

# **BVGer C-4334/2013 vom 11. November 2015**

Bundesverwaltungsgericht, 2015-11-11, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger\\_C-4334\\_2013](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-4334_2013)

FR: TAF C-4334/2013 du 11 novembre 2015

IT: TAF C-4334/2013 del 11 novembre 2015

## **Regeste**

Tarife der Leistungserbringer

## **Erwägungen**

### **E. 1.1**

Den angefochtenen Beschluss vom 3. Juli 2013 hat die Vorinstanz gestützt auf Art. 47 Abs. 1 KVG erlassen. Gemäss Art. 53 Abs. 1 KVG kann gegen Beschlüsse der Kantonsregierungen nach Art. 47 KVG beim Bundesverwaltungsgericht Beschwerde geführt werden. Das Bundesverwaltungsgericht ist demnach zur Beurteilung der Beschwerde zuständig (vgl. auch Art. 90a Abs. 2 KVG).

### **E. 1.2**

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. 1.3**

Die Beschwerdeführerinnen sind primäre Adressatinnen des angefochtenen Beschlusses und ohne Zweifel zur Beschwerde legitimiert (vgl. Art. 48 Abs. 1 VwVG). Auf die frist- und formgerecht erhobene Beschwerde ist, nachdem auch der Kostenvorschuss rechtzeitig geleistet wurde, einzutreten (vgl. Art. 50 Abs. 1, Art. 52 Abs. 1 und Art. 63 Abs. 4 VwVG).

### **E. 1.4**

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). Das Bundesverwaltungsgericht hat Tariffestsetzungsbeschlüsse mit voller Kognition zu überprüfen, den - erheblichen (vgl. [zum akutsomatischen Bereich] BVGE 2014/36 E. 5.4, 2014/3 E. 10.1.4) - Ermessensspielraum der Vorinstanz jedoch zu respektieren. 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. Vorausgesetzt wird, dass die Vorinstanz die für den Entscheid wesentlichen Gesichtspunkte geprüft und die erforderlichen Abklärungen sorgfältig und umfassend durchgeführt hat (vgl. BVGE 2014/3 E. 1.4.1 m.w.H.; zur Würdigung der Empfehlungen der Preisüberwachung vgl. BVGE 2014/3 E. 1.4.2).

## **E. 2**

Streitig und im vorliegenden Verfahren zu beurteilen ist die von der Vorinstanz festgesetzte Tagespauschale für die von der Klinik ab 1. Januar 2012 erbrachten Rehabilitationsleistungen. Massgebend sind namentlich folgende Gesetzes- und Verordnungsbestimmungen.

### **E. 2.1**

Spitäler sind nach Art. 39 Abs. 1 (in Verbindung mit Art. 35) KVG zur Tätigkeit zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) zugelassen, wenn sie die Dienstleistungs- und Infrastrukturvoraussetzungen gemäss Bst. a-c erfüllen, die von einem oder mehreren Kantonen gemeinsam aufgestellten Planung für eine bedarfsgerechte Spitalversorgung entsprechen (Bst. d) und auf der nach Leistungsaufträgen in Kategorien gegliederten Spitalliste des Kantons aufgeführt sind (Bst. e).

### **E. 2.2**

Die 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 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). Die medizinische Rehabilitation im Sinn von Art. 25 Abs. 2 Bst. d KVG schliesst 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. 2.3**

Gemäss Art. 43 KVG erstellen die (zugelassenen) Leistungserbringer ihre Rechnungen nach Tarifen oder Preisen (Abs. 1). Tarife und Preise werden 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 (Abs. 4). Die Vertragspartner und die zuständigen Behörden achten darauf, dass eine qualitativ hochstehende und zweckmässige gesundheitliche Versorgung zu möglichst günstigen Kosten erreicht wird (Abs. 6). Der Bundesrat kann Grundsätze für eine wirtschaftliche Bemessung und eine sachgerechte Struktur sowie für die Anpassung der Tarife aufstellen. Er sorgt für die Koordination mit den Tarifordnungen der anderen Sozialversicherungen (Abs. 7).

### **E. 2.4**

Parteien eines Tarifvertrages sind einzelne oder mehrere Leistungserbringer oder deren Verbände einerseits sowie einzelne oder mehrere Versicherer oder deren Verbände andererseits (Art. 46 Abs. 1 KVG). Der Tarifvertrag bedarf der Genehmigung durch die zuständige Kantonsregierung oder, wenn er in der ganzen Schweiz gelten soll, durch den Bundesrat (Art. 46 Abs. 4 Satz 1 KVG). Die Genehmigungsbehörde prüft, ob der Tarifvertrag mit dem Gesetz und dem Gebot der Wirtschaftlichkeit und Billigkeit in Einklang steht (Art. 46 Abs. 4 Satz 2 KVG). Kommt zwischen Leistungserbringern und

Versicherern kein Tarifvertrag zustande, so setzt die Kantonsregierung nach Anhören der Beteiligten den Tarif fest (Art. 47 Abs. 1 KVG).

## **E. 2.5**

Art. 49 KVG trägt den Titel "Tarifverträge mit Spitälern". Obwohl sich diese Bestimmung nach ihrem Wortlaut (nur) an die Tarifparteien richtet, sind die darin verankerten Grundsätze auch bei einer hoheitlichen Festsetzung im Sinne von Art. 47 KVG zu beachten (BVGE 2014/3 E. 2.7).

### **E. 2.5.1**

Nach Abs. 1 des Art. 49 KVG vereinbaren die Vertragsparteien für die Vergütung der stationären Behandlung einschliesslich Aufenthalt und Pflegeleistungen in einem Spital (Art. 39 Abs. 1) oder einem Geburtshaus (Art. 29) Pauschalen. 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 Spitälern, welche die tarifierte obligatorisch versicherte Leistung in der notwendigen Qualität effizient und günstig erbringen.

### **E. 2.5.2**

Die Tarifpartner setzen gemeinsam mit den Kantonen eine Organisation ein, die für die Erarbeitung und Weiterentwicklung sowie die Anpassung und Pflege der Strukturen zuständig ist (Art. 49 Abs. 2 Satz 1 KVG). Die von der Organisation erarbeiteten Strukturen sowie deren Anpassungen werden von den Tarifpartnern dem Bundesrat zur Genehmigung unterbreitet (Art. 49 Abs. 2 Satz 5 KVG).

### **E. 2.5.3**

Laut Art. 49 Abs. 3 KVG dürfen die Vergütungen nach Abs. 1 keine Kostenanteile für gemeinwirtschaftliche Leistungen enthalten. Dazu gehören insbesondere die Aufrechterhaltung von Spitalkapazitäten aus regionalpolitischen Gründen (Bst. a) sowie die Forschung und universitäre Lehre (Bst. b).

### **E. 2.5.4**

Die Spitälern verfügen über geeignete Führungsinstrumente; 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 (Art. 49 Abs. 7 KVG).

### **E. 2.5.5**

Gemäss Art. 49 Abs. 8 KVG ordnet der Bundesrat in Zusammenarbeit mit den Kantonen schweizweit Betriebsvergleiche zwischen Spitälern an, insbesondere zu Kosten und medizinischer Ergebnisqualität. Die Spitälern und die Kantone müssen dafür die nötigen Unterlagen liefern. Der Bundesrat veröffentlicht die Betriebsvergleiche.

## **E. 2.6**

Gestützt auf Art. 43 Abs. 7 KVG hat der Bundesrat Art. 59c KVV erlassen (in Kraft seit 1. August 2007; AS 2007 3573). Nach dessen Abs. 1 prüft die Genehmigungsbehörde (im Sinne von Art. 46 Abs. 4 KVG), ob der Tarifvertrag namentlich 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. 2.7**

Die Verordnung über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler, Geburtshuser 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.

### **E. 2.7.1**

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, Bst. c und Bst. f VKL).

### **E. 2.7.2**

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. 2.7.3**

Die Ermittlung der Kosten und Erfassung der Leistungen ist im 3. Abschnitt (Art. 9 ff.) der VKL geregelt. Nach Art. 9 VKL müssen Spitäler, Geburtshuser 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. 2.7.4**

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 CHF 10'000.- und mehr gelten als Investitionen nach Art. 8 VKL (Abs. 5).

#### **E. 2.7.5**

Nach Art. 15 VKL sind Spitäler, Geburtshäuser 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. 3**

Die Voraussetzungen für eine hoheitliche Tariffestsetzung nach Art. 47 Abs. 1 KVG waren vorliegend zweifellos erfüllt, was unter den Parteien unbestritten ist. Weiter ist festzuhalten, dass die Vorinstanz ihrer Pflicht, die Preisüberwachung anzuhören (vgl. Art. 14 Abs. 1 PüG [SR 942.20]), nachgekommen ist. Da die Preisüberwachung darauf verzichtet hat, zum vorliegend streitigen Tarif eine Empfehlung abzugeben, entfällt die Prüfung, ob die Vorinstanz eine allfällige Abweichung nachvollziehbar begründet hat (vgl. BVGE 2014/3 E. 1.4.2).

#### **E. 4.1**

Die revidierten Bestimmungen des KVG zur Spitalfinanzierung (Änderung vom 21. Dezember 2007, AS 2008 2049) sind 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 im Bereich der stationären Rehabilitation. Im Auftrag der SwissDRG AG (als Organisation im Sinne von Art. 49 Abs. 2 KVG) wird derzeit die national einheitliche und leistungsorientierte Tarifstruktur ST Reha entwickelt, die auf der Bildung von leistungs- und kostenhomogenen Gruppen basiert, welche die Art und die Intensität der Leistung pauschalisierend abbilden. Die schweizweite Einführung ist erst per 2018 geplant (Newsletter der SwissDRG AG vom 12.06.2014; < [www.swissdrg.org](http://www.swissdrg.org) > Rehabilitation, abgerufen am 8.10.2015).

#### **E. 4.2**

Die Parteien sind sich insoweit einig, als der Tarif vorliegend in Form einer Tagespauschale festzulegen ist. Solche Pauschalen sind im Bereich der stationären Rehabilitation nicht unzulässig (vgl. Urteil BVGer C-2141/2013 vom 19. Oktober 2015 E. 9.3; Urteil BVGer C-2142/2013 vom 20. Oktober 2015 E. 9.3 [zur Publikation vorgesehen]).

#### **E. 4.3**

Die mit BVGE 2014/3 und 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 aufgrund der fehlenden schweizweit einheitlichen Tarifstruktur im Bereich der Rehabilitation auf den vorliegenden Fall nur beschränkt Anwendung finden, insbesondere was den Preisbildungsmechanismus aufgrund eines Vergleichs der schweregradbereinigten Fallkosten (benchmarking-relevante Basiswerte) der Spitäler anbelangt (vgl. BVGE 2014/3

E. 2.8.4.4). Für die Rehabilitation liegt - im Gegensatz zur Akutsomatik - noch keine Methode vor, mit der die unterschiedlichen Schweregrade der einzelnen Behandlungen sachgerecht abgebildet werden können, 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 (C-2142/2013 E. 9.2 mit Hinweis auf Urteil BVGer C-3133/2013 vom 24. August 2015 E. 8.2).

#### **E. 4.4**

Wie das Bundesverwaltungsgericht in den Urteilen C-2141/2013 und C-2142/2013 erkannt hat, ist - als erster Schritt zur Tariffindung - die Orientierung an den eigenen Betriebskosten des Spitals einstweilen noch zu akzeptieren, wenn wie im Bereich der stationären Rehabilitation (noch) keine schweizweit einheitliche Tarifstruktur im Sinne von Art. 49 Abs. 1 Satz 2 KVG zur Verfügung steht und die Preisbestimmung anhand eines Referenzwertes nicht möglich ist. Die ausgewiesenen spitalindividuellen Betriebskosten sind aber einer strengen Prüfung zu unterziehen. Es ist insbesondere sicherzustellen, dass alle nicht tarifrelevanten Kosten sowie Kosten, die einer ineffizienten Leistungserbringung zuzuschreiben sind, ausgeschlossen sind. Es kommen auch Normabzüge (wie Intransparenz- und Überkapazitätsabzüge) in Betracht, die nicht primär auf die «objektive Kostenwahrheit» ausgerichtet sind, sondern gestützt auf die altrechtlichen Regeln der Spitalfinanzierung zur Vermeidung von Überentschädigungen entwickelt wurden (vgl. dazu BVGE 2014/36 E. 6.4). Der festzusetzende Tarif hat sich aber dennoch am Tarif derjenigen Spitäler zu orientieren, welche die tarifierte obligatorisch versicherte Leistung in der notwendigen Qualität effizient und günstig erbringen (Art. 49 Abs. 1 Satz 5 KVG). In einem zweiten Schritt ist daher zumindest eine Wirtschaftlichkeitsprüfung durch Vergleich des spitalindividuell ermittelten Tarifs mit den Tarifen anderer Spitäler vorzunehmen (C-2141/2013 E. 9.4; C-2142/2013 E. 9.4 mit Hinweis auf Urteil BVGer C-3133/2013 vom 24. August 2015 E. 8.4).

#### **E. 5**

Nachfolgend ist die von der Vorinstanz vorgenommene Kalkulation der Tagespauschale zu überprüfen.

##### **E. 5.1**

Die Vorinstanz hat ihre Berechnungen auf die von der Klinik eingereichten Kostendaten 2010 gemäss dem integrierten Tarifmodell Kostenträgerrechnung (ITAR\_K) Version 1.0 (V-act. 71) gestützt. Soweit die Beschwerdeführerinnen dies beanstanden und geltend machen, es handle sich sowohl bei ITAR\_K als auch REKOLE® - auf welchem ITAR\_K beruht - um einseitig vom Branchenverband H+ erarbeitete Rechnungslegungs- und Tarifierleitungsmodelle, ist auf BVGE 2014/3 zu verweisen. Demnach ist angesichts der Bedeutung und der Verbreitung, welche REKOLE® und ITAR\_K zwischenzeitlich erlangt haben, deren Anwendbarkeit nicht 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. 5.2**

Grundlage für die Berechnungen bilden die ausgewiesenen Betriebskosten für OKP-relevante stationäre Leistungen (Grund- und Zusatzversicherte, soweit es sich um Pflichtleistungen handelt; vgl. BVGE 2010/62 E. 4.12.1; 2014/3 E. 3.6.3), was unter den

Parteien nicht strittig ist. Massgebend für die Tarife 2012 sind grundsätzlich die Kostendaten des Jahres 2010 (Tarifjahr X - 2 = Basisjahr; BVGE 2014/3 E. 3.5). Die Beschwerdegegnerin weist im ITAR\_K die Kosten für pulmonale Rehabilitation (KVG) separat aus (Spalte S).

### **E. 5.3**

In einem ersten Schritt hat die Vorinstanz die Nettobetriebskosten I (von CHF 9'705'326.-) ermittelt. Vom Total der Kosten gemäss Betriebsbuchhaltung (CHF 11'276'096.-) hat sie die Arzthonorare für Zusatzversicherte (CHF 195'409.-), die ausgewiesenen Anlagenutzungskosten (CHF 1'373'676.-) sowie die Erlöse der Kontengruppe 65 (CHF 5'604.-) abgezogen und die Erlöse der Kontengruppen 66 (CHF 3'919.-) hinzugerechnet. Anschliessend hat sie Kosten für Forschung und universitäre Lehre (CHF 81'896.-) sowie übrige gemeinwirtschaftliche Leistungen (CHF 51'006.-) abgezogen, was die Nettobetriebskosten II (von CHF 9'572'424.-) ergab. Weiter hat sie - zur Ermittlung der standardisierten betriebswirtschaftlichen Kosten (SBKo) - je einen Abzug für Mehrkosten für Leistungen an Zusatzversicherte (CHF 191'448.-) und für nicht-universitäre Bildung (CHF 97'297.-) sowie einen Zuschlag für kalkulatorische Zinsen auf dem Umlaufvermögen (CHF 15'057.-) vorgenommen (SBKo von CHF 9'298'736.-). Bei 13'129 Pflagetagen ergab dies CHF 708.- pro Pflage tag. Zu den SBKo pro Pflage tag hinzugerechnet wurden schliesslich ein Teuerungszuschlag von CHF 13.-, ein Zuschlag für nicht-universitäre Bildung von CHF 7.- sowie ein Zuschlag für Anlagenutzungskosten von CHF 73.-. Dies ergab eine Tagespauschale von CHF 801.-.

### **E. 5.4**

Nicht zu beanstanden sind die von der Vorinstanz - entsprechend der bisherigen Praxis - vorgenommenen Abzüge für Arzthonorare für Zusatzversicherte und für Mehrkosten für Leistungen (insbes. Hotellerie) an Zusatzversicherte (von 2%) sowie der Zuschlag für kalkulatorische Zinsen auf dem Umlaufvermögen (vgl. auch BVGE 2014/3 E. 3.7). Dagegen haben auch die Beschwerdeführerinnen keine Einwände erhoben.

### **E. 5.5**

Umstritten und nachfolgend zu prüfen sind die Zuschläge für Anlagenutzungskosten (E. 6) und Teuerung (E. 7) sowie die Abzüge für Forschung, universitäre Lehre und übrige gemeinwirtschaftliche Leistungen (E. 8). Weiter ist zu klären, ob die Vorinstanz einen Intransparenzabzug hätte vornehmen müssen (E. 9).

### **E. 5.6**

Was die - von den Beschwerdeführerinnen nicht beanstandeten - Abzüge der Erträge (für übrige, nicht OKP-versicherte Leistungen an Patientinnen und Patienten) aus der Kontengruppe 65 betrifft, ist Folgendes festzustellen. Die Vorinstanz hat die Zahlen gemäss ITAR\_K übernommen, d.h. eine Gewinnmarge von 50% akzeptiert und die Erträge nur zu 50% angerechnet. Gemäss BVGE 2014/3 sind jedoch die Erträge der Kontengruppe 65 zu 100 % in Abzug zu bringen sind, sofern - wie hier - ein Spital diesbezüglich auf eine exakte Kostenausscheidung verzichtet und eine Gewinnmarge nicht bewiesen werden kann (BVGE 2014/3 E. 4.3).

### **E. 6**

Anlagenutzungskosten

### **E. 6.1**

Für die Berechnung der Anlagenutzungskosten hat sich die Vorinstanz auf Abs. 4 der Schlussbestimmungen der Änderungen der KVV vom 22. Oktober 2008 (nachfolgend: SchlB KVV) gestützt, wonach 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.

### **E. 6.2**

Die Beschwerdeführerinnen machen zu Recht geltend Abs. 4 SchlB KVV komme, entsprechend dem klaren Wortlaut der Norm, nur bei Vergütungsmodellen vom Typus DRG zur Anwendung. Eine analoge Anwendung dieser Bestimmung auf die Tagespauschalen im Bereich der Rehabilitation erscheint nicht angezeigt (C-2141/2013 E. 11.6 m.w.H.). Entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerinnen ist aber auch nicht ein Zuschlag von (höchstens) 8% auf dem kalkulierten Tarif vorzunehmen. Vielmehr sind für die Ermittlung der tarifrelevanten Kosten die transparent und bundesrechtskonform ausgewiesenen Anlagenutzungskosten zu berücksichtigen und sodann auf den einzelnen Pflorgetag umzulegen (C-2141/2013 E. 11.7).

### **E. 6.3**

Seit dem 1. Januar 2003 sind die Spitäler gemäss Art. 10 Abs. 4 VKL (AS 2002 2835; bzw. Art. 10 Abs. 5 VKL, in der ab 1. Januar 2009 geltenden Fassung [AS 2008 5105]) verpflichtet, zur Ermittlung der Kosten für Anlagenutzung eine Anlagebuchhaltung zu führen. Mit der Änderung der VKL vom 22. Oktober 2008 wurde Art. 10a VKL eingefügt, der die Anforderungen an die Anlagebuchhaltung wie folgt konkretisiert: 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). Die zur Erfüllung des Leistungsauftrags der Einrichtung betriebsnotwendigen Anlagen dürfen höchstens mit ihrem Anschaffungswert berücksichtigt werden (Abs. 2). Die maximalen jährlichen Abschreibungen berechnen sich bei linearer Abschreibung vom Anschaffungswert über die geplante Nutzungsdauer auf den Restwert Null (Abs. 3). 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 (Abs. 4).

### **E. 6.4**

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 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. 6.5**

Auf die von der Klinik im ITAR\_K ausgewiesenen Anlagenutzungskosten von CHF 1'373'676.- kann nicht ohne Weiteres abgestellt werden, wie die Beschwerdeführerinnen zu Recht vorbringen. Die Vorgaben der VKL zur Anlagebuchhaltung weichen zum Teil von den betriebsbuchhalterischen Grundsätzen ab und sind aus diesem Grund nicht in allen Punkten mit REKOLE® kompatibel; die Anwendung von REKOLE® schliesst indessen eine VKL-konforme Anlagebuchhaltung nicht aus (vgl. Pascal Besson, REKOLE® - Betriebliches Rechnungswesen im Spital, 4. Aufl. 2013, S. 110 ff.). Auf die im ITAR\_K ausgewiesenen Anlagenutzungskosten kann nur abgestellt werden, wenn sichergestellt ist, dass diese den Vorgaben der VKL entsprechen (C-2141/2013 E. 11.7). Dies ist vorliegend schon deshalb nicht der Fall, weil die Beschwerdegegnerin einräumt, dass «im Jahr 2010 noch keine vollständige Anlagebuchhaltung bestand» (act. 9 Ziff. 50).

#### **E. 6.6**

Reicht das Spital im Tariffestsetzungsverfahren keine Anlagebuchhaltung im Sinne von Art. 10 Abs. 5 in Verbindung mit Art. 10a VKL ein, ist die Festsetzungsbehörde gehalten, eine solche zu verlangen (vgl. BVGE 2014/3 E. 3.6.3). Die Vorinstanz hat von der Beschwerdegegnerin keine VKL-konforme Anlagebuchhaltung verlangt und insoweit den rechtserheblichen Sachverhalt unvollständig abgeklärt. Die von der Beschwerdegegnerin mit der Beschwerdeantwort eingereichten Daten gemäss Krankenhausstatistik betreffen die Anlagebuchhaltung für das Jahr 2012 und nicht das Jahr 2010 (vgl. act. 9 Beilage 7), weshalb sie vorliegend nicht rechtserheblich sind. Es obliegt der Vorinstanz, die einschlägigen Daten von der Beschwerdegegnerin zu verlangen, die Anlagenutzungskosten für das Jahr 2010 betreffend die Leistungserbringung zulasten der OKP zu ermitteln und sicherzustellen, dass keine Überentschädigung zulasten der OKP resultiert (vgl. auch C-2141/2013 E. 11.8).

#### **E. 7**

Teuerungszuschlag

##### **E. 7.1**

Die Vorinstanz hat auf den SBKo pro Pflgetag einen Zuschlag von 1.77% für die Teuerung gewährt. Nach Ansicht des Regierungsrates sei die Teuerung für zwei Jahre zu berücksichtigen, da die Datengrundlagen ebenfalls zwei Jahre zurücklägen. Die Beschwerdeführerinnen machen zu Recht geltend, die Teuerung sei praxisgemäss nur für ein Jahr auszugleichen.

##### **E. 7.2**

Kosten, die erst in der Tarifperiode anfallen, können bei Tariffestlegungen grundsätzlich nicht berücksichtigt werden, es sei denn, es handle sich um budgetierte Mehrkosten, welche vor dem Geltungsbeginn des Tarifs rechnerisch genau ausgewiesen waren und im Tarifjahr tatsächlich anfallen (BVGE 2014/3 E. 3.5.2 m.w.H.). Diese Voraussetzungen sind bei der im Tarifjahr auflaufenden Teuerung regelmässig nicht gegeben. Massgebend ist daher weiterhin die gewichtete Teuerung für das Jahr X-1 beziehungsweise vorliegend für das Jahr 2011; dabei ist für den Personalaufwand auf den Nominallohnindex 2011 und für den

Sachaufwand auf den Landesindex der Konsumentenpreise 2011 abzustellen (BVGE 2014/3 E. 8.1). Bei den ausgewiesenen Werten für die Lohnteuerung von + 1 % und der allgemeinen Teuerung (LIK) von + 0.2 % und einer Gewichtung von 70 % (Lohnteuerung) zu 30 % (allgemeine Teuerung), ist eine Teuerung von 0.76 % zu berücksichtigen.

## **E. 8**

Gemeinwirtschaftliche Leistungen

### **E. 8.1**

Betreffend Kosten für Forschung und universitäre Lehre wird im angefochtenen Beschluss unter Hinweis auf Art. 49 Abs. 3 Bst. b KVG festgehalten, diese seien auszuscheiden und von den Nettobetriebskosten abzuziehen. Aufgrund der «fehlenden belastbaren Daten zur universitären Lehre und Forschung aus der Vergangenheit» seien die vom Departement für das Jahr 2012 kalkulierten Beiträge für Lehre und Forschung von insgesamt CHF 300'250.- als Grundlage verwendet und anteilmässig auf die verschiedenen Bereiche umgewälzt worden (S. 11). Bei diesem Vorgehen bestehe kein Grund zur Vornahme eines normativen Abzuges.

#### **E. 8.1.1**

Die Beschwerdeführerinnen machen geltend, die Abgeltung des Kantons Aargau für Forschung und universitäre Lehre sei für die Bestimmung der Kosten irrelevant, zumal ein solcher Betrag nicht den tatsächlich angefallenen Kosten entsprechen müsse. Da die Beschwerdegegnerin offenbar nicht in der Lage sei, die effektiven Kosten für Forschung und universitäre Lehre auszuscheiden, sei ein normativer Abzug von mindestens 3% (auf den Personalkosten im Bereich pulmonale Rehabilitation) vorzunehmen (act. 1 S. 8 f.).

#### **E. 8.1.2**

Nach Ansicht der Beschwerdegegnerin ist der von der Vorinstanz vorgenommene Abzug für Forschung und universitäre Lehre «im Ergebnis nicht zu beanstanden» (act. 9 Ziff. 31). Der von den Beschwerdeführerinnen geforderte Pauschalabzug stehe in keinem Verhältnis zu den effektiven Kosten. Die Beschwerdegegnerin sei lediglich im Bereich der Weiterbildung von Assistenzärztinnen und -ärzten sowie in der Ausbildung von Unterassistentinnen und -assistenten tätig. Die Klinik erhalte pro Jahr je Assistenzärztin oder -arzt einen Betrag von CHF 18'270.- und CHF 6'600.- je Unterassistentin oder -assistent. Zudem würde pro Ausbildungstag und Blockstudierende ein Betrag von CHF 800.- vergütet. Wie eine Nachkalkulation der Beschwerdegegnerin gezeigt habe, seien die 2012 effektiv angefallenen Kosten leicht tiefer (CHF 17'837.- bzw. CHF 6'597.-) ausgefallen. Die Beschwerdegegnerin betreibe ihre insgesamt bescheidene Forschungstätigkeit schwergewichtig im Bereich Schlafmedizin. Auf den Bereich pulmonale Rehabilitation entfielen «praktisch keine Forschungsaktivitäten». Die seltenen und geringfügigen Tätigkeiten, die sich unter den Begriff der Forschung subsumieren liessen, würden die Beteiligung an Studien von Dritten oder reine Datenlieferung für Forschungsprojekte Dritter betreffen. Der Kostenaufwand sei marginal und betrage durchschnittlich etwa CHF 10'000.- bis 15'000.- pro Jahr. Wenn die Beschwerdeführerinnen geltend machen wollten, dass in den ausgewiesenen Kosten beträchtliche Aufwendungen für Forschung enthalten seien, müssten sie dies beweisen oder zumindest spezifisch glaubhaft machen.

#### **E. 8.1.3**

Das BAG vertritt die Auffassung, es sei ein normativer Abzug gemäss den Empfehlungen der Preisüberwachung für Tarife 2012 vorzunehmen, weil keine transparente Kostenausscheidung erfolgt sei (act. 11 S. 5).

## **E. 8.2**

Laut Art. 49 Abs. 3 KVG dürfen die Vergütungen nach Art. 49 Abs. 1 KVG keine Kostenanteile für gemeinwirtschaftliche Leistungen enthalten, 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, währenddem 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.

### **E. 8.2.1**

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 Aus- und Weiterbildung im Sinn von Art. 7 Abs. 1 Bst. a und b VKL als gemeinwirtschaftliche Leistungen auszuscheiden sind, solange der Verordnungsgeber keine abweichenden Vorschriften erlässt (BVGE 2014/3 E. 6.6.3; 2014/36 E. 16).

### **E. 8.2.2**

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. 8.2.3**

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. 8.3**

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 (BVGE 2014/3 E. 6.4.4). 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 (vgl. GDK-Empfehlungen

zur Wirtschaftlichkeitsprüfung S. 4 f.). Obwohl es vorliegend nicht wie in BVGE 2014/3 und 2014/36 um die Ermittlung der schweregradbereinigten Fallkosten geht, welche im akutsomatischen Bereich Grundlage des Benchmarkings und des Referenzwerts im Sinne von Art. 49 Abs. 1 Satz 5 KVG bilden (vgl. BVGE 2014/3 E. 6.4.4; 2014/36 E. 16.1.6), gelten die Anforderungen an eine transparente Kostenausscheidung auch im Bereich der Rehabilitation. Daher muss bereits im Verwaltungsverfahren zur Festsetzung oder Genehmigung von Spitaltarifen für die Parteien transparent nachvollziehbar sein, wie die nicht OKP-pflichtigen Kosten ausgeschieden wurden (vgl. BVGE 2014/36 E. 16.1.4). Auszuscheiden sind die tatsächlichen Kosten der universitären Lehre und Forschung, wobei diese möglichst realitätsnahe zu ermitteln oder datenbasiert abzuschätzen sind (vgl. BVGE 2014/36 E. 16.1.6). 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. 8.4**

Im ITAR\_K der Beschwerdegegnerin wird kein separater Kostenträger für Forschung und universitäre Lehre geführt, aber auch kein subsidiärer Abzug vorgenommen (vgl. V-act. 71). Den vorinstanzlichen Akten lässt sich nichts zu einer allfälligen Ausscheidung dieser Kosten oder deren tatsächlichen Höhe entnehmen. Wie die Beschwerdeführerinnen zutreffend vorbringen, kann nicht auf die Vergütungen des Kantons für Forschung und universitäre Lehre (für das Jahr 2012) abgestellt werden, weil nicht erstellt ist, dass diese den tatsächlichen Kosten entsprechen. Zudem sind für die Bestimmung der tarifrelevanten Kosten grundsätzlich die Daten des Jahres 2010 (nicht des Tarifjahres 2012) massgebend (vgl. BVGE 2014/3 E. 6.4.2, C-2142/2013 E. 12.8 m.w.H.).

#### **E. 8.5**

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.

#### **E. 8.6**

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 (C-2142/2013 E. 12.10 mit Hinweis; BVGE 2014/3 E. 6.5). Wie hoch dieser Normabzug anzusetzen wäre, ist vorliegend nicht zu beurteilen.

#### **E. 8.7**

Betreffend die übrigen gemeinwirtschaftlichen Leistungen im Sinne von Art. 49 Abs. 3 KVG gilt das soeben Ausgeführte analog. Massgebend sind nicht die unter diesem Titel gewährten kantonalen Abgeltungen, sondern die tatsächlichen Kosten für im Jahr 2010 erbrachte Leistungen. Ob die Behauptung der Beschwerdegegnerin zutrifft, wonach sie im Bereich pulmonale Rehabilitation keine gemeinwirtschaftlichen Leistungen erbringe (V-act. 9 Ziff. 27), wird die Vorinstanz noch zu prüfen haben.

## **E. 9**

### Intransparenzabzug

#### **E. 9.1**

Die Vorinstanz hat von einem Intransparenzabzug abgesehen mit der Begründung, im Einführungsjahr der neuen Spitalfinanzierung bestünden noch viele Unsicherheitsfaktoren und die Anforderungen an die Datenlieferung der Spitäler sei noch nicht präzise genug definiert. Die vom Departement einverlangten Unterlagen habe die Klinik jedoch in grundsätzlich guter Qualität geliefert.

#### **E. 9.2**

Die Beschwerdeführerinnen machen geltend, eine vollständige Transparenz der Daten sei nicht gegeben. Insbesondere im Bereich Lehre und Forschung fehle eine detaillierte Kostenermittlung und Leistungserfassung. Nur mit einem Intransparenzabzug von 4% könnten die bundesrechtlichen Vorgaben eingehalten werden.

#### **E. 9.3**

Ein Intransparenzabzug ist grundsätzlich möglich, wenn - wie im Bereich Rehabilitation - der Tarif nicht aufgrund eines Referenzwertes im Sinne von Art. 49 Abs. 1 Satz 5 KVG, der aufgrund eines Benchmarkings der schweregradbereinigten Fallkosten bestimmt wird, sondern auf der Basis der spitalindividuellen Kosten festgesetzt wird (vgl. vorne E. 4.3). Die Rechtsprechung gemäss BVGE 2014/3 E. 9.2.2, wonach bei der Ermittlung der benchmarking-relevanten Betriebskosten (also vor dem Benchmarking) kein Intransparenzabzug vorzunehmen, ist hier nicht einschlägig. Die Frage nach einem Intransparenzabzug und dessen Höhe stellt sich jedoch erst dann, wenn es der Vorinstanz nicht gelingen sollte, die entscheidungswesentlichen Daten der Beschwerdegegnerin zu erheben (C-2142/2013 E. 16.2 mit Hinweis).

## **E. 10**

Als Zwischenergebnis ist festzuhalten, dass der Kostenausweis der Beschwerdegegnerin und die gestützt darauf von der Vorinstanz vorgenommene Berechnung der tarifrelevanten Betriebskosten den bundesrechtlichen Vorgaben nicht entsprechen. Gestützt darauf kann folglich kein gesetzeskonformer Tarif festgelegt werden.

## **E. 11**

### Wirtschaftlichkeitsprüfung

#### **E. 11.1**

Im angefochtenen Beschluss wird zur Wirtschaftlichkeitsprüfung ausgeführt, der Regierungsrat anerkenne, dass entsprechend den neuen Bestimmungen zur Spitalfinanzierung (Art. 49 Abs. 1 Satz 5 KVG) ein Benchmarking vorzunehmen wäre. Bisher existiere jedoch noch kein allgemein anerkanntes System des Benchmarkings. Insbesondere im Bereich der Rehabilitation, in welchem zurzeit noch kein gesamtschweizerisch einheitliches Tarifsystem bestehe, seien Benchmarkings schwierig. Da sich das Patientengut und das Angebot teilweise sehr stark unterscheiden würden, sei ein methodengerechtes Benchmarking mit den aktuell zur Verfügung stehenden Unterlagen nicht möglich. Der von tarifsuisse vorgenommene Tarifvergleich (mit vier Kliniken) beruhe auf unzureichenden Grundlagen und sei nicht aussagekräftig. Zudem müsse ein Benchmarking entsprechend Art. 49 Abs. 8 KVG nebst den Kosten auch die medizinische

Ergebnisqualität mitberücksichtigen (S. 12 f.).

#### **E. 11.1.1**

Die Beschwerdeführerinnen kritisieren, die Vorinstanz habe die von ihr aufgrund der spitalindividuellen Kosten ermittelte Tagespauschale keinem Wirtschaftlichkeitsvergleich unterzogen. Da es tarifsuisse bewusst sei, dass die Leistungsaufträge vergleichbarer Kliniken im Detail voneinander abweichen könnten, habe sie nicht auf einen reinen Tarifvergleich mit anderen Kliniken abgestellt, sondern auch eine Hochrechnung des Tarifs der Beschwerdegegnerin von 2011 auf das Jahr 2012 vorgenommen. Bei dieser Hochrechnung seien 8% für Anlagenutzungskosten, 2% (der Personalkosten) für die nicht-universitäre Ausbildung sowie eine Toleranzmarge von 2% berücksichtigt worden und von einem Kostendeckungsgrad von 96% ausgegangen worden. Dies habe eine Pauschale von CHF 631.- ergeben. Der von tarifsuisse aufgrund der ausgewiesenen Kosten 2010 berechnete Tarif von CHF 737.- liege um 17% über dem hochgerechneten Tarif. Der von der Vorinstanz festgesetzte Tarif von CHF 801.- übersteige die hochgerechnete Pauschale gar um 27%. Eine solch starke Kostensteigerung lasse sich bei gleichbleibendem Leistungsangebot nicht begründen. Dass der festgesetzte Tarif zu hoch sei, zeige auch der Vergleich mit ausserkantonalen Kliniken. Für das Berner Reha Zentrum Heiligenschwendi (nachfolgend: Klinik Heiligenschwendi) gelte eine Tagespauschale von CHF 691.- (provisorischer Tarif), für die Luzerner Klinik Montana (nachfolgend: Klinik Montana) sei eine Tagespauschale von CHF 610.- und für Walenstadtberg eine Tagespauschale von CHF 620.- genehmigt worden (act. 1 S. 11 ff.).

#### **E. 11.1.2**

Die Beschwerdegegnerin spricht der von tarifsuisse vorgenommenen Hochrechnung jegliche Aussagekraft ab. Insbesondere beruhe diese auf dem Mischtarif für die verschiedenen Leistungsbereiche, nicht auf den - von santésuisse damals berechneten - Kosten im Bereich Pneumologie. Ausgangsbasis für eine Hochrechnung müsste deshalb der Betrag von CHF 317.- (und nicht CHF 270.-) sein, wobei dies dem damaligen Kostendeckungsgrad von 46% entspreche. Weiter wäre dieser auf 100% (und nicht auf 96%) hochzurechnen. Würden zudem - wie von der Beschwerdegegnerin beantragt - 15% statt nur 8% für die Anlagenutzungskosten berücksichtigt, zeige sich eine deutliche Preisreduktion gegenüber dem Vorjahr. Weiter wird geltend gemacht, im Bereich der Rehabilitation seien die Voraussetzungen für einen Tarifvergleich nicht erfüllt, zumal es keine einheitliche Tarifstruktur gebe, welche die Fallschwere abbilde. Der Vergleich mit Tagespauschalen von drei zufällig ausgewählten Rehabilitationskliniken sei willkürlich und die Grundlagen nicht nur unvollständig, sondern auch intransparent. Die Klinik biete mit ihrem akkreditierten pulmonalen Rehabilitationsprogramm medizinische Leistungen auf höchstem Niveau und in ausgezeichneter Qualität, die es erlaubten, auch komplexe und kompliziertere Fälle erfolgreich zu behandeln. Von anderen Rehabilitationskliniken unterscheide sie sich namentlich darin, dass sie Mitglied von "SW!SS REHA" sei, von der Swiss Association for Quality (SAQ) mit 4 Sternen ausgezeichnet worden sei und aufgrund einer grossen Anzahl hochqualifizierten medizinischen Personals auch sehr schwere Fälle erfolgreich behandeln könne (act. 9 S. 12 ff.).

#### **E. 11.1.3**

In ihrer Vernehmlassung weist die Vorinstanz namentlich darauf hin, dass nach der Rechtsprechung (BVGE 2010/25 E. 10.2) allein die Tatsache, dass eine Klinik höhere

(tarifrelevante) Kosten ausweise, noch nicht die Vermutung der Unwirtschaftlichkeit begründe. Zunächst müsse dargelegt werden können, dass die Angebote der in den Vergleich einbezogenen Spitäler tatsächlich vergleichbar seien, was eine zuverlässige und umfassende Datenbasis erfordere. Der Kanton habe keinen Zugriff auf die Kostendaten ausserkantonaler Kliniken und die in Art. 49 Abs. 8 KVG vorgesehenen Betriebsvergleiche lägen nicht vor. Unter den gegebenen Umständen sei die Tariffestsetzung (in der Höhe der kalkulierten Kosten) als sachgerecht und rechtskonform zu betrachten. Sofern - trotz Fehlens eines schweregradbereinigten Tarifsystems - ein Vergleichstarif herangezogen werden sollte (bspw. der Klinik Walenstadtberg), müsste eine relativ grosszügige Sicherheitsmarge von rund 30% dazugeschlagen werden, womit sich die festgesetzte Tagespauschale ebenfalls als wirtschaftlich erweisen würde (act. 8 S. 3 ff.).

#### **E. 11.1.4**

Das BAG erachtet eine angemessene Sicherheitsmarge ebenfalls als angezeigt, wenn die Fallschwere nur mit einer gewissen Ungenauigkeit geschätzt werden könne. Mit der von der Vorinstanz vorgeschlagenen Sicherheitsmarge von 30% könne aber kein Nachweis der Wirtschaftlichkeit erbracht werden. Die Methode der Beschwerdeführerinnen, den Tarif aus dem Jahr 2011 hochzurechnen, genüge den Anforderungen nicht. Die Analyse beruhe auf einem Mischtarif und daher nicht auf einer adäquaten Vergleichsbasis (act. 11 S. 9 f.).

#### **E. 11.1.5**

Die Beschwerdeführerinnen bestreiten in ihren Schlussbemerkungen, dass es sich beim Tarif 2011, welcher Grundlage für die Hochrechnungen bildete, um einen Mischtarif handelte. Vielmehr hätten sich die Parteien damals darauf geeinigt, dass für jeden einzelnen Bereich eine Tagespauschale von CHF 270.- gelten soll. Weiter sei in den von der Beschwerdegegnerin angeführten Kostendaten von santésuisse auch ein (kleiner) Anteil Akutsomatik enthalten. Mit dem Vorschlag der Vorinstanz, als Vergleich den Tarif der Klinik Walenstadtberg heranzuziehen, könnten sich die Beschwerdeführerinnen einverstanden erklären. Es dürfte aber lediglich eine Sicherheitsmarge von 5% hinzugerechnet werden (act. 16 S. 4).

#### **E. 11.1.6**

Die Beschwerdegegnerin hält in ihren Schlussbemerkungen daran fest, dass die Vergleichbarkeit mit anderen Kliniken, welche pulmonale Rehabilitation anböten, nicht gegeben sei. Daher müsse die erforderliche Wirtschaftlichkeitsprüfung auf andere Weise erfolgen, z.B. durch Vergleich mit den mit anderen Krankenversicherern verhandelten Tarifen oder durch eine innerbetriebliche Analyse der Kostenentwicklung (act. 17).

#### **E. 11.2**

Wie oben (E. 4.4) dargelegt, ist im Bereich der Rehabilitation eine Orientierung an den eigenen Betriebskosten des Spitals einstweilen noch zu akzeptieren, wobei die ausgewiesenen Betriebskosten einer strengen Überprüfung zu unterziehen und allenfalls Normabzüge zur Vermeidung von Überentschädigungen vorzunehmen sind. Dies stellt jedoch nur den ersten Schritt zur Tariffindung dar. Auch wenn noch kein (gesamtschweizerisches) Benchmarking der schweregradbereinigten Fallkosten möglich ist, muss die Preisbildungsregel von Art. 49 Abs. 1 Satz 5 KVG beachtet werden. Daher hat sich auch ein spitalindividuell ermittelter Tarif an der Entschädigung jener Spitäler zu orientieren, welche die tarifierte obligatorisch versicherte Leitung in der notwendigen Qualität effizient und günstig erbringen. Eine Tariffestsetzung einzig anhand der Kosten

eines Spitals liesse sich mit den Vorgaben des KVG nicht in Einklang bringen. In einem zweiten Schritt ist deshalb eine Plausibilisierung des ermittelten Tarifs anhand eines Vergleichs mit anderen Spitälern geboten.

### **E. 11.3**

Art. 49 Abs. 1 Satz 5 KVG verlangt grundsätzlich eine Orientierung an anderen (effizienten) Leistungserbringern. Daher genügt es nicht, wenn die Tagespauschale lediglich mit Tarifen, welche die betreffende Klinik mit anderen Krankenversicherern vertraglich vereinbart hat, verglichen wird (vgl. C-2141/2013 E. 15.6; C-3133/2013 E. 17.5.4). Ob ausnahmsweise eine innerbetriebliche Analyse der Kostenentwicklung zu akzeptieren wäre, wenn ein Benchmarking nicht möglich ist, braucht vorliegend nicht entschieden zu werden. Die von den Parteien vorgenommenen Hochrechnungen des Tarifs 2011 beruhen - unabhängig davon, ob damals ein Mischtarif vereinbart wurde - jedenfalls nicht auf hinreichend transparenten Datengrundlagen und rechtskonformen Berechnungen. Da bis zur Einführung der neuen Spitalfinanzierung die Investitionskosten bei öffentlichen oder öffentlich subventionierten Spitälern nicht zu berücksichtigen waren (vgl. aArt. 49 Abs. 1 KVG; BVGE 2014/3 E. 2.7.2 und 3.1.1), im Bereich der Rehabilitation nun aber die effektiven Anlagenutzungskosten anzurechnen sind (vorne E. 6.2), wäre eine Hochrechnung ohnehin schwierig.

### **E. 11.4**

Was die Vorbringen betreffend Berücksichtigung der Ergebnisqualität betrifft, ist festzuhalten, dass eine qualitativ hochstehende gesundheitliche Versorgung (Art. 43 Abs. 6 KVG) entsprechend dem Standard der medizinischen Wissenschaft bei der Tariffestlegung vorausgesetzt wird. Die Vorgabe von Art. 49 Abs. 8 KVG, wonach die medizinische Ergebnisqualität in die Betriebsvergleiche einzubeziehen ist, dient der Verbesserung der Transparenz (BVGE 2014/36 E. 3.5). Eine höhere Behandlungsqualität vermag auch im akutsomatischen Bereich keine höhere Baserate zu rechtfertigen (vgl. BVGE 2014/36 E. 6.8.5 und 11.3).

### **E. 11.5**

Soweit verwertbare Kostendaten vergleichbarer Institutionen fehlen, kann sich die Festsetzungsbehörde ausnahmsweise an rechtskräftig festgesetzten oder genehmigten Tarifen anderer Rehabilitationseinrichtungen orientieren. Zu berücksichtigen ist dabei, 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). Diese Ausgangslage sowie der Umstand, dass die Fallschwere der Patientinnen und Patienten in den Vergleichsspitälern allenfalls nur mit einer gewissen Ungenauigkeit geschätzt werden kann, rechtfertigt die Berücksichtigung einer Sicherheitsmarge (vgl. C-2141/2013 E. 15.9 m.w.H.).

### **E. 11.6**

Nach der Rechtsprechung begründen allein die höheren tarifrelevanten Kosten der einen Rehabilitationseinrichtung gegenüber einer anderen Institution noch nicht die Vermutung der unwirtschaftlichen Leistungserbringung (C-2141/2013 E. 15.8 mit Hinweis auf 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. Im Bereich der Rehabilitation erscheint dies zwar grundsätzlich möglich, wegen der Spezialitätenvielfalt und der Verschiedenheit des Patientengutes aber sehr schwierig (C-2141/2013 E. 15.8 m.w.H.).

#### **E. 11.7**

Wird lediglich ein Vergleich zur Plausibilisierung des ermittelten kostenbasierten Tarifs verlangt, sind die Anforderungen an die Vergleichbarkeit geringer als bei einem Benchmarking, das Grundlage für die Bestimmung des Referenzwertes im Sinne von Art. 49 Abs. 1 Satz 5 KVG und die Tariffestsetzung bildet. Der Hinweis, die Leistungen im Bereich der Rehabilitation seien nicht ohne Weiteres vergleichbar, entbindet die Festsetzungsbehörde daher nicht davon, einen Vergleich mit anderen Einrichtungen, die einen gleichen oder ähnlichen Leistungsauftrag (vorliegend für pulmonale Rehabilitation) haben, vorzunehmen. Da nun vermehrt auch im Rehabilitationsbereich differenzierende Tagespauschalen festgelegt werden, ist zumindest ein gewisser Vergleich innerhalb einer Gruppe von Kliniken mit vergleichbarem Leistungsauftrag möglich. Liegen Indizien für wesentliche Unterschiede bei den Schweregraden vor, hat die Festsetzungsbehörde diesen Umstand angemessen zu berücksichtigen und die Sicherheitsmarge entsprechend anzupassen. Wie hoch eine solche Sicherheitsmarge anzusetzen ist, kann daher nicht allgemein festgelegt werden. Der Entscheid liegt grundsätzlich im pflichtgemässen Ermessen der Festsetzungsbehörde. Eine Sicherheitsmarge von 30%, wie von der Vorinstanz in der Vernehmlassung postuliert, würde den (erheblichen) Ermessensspielraum aber zweifellos überschreiten. Zudem ist darauf hinzuweisen, dass ein solcher Ermessensentscheid hinreichend begründet sein muss.

#### **E. 11.8**

Was den von den Beschwerdeführerinnen vorgenommenen Tarifvergleich mit den Kliniken Heiligenschwendi, Montana und Walenstadtberg betrifft, ist darauf hinzuweisen, dass ein solcher Vergleich rechtskräftige Tarife voraussetzt, weshalb der provisorische Tarif der Klinik Heiligenschwendi nicht massgebend sein kann. Da für den ersten Schritt der Tariffestsetzung (kostenbasierte Tagespauschale) noch zusätzliche Abklärungen vorzunehmen sind und der Vergleich mit anderen Kliniken erst den zweiten Schritt zur Tariffestsetzung bildet, ist nicht weiter auf diesen Tarifvergleich einzugehen, zumal in der Zwischenzeit weitere rechtskräftige Tarife 2012 für den Bereich der pulmonalen Rehabilitation vorliegen (bspw. Klinik Heiligenschwendi, [vgl. <[http://www.gef.be.ch/gef/de/index/gesundheit/gesundheit/spitalversorgung/spitaeler/superprovisorischetarife.assetref/dam/documents/GEF/SPA/de/Spitalversorgung/Tarife/Uebersicht\\_Tarife\\_2012\\_20150817\\_d.pdf](http://www.gef.be.ch/gef/de/index/gesundheit/gesundheit/spitalversorgung/spitaeler/superprovisorischetarife.assetref/dam/documents/GEF/SPA/de/Spitalversorgung/Tarife/Uebersicht_Tarife_2012_20150817_d.pdf)>, abgerufen am 19.10.2015]).

#### **E. 12**

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass der angefochtene Beschluss mit den bundesrechtlichen Vorgaben nicht vereinbar und daher aufzuheben ist. Da der rechtserhebliche Sachverhalt weiterer Abklärung bedarf und über verschiedene Ermessensfragen zu entscheiden ist, fällt ein reformatorisches Urteil praxisgemäss nicht in Betracht (Urteil BVGer C-5749/2013 vom 31. August 2015 E. 7.1 m.w.H.; BVGE 2014/3 E. 10.4). Die Sache ist daher zur Neu Beurteilung im Sinne der Erwägungen an die Vorinstanz zurückzuweisen. In diesem Sinne ist die Beschwerde teilweise gutzuheissen. Abzuweisen ist hingegen der Antrag 2, es sei eine Tagesvollpauschale von CHF 631.- (was dem von tarifsuisse hochgerechneten Tarif der Klinik entsprechen würde) festzusetzen. Die

Vorinstanz wird zunächst die notwendigen Abklärungen und die Neuberechnung der Tagespauschale aufgrund der tarifrelevanten Kosten vorzunehmen haben (vgl. E. 5 - 10). Anschliessend wird sie den kostenbasierten Tarif mit den Tarifen anderer Kliniken für pulmonale Rehabilitation vergleichen und eine Tagespauschale festsetzen, die dem Grundsatz der Wirtschaftlichkeit entspricht (vgl. E. 11).

### **E. 13**

Zu befinden ist abschliessend über die Verfahrenskosten und allfällige Parteientschädigungen.

#### **E. 13.1**

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). Die Spruchgebühr richtet sich nach Umfang und Schwierigkeit der Streitsache, Art der Prozessführung und finanzieller Lage der Parteien (vgl. Art. 63 Abs. 4bis VwVG; zur Qualifikation als vermögensrechtliche Streitigkeit vgl. BVEG 2010/14 E. 8.1.3). 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 et al., Prozessieren vor dem Bundesverwaltungsgericht, 2. Aufl. 2013, Rz. 4.43).

##### **E. 13.1.1**

Die Beschwerdeführerinnen obsiegen insoweit, als sie die Aufhebung des Tariffestsetzungsbeschlusses beantragen. Sie unterliegen, soweit sie die Festsetzung einer tieferen Tagespauschale und den Erlass vorsorglicher Massnahmen durch das Gericht beantragen. Die Beschwerdegegnerin beantragt die Bestätigung des angefochtenen Beschlusses und damit die Bestätigung der von der Vorinstanz festgesetzten Tagespauschale sowie - sinngemäss und ohne Begründung - ein teilweises Nichteintreten auf die Beschwerde. Die Aufhebung des angefochtenen Beschlusses und Rückweisung an die Vorinstanz zur Neuurteilung ist vorliegend als überwiegendes Obsiegen der Beschwerdeführerinnen (im Umfang von zwei Dritteln) zu betrachten.

##### **E. 13.1.2**

Die Verfahrenskosten werden auf CHF 6'000.- festgelegt. Davon haben die Beschwerdeführerinnen einen Drittel (CHF 2'000.-), die Beschwerdegegnerin zwei Drittel (CHF 4'000.-) zu übernehmen. Der von den Beschwerdeführerinnen zu leistende Anteil wird dem Kostenvorschuss (von CHF 8'000.-) entnommen. Der Restbetrag von CHF 6'000.- wird ihnen zurückerstattet.

### **E. 13.2**

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. 13.2.1**

Dem Verfahrensausgang entsprechend haben die Beschwerdeführerinnen und die Beschwerdegegnerin je Anspruch auf eine reduzierte Parteientschädigung zu Lasten der Gegenpartei. Der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerinnen hat eine Honorarnote eingereicht. Die Parteientschädigung für die Beschwerdegegnerin ist mangels Kostennote aufgrund der Akten festzusetzen (Art. 14 Abs. 2 Satz 2 VGKE).

#### **E. 13.2.2**

Der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerinnen macht einen Zeitaufwand von 25 Stunden und 45 Minuten (bei einem Stundenansatz von CHF 250.-) sowie Auslagen von CHF 205.50 und einen Zuschlag von 8% für Mehrwertsteuer geltend, was einen Totalbetrag von CHF 7'174.45 ergibt. Mit Blick auf den gebotenen (vgl. Art. 8 Abs. 2 VGKE) und aktenkundigen Aufwand erscheint der geltend gemachte Zeitaufwand zu hoch. Insbesondere enthält die Beschwerde kaum Argumente, die nicht entweder von tarifsuisse bereits im vorinstanzlichen Verfahren oder in gleichgelagerten Beschwerdeverfahren vorgetragen wurden; weiter hätte dem Rechtsvertreter aufgrund der ihm in anderen Beschwerdeverfahren bereits zugestellten Nichteintretensverfügungen (C-3454/2013, C-3497/2013) bekannt sein müssen, dass der Antrag auf Festsetzung eines provisorischen Tarifs unnötig war. Die volle Parteientschädigung ist daher zu kürzen und ermessensweise auf pauschal CHF 6'000.- festzusetzen. In gleicher Höhe ist die volle Parteientschädigung für die Beschwerdegegnerin festzusetzen.

#### **E. 13.2.3**

Entsprechend dem nur teilweisen Obsiegen (zwei Drittel bzw. ein Drittel) haben die Beschwerdeführerinnen die Beschwerdegegnerin mit CHF 2'000.- und die Beschwerdegegnerin die Beschwerdeführerinnen mit CHF 4'000.- zu entschädigen. Die Vorinstanz hat keinen Anspruch auf Parteientschädigung (Art. 7 Abs. 3 VGKE).

#### **E. 14**

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 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.