je zur Hälfte den Beschwerdeführerinnen und der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen.

E. 19.4

Gemäss Art. 64 Abs. 1 VwVG hat die obsiegende Partei Anspruch auf eine Parteientschädigung für die ihr erwachsenen notwendigen und verhältnismässig hohen Kosten (vgl. auch Art. 7 ff. des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht [VGKE, SR 173.320.2]). Obsiegt die Partei nur teilweise, so ist die Parteientschädigung entsprechend zu kürzen (Art. 7 Abs. 2 VGKE). Die Entschädigung wird der Körperschaft oder autonomen Anstalt auferlegt, in deren Namen die Vorinstanz verfügt hat, soweit sie nicht einer unterliegenden Gegenpartei auferlegt werden kann (Art. 64 Abs. 2 VwVG).

E. 19.5

Da die Beschwerdeführerinnen und die Beschwerdegegnerin in gleichem Umfang als obsiegend bzw. unterliegend zu betrachten sind, können die Parteikosten wettgeschlagen werden (vgl. BVGE 2014/3, nicht publizierte E. 11.2).

E. 20

Die Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten an das Bundesgericht gegen Entscheide auf dem Gebiet der Krankenversicherung, die das Bundesverwaltungsgericht gestützt auf Art. 33 Bst. i VGG in Verbindung mit Art. 53 Abs. 1 KVG getroffen hat, ist gemäss Art. 83 Bst. r des Bundesgerichtsgesetzes vom 17. Juni 2005 (BGG, SR 173.110) unzulässig. Das vorliegende Urteil ist somit endgültig. (Urteilsdispositiv auf der nächsten Seite)