

BVGer C-5606/2010 vom 1. März 2013

Bundesverwaltungsgericht, 2013-03-01, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-5606_2010

FR: TAF C-5606/2010 du 1 mars 2013

IT: TAF C-5606/2010 del 1 marzo 2013

Regeste

Tarife der Leistungserbringer

Erwägungen

E. 1

Vorweg ist darauf hinzuweisen, dass - mit Wirkung gegenüber denselben Krankenversicherern - insgesamt für 9 Privatspitäler gegen die regierungsrätliche Festsetzung des OKP-Tarifs für die stationäre Behandlung für die Zeit vom 1. Januar 2005 bis 31. Dezember 2009 Beschwerde vor Bundesverwaltungsgericht geführt wurde. Am 6. Juli 2012 fällte dieses im Verfahren C 5550/2010 ein erstes, inzwischen als BVGE 2012/18 publiziertes Urteil, auf dessen Erwägungen im Folgenden mehrfach verwiesen wird.

E. 2

Nach Art. 53 Abs. 1 des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG, SR 832.10) kann gegen Beschlüsse der Kantonsregierungen nach Art. 47 KVG beim Bundesverwaltungsgericht Beschwerde geführt werden. Der angefochtene RRB Nr. [...] vom 30. Juni 2010 wurde gestützt auf Art. 47 Abs. 1 KVG erlassen. Das Bundesverwaltungsgericht ist deshalb zur Beurteilung der Beschwerde zuständig (vgl. auch Art. 90a Abs. 2 KVG).

E. 3

Das Verfahren vor dem Bundesverwaltungsgericht richtet sich gemäss Art. 37 des Verwaltungsgerichtsgesetzes vom 17. Juni 2005 (VGG, SR 173.32) und Art. 53 Abs. 2 Satz 1 KVG grundsätzlich nach dem Bundesgesetz vom 20. Dezember 1968 über das Verwaltungsverfahren (VwVG, SR 172.021). Das Beschwerdeverfahren richtet sich vorliegend in zeitlicher Hinsicht nach Art. 53 KVG in der seit dem 1. Januar 2009 geltenden Fassung (vgl. BVGE 2012/18 [nicht publizierte] E. 2 m.w.H.).

E. 3.1

Die Beschwerdeführerin hat am vorinstanzlichen Tariffestsetzungsverfahren teilgenommen, ist als primäre Adressatin durch den angefochtene Regierungsratsbeschluss besonders berührt und hat insoweit an dessen Aufhebung bzw. Abänderung ein schutzwürdiges Interesse (vgl. Art. 48 VwVG). Sie ist daher zur Beschwerde legitimiert. Auf die frist- und formgerecht erhobene Beschwerde ist, nachdem auch der Kostenvorschuss rechtzeitig geleistet wurde, grundsätzlich einzutreten (vgl. Art. 50 Abs. 1, Art. 52 Abs. 1 und Art. 63 Abs. 4 VwVG).

E. 4.1

Die Krankenversicherer machen geltend, dass die Beschwerdeführerin im Beschwerdeverfahren entgegen Art. 53 Abs. 2 Bst. a KVG in unzulässiger Weise neue Begehren stelle bzw. sich auf neue Beweismittel und Tatsachen berufe. Im entsprechenden Umfang sei auf die Beschwerde daher nicht einzutreten. Die Beschwerdeführerin hält dem entgegen, dass diese Bestimmung nicht so weitgehend auszulegen sei, dass jegliches Beschwerdeverfahren ausgeschlossen würde.

E. 4.2

Die Neuheit eines Begehrens im Sinne von Art. 53 Abs. 2 Bst. a KVG bestimmt sich analog der Praxis des Bundesgerichts zu Art. 99 des Bundesgerichtsgesetzes vom 17. Juni 2005 (BGG, SR 173.110) nach dem Streitgegenstand. Dieser kann vor Bundesverwaltungsgericht nur noch eingeschränkt, aber nicht ausgeweitet oder geändert werden. Wurde die vor Bundesverwaltungsgericht behauptete Tatsache nicht schon der Vorinstanz vorgetragen oder fand sie nicht auf anderem Wege in prozessual zulässiger Weise Eingang in das Dossier, ist sie neu, andernfalls nicht (vgl. BVGE 2012/18 E. 3.2.2 m.w.H.).

E. 4.3

Die Krankenversicherer legen nicht dar, welche Beweismittel oder Tatsachen die Beschwerdeführerin neu in das Beschwerdeverfahren eingebracht haben soll. Tatsächlich hat die Beschwerdeführerin keine neue Behauptung aufgestellt, deren Zulässigkeit im Lichte von Art. 53 Abs. 2 Bst. a KVG zu prüfen wäre, weil sie entscheiderelevant wäre. Die Einwände der Krankenversicherer stossen im Übrigen ins Leere.

E. 4.4

Zu prüfen bleibt, inwiefern einzelne der Rechtsbegehren der Beschwerdeführerin über den Streitgegenstand hinausgehen und neue Begehren im Sinne von Art. 53 Abs. 2 Bst. a KVG darstellen und deshalb darauf nicht einzutreten ist.

E. 4.4.1

Die Beschwerdegegnerinnen machen insbesondere geltend, dass das Beschwerdebegehren auf Festsetzung einer Fallpauschale im Rahmen des BFP-Tariffsystems (womit aber eine Tagespauschale gemeint sein müsse) in der Höhe von Fr. 624.- auf einen höheren Betrag lautet als das zuletzt gegenüber der Vorinstanz gestellte Begehren auf Festsetzung einer Tagespauschale in der Höhe von Fr. 602.-. Ausserdem seien das Beschwerdebegehren auf Nichtfestsetzung eines Tarifs gegenüber der SanaTop und das Begehren auf Festsetzung von Tarifen für die Jahre 2005, 2006, 2007, 2008 und 2009 neu.

E. 4.4.2

Die Beschwerdeführerin hält dem in ihren Schlussbemerkungen zur Hauptsache entgegen, dass sie stets beantragt habe, dass ein sachgerechter Tarif nach betriebswirtschaftlicher Bemessung festzusetzen sei, somit ein sachgerechtes Tariffsystem und eine korrekte Bemessung. Sie habe stets beantragt, es sei ein Tarif festzusetzen, der die nachgewiesenen Kosten vollständig decke. Der Antrag der Beschwerdegegnerinnen auf teilweises Nichteintreten auf die Beschwerde sei daher abzuweisen.

E. 4.4.3

Streitgegenstand im vorliegenden Beschwerdeverfahren ist der Tarif zu Lasten der OKP für in der Zeit vom 1. Januar 2005 bis 31. Dezember 2009 in der Klinik der Beschwerdeführerin erbrachte stationäre Behandlungen. Die Beschwerdeführerin ist vorab

dazu berechtigt, im Beschwerdeverfahren die Aufhebung des angefochtenen Beschlusses und die Rückweisung zum neuen Entscheid zu beantragen sowie Anträge betreffend die Kosten- und Entschädigungsfolgen des Beschwerdeverfahrens zu stellen. Die Festsetzung eines Tarifs im Verhältnis zur SanaTop hat die Beschwerdeführerin bereits in ihrem Schreiben vom 9. April 2009 abgelehnt. Im gleichen Schreiben hat die Beschwerdeführerin ausgeführt, dass sie es für absolut zwingend erachte, dass für jedes Jahr ein Tarif festgesetzt werde und es angebracht wäre, das Verfahren vorerst auf das Jahr 2005 zu beschränken. Die Begehren der Beschwerdeführerin betreffend Nichtfestsetzung eines Tarifs im Verhältnis zur SanaTop und betreffend eine zeitliche Limitierung des Tarifs auf das Kalenderjahr 2005 bzw. auf die Festsetzung separater Tarife für die Jahre 2005, 2006, 2007, 2008 und 2009 sind somit nicht neu.

E. 4.4.4

Es steht der Beschwerdeführerin in Hinblick auf Art. 53 Abs. 2 Bst. a zweiter Satz KVG auch grundsätzlich frei, Rechtsbegehren betreffend das für die Tariffestsetzung zu verwendende Tarifsystem zu stellen, namentlich das BFP-Tarifsystem anstelle von Tagespauschalen (vgl. BVGE 2012/18 [nicht publizierte] E. 3.4.1 f. sowie [publizierte] E. 3.4.3]). Ob der Antrag der Beschwerdeführerin auf Festsetzung eines Betrags von Fr. 624.30 gemäss dem BFP-Tarifmodell als Antrag auf Festsetzung einer Tagespauschale in dieser Höhe zu verstehen ist, kann daher in Bezug auf das anwendbare Tarifsystem offen bleiben. Inwiefern der angebehrte Betrag von Fr. 624.30 als Begehren zu werten ist, das unzulässig über das gegenüber der Vorinstanz verlangte hinausgeht, kann ebenfalls offen bleiben, da das Bundesverwaltungsgericht (soweit es auf die Beschwerde eintritt) einen Tarif festsetzt, der unter der zuletzt gegenüber der Vorinstanz beantragten Tagespauschale von Fr. 602.- liegt (vgl. unten E. 12.3).

E. 5

In Bezug auf die Krankenversicherer ist festzuhalten, dass ursprünglich die vom angefochtenen RRB betroffenen 9 Krankenversicherer (vgl. oben Bst. B.j) als Beschwerdegegnerinnen auftraten. Im Verlauf des Verfahrens veränderten sich die diesbezüglichen Verhältnisse allerdings, was zu folgenden Feststellungen Anlass gibt (für die Herleitung vgl. BVGE 2012/18 [nicht publizierte] E. 4 m.w.H.): Die ÖKK ist für das vorliegende Verfahren an die Stelle der ursprünglich als Beschwerdegegnerin 5 geführten Hotela getreten; sie wird durch das vorliegende Urteil entsprechend berechtigt und verpflichtet und anstelle der Hotela im Rubrum geführt. Die SUPRA, welche am Beschwerdeverfahren bereits für sich selbst als Beschwerdegegnerin 7 beteiligt war und ist, tritt für das vorliegende Verfahren in Bezug auf das OKP-Geschäft der SanaTop an deren Stelle als Beschwerdegegnerin. Zur grösseren Übersichtlichkeit wird die SanaTop im Rahmen dieses Urteils allerdings (weiterhin) separat als Beschwerdegegnerin 9 behandelt und im Rubrum geführt. Dies ändert nichts daran, dass das vorliegende Urteil in Bezug auf das OKP-Geschäft der SanaTop an deren Stelle die SUPRA berechtigt und verpflichtet. Ausserdem wurde die Beschwerde, soweit sie sich auf die KPT bezieht, in ein separates Verfahren abgetrennt (vgl. oben Bst. C.1). Zur höheren Übersichtlichkeit wurde die Nummerierung der Beschwerdegegnerinnen trotz Ausscheidung der KPT als Beschwerdegegnerin 1 nicht verändert.

E. 6.1

Die Beschwerdeführerin kann 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).

E. 6.2

Tariffestsetzungsbeschlüsse nach Art. 47 KVG sind vom Bundesverwaltungsgericht mit voller Kognition zu überprüfen (BVGE 2010/24 E. 5.1). Nach der Rechtsprechung stellt es keine unzulässige Kognitionsbeschränkung dar, wenn das Bundesverwaltungsgericht - das nicht als Fachgericht ausgestaltet ist - nicht ohne Not von der Auffassung der Vorinstanz abweicht, soweit es um die Beurteilung technischer, wissenschaftlicher oder wirtschaftlicher Spezialfragen geht, in denen die Vorinstanz über ein besonderes Fachwissen verfügt. Im Bereich der Tariffestsetzungen obliegt es letztlich der Kantonsregierung, bei vertragslosem Zustand den Tarif festzusetzen. Daran ändert nichts, dass sie vorgängig die PUE anzuhören und zu begründen hat, wenn sie deren Empfehlungen nicht folgt. Den Empfehlungen der PUE wiederum kommt ein besonderes Gewicht zu, weil die auf Sachkunde gestützten Stellungnahmen bundesweit einheitliche Massstäbe bei der Tariffestsetzung setzen. Das Gericht hat sich insbesondere dann eine Zurückhaltung aufzuerlegen, wenn - wie hier - der Entscheid der Vorinstanz mit den Empfehlungen der PUE übereinstimmt. Im Übrigen unterliegen die verschiedenen Stellungnahmen - auch der weiteren Verfahrensbeteiligten - der freien Beweiswürdigung bzw. Beurteilung durch das Bundesverwaltungsgericht (vgl. BVGE 2012/18 E. 5.3 f. m.w.H.).

E. 6.3

Der Regierungsrat hat in casu vor der Festsetzung des umstrittenen Tarifs die PUE konsultiert und ist deren Empfehlung gefolgt. Die Tariffestsetzung durch den Regierungsrat ist somit aus der Sicht des Preisüberwachungsgesetzes vom 20. Dezember 1985 (PüG, SR 942.20) formal nicht zu beanstanden.

E. 6.4

In materiellrechtlicher Hinsicht sind grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgebend, die bei der Erfüllung des zu Rechtsfolgen führenden Sachverhalts Geltung haben. Anfechtungsgegenstand ist vorliegend der Regierungsratsbeschluss vom 30. Juni 2010 betreffend den Tarif ab 1. Januar 2005 bis 31. Dezember 2009. Der angefochtene Entscheid ist daher im Lichte des Art. 49 KVG, in der Fassung vom 18. März 1994 (AS 1995 1328), zu beurteilen - und zwar auch für den Zeitraum vom 1. Januar bis 31. Dezember 2009 - und es ist auf die VKL in der vom 1. Januar 2005 bis Ende Dezember 2008 gültigen Fassung abzustellen (vgl. BVGE 2012/18 [nicht publizierte] E. 5.6 m.w.H.). Soweit nicht anders vermerkt, werden demnach Art. 49 KVG und die übrigen Gesetzes- und Verordnungsbestimmungen im Folgenden in den vom 1. Januar 2005 bis 31. Dezember 2009 in Kraft gestandenen Fassungen zitiert.

E. 6.5

Die obligatorische Krankenpflegeversicherung als Hauptbestandteil der sozialen Krankenversicherung (Art. 1 Abs. 1 KVG; Grundversicherung) übernimmt nach Art. 24 KVG die Kosten für die Leistungen gemäss den Artikeln 25 bis 31 nach Massgabe der in den Artikeln 32 bis 34 festgelegten Voraussetzungen. Gemäss Art. 43 KVG erstellen die Leistungserbringer ihre Rechnungen nach Tarifen oder Preisen (Abs. 1). Der Tarif ist die Grundlage für die Berechnung der Vergütung; er kann namentlich einen Zeittarif oder einen

Pauschaltarif vorsehen (Abs. 2 Bst. a und c). 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). 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). Kommt zwischen Leistungserbringern und Versicherern kein Tarifvertrag zustande, so setzt die Kantonsregierung nach Anhören der Beteiligten den Tarif fest (Art. 47 Abs. 1 KVG) (vgl. BVGE 2012/18 E. 5.7 m.w.H.).

E. 6.6

Gemäss Art. 59c KVV hat die Genehmigungsbehörde zu prüfen, ob der Tarifvertrag namentlich den folgenden Grundsätzen entspricht: Der Tarif darf höchstens die transparent ausgewiesenen Kosten der Leistung und die für eine effiziente Leistungserbringung erforderlichen Kosten decken (Abs. 1 Bst. a und b). Ein Wechsel des Tarifmodells darf keine Mehrkosten verursachen (Bst. c). Die Vertragsparteien müssen die Tarife regelmässig überprüfen und anpassen, wenn die Erfüllung der Grundsätze nach Abs. 1 Bst. a und b nicht mehr gewährleistet ist. Die zuständigen Behörden sind über die Resultate der Überprüfungen zu informieren (Abs. 2). Die zuständige Behörde wendet die Abs. 1 und 2 auch bei Tariffestsetzungen nach den Art. 43 Abs. 5, Art. 47 oder Art. 48 KVG sinngemäss an (Abs. 3). Da Art. 59c KVV im Wesentlichen eine Kodifizierung der bundesrätlichen Rechtsprechung darstellt, ist es für das vorliegende Verfahren ohne Bedeutung, dass Art. 59c KVV (erst) am 1. August 2007 in Kraft getreten ist (vgl. BVGE 2012/18 E. 5.8 m.w.H.).

E. 6.7

Die besonderen Grundsätze betreffend Tarifverträge mit Spitälern werden in Art. 49 KVG geregelt und sind auch von der Kantonsregierung zu beachten, wenn diese den Tarif hoheitlich festsetzt (vgl. BVGE 2012/18 E. 5.9 m.w.H., auch für eine Zusammenfassung der besagten Grundsätze).

E. 7.1

Der Regierungsrat des Kantons Bern ist für die Festsetzung des umstrittenen Tarifs ab dem Jahr 2005 (Tarifjahr = Jahr X) vom Zahlenmaterial der Beschwerdeführerin für das Kalenderjahr 2003 (X-2 Jahre) ausgegangen. Die Beschwerdeführerin hat demgegenüber sowohl vorinstanzlich als auch im Beschwerdeverfahren verlangt, dass stattdessen auf das Zahlenmaterial für das Kalenderjahr 2004 (X-1) abzustützen sei.

E. 7.2

Als Basis für die Festlegung eines OKP-Tarifs des Jahres X gelten im Normalfall grundsätzlich die ausgewiesenen Kosten des Jahres X-2, unabhängig davon, ob der Tarif vor, während oder nach dem betroffenen Tarifjahr vereinbart und genehmigt bzw. hoheitlich festgesetzt wird. Ausnahmsweise kann ein Tarif gestützt auf die Zahlen der seinem Geltungsbeginn unmittelbar vorangegangenen Rechnungsperiode, also des Jahres

X-1, festgelegt werden, insbesondere, wenn besondere Umstände dies rechtfertigen oder alle Parteien damit einverstanden sind. Die Daten späterer Rechnungsperioden (d.h. Kosten, die in der Tarifperiode anfallen) können bei Tariffestlegungen grundsätzlich nicht berücksichtigt werden, es sei denn, es handle sich um budgetierte Mehrkosten (insbesondere im Personalbereich), welche vor dem Geltungsbeginn des Tarifs rechnerisch genau ausgewiesen waren und im Tarifjahr tatsächlich anfallen. Vorliegend hat die Beschwerdeführerin nicht substantiiert ausgeführt, weshalb in ihrem Fall ausnahmsweise von der Regel der Massgeblichkeit der Datenbasis X-2 abgewichen werden muss. Der Einwand, dass damit zu tiefe Kosten berücksichtigt würden, weil die Kosten jedes Jahr höher seien, ist dazu jedenfalls nicht geeignet. Vielmehr entspricht es dem gesetzgeberischen Willen, durch ein Abstützen auf vorgängige Daten die Sparanstrengungen der Spitalbetreiber zu fördern (vgl. BVGE 2012/18 E. 6.2.2 m.w.H.).

E. 7.3

Unter diesen Umständen ist - nicht zuletzt unter Berücksichtigung des dem Regierungsrat einzuräumenden Ermessens und der Zustimmung der PUE zu diesem Vorgehen (vgl. oben E. 6.2 f.) - für die Beurteilung des angefochtenen Tarifs ab 1. Januar 2005 auf die Zahlen für das Jahr 2003 abzustützen.

E. 8.1

Der Regierungsrat setzte im Dispositiv des angefochtenen Beschlusses einen fixen Tarif "für die Zeit vom 1. Januar 2005 bis 31. Dezember 2009" fest. Er begründete die Befristung damit, dass er einerseits vom Bundesrat mit Entscheid vom 30. Januar 2008 angewiesen worden sei, auf den 1. Januar 2005 einen Tarif festzusetzen, und dass er andererseits mit Beschluss Nr. 93 vom 27. Januar 2010 für sämtliche im Kanton Bern gelegenen Privatspitäler einen (neuen) Tarif ab dem 1. Januar 2010 festgesetzt habe. Offen und zu regeln bleibe damit der dazwischen liegende Zeitraum - und dies nur in Bezug auf die neun vom angefochtenen RRB betroffenen Krankenversicherer.

E. 8.2

Neben der Aufhebung des angefochtenen Regierungsratsbeschlusses zielt ein Teil der Beschwerdeanträge auf die Festsetzung eines Tarifes lediglich für das Jahr 2005 und ein anderer auf die Festsetzung von separaten Tarifen für die Jahre 2005, 2006, 2007, 2008 und 2009. Die Beschwerdeführerin begründet diese Anträge im Wesentlichen einerseits damit, dass die Parteien im Nachgang zum Bundesratsentscheid vom 30. Januar 2008 Verhandlungen aufgenommen hätten und sich einig gewesen seien, dass für jedes Jahr ein Tarif pro Spital verhandelt werde. Es sei auch sinnvoll, nur für das Jahr 2005 einen Tarif hoheitlich festzulegen und ausgehend von den entsprechenden Eckwerten die Tarife für die Folgejahre zu vereinbaren. Ausserdem sei es willkürlich, einen Tarif, der auf einer veralteten Datenbasis fusse, rückwirkend für mehrere Jahre festzusetzen, und verstosse gegen das Interesse beider Tarifpartner, jährlich zu überprüfen, ob der Tarif noch als KVG-konform zu betrachten sei. Bei einer mehrjährigen rückwirkenden Tariffestsetzung werde eine entsprechende Kontrolle und Anpassung KVG-widrig verunmöglicht.

E. 8.3

Der Bundesrat hat in seinem vorgängigen Entscheid vom 30. Januar 2008 den Regierungsrat angewiesen, auf den 1. Januar 2005 einen Tarif zu genehmigen oder hoheitlich festzusetzen, ohne sich zur Dauer des Tarifs zu äussern.

E. 8.4

Soweit die Beschwerdeführerin geltend macht, dass sie sich mit den Krankenversicherern dahingehend geeinigt habe, zunächst lediglich für das Jahr 2005 ein Tarif zu vereinbaren bzw. hoheitlich festsetzen zu lassen, wäre eine entsprechende, vom Regierungsrat nicht genehmigte Vereinbarung nicht verbindlich. Ob eine solche Vereinbarung zustande gekommen ist, braucht somit nicht geprüft zu werden (vgl. BVGE 2012/18 E. 7.2.3 m.w.H.).

E. 8.5

Ein gestützt auf Art. 47 Abs. 1 KVG hoheitlich festgesetzter Tarif gilt grundsätzlich für die Dauer des tarifvertragslosen Zustandes und ist generell nicht zu befristen. Das Bundesrecht verpflichtet die Kantonsregierungen nicht dazu, die Geltungsdauer der Tarife im Sinne einer Maximaldauer zu befristen oder jährlich neue Tarife festzusetzen, verbietet dies allerdings auch nicht. Nicht mit dem KVG vereinbar ist es hingegen, für einen OKP-Tarif eine Mindestgeltungsdauer oder eine feste Dauer vorzusehen. Vielmehr steht es den Tarifpartnern jederzeit frei, selbst im Rahmen eines Beschwerdeverfahrens, und auch wenn der Tarif einer (Maximal-)Befristung unterliegt, Verhandlungen für einen Tarifvertrag aufzunehmen, einen neuen Tarif zu vereinbaren und den entsprechenden Tarifvertrag von der Kantonsregierung genehmigen zu lassen - oder beim Scheitern der Verhandlungen eine neue hoheitliche Tariffestsetzung zu verlangen. Insbesondere steht es den Parteien auch frei, bereits für das dem betroffenen Tarifjahr folgende Tarifjahr eine neue Tarifrunde einzuleiten. Ein auf Grund einer solchen neuen Tarifrunde vereinbarter und genehmigter oder hoheitlich festgesetzter Tarif geht dem vorgängig festgelegten hoheitlichen Tarif vor bzw. tritt an dessen Stelle. Im Übrigen haben die Vertragsparteien und die für die Tarifgenehmigung und Tariffestsetzung zuständigen Behörden regelmässig die KVG-Konformität des geltenden Tarifs zu überprüfen. Sollten die Tarifpartner bzw. die zuständigen Behörden feststellen, dass der bisherige Tarif nicht mehr KVG-konform ist, ist der Tarif entsprechend anzupassen (vgl. BVGE 2012/18 E. 7.3 f. m.w.H.).

E. 8.6

Dementsprechend war der Regierungsrat vorliegend nicht dazu verpflichtet, nur für das Jahr 2005 einen Tarif festzusetzen oder für jedes Jahr einen separaten Tarif bzw. eine neue Tarifhöhe festzusetzen. Vielmehr war er dazu berechtigt, für den Zeitraum ab 1. Januar 2005 einen fixen Tarif festzusetzen. Auch eine Maximalbefristung dieses Tarifs bis zum 31. Dezember 2009 ist zulässig. Ein Tarif, der zwingend während fünf Jahren unverändert gelten würde, würde hingegen in unzulässiger Weise die vorgeschriebene regelmässige Tarifüberprüfung und eine allfällige KVG-konforme Tarif-Anpassung verhindern. Vorliegend hat der Regierungsrat eine KVG-konforme Anpassung im Rahmen einer neuen Verhandlungsrunde im Dispositiv nicht ausgeschlossen. Er hat in seinen Erwägungen sogar ausdrücklich auf die Möglichkeit neuer Tarifverhandlungen, einer Tarifeinigung und einer Genehmigung eines entsprechenden Tarifs durch ihn selbst hingewiesen. Dass er nicht zugleich auf die vom KVG vorgeschriebene Möglichkeit hingewiesen hat, beim Scheitern neuer Tarifverhandlungen eine hoheitliche Tariffestsetzung beantragen zu können, ändert nichts daran, dass auch diese Möglichkeit besteht. In diesem Sinne hat der Regierungsrat zu Recht für den Zeitraum ab 1. Januar 2005 bis maximal 31. Dezember 2009 einen einheitlich fixen Tarif festgesetzt. So steht es den Parteien (unter dem Vorbehalt des Rechtsmissbrauchs) frei, für einen Zeitpunkt nach dem 1. Januar 2005 unter Berufung auf veränderte Verhältnisse eine neue Tarifrunde einzuleiten, Vertragsverhandlungen

aufzunehmen und eine entsprechende Vereinbarung vom Regierungsrat genehmigen zu lassen oder beim Scheitern der Verhandlungen die hoheitliche Festsetzung eines neuen Tarifs auf Grund veränderter Umstände zu beantragen. Werden hingegen keine Verhandlungen aufgenommen bzw. kein entsprechend neuer Tarif genehmigt oder hoheitlich festgelegt, bleibt der ab 1. Januar 2005 geltende Tarif bis zum 31. Dezember 2009 in Kraft (vgl. zum Ganzen BVGE 2012/18 E. 7.4 f. m.w.H.).

E. 8.7

Wie ausgeprägt allfällige negative Auswirkungen der in diesem Sinne befristeten Festsetzung eines Tarifs gestützt auf die Daten aus dem Jahr 2003 zu Lasten der Beschwerdeführerin ausfallen, ist vorliegend somit nicht zu prüfen (vgl. auch oben E. 7). Ebenfalls nicht massgebend ist, welche Tarifhöhe für den Zeitraum ab 1. Januar 2010 von der Vorinstanz festgesetzt, von der PUE empfohlen oder von den Krankenversicherern angeboten wird.

E. 9.1

Der Regierungsrat hat den Tarif auf der Basis des Spitaltaxmodells der Preisüberwachung berechnet (im Folgenden: Spitaltaxmodell, PUE-Modell), was er damit begründete, dass Bundesrat und PUE bei der Berechnung von OKP-Spitaltarifen in konstanter Praxis auf dieses Modell abgestützt hätten. Die Beschwerdeführerin rügt, dass ein Abstützen auf dieses Modell im vorliegenden Fall unzulässig sei. Mit Hilfe des PUE-Modells werden die für die Bemessung des OKP-Tarifs anrechenbaren Betriebskosten bestimmt. Dieses Modell geht von den tatsächlich für die Leistungserbringung aufgebrauchten, transparent ausgewiesenen (und belegten) Betriebskosten des stationären Spitalteils aus und bestimmt den Anteil dieser Kosten, der KVG-konform der OKP belastet werden kann. Dabei werden die anrechenbaren Kosten für die meisten Positionen unter Berücksichtigung normativer Zu- und Abschläge ermittelt (vgl. BVGE 2012/18 E. 8.1 ff. m.w.H.). Die Beschwerdeführerin bestreitet nicht, dass für die Berechnung des Tarifs zu Lasten der OKP von den tatsächlichen für die entsprechende Leistungserbringung angefallenen Kosten auszugehen ist. Sie bestreitet lediglich die Berechnung der standardisierten betriebswirtschaftlichen Kosten in Bezug auf einzelne im PUE-Modell vorgesehene und vorliegend vorgenommene normative bzw. kalkulatorische "Korrekturen" und rügt, dass diese zu ungerechtfertigten Kostenkürzungen in der Höhe von 15 % der effektiven und gemäss Kostenrechnung nachgewiesenen Kosten führten, die sie nicht anderweitig decken könne. Die nachfolgende Prüfung beschränkt sich auf die umstrittenen Punkte, während im Übrigen kein Anlass besteht, die Berechnung der standardisierten betriebswirtschaftlichen Kosten in Frage zu stellen.

E. 9.2

Der Vollständigkeit halber ist festzuhalten, dass sich die Frage der Zulässigkeit kalkulatorischer Arzthonorare (vgl. BVGE 2012/18 [nicht publizierte] E. 9) vorliegend nicht stellt, da sämtliche Ärzte Angestellte der Beschwerdeführerin sind (vgl. Schreiben der Beschwerdeführerin vom 5. März 2010 S. 3 und RRB S. 3).

E. 9.3.1

Die Beschwerdeführerin macht geltend, dass als Anlagenutzungskosten nicht die vom Regierungsrat eingesetzten normativen Kosten, sondern die höheren, tatsächlich angefallenen Kosten für die Tarifbildung zu berücksichtigen seien.

E. 9.3.2

Unbestritten ist, dass Investitionskosten bei Privatspitälern ohne öffentliche Betriebsbeiträge anrechenbar sind, soweit sie - wie vorliegend - nicht von der öffentlichen Hand nach dem Recht des zuständigen kantonalen oder kommunalen Gemeinwesens zu tragen sind (für die Definition von Investitionskosten im Sinne von Art. 49 Abs. 1 KVG vgl. BVGE 2012/18 E. 10.2 m.w.H.).

E. 9.3.3

Die geltend gemachten Investitionskosten dürfen nicht unbesehen für die Tarifberechnung herangezogen werden. Vielmehr beinhaltet eine betriebswirtschaftliche Bemessung der Tarife in jedem Fall eine Wirtschaftlichkeitsbeurteilung der Leistungserbringung (Art. 43 Abs. 4 und 6 KVG). Es ist daher für die geltend gemachten Kosten eine Angemessenheitsprüfung vorzunehmen, wobei rechtsprechungsgemäss das ganze Konto 44 (Aufwand für Anlagenutzung) einer Plausibilisierung anhand der normativen Investitions- und Grundstückskosten gemäss Spitaltaxmodell der Schweizerischen Vereinigung der Privatkliniken (SVPK) und der Medizinal-Kommission UVG (MTK) für die UVG-Patienten und -Patientinnen (SVPK/MTK-Spitaltaxmodell) zu unterziehen ist, wobei praxisgemäss die Anrechnung einer Toleranzmarge von 5% auf den normativen Anlagenutzungskosten erfolgt. Dieser Vorgang stellt eine behelfsmässige Plausibilisierung und nicht einen Benchmarking-Ansatz dar (vgl. BVGE 2012/18 E. 10.3 m.w.H.).

E. 9.3.4

Der Regierungsrat hat im angefochtenen Entscheid eine der bundesrätlichen Praxis entsprechende Angemessenheitsprüfung der von der Beschwerdeführerin geltend gemachten Anlagenutzungskosten vorgenommen. Unter Berücksichtigung der Toleranzmarge von 5 % resultieren seines Erachtens normative Anlagenutzungskosten in der Höhe von Fr. 1'470'673.- (vgl. act. 1, Anhang zu Beilage 2), während die Beschwerdeführerin Anlagenutzungskosten in der Höhe von Fr. 1'850'250.- geltend macht (vgl. Beschwerde S. 28).

E. 9.3.5

Die Beschwerdeführerin führt aus, dass die verwendeten Normwerte für sie als Privatspital keine Bedeutung hätten und ausserdem veraltet seien, was zu einer ungerechtfertigten Kürzung der berücksichtigten Betriebskosten führe. Diese Tatsache habe auch die SwissDRG AG erkannt. Deshalb sei die Wirtschaftsprüfungsgesellschaft KPMG beauftragt worden, ein Modell zur korrekten Anrechnung der betrieblichen Investitionen zu erarbeiten. Verschiedene Kantone, so auch der Kanton Bern, rechneten mit mindestens 12 % der Kosten (vgl. Beschwerde S. 20 f., 29).

E. 9.3.6

Dem hält der Regierungsrat entgegen, dass es sich bei dem besagten Investitionszuschlag von 12 % um eine Annahme der GEF BE für die Zeit ab 2012 handle, um eine kalkulatorische mögliche Grösse für die Tariffindung für den Zeitraum ab Inkrafttreten der neuen Spitalfinanzierung. Von einem Mindestwert sei diesbezüglich ausserdem nie die Rede gewesen (vgl. Vernehmlassung S. 7).

E. 9.3.7

Die Beschwerdeführerin verkennt, dass die in E. 9.3.3 erwähnten Normwerte auf einem von der Schweizerischen Vereinigung der Privatkliniken mitbegründeten Spitaltaxmodell

beruhen, also sehr wohl auf Privatkliniken anwendbar sind und in der Rechtsprechung auch auf Privatspitäler angewandt wurden (vgl. BVGE 2012/18 E. 10.5 m.w.H.). Den Einwand der veralteten Normwerte erhebt die Beschwerdeführerin lediglich pauschal, ohne ihn genauer zu substantiieren. Insbesondere kann in Werten, wie sie in Hinblick auf die neue Spitalfinanzierung in Betracht gezogen werden, keine entsprechende Substantiierung erkannt werden.

E. 9.3.8

Da die von der Beschwerdeführerin geltend gemachten Anlagenutzungskosten höher sind als der plausibilisierte und um die 5 %-Toleranzmarge erhöhte Wert gemäss SVPK/MTK-Spitaltaxmodell, dessen korrekte Berechnung die Beschwerdeführerin nicht bestreitet, hat der Regierungsrat in Übereinstimmung mit der PUE somit zu Recht auf den letztgenannten Wert abgestellt. 9.4.1 Die Beschwerdeführerin bestreitet die Zulässigkeit der Ausscheidung von Kosten für Lehre und Forschung, wie sie der Regierungsrat mittels eines normativen Abzugs von 2 % vorgenommen hat. 9.4.2 Nach Art. 49 Abs. 1 KVG sind die Kosten für Lehre und Forschung von den auf die Pauschalen anrechenbaren Kosten abzuziehen. Die Definition der Lehre und Forschung gemäss Art. 49 Abs. 1 KVG in Art. 7 VKL entspricht im Wesentlichen der bundesrätlichen Praxis, wonach von einem weiten Begriff der Lehre und Forschung auszugehen ist. Ein Abzug für Lehre ist immer vorzunehmen, wenn Angestellte gemäss Pflichtenheft zumindest während eines Teils ihrer Arbeitszeit als Ausbilderin oder Ausbilder tätig sind. Abzuziehen sind jeweils die effektiven Kosten für Lehre und Forschung, sofern diese bekannt sind; anderenfalls sind normative Abschlagssätze anzuwenden. Sind die Kosten für Lehre und Forschung nicht ausgewiesen, kommen praxisgemäss folgende, nach Spitalgrösse und -typ abgestufte Abzüge zur Anwendung: bei Universitätsspitalern 25 %, bei mittelgrossen und grossen Spitalern (über 125 Betten) 5 %, bei Spitalern mit 75 - 124 Betten 2 % und bei kleineren Spitalern 1 %. Die Pauschalabzüge für Lehre und Forschung stellen lediglich ein Korrektiv dar, welches anzuwenden ist, wenn die Spitäler ihrer Pflicht, die effektiven Kosten auszuscheiden, nicht nachgekommen sind. Daher sind an die Berechnungen der Pauschalabzüge keine sehr differenzierten Anforderungen zu stellen. Entgegen den Ausführungen der Beschwerdeführerin finden vorliegend die Bestimmungen betreffend die per 1. Januar 2012 in Kraft getretene Spitalrevision keine Anwendung (vgl. oben E. 6.4) und es kann aus diesen Bestimmungen auch nichts hergeleitet werden, das die dargelegte Umschreibung der massgeblichen Kosten für Lehre und Forschung als unzutreffend erscheinen liesse (vgl. zum Ganzen BVGE 2012/18 E. 11.2 m.w.H.). 9.4.3 Vorliegend bestreitet die Beschwerdeführerin nicht, Aus- und Weiterbildung im Sinne der bundesrätlichen Praxis und der VKL zu betreiben und die entsprechenden Kosten nicht separat ausgewiesen zu haben. Letzteres begründet sie damit, dass die (nicht universitären) Aus- und Weiterbildungskosten zu den anrechenbaren Kosten gehörten, da damit produktive Leistungen verbunden und daher nicht auszuscheiden seien. Dabei verkennt sie, dass die auszuschliessenden Kosten nicht seitens der Personen ansetzen, welche aus- oder weitergebildet werden (Lernende), sondern bei den Personen, die aus- oder weiterbilden (Lehrende). Dass dem Lernaufwand der Lernenden auch eine gewisse produktive Leistung gegenübersteht, wird von diesem Modell nicht in Frage gestellt. Es spielt damit auch keine Rolle, ob die aus- und weiterbildenden Personen daneben produktive Tätigkeiten im Sinne der OKP ausüben oder nur als Aus- bzw. Weiterbildende angestellt bzw. beauftragt werden. In beiden Fällen werden die Kosten nicht von der OKP getragen (vgl. BVGE 2012/18 E. 11.3 m.w.H.). Im Rahmen dieses Modells bzw. dieser Praxis ist auch kein Raum dafür, den

Abzug auf 45/100 von 2 % herabzusetzen, mit der Begründung, dass der produktive Anteil der Arbeitstätigkeit der Lernenden (entsprechend der geltend gemachten Produktivität von 55 %) nicht zu berücksichtigen sei. 9.4.4 Die Beschwerdeführerin macht weiter geltend, dass sie von Bund und Kanton dazu aufgefordert bzw. verpflichtet werde, Ausbildung zu betreiben, und es nicht sein könne, dass sie die entsprechenden Kosten nicht auf die OKP abwälzen könne. Dabei verkennt sie, dass vorliegend nur zu prüfen ist, ob diese Kosten von der OKP zu tragen sind, was Gesetz und Verordnung klar verneinen. Inwiefern die Beschwerdeführerin auf Grund ausserhalb der OKP liegender Bestimmungen oder Vorgaben verpflichtet ist, Ausbildung zu betreiben und wer für die entsprechenden Kosten aufzukommen hat, ist hier nicht zu prüfen (vgl. BVGE 2012/18 E. 11.4). 9.4.5 Da die Beschwerdeführerin im Jahr 2003 effektiv 86 OKP-Betten betrieb (vgl. Schreiben der Beschwerdeführerin vom 5. März 2010 S. 10, die Anhänge zu ihrem Schreiben vom 12. August 2009 [im Klinikordner 2 L 4]), haben der Regierungsrat und die PUE somit zu Recht unter dem Titel Lehre und Forschung die gesamten 2 % abgezogen.

E. 9.5

Da im Jahr 2003 die Bettenauslastung in der Klinik der Beschwerdeführerin 92 % betrug und damit über dem Auslastungsschwellenwert für Psychiatriespitäler (90 %) lag, hat der Regierungsrat zu Recht keinen Abzug wegen Überkapazität vorgenommen (vgl. BVGE 2010/25 E. 6.1 m.w.H.; vgl. auch BVGE 2012/18 E. 12).

E. 9.6

Der Regierungsrat hat in Übereinstimmung mit der PUE wegen den (nicht separat ausgewiesenen) Mehrkosten für die Behandlung von zusatzversicherten Patientinnen und Patienten einen Abzug in der Höhe von 2 % vorgenommen. Ausgehend vom aktenkundigen Zusatzversichertenanteil von 64 % hat er die diesbezügliche Rechtsprechung korrekt angewandt (vgl. BVGE 2012/18 E. 13 m.w.H.). Die grundsätzliche Zulässigkeit dieses Abzugs wird von der Beschwerdeführerin auch nicht bestritten (vgl. Beschwerde S. 23, 25, 29; zur geltend gemachten doppelten Bestrafung durch mehrere Pauschalabzüge s. unten E. 10.6).

E. 9.7

Der Regierungsrat hat unter dem Titel "gewichtete Teuerung" die anrechenbaren Kosten um 1.21 % heraufgesetzt. Für das Jahr 2004 bestreitet die Beschwerdeführerin diese Teuerung nicht. Mit ihrer Rüge, dass der Regierungsrat zu Unrecht lediglich die Teuerung für das Jahr 2004 und nicht auch für die Folgejahre berücksichtigt habe, dringt sie nicht durch (vgl. BVGE 2012/18 E. 14 m.w.H.).

E. 9.8

Die Beschwerdeführerin macht geltend, dass für die Berechnung der Nettobetriebskosten keine Abzüge für Zinskosten (vorliegend Fr. 193'326.-, vgl. Beschwerde S. 29) vorzunehmen seien. Dabei verkennt sie, dass das PUE-Modell vorsieht, dass Zinsen auf dem Umlaufvermögen (zur Vorfinanzierung von Löhnen, Anschaffungen, etc.) normativ hinzuzuzählen sind (vorliegend Fr. 80'813.-, welcher Betrag von der Beschwerdeführerin rechnerisch nicht bestritten wurde). Im Gegenzug sind die für das Spital eingesetzten Kosten aus Zinsen auf dem Umlaufvermögen (vorliegend von der GEF BE kalkulatorisch auf die besagten Fr. 193'326.- festgesetzt) auszuschneiden. Die Beschwerdeführerin bringt keine Gründe dafür vor, weshalb von dieser Praxis abzuweichen ist. Solche Gründe sind auch nicht offensichtlich, sodass der Regierungsrat vorliegend dieser Praxis zu Recht

gefolgt ist.

E. 9.9

Im Sinne eines Zwischenresultats ist somit festzuhalten, dass der Regierungsrat zu Recht im angefochtenen Beschluss die umstrittenen Abzüge bzw. normativen Korrekturen vorgenommen hat, deren Berechnung nicht substantiiert bestritten wurde. Er ist somit grundsätzlich zu Recht von im Rahmen der Tariffestsetzung anrechenbaren Kosten in der Höhe von Fr. 15'958'470.- ausgegangen (act. 1, Anhang zu Beilage 2).

E. 10.1

Die Beschwerdeführerin beanstandet den vom Regierungsrat fest-gesetzten Kostendeckungsgrad von 90 % und beantragt eine Deckung zu 100 %. Sie begründet dies zur Hauptsache damit, dass ihre Daten völlig transparent seien und es keinen Anlass für Zweifel betreffend die dem Spital effektiv entstandenen Kosten gebe.

E. 10.2

Die Spitäler sind gehalten, nebst der Leistungsstatistik eine Betriebsabrechnung vorzulegen, welche die Kostenrechnung (bestehend aus der Kostenarten-, Kostenstellen- und Kostenträgerrechnung) sowie die Ermittlung des Betriebserfolges umfasst. Die Ermittlung der Kosten und die Erfassung der Leistungen müssen gemäss den Vorgaben der VKL bzw. der darin kodifizierten Rechtsprechung erfolgen. Legt ein Spital eine gute Kostenstellenrechnung sowie eine vollständige, qualitativ gute, ausreichend detaillierte Kostenträgerrechnung (inkl. Leistungserfassung) vor, ist die Kostentransparenz vollständig gegeben. Bei ungenügender Kostentransparenz (Intransparenz der Kostendaten) besteht die Gefahr, dass die Spitalpauschalen mehr als das gesetzlich vorgesehene Maximum der zulasten der OKP abrechenbaren Kosten decken. Wenn die Transparenz nicht genügt, wird ein Abzug beim Kostendeckungsgrad vorgenommen, dessen Höhe von den der Tarifberechnung im Einzelfall zu Grunde liegenden Unterlagen und deren Qualität abhängt. Der Kostendeckungsgrad bewegt sich bei Privatspitälern, welche nicht öffentlich subventioniert werden zwischen 85 % und 96 %: 85 %, wenn nur eine Kalkulation besteht und die vorgelegten Unterlagen rudimentär sind; 92 %, wenn eine Finanzbuchhaltung, eine Kalkulation und eine Kostenstellenrechnung von guter Qualität vorliegen; 96 %, wenn eine - allerdings noch nicht restlos genügende - Kostenträgerrechnung vorgelegt wird (vgl. BVGE 2012/18 E. 16.4 f. m.w.H.).

E. 10.3

Vorliegend ist kein Grund ersichtlich, sich für die Bemessung des Kostendeckungsgrades ausserhalb dieses Rahmens zu bewegen. Zur Beurteilung des für den Kostendeckungsgrad vorzunehmenden Abzuges sind somit die Qualität und Transparenz der im vorliegenden Fall das Jahr 2003 betreffenden und aktenkundigen Daten zu bewerten. Ausser Betracht fallen Daten, welche andere Jahre betreffen und/oder von der Beschwerdeführerin nicht eingereicht wurden. Dies gilt insbesondere für allfällige weitere Daten betreffend das Jahr 2003, zu deren Einreichung die Beschwerdeführerin von der Vorinstanz mehrfach aufgefordert und mittels Verfügung verpflichtet wurde. Für die Beurteilung der Datentransparenz und des daraus resultierenden Kostendeckungsgrades ist somit im Wesentlichen auf die Unterlagen abzustellen, welche die Beschwerdeführerin mit ihren Schreiben vom 14. August 2009 und 8. März 2010 eingereicht hat.

E. 10.4

Die Begründung des Regierungsrats und der PUE für den auf 90 % festgesetzten Kostendeckungsgrad beruht im Wesentlichen darauf, dass im vorgängigen bundesrätlichen Beschwerdeverfahren (lediglich) eine "Gesamtübersicht sowie Berichtigung / Abgrenzung von Finanzbuchhaltung und Betriebsbuchhaltung BE" und eine Aufstellung "Betriebsspezifische Daten zur Klinik" eingereicht wurden (vgl. den vorinstanzlichen Ordner "Verfahrensakten zu den RRB 1734-1744 vom 20.9.2006 sowie zum Bundesratsbeschluss vom 30.1.2008" [RR3] L15 Bl. 44-48), und darauf, dass seither die Datentransparenz nicht verbessert worden sei (für den chronologischen Ablauf und eine detailliertere Herleitung dieser Schlussfolgerung vgl. BVGE 2012/18 E. 16.7). In den dem Gericht vorliegenden Vorakten befinden sich in Bezug auf die Beschwerdeführerin die folgenden Unterlagen für das Jahr 2003: einerseits, wie schon im vorgängigen bundesrätlichen Beschwerdeverfahren eine "Gesamtübersicht sowie Berichtigung / Abgrenzung von Finanzbuchhaltung und Betriebsbuchhaltung BE" (Kostenartenrechnung), und ein "Erhebungsformular KTR 2003 "Betriebsspezifische Daten zur A. _____" (im Klinikordner 2 L 2 f.); andererseits neu eine Kostenstellenrechnung für die Hauptkostenstelle stationär, eine Hilfskosten-, Vorkosten- und Nebenbetriebs-Erfolgsrechnung, eine Aufstellung "Ertrag nach HiKst, HKst tstat./amb., Arzt. Hon. Zuver, Nebenbetrieb", eine Aufstellung "Personal- und Sachaufwand", zahlreiche Dokumente betreffend die Anlagebuchhaltung, eine Vollständigkeits- und Richtigkeitserklärung und eine Stellungnahme zu den Kostenermittlungen 2003 gemäss Spitaltaxmodell (im Klinikordner 2 L 1, L 5-20). Entgegen den Ausführungen des Regierungsrats und implizite der PUE ist die Datenlage im Vergleich zum vorgängigen Beschwerdeverfahren vor dem Bundesrat somit eine erheblich bessere. Weder die PUE noch der Regierungsrat sind auf diese veränderte Datenlage eingegangen und haben insbesondere nicht begründet, warum trotz dieser an einem Kostendeckungsgrad von 90 % festzuhalten sei. Aktuell liegt zwar immer noch keine Kostenträgerrechnung vor. Weiter hat die Beschwerdeführerin in der Beschwerde lediglich die gegenüber der vorinstanzlichen Tarifikalkulation beantragten Korrekturen aufgelistet und begründet. Eine entsprechend aktualisierte Version ihrer Tarifikalkulation im Schreiben vom 5. März 2010 hat sie hingegen nicht eingereicht. Damit werden nicht sämtliche Voraussetzungen gemäss KVG, VKL und Rechtsprechungspraxis betreffend Datentransparenz und -qualität erfüllt. Aber insgesamt sind die von der Beschwerdeführerin eingereichten Daten von so guter Qualität, dass der Kostendeckungsgrad im Sinne der dargelegten Rechtsprechung auf 92 % festzusetzen ist.

E. 10.5

Ergänzend ist darauf hinzuweisen, dass die Beschwerdeführerin daraus, dass ihrerseits vor dem Jahr 2005 keine Differenzierung der zulasten der OKP und der zulasten der Zusatzversicherungen angefallenen Kosten vorgenommen, sondern diese den Krankenversicherern überlassen wurde, nichts zu ihren Gunsten ableiten kann (vgl. BVGE 2012/18 E. 16.9).

E. 10.6

Die Beschwerdeführerin macht weiter geltend, ein in Bezug auf die gesamten Kosten erfolgreicher Intransparenzabzug stelle dort eine doppelte Bestrafung dar, wo er sich auf Kosten beziehe, die bereits einem Pauschalabzug gemäss Spitaltaxmodell unterzogen worden seien (wegen unzureichender Ausscheidung der Patientenkategorien bzw. der Kosten für Lehre und Forschung sowie zur Plausibilisierung von

Anlagennutzungs-kosten/Investitionen). Dabei verkennt die Beschwerdeführerin, dass das Vorliegen entsprechender Kosten bzw. eines bestimmten Korrekturbedarfs zu vermuten und für deren Berücksichtigung behelfsmässig ein geschätzter Abzug vorzunehmen ist, was keine Sanktionierung der Datenintransparenz darstellt (vgl. BVGE 2012/18 E. 16.11 m.w.H.).

E. 10.7

Entgegen dem Dafürhalten der Beschwerdeführerin könnte sie, selbst dann, wenn ein aussagekräftiges Benchmarking durchgeführt und für sie günstig ausfallen würde, nicht verlangen, dass deswegen von einem Intransparenzabzug abgesehen werde (vgl. BVGE 2012/18 E. 16.2 m.w.H.; vgl. auch unten E. 11.2).

E. 10.8

Der Regierungsrat hat den Kostendeckungsgrad somit zu Unrecht auf 90 % festgesetzt. Dieser ist stattdessen auf 92 % festzusetzen.

E. 11.1

Die Beschwerdeführerin macht weiter geltend, dass bei Berücksichtigung der vom Regierungsrat als anrechenbar befundenen Kosten für die Tarifbildung, die ihr für die OKP-Leistungserbringung entstehenden Kosten nicht vollständig gedeckt würden. Dazu dürfe es aber nicht kommen, da sie die ungedeckten Kosten nicht auf Dritte abwälzen könne.

E. 11.1.1

Es ist unbestritten, dass die öffentliche Hand die Beschwerdeführerin nicht unterstützt und namentlich nicht für allfällige durch den OKP-Tarif nicht gedeckte Kosten aufkommt. Soweit eine private Klinik keine Kantonsbeiträge erhält, besteht mangels Anwendbarkeit der 50-Prozent-Regel im Sinne von Art. 49 Abs. 1 Satz 2 KVG allerdings grundsätzlich Anspruch auf eine Taxe, welche (maximal) 100 Prozent der anrechenbaren Kosten deckt, wozu auch die die allgemeine Abteilung betreffenden Investitionskosten zu zählen sind. Damit sieht das Gesetz bereits einen Mechanismus vor, der seitens der Kostendeckung für einen Ausgleich zwischen den öffentlich und öffentlich subventionierten und den Privatspitälern sorgt. Daraus, dass die Beschwerdeführerin durch die öffentliche Hand nicht unterstützt wird, lässt sich somit nicht ableiten, dass das PUE-Modell nicht auf sie angewandt werden dürfte (vgl. BVGE 2012/18 E. 17.2.2 m.w.H.).

E. 11.1.2

Entgegen der von der Beschwerdeführerin vertretenen Ansicht, verbietet es das KVG ihr nicht, ohne Verletzung des Tarifschutzes gemäss Art. 44 Abs. 1 KVG durch das Erbringen von OKP-Leistungen auf der (Halb-)Privatabteilung Mehreinkünfte zu generieren, die z.B. zur Querfinanzierung einer allfälligen Unterdeckung in der allgemeinen Abteilung verwendet werden können (vgl. BVGE 2012/18 E. 17.3.2 m.w.H.). Da 2003 rund 64% der Pflorgetage auf Zusatzversicherte entfielen, bestand diesbezüglich ein erhebliches Potenzial.

E. 11.1.3

Es steht der Beschwerdeführerin im Weiteren frei, ein erhebliches zusätzliches Einkommen zu generieren, indem sie über den Leistungsumfang der OKP hinausgehende Leistungen erbringt, die zusätzlich zu den KVG-Tarifen in Rechnung gestellt, aber nicht von der OKP bezahlt werden dürfen (vgl. BVGE 2012/18 E. 17.5 m.w.H.).

E. 11.1.4

Die Beschwerdeführerin moniert, dass es ihr aus finanziellen Gründen nicht möglich gewesen sei, zur Deckung der im stationären Bereich entstehenden Lücken auf Einnahmen im ambulanten Bereich zurückzugreifen. Daraus kann sie nichts zu ihren Gunsten ableiten, da eine solche Quersubventionierung als KVG-widrig nicht vorgenommen werden dürfte (vgl. BVGE 2012/18 E. 17.4).

E. 11.1.5

Dass mit der Anwendung des vom Regierungsrat festgesetzten Tarifs der Konkurs der Beschwerdeführerin vorprogrammiert sei, wird nicht substantiiert dargelegt.

E. 11.1.6

Die Beschwerdeführerin dringt somit mit ihrer Rüge, dass der umstrittene OKP-Tarif nicht so tief festgesetzt werden dürfe, weil sie die bei dessen Anwendung nicht gedeckten Kosten nicht auf Dritte abwälzen könne, nicht durch.

E. 11.2

Die Beschwerdeführerin macht weiter geltend, der Regierungsrat hätte eine Wirtschaftlichkeitsüberprüfung mittels Benchmarking durchführen müssen. Die entsprechenden Vergleichswerte zeigten auf, dass der von der Beschwerdeführerin beantragte Tarif von Fr. 624.30 durchaus der allgemeinen Kostensituation entspreche und fast mit den Behandlungstaxen, welche der Regierungsrat des Kantons Bern am 25. Januar 2005 in den öffentlichen und öffentlich subventionierten psychiatrischen Institutionen beschlossen habe, übereinstimme. Damit verkennt sie, dass sich aus einem Betriebsvergleich im Sinne von Art. 49 Abs. 7 KVG kein Anspruch auf Erhöhung des Tarifs wirtschaftlich betriebener Kliniken ableiten lässt (vgl. BVGE 2012/18 E. 18 m.w.H.).

E. 11.3

Da die Beschwerdeführerin in Bezug auf den umstrittenen Tarif nicht auf einen bestimmten Tarif vertrauen durfte, bevor dieser rechtskräftig festgesetzt wurde, kann sie sich diesbezüglich nicht erfolgreich auf den Grundsatz von Treu und Glauben berufen (vgl. BVGE 2012/18 [nicht publizierte] E. 19.1).

E. 12.1

Die Anträge der Beschwerdeführerin betreffend das anzuwendende Tarifsystem und die entsprechenden Begründungen sind teilweise unklar oder gar widersprüchlich (vgl. Beschwerde S. 3, 27 f., Schlussbemerkungen der Beschwerdeführerin S. 5, 7). Soweit sie sich gegen die Festsetzung einer Tagespauschale stellt, wie der Regierungsrat sie vorgenommen hat, ist auf Folgendes hinzuweisen: Die Rechtsprechung räumt der Vorinstanz im Rahmen der Tariffestsetzung ein erhebliches Ermessen ein, insbesondere auch in Bezug auf die verschiedenen Tarifgestaltungsmöglichkeiten, soweit die Zielsetzung einer qualitativ hochstehenden und zweckmässigen gesundheitlichen Versorgung zu möglichst günstigen Kosten gewahrt bleibt. Dies gilt umso mehr, wenn die PUE die Regelung der Kantonsregierung - wie hier - stützt. Tagespauschalen haben im KVG-Tarifwesen eine lange Tradition und wurden in der Rechtsprechung immer wieder bestätigt; dies gilt insbesondere in Bezug auf die stationäre psychiatrische Behandlung, für welche sie immer noch das am weitesten verbreitete und allgemein anerkannte Tarifsystem darstellen. Dementsprechend ist vorliegend - wie schon im parallelen Verfahren betreffend eine akutsomatische Klinik (vgl. BVGE 2012/18 E. 21.4 ff.) - der Entscheid des

Regierungsrats, Tagespauschalen festzusetzen, zu schützen.

E. 12.2

Da die Beschwerdeführerin selber erklärt, die von ihr thematisierten Probleme, die bei einer Rückabwicklung unter Anwendung unterschiedlicher Tarifsyste und Tarifhöhen auftreten könnten, seien nicht Gegenstand des vorliegenden Verfahrens, ist darauf auch nicht weiter einzugehen.

E. 12.3

Vorliegend ist somit auszugehen von anrechenbaren Kosten in der Höhe von Fr. 15'958'470.- (vgl. oben E. 9.9) und 28'644 Pflgetagen (vgl. act. 1, Anhang zu Beilage 2; Schreiben vom 5. März 2010, Anhang 1), somit Fr. 557.13 pro Pflgetag, und einem Kostendeckungsgrad von 92 % (somit Fr. 512.56). Die Beschwerde ist daher insofern gutzuheissen, als der angefochtene Regierungsratsbeschluss Nr. [...] in Bezug auf die Beschwerdegegnerinnen 2-8 aufgehoben und neu eine zwischen diesen und der Beschwerdeführerin ab 1. Januar 2005 geltende Tagespauschale in der Höhe von Fr. 513.- (inkl. Arztleistungen) festgesetzt wird.

E. 13.1

Da die SanaTop mindestens vor dem 21. Juni 2006 kein zugelassener KVG-Krankenversicherer war und ein hoheitlicher Tarif nur gegenüber einem über die entsprechende Bewilligung verfügenden Krankenversicherer festgesetzt werden kann, hat der Regierungsrat zu Unrecht für den Zeitraum vom 1. Januar 2005 bis zu dem Zeitpunkt, ab welchem der Sa-naTop die entsprechende Bewilligung erteilt wurde, einen OKP-Tarif zwischen der Beschwerdeführerin und der SanaTop festgesetzt (vgl. BVGE 2012/18 E. 22 m.w.H.).

E. 13.2

Die Beschwerde ist daher auch insofern gutzuheissen, als der angefochtene Regierungsratsratsbeschluss Nr. [...] vom 30. Juni 2010 in Bezug auf die SanaTop (Beschwerdeführerin 9) aufzuheben und die Sache an die Vorinstanz zurückzuweisen ist, damit diese abkläre, ab welchem Zeitpunkt die SanaTop über eine Zulassungsbewilligung verfügte, und ab diesem Zeitpunkt einen Tarif für die stationäre Behandlung in der Klinik der Beschwerdeführerin zu Lasten der OKP hoheitlich festsetze bzw. über die Genehmigung einer allfälligen Tarifvereinbarung befinde.

E. 14

Zu befinden bleibt über die Verfahrenskosten und allfällige Parteientschädigungen.

E. 14.1

Das Bundesverwaltungsgericht auferlegt gemäss Art. 63 Abs. 1 und Abs. 3 VwVG die Verfahrenskosten in der Regel der unterliegenden Partei. Eine Rückweisung gilt praxismässig als Obsiegen der beschwerdeführenden Partei (BGE 132 V 215 E. 6). Vorinstanzen werden keine Verfahrenskosten auferlegt (Art. 63 Abs. 2 VwVG). Die Beschwerdegegnerinnen haben sich mit eigenen Anträgen am Beschwerdeverfahren beteiligt und gelten damit als Parteien im Sinne von Art. 63 Abs. 1 VwVG. Unter Berücksichtigung des Umfangs und der Schwierigkeit der Streitsache, Art der Prozessführung und finanzieller Lage der Parteien (vgl. Art. 63 Abs. 4bis VwVG; zur Qualifikation als vermögensrechtliche Streitigkeit vgl. BVGE 2010/14 E. 8.1.3) sind die

Verfahrenskosten vorliegend auf Fr. 4'000.- festzusetzen. Entsprechend dem teilweisen Obsiegen bzw. Unterliegen sind der Beschwerdeführerin Kosten in Höhe von Fr. 3'000.- aufzuerlegen und mit dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe zu verrechnen. Den Beschwerdegegnerinnen werden Gerichtskosten in der Höhe Fr. 1'000.- auferlegt.

E. 14.2

Vor Bundesverwaltungsgericht obsiegende Parteien haben grundsätzlich Anspruch auf eine Parteientschädigung für die ihnen erwachsenen notwendigen Kosten (Art. 64 Abs. 1 VwVG i.V.m. Art. 7 Abs. 1 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. Die Entschädigung wird primär der unterliegenden Gegenpartei im Rahmen ihrer Leistungsfähigkeit auferlegt (vgl. Art. 64 Abs. 2 und 3 VwVG). Sind die Kosten verhältnismässig gering, so kann von einer Parteientschädigung abgesehen werden. Keine Entschädigung ist geschuldet, wenn der Vertreter oder die Vertreterin in einem Arbeitsverhältnis zur Partei steht. Da die nicht anwaltlich vertretene Beschwerdeführerin keine erheblichen notwendigen Kosten geltend macht und nicht ersichtlich ist, dass solche in Bezug auf das Beschwerdeverfahren, jedenfalls soweit sie über die Arbeit von Angestellten der Beschwerdeführerin hinausgehen, angefallen sind, ist der Beschwerdeführerin keine Parteientschädigung zuzusprechen. Den anwaltlich vertretenen Beschwerdegegnerinnen ist unter angemessener Berücksichtigung des aktenkundigen Aufwands zulasten der Beschwerdeführerin eine reduzierte Parteientschädigung von insgesamt Fr. 3'500.- (inkl. Mehrwertsteuer) zuzusprechen.

E. 15

Der vorliegende Entscheid bringt eine Änderung des angefochtenen Beschlusses mit sich, weshalb sich eine Veröffentlichung im offiziellen Publikationsorgan aufdrängt.

E. 16

Dieses Urteil kann nicht beim Bundesgericht angefochten werden (Art. 83 Bst. r des Bundesgerichtsgesetzes vom 17. Juni 2005 [BGG, SR 173.110]; BVGE 2009/23 E. 8). Es tritt mit Eröffnung in Rechtskraft.

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