

BVGer C-354/2014 vom 15. Januar 2016

Bundesverwaltungsgericht, 2016-01-15, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-354_2014

FR: TAF C-354/2014 du 15 janvier 2016

IT: TAF C-354/2014 del 15 gennaio 2016

Regeste

Festsetzung und Genehmigung von Tarifen der Leistungserbringer

Erwägungen

E. 1

Das Verfahren vor dem Bundesverwaltungsgericht richtet sich gemäss Art. 37 VGG und Art. 53 Abs. 2 Satz 1 KVG 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. 46 Abs. 4 KVG beim Bundesverwaltungsgericht Beschwerde geführt werden. Der angefochtene Regierungsratsbeschluss vom 17. Dezember 2013 wurde gestützt auf Art. 46 Abs. 4 KVG erlassen. Das Bundesverwaltungsgericht ist deshalb zur Beurteilung der Beschwerde zuständig (vgl. auch Art. 90a Abs. 2 KVG). Die Beschwerdeführerinnen haben am vorinstanzlichen Verfahren 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 21. Januar 2014 ist, nachdem auch der Kostenvorschuss rechtzeitig geleistet wurde, 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 131 V 164 E. 2.1; 125 V 413 E. 1a) bildet der Regierungsratsbeschluss vom 17. Dezember 2013, mit welchem der Tarifvertrag vom 31. Oktober 2012 zwischen den Beschwerdeführerinnen und der beigeladenen Rheinburg-Klinik nur teilweise genehmigt wurde.

E. 3.2

Die Beschwerdeführerinnen 1 - 45 haben den Beschluss vom 17. Dezember 2013 nicht insgesamt angefochten, sondern nur dessen Dispositiv-Ziffer 2, in der die Vorinstanz die Genehmigung von Anhang 5 Ziffer 3.1 des Tarifvertrags vom 31. Oktober 2012 verweigert hat. In der Beschwerde wird hierzu ausgeführt, dass damit Dispositiv-Ziffer 1 des angefochtenen Beschlusses, in der die vertraglich vereinbarten Tagespauschalen genehmigt worden seien, in Rechtskraft erwachsen sei. Weiter sind die Beschwerdeführerinnen der Ansicht, dass Anhang 5 Ziffer 3.2 des Tarifvertrags mit dem angefochtenen Beschluss

genehmigt worden und ebenfalls in Rechtskraft erwachsen sei.

E. 3.3

Bezieht sich die Beschwerde nur auf einen Teil des durch die Verfügung bestimmten Rechtsverhältnisses, gehören die nicht beanstandeten Teilaspekte des verfügungsweise festgelegten Rechtsverhältnisses zwar wohl zum Anfechtungsobjekt, nicht aber zum Streitgegenstand (BGE 131 V 164 E. 2.1; 125 V 413 E. 1b). Die nicht beschwerdeweise beanstandeten Aspekte des angefochtenen Regierungsratsbeschlusses gehören damit grundsätzlich nicht zum Streitgegenstand des vorliegenden Beschwerdeverfahrens. In der Verfügungsverfügung festgelegte, aber auf Grund der Beschwerdebegehren nicht mehr streitige Fragen prüft der Richter nur, wenn die nicht beanstandeten Punkte in engem Sachzusammenhang mit dem Streitgegenstand stehen (BGE 125 V 413 E. 1b; vgl. Moser/Beusch/Kneubühler, Prozessieren vor dem Bundesverwaltungsgericht, 2. Aufl. 2013, S. 30 Rz. 2.8).

E. 3.4

Die Kompetenz der Kantonsregierungen im Rahmen von Tarifgenehmigungsverfahren beschränkt sich grundsätzlich darauf, die ihnen unterbreiteten Verträge (als Ganzes) zu genehmigen oder die Genehmigung zu verweigern. Dieser Grundsatz gilt jedoch nicht absolut (vgl. Beatrice Gross Hawk, Leistungserbringer und Tarife in verschiedenen Sozialversicherungszweigen, in: Recht der Sozialen Sicherheit, 2014, S. 1239 Rz. 34.96). Machen die Tarifvertragsparteien die vertragliche Einigung nicht davon abhängig, dass der Tarifvertrag als Gesamtpaket in Kraft tritt, kann eine Teilgenehmigung zulässig sein (vgl. dazu Urteil des BVGer C-536/2009 vom 17. Dezember 2009 E. 5 mit Hinweisen; Thomas Bernhard Brumann, Der Tarifvertrag im Krankenversicherungsrecht; in Jahrbuch zum Sozialversicherungsrecht 2012, S. 133). Die Vertragsparteien berufen sich im Beschwerdeverfahren explizit darauf, nur Dispositiv-Ziffer 2 anzufechten, weshalb Dispositiv-Ziffer 1 unangefochten in Rechtskraft erwachsen sei. Sie nehmen damit ausdrücklich in Kauf, dass die Tagespauschalen nach Anhang 5 Ziffern 1.1 und 1.2 des Tarifvertrags auch ohne die Zusatzregelung von Anhang 5 Ziffer 3.1 anwendbar sind (siehe auch Ziffer 11.3 des Tarifvertrags vom 31. Oktober 2012). Die Teilgenehmigung beziehungsweise Teilverweigerung ist hier somit ausnahmsweise als zulässig zu betrachten. Die mit der nicht angefochtenen Dispositiv-Ziffer 1 des Regierungsratsbeschlusses genehmigten Tagespauschalen für die muskuloskelettale und die neurologische Rehabilitation (jeweils inklusive Frührehabilitation) sind somit nicht Prozessthema.

E. 3.5

In der angefochtenen Dispositiv-Ziffer 2 wird nur die Nichtgenehmigung von Anhang 5 Ziffer 3.1 des Tarifvertrags vom 31. Oktober 2012 ausdrücklich erwähnt. Aus der Begründung des angefochtenen Beschlusses wird aber deutlich, dass die Vorinstanz die Beurteilung der Gesetzeskonformität dieser Tarifvertragsklausel im Zusammenhang mit Anhang 5 Ziffer 3.2 vorgenommen und verneint hat (siehe unten E. 7.1). Wie es sich damit verhält, wird nachfolgend zu prüfen sein.

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).

Genehmigungsbeschlüsse nach Art. 46 Abs. 4 KVG sind vom Bundesverwaltungsgericht mit voller Kognition zu überprüfen (Art. 53 Abs. 2 Bst. e KVG e contrario).

E. 4.2

Das Bundesverwaltungsgericht ist als Beschwerdeinstanz an die rechtliche Begründung der Begehren nicht gebunden (Art. 62 Abs. 4 VwVG). Nach dem Grundsatz der Rechtsanwendung von Amtes wegen kann es eine Beschwerde auch aus anderen als den geltend gemachten Gründen gutheissen oder den angefochtenen Entscheid im Ergebnis mit einer Begründung bestätigen, die von jener der Vorinstanz abweicht (vgl. Moser/Beusch/Kneubühler, a.a.O., S. 24 Rz. 1.54).

E. 5.1

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 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 ärztlich durchgeführten oder angeordneten Massnahmen der medizinischen Rehabilitation (Art. 25 Abs. 2 Bst. d KVG) sowie den Aufenthalt im Spital entsprechend dem Standard der allgemeinen Abteilung (Art. 25 Abs. 2 Bst. e KVG).

E. 5.2

Der Begriff der Rehabilitation wird im KVG inhaltlich nicht definiert. Nach bundesgerichtlicher Rechtsprechung schliesst die medizinische Rehabilitation im Sinn von Art. 25 Abs. 2 Bst. d KVG an die eigentliche Krankheitsbehandlung an und bezweckt, die durch die Krankheit oder Behandlung selbst bewirkte Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit mit Hilfe medizinischer Massnahmen ganz oder teilweise zu beheben, oder sie dient insbesondere bei Chronischkranken der Erhaltung und allenfalls Verbesserung des verbliebenen Funktionsvermögens (BGE 126 V 323 E. 2c).

E. 5.3

Anstalten oder deren Abteilungen, die der stationären Behandlung akuter Krankheiten oder der stationären Durchführung von Massnahmen der medizinischen Rehabilitation dienen (Spitäler), sind gemäss Art. 35 Abs. 1 und 2 Bst. h sowie Art. 39 Abs. 1 KVG zur Tätigkeit zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zugelassen, wenn sie, nebst der Erfüllung weiterer Voraussetzungen, der von einem oder mehreren Kantonen gemeinsam aufgestellten Planung für eine bedarfsgerechte Spitalversorgung entsprechen, wobei private Trägerschaften angemessen in die Planung einzubeziehen sind (Art. 39 Abs. 1 Bst. d KVG; Bedarfsdeckungs- und Koordinationsvoraussetzung), und auf der nach Leistungsaufträgen in Kategorien gegliederten Spitalliste des Kantons aufgeführt sind (Art. 39 Abs. 1 Bst. e KVG; Publizitäts- und Transparenzvoraussetzung; vgl. BGE 126 V 172 E. 2b mit Hinweisen).

E. 5.4

Die Ausserrhoder Spitalplanung 2012 strukturiert im Bereich der Rehabilitation von Erwachsenen die Leistungsgruppen in Anlehnung an den Strukturbericht des Kantons Zürichs wie folgt (vgl. Strukturbericht der Spitalplanung Appenzell Ausserrhoden 2012, S. 58 f.; www.ar.ch > Departemente > Departement Gesundheit > Informationen >

Spitalplanung und -finanzierung, abgerufen am 29. September 2015): - Muskuloskelettale Rehabilitation - Neurologische Rehabilitation - Rehabilitation Querschnittsgelähmter - Kardiovaskuläre Rehabilitation - Pulmonale Rehabilitation - Internistisch-onkologische Rehabilitation - Psychosomatisch-sozialmedizinische Rehabilitation - Frührehabilitation

E. 5.5

Die Rheinburg-Klinik verfügt gemäss der Spitalliste 2012 des Kantons Appenzell Ausserrhoden über Leistungsaufträge für muskuloskelettale und neurologische Rehabilitation im Bereich der Erwachsenen sowie für Frührehabilitation (nur in Verbindung mit einem Leistungsauftrag in weiterführender Rehabilitation und beschränkt auf das jeweilige Leistungsspektrum der Leistungsaufträge in weiterführender Rehabilitation). Dem Strukturbericht 2012 ist zu entnehmen, dass in der muskuloskelettalen Rehabilitation die Folgen angeborener oder erworbener Fehler der Haltungs- und Bewegungsorgane sowie degenerativer und entzündlicher Gelenks-, Wirbelsäulen- und Weichteilerkrankungen behandelt werden. In der Neurorehabilitation werden die Folgen von Erkrankungen und Verletzungen des Zentralnervensystems behandelt. Die Frührehabilitation umfasst die zweite, weniger intensive Phase der Akutbehandlung nach weitgehendem Abschluss der ersten akutmedizinischen Versorgung des Patienten. In der Versorgungskette ist die Frührehabilitation zeitlich vor den Massnahmen der weiterführenden Rehabilitation angesiedelt und umfasst die gleichzeitige akutmedizinisch-kurative und rehabilitative Behandlung von Patienten. Zur Vermeidung unnötiger Schnittstellen und Verlegungen sind Leistungsaufträge für Rehabilitationskliniken im Bereich Frührehabilitation nur in Kombination mit dem jeweiligen organspezifischen rehabilitativen Leistungsauftrag möglich (Strukturbericht 2012, S. 59 ff.).

E. 6

Für die Beurteilung des Tarifvertrags zwischen tarifsuisse und der Rheinburg-Klinik betreffend stationäre Rehabilitationsleistungen ab 1. Januar 2012 sind folgende Gesetzes- und Verordnungsbestimmungen massgebend.

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 hochstehende 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

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). Bei Spitalaufenthalten richtet sich die Vergütung nach Art. 49 Abs. 1 KVG, 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).

E. 6.3

Mit den Vergütungen nach Art. 49 Abs. 1 und 4 (letzterer regelt die Abgrenzung des Spitaltarifs vom Pflegeheimtarif) sind alle Ansprüche des Spitals für die Leistungen nach diesem Gesetz abgegolten (Art. 49 Abs. 5 KVG). Damit im Einklang steht die Tarifschutzbestimmung von Art. 44 Abs. 1 Satz 1 KVG: Die Leistungserbringer müssen sich an die vertraglich oder behördlich festgelegten Tarife und Preise halten und dürfen für Leistungen nach diesem Gesetz keine weitergehenden Vergütungen berechnen (BGE 141 V 206 E. 2.1.2).

E. 6.4

Nach Art. 49 Abs. 6 KVG vereinbaren die Vertragsparteien die Vergütung bei ambulanter Behandlung.

E. 6.5

Die Begriffe stationär und ambulant werden in der Verordnung über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler, Geburtshuser und Pflegeheime in der Krankenversicherung (VKL, SR 832.104) definiert. Nach Art. 3 VKL gelten als stationäre Behandlung im Sinn von Art. 49 Abs. 1 KVG Aufenthalte zur Untersuchung, Behandlung und Pflege im Spital oder im Geburtshaus von mindestens 24 Stunden (Bst. a), von weniger als 24 Stunden, bei denen während einer Nacht ein Bett belegt wird (Bst. b), im Spital bei Überweisung in ein anderes Spital (Bst. c), im Geburtshaus bei Überweisung in ein Spital (Bst. d) und bei Todesfällen (Bst. e). Als ambulante Behandlung nach Art. 49 Abs. 6 KVG gelten alle Behandlungen, die nicht stationäre Behandlungen sind (Art. 5 Satz 1 VKL).

E. 6.6

Die Vergütungen nach Art. 49 Abs. 1 KVG werden vom Kanton und den Versicherern anteilmässig übernommen (Art. 49a Abs. 1 KVG). Der Kanton setzt jeweils für das Kalenderjahr spätestens neun Monate vor dessen Beginn den für alle Kantonseinwohner geltenden Anteil fest. Der kantonale Anteil beträgt mindestens 55 Prozent (Art. 49a Abs. 2 KVG). Der Wohnkanton entrichtet seinen Anteil direkt dem Spital. Die Modalitäten werden zwischen Spital und Kanton vereinbart. Versicherer und Kanton können vereinbaren, dass der Kanton seinen Anteil dem Versicherer leistet und dieser dem Spital beide Anteile überweist. Die Rechnungsstellung zwischen Spital und Versicherer richtet sich nach Art. 42 KVG (Art. 49a Abs. 3 KVG). Mit Spitälern oder Geburtshusern, welche nach Art. 39 KVG nicht auf der Spitalliste stehen, aber die Voraussetzungen nach den Art. 38 und 39 Abs. 1 Bst. a-c KVG erfüllen, können die Versicherer Verträge über die Vergütung von Leistungen

aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung abschliessen. Diese Vergütung darf nicht höher sein als der Anteil an den Vergütungen nach Art. 49a Abs. 2 KVG (Art. 49a Abs. 4 KVG).

E. 7.1

Die Vorinstanz hat im Rahmen der Prüfung gemäss Art. 46 Abs. 4 KVG - nachdem sie ihrer Pflicht, die Preisüberwachung anzuhören (vgl. Art. 14 Abs. 1 PüG [SR 942.20]), nachgekommen ist - die Gesetzmässigkeit des Tarifvertrags teilweise verneint. Sie begründet dies im angefochtenen Beschluss damit, dass die in Anhang 5 Ziffer 3.2 aufgelisteten Behandlungen keine besonderen diagnostischen oder therapeutischen Leistungen im Sinne des Gesetzes darstellten, die zusätzlich zur Pauschale in Rechnung gestellt werden könnten. Diese Vertragsklausel sei daher in Verbindung mit Anhang 5 Ziffer 3.1 nicht mit dem KVG vereinbar. Der Kanton habe sich zudem ausschliesslich an den Vergütungen der stationären Behandlungen anteilmässig zu beteiligen. Da Anhang 5 Ziffer 3.1 in Verbindung mit Anhang 5 Ziffer 3.2 keine Einschränkung auf stationäre Leistungen vorsehe, sei der Tarifvertrag auch in dieser Hinsicht nicht KVG-konform. In ihrer Beschwerdevernehmlassung führt die Vorinstanz ergänzend aus, dass der Tarifvertrag Art. 39 Abs. 1 KVG und Art. 2 Abs. 1 Bst. b VKL widerspreche, soweit er vorsehe, dass die Rheinburg-Klinik Leistungen eines unbekanntes Dritten beim Kanton in Rechnung stelle. Das hätte zudem zur Folge, dass der Kantonsanteil nicht direkt dem leistungserbringenden Spital, sondern der Rheinburg-Klinik entrichtet würde, was nicht mit Art. 49a Abs. 3 KVG in Einklang stehe. Es könnten nur jene stationären Leistungen vergütet werden, für welche der jeweilige Leistungserbringer einen Leistungsauftrag habe. Es handle sich dabei um spitalinterne Leistungen. Es sei nicht vorgesehen, dass das Spital zur Leistungserbringung gemäss Leistungsspektrum auf der Spitalliste stationäre Leistungen extern einkaufe. Extern erbrachte Leistungen würden nach TARMED verursachergerecht vergütet und könnten vom erbringenden Leistungserbringer beim Versicherer in Rechnung gestellt werden. Bei den besonderen diagnostischen und therapeutischen Leistungen im Sinn von Art. 49 Abs. 1 Satz 4 KVG handle es sich somit um selbst und spitalintern erbrachte stationäre Leistungen des entsprechenden Leistungserbringers, welcher mit diesen Leistungen auf der Spitalliste des Kantons geführt sei (Leistungsspektrum).

E. 7.2

Die Beschwerdeführerinnen machen geltend, dass sämtliche in Anhang 5 Ziffer 3.2 aufgeführten Leistungen zu den besonderen diagnostischen oder therapeutischen Leistungen im Sinn von Art. 49 Abs. 1 KVG zu zählen seien, auch wenn diese extern erbracht würden. Es handle sich dabei um stationäre Leistungen. Die getrennte Rechnungsstellung mache daraus keine ambulanten Leistungen. Die Finanzierungsordnung von Art. 49a KVG gelte auch für diese besonderen diagnostischen oder therapeutischen Leistungen. Auftraggeber solcher Leistungen sei nicht der Versicherte, sondern die Rheinburg-Klinik. Diese müsse medizinisch indizierte, ihrerseits aber mangels Fachkunde oder mangels vorhandener technischer Instrumente nicht erbringbare Leistungen auswärts einkaufen. Damit finde aber kein Splitting zwischen stationärer Leistungserbringung und ambulant erbrachter Drittleistungen statt. Die Rheinburg-Klinik trage während der ganzen Dauer der stationären Rehabilitationsbehandlung die Verantwortung für die gesamte Behandlung der stationär bei ihr eingetretenen Patientinnen und Patienten. Spitalexterne Leistungen könnten nur mit Zustimmung und auf Anordnung der stationären Klinik stattfinden. Sämtliche Leistungen, ob nun in der Rheinburg-Klinik erbracht oder von

derselben bei Dritteleistern in Auftrag gegeben, seien als Paket zu qualifizieren, welches medizinisch und tarifarisch einheitlich zu beurteilen sei. Es bedürfte keiner Vereinbarung zwischen der Klinik und den Krankenversicherern, wenn es sich bei den in Anhang 5 Ziffer 3.2 aufgeführten Leistungen um ambulante Leistungen handeln würde, da diese über TARMED abgerechnet werden könnten. Die vorinstanzliche Ansicht widerspreche auch Art. 41 Abs. 1 KVG, da nicht die Versicherten die Behandlungen nach Anhang 5 Ziffer 3.2 wählen, sondern die Rheinburg-Klinik diese in Auftrag gebe. Letztlich gehe es auch darum, Missbräuche zu verhindern. Die Rehabilitationskliniken beklagten, dass die Patienten in immer prekärerem Zustand aus dem Akutspital entlassen und in eine Rehabilitationsklinik eingewiesen würden. Angesichts dieser möglichen Entwicklung gelte es zu verhindern, dass die stationäre Rehabilitation immer teurer werde, aber immer weniger Leistungen effektiv erbringe und solche dann bei Dritteleistern eingekauft würden, was zur Folge hätte, dass solche Leistungen dann vollumfänglich zulasten der Krankenversicherer gingen und sich die öffentliche Hand schadlos halten könne. Eine solche Entwicklung widerspräche dem vom Gesetzgeber vorgesehenen Grundsatz der dual-fixen stationären finanziellen Abgeltung.

E. 7.3

Die Eidgenössische Preisüberwachung führt aus, dass es vorliegend nicht um die Höhe der verhandelten Tarife gehe, sondern um die Definition des Begriffs der besonderen diagnostischen und therapeutischen Leistungen gemäss Art. 49 Abs. 1 KVG. Sie ist der Ansicht, dass die besonderen diagnostischen Leistungen sehr restriktiv zu definieren sind. Anreize für die Spitäler, zahlreiche Leistungen über die Fall- und Tagespauschalen hinaus in Rechnung zu stellen, seien zu verhindern. Eine weite Definition dieses Begriffes würde sich negativ auf die Entwicklung der Spitalkosten und Krankenkassenprämien auswirken und zudem ein Benchmarking unter den Spitalpauschalen (insbesondere zwischen verschiedenen Baserates) erschweren. An den restriktiv zu definierenden besonderen diagnostischen und therapeutischen Leistungen hätten sich die Kantone zu beteiligen, da diese Teil der stationären Behandlung seien.

E. 7.4

Das BAG führt aus, dass es sich gemäss VKL bei Fällen, in denen die stationäre Patientin oder der stationäre Patient einzelne Untersuchungen oder Behandlungen extern - auch bei nicht stationären Leistungserbringern - beanspruche und danach wieder in das ursprüngliche Spital zurückkehre, um eine einzige Behandlung handle. Eine Abweichung von dieser Regel mit separater Verrechnung könnte dann erfolgen, wenn die Patientin oder der Patient wegen eines anderen Leidens bei anderen Leistungserbringern behandelt werde. Die Rheinburg-Klinik müsse die Erbringung von Leistungen, welche ihre stationären Patientinnen und Patienten beanspruchten, organisieren und garantieren, wenn nötig auch gestützt auf externe Leistungserbringer. Diese Leistungen seien mit der stationären Tagespauschale oder mit dem Tarif der tatsächlichen besonderen diagnostischen und therapeutischen Leistungen der Rheinburg-Klinik zu finanzieren. Die spitalexterne Erbringung beziehungsweise der spitalexterne Einkauf von Leistungen während einer stationären Behandlung sei kein Kriterium, um zu bestimmen, ob eine Leistung ambulant oder stationär zu vergüten sei. Das Kriterium, ob ein Spital eine Leistung fachlich und technisch erbringen könne, sei nicht entscheidend für die Frage, ob eine Leistung mit der Tagespauschale oder separat als besondere diagnostische oder therapeutische Leistung abgerechnet werde. Massgebend sei vielmehr, ob die Leistung selten erbracht werde und

besonders aufwendig sei. Den Akten lasse sich jedoch nicht entnehmen, inwiefern die separate Vergütung der aufgelisteten Leistungen die Pauschalen von Leistungen entlaste, die selten erbracht würden und besonders aufwendig seien. Zudem entspreche es keiner transparenten Tarifierung, wenn die Tagespauschale gemäss Regierungsratsbeschluss weiter gelte, ohne dass ausgewiesen sei, dass die Abgrenzung der Leistungen, die durch die Tagespauschale finanziert würden, auch die eventuellen besonderen diagnostischen oder therapeutischen stationären Leistungen, aber keine ambulanten Leistungen mitfinanzieren würden.

E. 8

Art. 49a Abs. 1 KVG verpflichtet die Kantone, sich an den «Vergütungen nach Art. 49 Abs. 1 KVG» anteilmässig zu beteiligen. Zunächst ist zu klären, was als «Vergütungen nach Art. 49 Abs. 1 KVG» zu verstehen ist.

E. 8.1

Die stationäre Behandlung ist nach Art. 49 Abs. 1 Satz 1 KVG grundsätzlich mittels Pauschalen abzugelten (vgl. BBl 2004 5578). In der Regel sind dabei Fallpauschalen festzulegen, wobei im Bereich der stationären Rehabilitation die Leistungen nach wie vor mittels Tagespauschalen abgegolten werden können (vgl. Urteile des BVGer C-2141/2013 vom 19. Oktober 2015 und C-2142/2013 vom 20. Oktober 2015 [zur Publikation vorgesehen], je E. 9.3 mit Hinweisen). Als Ausnahme zur pauschalen Abgeltung können die Parteien vereinbaren, dass besondere diagnostische oder therapeutische Leistungen getrennt in Rechnung gestellt werden (Art. 49 Abs. 1 Satz 4 KVG; vgl. BBl 2004 5578).

Diesbezüglich hat der Gesetzgeber vor allem an seltene und besonders aufwendige Leistungen gedacht, wie zum Beispiel ausserordentlich komplizierte Massnahmen oder die Verwendung einer äusserst kostspieligen Spitzentechnologie. Die Kosten solcher zusätzlicher Leistungen sollen somit nur dann in Rechnung gestellt werden können, wenn diese Leistungen tatsächlich erbracht worden sind. Damit soll vor allem verhindert werden, dass die einem Pauschalensystem inhärente Solidarität exzessiv in Anspruch genommen wird (vgl. BBl 2004 5578; BBl 2001 741, 789; BBl 1992 I 185 f.; Antwort des Bundesrates vom 26. Juni 2013 auf die Interpellation Nr. 13.3319 «Nachhaltige Finanzierung der Kindermedizin» von Nationalrätin Bea Heim vom 17. April 2014; Gebhard Eugster, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum KVG, 2010, Art. 49 Rz. 22; nachfolgend Rechtsprechung). Die Pflicht der Kantone, sich nach Art. 49a Abs. 1 KVG an den «Vergütungen nach Art. 49 Abs. 1 KVG» anteilmässig zu beteiligen, erfasst neben den Pauschalen auch die zusätzlichen Vergütungen für die besonderen diagnostischen oder therapeutischen Leistungen im Sinn von Art. 49 Abs. 1 Satz 4 KVG. Nicht unter «Vergütungen nach Art. 49 Abs. 1 KVG» fallen dagegen Vergütungen von ambulanten Leistungen, weshalb sich der Wohnkanton nicht an deren Finanzierung zu beteiligen hat (vgl. Gross Hawk, a.a.O., S. 1226 Rz. 34.54).

E. 8.2

Die ambulante und stationäre Behandlung sind bundesrechtlich definierte Begriffe, die in allen Bestimmungen des Gesetzes, in denen sie aufgeführt sind, als identisch zu betrachten sind, weswegen es den Tarifpartnern verwehrt ist, eigenständig zu definieren, was als ambulante oder stationäre Leistung zu gelten hat (vgl. Georg Andreas Wilhelm, KV-Leistungen, in: Recht der Sozialen Sicherheit, 2014, S. 483 Rz. 14.31 mit Hinweis; vgl. Gebhard Eugster, Krankenversicherung, in: Soziale Sicherheit, SBVR Bd. XIV, 2. Aufl.

2007, S. 523 Rz. 379, nachfolgend: Krankenversicherung).

E. 8.3

Die Beteiligungspflicht der Kantone wird im Gesetz abschliessend geregelt und kann nicht mittels tarifvertraglicher Vereinbarung zwischen Leistungserbringer und Krankenversicherer abgeändert werden, insbesondere kann auf tarifvertraglichem Weg keine über Art. 49a Abs. 1 KVG hinausgehende Pflicht der Kantone, sich an Behandlungskosten zu beteiligen, eingeführt werden. Tarifvertragsbestimmungen, die eine von Art. 49a Abs. 1 KVG abweichende Finanzierungsordnung einführen, sind folglich nicht gesetzeskonform, weshalb ihnen die Genehmigung zu versagen ist. Ein Verstoß gegen Art. 49a Abs. 1 KVG wäre nach dem Gesagten dann zu bejahen, wenn der Wohnsitzkanton durch die umstrittene Tarifvertragsbestimmung verpflichtet würde, sich an Kosten von ambulanten Behandlungen oder an zusätzlichen Vergütungen für die besonderen diagnostischen oder therapeutischen Leistungen, welche die Voraussetzungen von Art. 49 Abs. 1 Satz 4 KVG nicht erfüllen, zu beteiligen.

E. 9

Zu prüfen ist, ob die Rheinburg-Klinik mittels tarifvertraglicher Regelung dazu berechtigt werden kann, spitalexterne Leistungen über die vereinbarten Tagespauschalen hinaus unter dem Titel «Vergütungen nach Art. 49 Abs. 1 KVG» abzurechnen und somit eine Beteiligungspflicht des Wohnsitzkantons nach Massgabe von Art. 49a Abs. 1 KVG zu begründen.

E. 9.1

Anhang 5 Ziffer 3.1 des Tarifvertrags liegt die Annahme zugrunde, dass sämtliche während der stationären Rehabilitationsbehandlung in der Rheinburg-Klinik im Katalog von Anhang 5 Ziffer 3.2 aufgelisteten, von einem externen Leistungserbringer erbrachten Leistungen bei gegebener medizinischer Indikation Teil der stationären Rehabilitationsbehandlung werden und gestützt auf Art. 49 Abs. 1 Satz 4 KVG von der Rheinburg-Klinik getrennt in Rechnung gestellt werden können.

E. 9.2

Zu beachten ist, dass nur auf der Spitalliste aufgeführte Spitäler ihre Leistungen zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (nachfolgend: OKP) abrechnen können (Art. 35 Abs. 1 in Verbindung mit Art. 39 Abs. 1 Bst. e KVG; BGE 132 V 6 E. 2.4.1), und dies auch nur im Rahmen der erteilten Leistungsaufträge (Eugster, Rechtsprechung, Art. 39 Rz. 16). Ein zugelassener Leistungserbringer kann somit nur jene Leistungen zu Lasten der OKP abrechnen, welche von seiner Zulassung erfasst werden. Für Leistungen ausserhalb seiner Zulassung beziehungsweise Leistungen, die über seine Zulassung hinausgehen, ist er in tariflicher Hinsicht so zu behandeln, wie wenn er gar nicht als OKP-Leistungserbringer zugelassen wäre (vgl. BVGE 2009/23 E. 4.1.2). Die Vorinstanz weist somit zu Recht darauf hin, dass die Rheinburg-Klinik nur jene stationären Leistungen unter dem Titel von Art. 49 Abs. 1 KVG abrechnen kann, die von ihrem Leistungsauftrag abgedeckt sind. Dementsprechend kann sie für Leistungen, die ausserhalb ihres Leistungsauftrages liegen, auch keine tariflichen Vereinbarungen nach Art. 46 KVG abschliessen. Das entspricht im Übrigen auch Ziffer 1.2 des Tarifvertrags vom 31. Oktober 2012, wonach der Vertrag ausschliesslich Personen betrifft, die beim Versicherer im Rahmen der OKP gemäss KVG versichert sind und sich in der Klinik (ausschliesslich im Rahmen der erteilten kantonalen Leistungsaufträge) stationär behandeln lassen.

E. 9.3

Aus dem Gesagten folgt, dass die Rheinburg-Klinik nur jene Rehabilitationsleistungen erbringen und zulasten der OKP abrechnen darf, für die sie vom Kanton einen Leistungsauftrag erhalten hat. Im Rahmen der stationären Rehabilitationsbehandlung werden grundsätzlich alle erforderlichen Leistungen durch die Tagespauschale abgegolten, unabhängig davon, ob die Leistung spitalintern oder extern erbracht wird. Steht dagegen eine zusätzlich zu erbringende Behandlung aufgrund eines anderen, fachfremden Leidens in keinem direkten Zusammenhang mit der stationären Rehabilitationsbehandlung, so wird diese Leistung weder von der Tagespauschale der Beschwerdeführerin erfasst, noch stellt sie eine besondere diagnostische oder therapeutische Leistung im Sinn von Art. 49 Abs. 1 Satz 4 KVG dar. Sie kann damit auch nicht Gegenstand des Tarifvertrags zwischen den Beschwerdeführerinnen und der Klinik sein. Es ist zwar durchaus möglich, dass eine Person während eines stationären Spitalaufenthaltes Anspruch auf die spitalexterne ärztliche Behandlung eines weiteren Leidens hat (vgl. Eugster, Rechtsprechung, Art. 25 Rz. 5; Wilhelm, a.a.O., S. 483 Rz 14.32, je mit Hinweis auf den noch zum alten Recht ergangenen BGE 120 V 196), doch hat das keinen Einfluss auf die Vergütung der Leistungen gemäss der vorliegend zu beurteilenden Tarifgenehmigung. Für die tarifliche Behandlung einer Leistung ist somit entgegen Anhang 5 Ziff. 3.2 des Tarifvertrags nicht massgebend, ob die Leistung vom Spital selbst oder extern von einem anderen Leistungserbringer erbracht wird, worauf auch das BAG hinweist. Wenn die spitalexternen Leistungen ausserhalb des zugewiesenen Leistungsauftrags der Klinik liegen, so kann die Klinik die Leistungen nicht nach Massgabe von Art. 49 Abs. 1 KVG abrechnen.

E. 9.4

Nur wenn feststeht, dass eine spitalextern erbrachte oder eingekaufte Leistung vom Leistungsauftrag der Rheinburg-Klinik erfasst ist und damit als Teil der stationären Behandlung gestützt auf Art. 49 Abs. 1 KVG abgerechnet werden darf, kann sich die Frage stellen, ob diese Leistung in der Tagespauschale enthalten ist oder ob sie als Vergütung für besondere diagnostische und therapeutische Leistungen im Sinn von Art. 49 Abs. 1 Satz 4 KVG zusätzlich abgerechnet werden kann. Grundsätzlich sind auch solche Leistungen mit der Tagespauschale abzugelten (vgl. auch den noch unter altem Recht ergangenen BGE 137 V 36 E. 4; Tomas Poledna, Gesundheitsrecht, in: Aktuelle Anwaltspraxis 2013, S. 1201), was in Anhang 5 Ziffer 1.4 des Tarifvertrags vom 31. Oktober 2012 festgehalten ist. Eine separate Tarifierung nach Art. 49 Abs. 1 Satz 4 KVG der spitalexternen (wie auch der spitalinternen) Leistung ist nur dann zulässig, wenn sich dies mit den hohen Kosten und der seltenen Inanspruchnahme dieser Leistung begründen lässt. Daran haben auch die Bestimmungen betreffend die neue Spitalfinanzierung nichts geändert, zumal der fragliche Passus betreffend die besonderen diagnostischen und therapeutischen Leistungen wortgleich ins neue Recht überführt worden ist (vgl. Art. 49 Abs. 2 Satz 1 KVG in der bis 31. Dezember 2008 gültigen Fassung) und in der Botschaft zur Revision der Spitalfinanzierung festgehalten wird, dass die bisher in Art. 49 Abs. 2 KVG vorgesehene Möglichkeit der separaten Tarifierung von besonderen diagnostischen oder therapeutischen Leistungen, die seltener erbracht werden und besonders aufwändig sind, bestehen bleiben soll (BBl 2004 5578).

E. 9.5

Die nicht genehmigte Vertragsklausel, wonach sämtliche im Katalog aufgelisteten spitalexternen Leistungen bei medizinischer Indikation Teil der stationären

Rehabilitationsbehandlung werden und als Vergütung für besondere diagnostische und therapeutische Leistungen im Sinn von Art. 49 Abs. 1 Satz 4 KVG zusätzlich abzurechnen sind, unabhängig davon, ob sie vom Leistungsauftrag der Rheinburg-Klinik erfasst sind und ob die Leistung besonders teuer ist oder selten erbracht wird, verstösst damit gegen Art. 49a Abs. 1 in Verbindung mit Art. 49 Abs. 1 Satz 4 KVG und ist nicht gesetzeskonform.

E. 9.6

Die Kompetenz der Vorinstanz erschöpft sich in der Genehmigung des Tarifvertrags oder dessen Verweigerung. Die Vorinstanz kann eine Vertragsklausel nicht durch eine andere ersetzen, weil andernfalls daraus eine Einschränkung der Vertragsfreiheit resultieren würde (vgl. Eugster, Krankenversicherung, S. 713 Rz. 931). Es liegt also grundsätzlich an den Vertragsparteien, der Genehmigungsbehörde die zu genehmigenden Tarife vorzulegen, diese zu begründen und die notwendigen Belege einzureichen. Insofern bestand keine Verpflichtung der Vorinstanz, den Vertragsparteien Vorschläge zu unterbreiten, wie die umstrittene Vertragsklausel ihrer Ansicht nach KVG-konform auszugestalten wäre. Da die Vorinstanz die Gesetzmässigkeit der umstrittenen Vertragsklausel im Ergebnis zu Recht verneint hat, konnte sie insbesondere auch auf Abklärungen betreffend die Wirtschaftlichkeit und Billigkeit verzichten.

E. 10

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass der Umstand, dass eine Leistung extern bei einem anderen zugelassenen oder nicht zugelassenen Leistungserbringer eingekauft wird, diese Leistung entgegen der Annahme der Vertragsparteien nicht zu einer besonderen diagnostischen oder therapeutischen Leistung im Sinn von Art. 49 Abs. 1 Satz 4 KVG macht. Eine separate Tarifierung nach Art. 49 Abs. 1 Satz 4 KVG ist nur im Rahmen des Leistungsauftrags der Rheinburg-Klinik möglich und muss sich überdies mit den hohen Kosten und der seltenen Inanspruchnahme dieser Leistungen begründen lassen. Neben der von der Vorinstanz ausdrücklich nicht genehmigten Ziffer 3.1 des Anhangs 5 widerspricht damit auch Ziffer 3.2 des Anhangs 5 zum Tarifvertrag dem KVG, was auch die Vorinstanz richtig festgestellt hat. Im Ergebnis hat die Vorinstanz damit die Gesetzmässigkeit von Anhang 5 Ziffer 3.1 in Verbindung mit Ziffer 3.2 zu Recht verneint. Die teilweise Nichtgenehmigung des Tarifvertrags ist daher nicht zu beanstanden und die Beschwerde ist abzuweisen.

E. 11.1

Dem Verfahrensausgang entsprechend sind die Verfahrenskosten den Beschwerdeführerinnen und der Beigeladenen, welche die Gutheissung der Beschwerde beantragte, aufzuerlegen (Art. 63 Abs. 1 VwVG). Diese sind unter Berücksichtigung des Streitwerts sowie des Umfangs und der Schwierigkeit der Streitsache, Art der Prozessführung und finanzieller Lage der Parteien (vgl. Art. 63 Abs. 4bis VwVG in Verbindung mit Art. 2 Abs. 1 und Art. 4 des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht [VGKE, SR 173.320.2]) hier auf Fr. 6'000.- festzusetzen und im Umfang von Fr. 5'000.- den Beschwerdeführerinnen 1 - 45 und von Fr. 1'000.- der Beigeladenen aufzuerlegen. Die von den Beschwerdeführerinnen zu tragenden Verfahrenskosten sind dem geleisteten Kostenvorschuss in der Höhe von Fr. 6'000.- zu entnehmen. Der Restbetrag von Fr. 1'000.- ist ihnen zurückzuerstatten.

E. 11.2

Den Beschwerdeführerinnen und der Beigeladenen ist bei diesem Verfahrensausgang keine Parteientschädigung zuzusprechen (Art. 64 Abs. 1 VwVG). Die obsiegende Vorinstanz hat als Behörde ebenfalls keinen Anspruch auf Parteientschädigung (Art. 7 Abs. 3 VGKE).

E. 12

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.

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