

BVGer C-4479/2013 vom 12. November 2015

Bundesverwaltungsgericht, 2015-11-12, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-4479_2013

FR: TAF C-4479/2013 du 12 novembre 2015

IT: TAF C-4479/2013 del 12 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 deshalb 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 Barmelweid 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 > 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 Sinne 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

Die Vorinstanz hat gestützt auf die von der Klinik Barmelweid eingereichten Kostendaten 2010 für kardiovaskuläre Rehabilitation eine Tagespauschale von CHF 694.- berechnet. Festgesetzt hat sie eine Tagespauschale von CHF 620.-, dies unter Hinweis auf den von der Beschwerdegegnerin mit anderen Krankenversicherern für die kardiovaskuläre Rehabilitation vereinbarten Tarif.

E. 5.1

Die Beschwerdeführerinnen beanstanden nicht die vorinstanzliche Kostenermittlung, sondern die Wirtschaftlichkeitsprüfung.

E. 5.1.1

Im angefochtenen Beschluss wird dazu 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. Den von der Einkaufsgemeinschaft HSK

vorgenommenen Tarifvergleich (mit der Klinik Le Noirmont, der Klinik Gais, dem Rehabilitationszentrum Seewis und der Rehaklinik Hasliberg) erachte der Regierungsrat als zufällig und zu wenig aussagekräftig. Da die Klinik Barmelweid mit anderen Krankenversicherern eine Tagespauschale von CHF 620.- vereinbart habe, sei in Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots nicht der kalkulierte (höhere) Tarif von CHF 694.-, sondern eine Tagespauschale von CHF 620.- festzusetzen.

E. 5.1.2

Die Beschwerdeführerinnen kritisieren, die Vorinstanz habe den Tarif einzig aufgrund des vertraglich zwischen der Beschwerdegegnerin und einer anderen Einkaufsgemeinschaft vereinbarten Tarifs festgesetzt. Einen Vergleich mit effizienten Leistungserbringern, wie von Art. 49 Abs. 1 Satz 5 KVG verlangt, habe die Vorinstanz aber nicht vorgenommen. Auch wenn im Bereich Rehabilitation nicht ein gleich strenges Benchmarking möglich sei wie in der Akutsomatik, müsse sich der Tarif an der Entschädigung von effizienten und günstigen Leistungserbringern orientieren. Um das Feld der effizienten und günstigen Leistungserbringer zu ermitteln, hätten die Beschwerdeführerinnen die mit anderen Kliniken für kardiovaskuläre Rehabilitation vereinbarten Tarife (Tagespauschalen zwischen CHF 345.- und 385.-) herangezogen. Indem die Vorinstanz diesen Vergleich verworfen habe, ohne selber das Feld der effizienten und günstigen Leistungserbringer zu ermitteln, habe sie den rechtserheblichen Sachverhalt unvollständig festgestellt. Durch die Qualitätsanforderungen der Schweizerischen Arbeitsgemeinschaft für kardiale Rehabilitation (SAKR) seien die kardialen stationären Rehabilitationsprogramme standardisiert und vergleichbar. Tarifvergleiche seien zumindest soweit möglich, als festgestellt werden könne, dass die vorliegend bestehenden Tariffdifferenzen sehr hoch und nicht erklärbar seien. Für den Vergleich seien nur vier SARK-anerkannte Kliniken herangezogen worden, weil die übrigen sieben Kliniken nicht mit einer (reinen) Tagespauschale für kardiale Rehabilitation abrechneten. Dennoch zeige auch der Vergleich mit diesen Kliniken, dass der von der Vorinstanz festgesetzte Tarif viel zu hoch sei.

E. 5.1.3

Die Vorinstanz macht in ihrer Vernehmlassung insbesondere geltend, bei den Qualitätsanforderungen der SARK handle es sich lediglich um Mindestanforderungen. Ein Benchmarking sei im Bereich der Rehabilitation erst dann möglich, wenn die einheitliche Tarifstruktur (ST Reha) zur Anwendung komme. Zurzeit würde noch die Gefahr bestehen, dass nicht Gleiches mit Gleichem verglichen werde. 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 es sachgerecht gewesen, den zwischen der Klinik Barmelweid und tarifsuisse ag vertraglich vereinbarten Tarif festzusetzen, zumal dieser deutlich unter der kostenbasierten Tagespauschale liege. Sofern - trotz Fehlens eines schweizergradbereinigten Tarifsystems - ein Vergleichstarif herangezogen werden sollte, wäre die Walliser Höhenklinik Montana zu wählen, die ungefähr im Mittelfeld der Vergleichstarife liege (auf eine Tagespauschale umgerechnet CHF 485.-). Weiter müsste eine relativ grosszügige Sicherheitsmarge von rund 30% dazugeschlagen werden, womit sich die festgesetzte Tagespauschale ebenfalls als wirtschaftlich erweisen würde (act. 7 S. 3 f.).

E. 5.1.4

Die Beschwerdegegnerin hält zunächst fest, dass der von der Vorinstanz ermittelte kostenbasierte Tarif von CHF 694.- unbestritten sei. Die Behauptung der Beschwerdeführerinnen, wonach kardiovaskuläre Rehabilitation für CHF 370.- pro Tag angeboten werden könne, treffe zwar zu. Unter dem Titel 'kardiovaskuläre Rehabilitation' würden aber nicht von allen Kliniken die gleichen Leistungen erbracht. Unterschiede bestünden insbesondere beim gesundheitlichen Gesamtzustand (Schweregrad) der zu rehabilitierenden Patientinnen und Patienten sowie deren Alter, aber auch bei der Qualität und Intensität der Rehabilitation. In der Klinik Barmelweid wiesen die Patientinnen und Patienten ein höheres Durchschnittsalter von rund 70 Jahren auf. Ältere Menschen benötigten ein viel intensiveres Therapie- und Betreuungsprogramm. Die Klinik Barmelweid sei spezialisiert auf schwere und komplexe Fälle und erbringe Rehabilitationsleistungen von höchster Qualität. In ihrem Einzugsgebiet sei sie beispielsweise die einzige Klinik, die bereit sei, Dialysepatienten aufzunehmen. Im Bereich der Rehabilitation könnten nicht einfach Tagespauschalen einzelner Kliniken miteinander verglichen werden. Dem von den Beschwerdeführerinnen vorgenommenen Tarifvergleich sei jegliche Aussagekraft abzusprechen. Die Klinik Barmelweid sei nicht nur Mitglied der SARK, sondern auch Mitglied von SW!SS REHA. Entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerinnen liessen sich die Qualitätsstandards von SW!SS REHA nicht mit denjenigen der SARK vergleichen. Von anderen Rehabilitationseinrichtungen unterscheide sie sie auch dadurch, dass sie von der Swiss Association for Quality (SAQ) mit 4 Sternen ausgezeichnet worden sei und aufgrund einer grossen Anzahl hochqualifizierten medizinischen Personals sehr schwere Fälle erfolgreich therapieren könne. Da ein direkter Vergleich mit anderen Kliniken nicht möglich sei, habe die Vorinstanz einen Vergleich mit den zwischen Beschwerdegegnerin und anderen Krankenversicherern vertraglich vereinbarten Tarifen vorgenommen. Weil das KVG vom Verhandlungsprimat ausgehe, sei ein solches Vorgehen sachgerecht.

E. 5.1.5

Das BAG erachtet eine angemessene Sicherheitsmarge als angezeigt, wenn die Fallschwere nur mit einer gewissen Ungenauigkeit geschätzt werden könne. Aufgrund der Akten lasse sich nicht beurteilen, welcher Vergleich mit welcher Sicherheitsmarge hätte erfolgen können oder mit welchen anderen Methoden für die Wirtschaftlichkeitsprüfung nützliche Kennzahlen hätten gewonnen werden können. Die Vorinstanz habe keine den Anforderungen des KVG genügende Wirtschaftlichkeitsprüfung vorgenommen. Auch der von den Beschwerdeführerinnen eingebrachte Tarifvergleich sei ungenügend, weil eine spezifische Angebots- und Patientenstruktur nicht berücksichtigt werde (act. 10).

E. 5.1.6

Die Beschwerdegegnerin hält in ihren Schlussbemerkungen daran fest, dass die Vergleichbarkeit mit anderen Kliniken, welche kardiovaskuläre 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. 14).

E. 5.2

Die Beschwerdeführerinnen machen zu Recht geltend, dass die Preisbildungsregel von Art. 49 Abs. 1 Satz 5 KVG auch dann beachtet werden muss, wenn noch kein (gesamtschweizerisches) Benchmarking der schweregradbereinigten Fallkosten möglich ist. Zwar ist in einem ersten Schritt ein kostenbasierter Tarif zu ermitteln (vgl. vorne E. 4.4 und hinten E. 5.9). Aber auch ein spitalindividuell ermittelter Tarif hat sich an der Entschädigung jener Spitäler zu orientieren, welche die tarifizierte 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, dies nach einer strengen Überprüfung der Kostenträger-, Kostenarten- und Kostenstellenrechnungen, der ermittelten Betriebskosten und der Vornahme allfälliger Normabzüge zur Vermeidung von Überentschädigungen (C-2142/2013 E. 19.5 mit Hinweis).

E. 5.3

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 hier nicht entschieden zu werden, da keine solche Analyse vorliegt (vgl. aber C-4334/2013 E. 11.3).

E. 5.4

Soweit Vorinstanz und Beschwerdegegnerin geltend machen, es müsste auch die Ergebnisqualität berücksichtigt werden, 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 leistungsspezifischen Anforderungen werden bei der Zulassung zur Tätigkeit zulasten der OKP (vgl. Art. 39 Abs. 1 KVG) definiert und überprüft. Die Vorgabe von Art. 49 Abs. 8 KVG, wonach die medizinische Ergebnisqualität in die Betriebsvergleiche einzubeziehen sind, 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. 5.5

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. 5.6

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. 5.7

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 kardiovaskuläre 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. 5.8

Entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerinnen kann der Tarif aber auch nicht allein aufgrund des Tarifvergleichs mit den vier Leistungserbringern, mit welchen die HSK eine Tagespauschale zwischen CHF 345.- und CHF 385.- vertraglich vereinbart haben, festgesetzt werden. Dies käme einer Tariffestsetzung aufgrund eines Referenzwertes gleich, was einen Vergleich der schweregradbereinigten Fallkosten voraussetzen würde. Ein solcher Vergleich ist - wie bereits ausgeführt (E. 4.3 f.) - mangels leistungsorientierter Tarifstruktur noch nicht möglich.

E. 5.9

Die Vorinstanz wird sich daher mit der Wirtschaftlichkeit des festzusetzenden Tarifs auseinanderzusetzen und einen Vergleich mit den Tarifen anderer Kliniken für kardiovaskuläre Rehabilitation vorzunehmen haben. Zuvor wird sie indessen den ersten Schritt zur Tariffindung, die Ermittlung des kostenbasierten Tarifs, erneut vornehmen. Denn im - ebenfalls die Beschwerdegegnerin betreffenden - Urteil C-4334/2013 vom 11. November 2015 hat das Bundesverwaltungsgericht festgestellt, dass die vorinstanzliche Ermittlung der kostenbasierten Tagespauschale (für pulmonale Rehabilitation) auf einem unvollständig abgeklärten Sachverhalt beruht und in verschiedener Hinsicht nicht den bundesrechtlichen Anforderungen entspricht. Dies gilt ebenso für die Berechnung der

kostenbasierten Tagespauschale für kardiovaskuläre Rehabilitation. Zu bemerken ist namentlich Folgendes:

E. 5.9.1

Grundsätzlich nicht zu beanstanden ist, dass sich die Vorinstanz auf die von der Beschwerdegegnerin mittels integriertem Tarifmodell Kostenträgerrechnung (ITAR_K) Version 1.0 ausgewiesenen Daten 2010 gestützt hat. Massgebend für die Tarife 2012 sind grundsätzlich die Kostendaten des Jahres 2010 (Tarifjahr X - 2 = Basisjahr; BVGE 2014/3 E. 3.5). Nach der Rechtsprechung ist angesichts der Bedeutung und der Verbreitung, welche ITAR_K und REKOLE® - auf welchem ITAR_K beruht - 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. 5.9.2

Bei den Erträgen (für übrige, nicht OKP-versicherte Leistungen an Patientinnen und Patienten) aus der Kontengruppe 65 darf eine Gewinnmarge von 50% nur akzeptiert werden, wenn diese bewiesen ist. Da dies vorliegend nicht der Fall ist, sind die Erlöse der Kontengruppe 65 zu 100 % in Abzug zu bringen (BVGE 2014/3 E. 4.3).

E. 5.9.3

Für die Anlagenutzungskosten ist - im Unterschied zum akutsomatischen Bereich - nicht ein prozentualer Zuschlag vorzunehmen. Abs. 4 der Schlussbestimmungen der Änderungen der KVV vom 22. Oktober 2008, wonach bei Vergütungsmodellen vom Typus DRG ein Zuschlag von 10% auf dem Basispreis erfolgt, ist weder direkt noch analog anwendbar (C-2142/2013 E. 11.7; C-2141/2013 E. 11.6). Vielmehr sind für die Ermittlung der tarifrelevanten Kosten die transparent und bundesrechtskonform ausgewiesenen Anlagenutzungskosten zu berücksichtigen (C-2141/2013 E. 11.7). Auf die im ITAR_K ausgewiesenen Anlagenutzungskosten kann nur abgestellt werden, wenn sichergestellt ist, dass diese den Vorgaben der VKL entsprechen (C-2142/2013 E. 11.8). Da die Beschwerdegegnerin im Tariffestsetzungsverfahren keine Anlagebuchhaltung im Sinne von Art. 10 Abs. 5 in Verbindung mit Art. 10a VKL eingereicht hat, wäre die Vorinstanz gehalten gewesen, eine solche zu verlangen. Dies wird sie noch nachzuholen haben. Anschliessend wird sie die Anlagenutzungskosten für das Jahr 2010 betreffend die Leistungserbringung zulasten der OKP ermitteln und sicherzustellen, dass keine Überentschädigung zulasten der OKP resultiert (C-4334/2013 E. 6.6 m.w.H.).

E. 5.9.4

Ein Teuerungszuschlag ist nicht für zwei Jahre, sondern nur für die im Jahr X - 1 (vorliegend für das Jahr 2011) aufgelaufene Teuerung vorzunehmen (C-4334/2013 E. 7.2).

E. 5.9.5

Als Kosten für Forschung und universitäre Lehre sowie für übrige gemeinwirtschaftliche Leistungen sind die tatsächlich angefallenen Kosten für im Jahr 2010 erbrachte Leistungen auszuscheiden. Die vom Kanton für das Jahr 2012 geleisteten Beiträge sind grundsätzlich nicht massgebend. 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). Ein normativ bestimmter Abzug für Kosten im Sinne von Art. 49 Abs. 3 KVG wäre allenfalls

dann vorzunehmen, wenn es der Vorinstanz nicht gelingen sollte, von der Klinik Barmelweid die entscheidungserheblichen (transparenten) Daten zu erhalten. In diesem Fall müsste der normative Abzug so angesetzt sein, dass die Beschwerdegegnerin mit Sicherheit keinen Vorteil daraus ziehen kann, dass sie - entgegen den Vorschriften - keine transparenten Daten eingereicht hat (C-4334/2013 E. 8 m.w.H.).

E. 5.9.6

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. 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-4334/2013 E. 9.3; C-2142/2013 E. 16.2).

E. 5.10

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 (vgl. 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. Die Beschwerde ist somit im Eventualantrag gutzuheissen.

E. 6

Zu befinden ist abschliessend über die Verfahrenskosten und allfällige Parteientschädigungen.

E. 6.1

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. BVGE 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. 6.1.1

Die Beschwerdeführerinnen obsiegen insoweit als sie die Aufhebung des Tariffestsetzungsbeschlusses und die Rückweisung an die Vorinstanz beantragen; sie unterliegen mit ihrem Hauptantrag auf Festsetzung einer tieferen Tagespauschale. 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 Neubeurteilung ist vorliegend als überwiegendes Obsiegen der Beschwerdeführerinnen (im Umfang von zwei Dritteln) zu betrachten.

E. 6.1.2

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. 6.2

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. 6.2.1

Den nicht anwaltlich vertretenen Beschwerdeführerinnen sind keine verhältnismässig hohen Kosten erwachsen, weshalb sie keinen Anspruch auf Parteientschädigung haben (vgl. auch Art. 9 Abs. 2 VGKE). Auch der Vorinstanz ist keine Parteientschädigung zuzusprechen (vgl. Art. 7 Abs. 3 VGKE).

E. 6.2.2

Dem Verfahrensausgang entsprechend hat die Beschwerdegegnerin Anspruch auf eine reduzierte Parteientschädigung zu Lasten der Beschwerdeführerinnen. Da keine Kostennote eingereicht wurde, ist die Entschädigung aufgrund der Akten festzusetzen (Art. 14 Abs. 2 Satz 2 VGKE). Unter Berücksichtigung des gebotenen und aktenkundigen Aufwandes erscheint eine Parteientschädigung von CHF 2'000.- (ein Drittel von CHF 6'000.-) angemessen.

E. 7

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.