

# **BVGer C-5641/2010 vom 1. März 2013**

Bundesverwaltungsgericht, 2013-03-01, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger\\_C-5641\\_2010](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-5641_2010)

FR: TAF C-5641/2010 du 1 mars 2013

IT: TAF C-5641/2010 del 1 marzo 2013

## **Regeste**

Tarife der Leistungserbringer

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Vorweg ist auf Folgendes hinzuweisen: Mit Wirkung gegenüber denselben Krankenversicherern ist 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 worden. Am 6. Juli 2012 fällte dieses im Verfahren C 5550/2010 das inzwischen als BVGE 2012/18 publizierte Urteil, auf dessen Erwägungen im Folgenden mehrfach verwiesen wird. Die ÖKK ist für das vorliegende Verfahren an die Stelle der ursprünglich als Beschwerdegegnerin 5 geführten Hotela getreten und wird durch das vorliegende Urteil entsprechend berechtigt und verpflichtet und anstelle der Hotela im Rubrum geführt. Die SUPRA, die 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, wobei zur grösseren Übersichtlichkeit die SanaTop im Rahmen dieses Urteils (weiterhin) separat als Beschwerdegegnerin 9 behandelt und im Rubrum geführt wird, was nichts daran ändert, dass das vorliegende Urteil in Bezug auf das OKP-Geschäft der SanaTop an deren Stelle die SUPRA berechtigt und verpflichtet. Gemäss dem Handelsregister des Kantons Bern (vgl. die Handelsregisterauszüge vom 14. Februar 2012 [act. 25 f.]) wurde die ursprünglich Beschwerde führende A. \_\_\_\_\_ (Firmennummer [...]) am 27. Juni 2012 in C. \_\_\_\_\_ umbenannt. Zugleich wurde ihr bisheriger Zweck "Betrieb von Kliniken nach dem Belegarzt-System" geändert und lautet neu: "Die Gesellschaft bezweckt den Betrieb einer Holding-Gesellschaft durch direkte und indirekte Beteiligung an Kapitalgesellschaften, namentlich durch das Halten und Verwalten von Aktien und anderen Beteiligungen an Kliniken und anderen Institutionen des Gesundheitswesens sowie damit zusammenhängende Koordinations-, Finanzierungs- und Managementaufgaben.". Ebenfalls am 27. Juni 2012 wurde die B. \_\_\_\_\_ (Firmennummer [...]) mittels Sacheinlage gegründet: Die A. \_\_\_\_\_ (nun: C. \_\_\_\_\_) übertrug Aktiven von Fr. [...] und Passiven (Fremdkapital) von Fr. [...] auf die B. \_\_\_\_\_. Als Gegenleistung wurden 2'000 voll liberierte Namenaktien zu nom. je Fr. 1'000.00 ausgegeben. Die B. \_\_\_\_\_ bezweckt den Betrieb von Kliniken, namentlich der Klinik D. \_\_\_\_\_ in E. \_\_\_\_\_. In Bezug auf das vorliegende Verfahren ist somit die B. \_\_\_\_\_, welche das Bundesverwaltungsgericht mit Schreiben vom 13. Februar 2013 auf die Mutation hingewiesen hat, an die Stelle der ursprünglich als Beschwerdeführerin geführten A. \_\_\_\_\_ getreten und wird durch das vorliegende Urteil berechtigt und verpflichtet.

### **E. 2**

Das Bundesverwaltungsgericht ist zur Beurteilung der vorliegenden Beschwerde zuständig (vgl. Art. 47 Abs. 1, 53 Abs. 1 und Art. 90a des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung [KVG, SR 832.10]). Dabei richtet sich das Beschwerdeverfahren grundsätzlich nach dem Bundesgesetz vom 20. Dezember 1968 über das Verwaltungsverfahren (VwVG, SR 172.021) und nach Art. 53 KVG in der seit dem 1. Januar 2009 geltenden Fassung (vgl. BVGE 2012/18 nicht publizierte E. 2).

### **E. 3.1**

Die Beschwerdeführerin hat am vorinstanzlichen Tariffestsetzungsverfahren teilgenommen, ist als primäre Adressatin durch den angefochtenen Regierungsratsbeschluss besonders berührt, hat insoweit an dessen Aufhebung bzw. Abänderung ein schutzwürdiges Interesse, und ist daher zur Beschwerde legitimiert (vgl. Art. 48 VwVG). 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. 3.2.1**

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 und im entsprechenden Umfang auf die Beschwerde daher nicht einzutreten sei.

### **E. 3.2.2**

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, welcher vor Bundesverwaltungsgericht nur noch eingeschränkt, aber nicht ausgeweitet oder geändert werden kann. Wurde die vor Bundesverwaltungsgericht behauptete Tatsache nicht schon der Vorinstanz vorgetragen oder fand sie nicht auf anderem Weg in prozessual zulässiger Weise Eingang in das Dossier, ist sie neu, andernfalls nicht (vgl. BVGE 2012/18 E. 3.2.2). Allerdings kann nicht Kongruenz der Sachdarstellungen verlangt werden; vielmehr ist es mit dem Novenverbot vereinbar, wenn die Partei im vorinstanzlichen Verfahren schon einen bestimmten Standpunkt vertreten hat und dazu im Beschwerdeverfahren lediglich sachbezogene Präzisierungen vornimmt (vgl. Meyer/Dormann, Art. 99, in Bundesgerichtsgesetz [Basler Kommentar], Marcel Alexander Niggli/Peter Uebersax/Hans Wiprächtiger [Hrsg.], 2. A., Basel 2011, N 20).

### **E. 3.3**

Die Krankenversicherer legen nicht dar, welche unzulässigen Beweismittel oder Tatsachen die Beschwerdeführerin neu in das Beschwerdeverfahren eingebracht haben soll. Ob zwei von der Beschwerdeführerin im Rahmen der Beschwerde vorgebrachte Tatsachenbehauptungen im Lichte von Art. 53 Abs. 2 Bst. a KVG unzulässig sind, ist später zu prüfen (vgl. unten E. 4.6, 4.7.2). Die Einwände der Krankenversicherer stossen im Übrigen ins Leere.

### **E. 3.4**

Zu den einzelnen Rechtsbegehren der Beschwerdeführerin ist Folgendes auszuführen: Die Beschwerdeführerin kann ohne Weiteres die Aufhebung des angefochtenen Beschlusses und die Rückweisung zu neuem Entscheid sowie Anträge betreffend Kosten- und

Entschädigungsfolgen des Beschwerdeverfahrens stellen (vgl. BVGE 2012/18 nicht publizierte E. 3.4.2 sowie [publizierte]E. 3.4.3). Bereits in ihrem Schreiben vom 14. April 2009 verlangte die Beschwerdeführerin von der Vorinstanz, dass lediglich für das Jahr 2005 ein Tarif bzw. für die einzelnen Jahre ab 2005 je ein separater Tarif festzusetzen sei und führte aus, dass für die SanaTop eine rückwirkende Tariffestsetzung nicht in Frage komme. Somit sind die entsprechenden Beschwerdeanträge nicht neu und verstossen nicht gegen Art. 53 Abs. 2 Bst. a KVG (vgl. BVGE 2012/18 E. 3.5). Die Beschwerdeführerin kann auch die Verwendung eines anderen als des hoheitlich festgesetzten Tariffsystems beantragen. Die Krankenversicherer machen geltend, die Beschwerdeführerin verlange mit ihrer Beschwerde im Rahmen des Berner Fallpreispauschalensystems (BFP) eine höhere Baserate als in ihrer letzten Eingabe gegenüber der Vorinstanz. Ob im gerügten Mehrumfang auf die Beschwerde nicht einzutreten ist, kann offen bleiben, zumal der angefochtene Beschluss (bereits) ausgehend von den gegenüber der Vorinstanz zuletzt beantragten Tarifbasisbeträgen aufzuheben und an die Vorinstanz zurückzuweisen ist (vgl. unten E. 4.8).

#### **E. 4.1**

Der vorliegende Entscheid ist in materiellrechtlicher Hinsicht 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.).

#### **E. 4.2**

Die hoheitliche Festsetzung stationärer Spitaltarife zu Lasten der OKP hat gestützt auf das Spitaltaxmodell der Preisüberwachung zu erfolgen (nachfolgend: PUE-Modell), wobei als Basis für die Festlegung eines OKP-Tarifs des Jahres X grundsätzlich die ausgewiesenen Kosten des Jahres X-2 gelten, sodass vorliegend mangels besonderer Umstände, die ein Abweichen von dieser Regel rechtfertigen würden, auf die Kosten bzw. Daten aus dem Jahr 2003 abzustützen ist (vgl. BVGE 2012/18 E. 6, 8 ff.).

#### **E. 4.3**

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 angefallenen Kosten 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.). Als Betriebskosten des stationären Spitalteils gelten die Kosten, die für die stationäre Behandlung einschliesslich Aufenthalt in einem Spital in der allgemeinen Abteilung zu Lasten der OKP anfallen (im Folgenden: OKP-Inputkosten; vgl. Art. 49 Abs. 1 KVG; BVGE 2010/62 E. 4.12, 4.12.1; BVGE 2012/18 E. 8.3). Dabei ist der Begriff der allgemeinen Abteilung funktional auszulegen und es sind für die Festsetzung der Tarife betreffend die stationäre Behandlung im Spital neben denjenigen Leistungen und Kosten, die sich auf (lediglich) grundversicherte Patientinnen und Patientinnen beziehen, auch diejenigen massgeblich, die sich auf zugleich grund- und zusatzversicherten Patientinnen und Patienten beziehen, die ebenfalls zu den OKP-Versicherten zu zählen sind (vgl. BVGE 2010/62 E. 4.12.2, RKUV 2004 S. 37).

Darüber hinausgehende, zugunsten der Zusatzversicherten erbrachte Leistungen und deren Mehrkosten sind hingegen für die Bestimmung der anrechenbaren Kosten auszuscheiden (vgl. BVGE 2010/62 E. 4.12.3; Urteil des Bundesgerichts 9C\_383/2009 vom 9. März 2010 E. 2.2). Weiter sind die nicht stationären Leistungen, die zu Lasten der OKP erbracht werden, und deren Kosten (ambulante und teilstationäre Leistungen) auszuscheiden. Auch jene stationär durchgeführten Behandlungen und Massnahmen, die ausserhalb des Anwendungsbereichs des KVG erbracht werden (im Folgenden: Nicht-OKP-Leistungen; vgl. Art. 1a KVG i.V.m. Art. 24 und Art. 25-31 KVG; RKUV 1997 S. 347), fallen ausser Betracht (vgl. Art. 49 Abs. 1 KVG und RKUV 2004 S. 37, je e contrario). Dies betrifft insbesondere unfallbezogene Leistungen, für welche die Unfallversicherung (UV) aufkommt, und Leistungen für Personen, die der Versicherungspflicht nach KVG nicht unterstellt sind (z.B. ausländische Touristen) und daher selbst für die entsprechenden Kosten aufkommen müssen (sogenannte Selbstzahler [SZ]; vgl. Entscheid des Bundesrats vom 20. Dezember 2000 betreffend die Spitalliste des Kantons Luzern] E. II.5.2.5.1; RKUV 2004 S. 37). Somit müssen zur Ermittlung der massgeblichen OKP-Inputkosten vorab die aufgeführten übrigen Leistungen und Kosten, insbesondere betreffend Nicht-OKP-Patientinnen und -Patienten ausgeschieden werden. Auch erlaubt es erst eine entsprechende Ausscheidung, die Anzahl der tatsächlich betriebenen stationären OKP-Betten einerseits und die zu Lasten der stationären OKP-Patientinnen und -patienten erbrachten Pflage tage bzw. die Anzahl der Austritte stationärer OKP-Patientinnen und -Patienten zu bestimmen (vgl. BVGE 2012/18 E. 12). Sollte eine vollständige Ausscheidung der Nicht-OKP-Patienten nicht transparent möglich sein, ist im Rahmen des PUE-Modells in einem zweiten, späteren Schritt der verbleibenden Unschärfe bei der Beurteilung der Datentransparenz und bei der Festsetzung des Kostendeckungsgrades Rechnung zu tragen.

#### **E. 4.4.1**

Die Beschwerdeführerin bestreitet nicht, dass für die Berechnung des Tarifs für stationäre Leistungen zu Lasten der OKP von den tatsächlichen für die entsprechende Leistungserbringung angefallenen Kosten auszugehen ist. Sie macht aber geltend, dass der Regierungsrat zu Unrecht davon abgesehen habe, die Nicht-OKP-Leistungen und deren Kosten auszuscheiden.

#### **E. 4.4.2**

Mit ihren Eingaben vom 14. August 2009 und 8. März 2010 und den zugleich eingereichten Unterlagen machte die Beschwerdeführerin für das Jahr 2003 für den Betrieb des gesamten stationären Spitalteils Kosten von insgesamt Fr. 24'790'501.- (ohne Arzthonorare) geltend, wovon Fr. 850'000.- für die Erbringung von stationären Leistungen zu Lasten der Unfallversicherung/Invalidenversicherung/Militärversicherung (UV/IV/MV; im Folgenden vereinfachend: UV) und Fr. 195'000.- zu Lasten von Selbstzahlern bzw. "Ausländern" (im Folgenden vereinfachend: SZ) aufgebracht worden seien. Diese Kosten in der Höhe von insgesamt Fr. 1'045'000.- seien auszuscheiden. Zu Lasten der OKP seien für das Erbringen stationärer Leistungen somit lediglich die verbleibenden Fr. 23'745'501.-, welche zusammen mit den Arzthonoraren die massgeblichen OKP-Inputkosten bildeten, ausschlaggebend. In den beiden Eingaben führte die Beschwerdeführerin weiter aus, dass von den 3'538 ausgewiesenen stationären Austritten nur 3'260 auf OKP-Patientinnen und -Patienten entfielen, während 255 Austritte UV-Fälle und 23 Austritte SZ-Fälle betrafen. Die Beschwerdeführerin erklärte, dass sie für die Ausscheidung der Nicht-OKP-Fälle eine

Schätzung habe vornehmen müssen, da die entsprechenden Daten infolge eines Systemwechsels nicht mehr zur Verfügung ständen. Für die Schätzung stellte sie auf den Durchschnitt der Anzahl von UV- und SZ-Fällen in den Jahren 2004, 2006 und 2007 und der damit generierten Einkünfte ab. Der Vollständigkeit halber ist darauf hinzuweisen, dass die Beschwerdeführerin in der zweiten Eingabe keine zusätzliche Anrechnung von Debitorenverlusten in der Höhe von Fr. 82'211.- mehr verlangt hat, weshalb darauf vorliegend nicht weiter einzugehen ist.

#### **E. 4.4.3**

Im angefochtenen Beschluss ging der Regierungsrat (abzüglich der kalkulatorischen Arzthonorare von Fr. 5'476'824) von (OKP-)Inputkosten in der Höhe von Fr. 24'790'501.-, von 3'538 Austritten und von 22'364 Pflgetagen aus. Dies entspricht den Angaben, wie sie die Beschwerdeführerin in Bezug auf den gesamten stationären Spitalteil deklariert hatte, umfasst also auch Leistungen und Kosten, die gemäss Angaben der Beschwerdeführerin für Nicht-OKP-Patientinnen und -Patienten erbracht worden waren. Der Regierungsrat war sich bewusst, dass die von ihm eingesetzten (OKP-)Inputkosten gemäss Angaben der Beschwerdeführerin auch Nicht-OKP-Fälle betrafen und dass die Beschwerdeführerin deren Ausscheidung verlangt hatte. Warum er dennoch auf diese Zahlen abstützte und keine Ausscheidung vornahm, begründete er hingegen nicht, sondern führte lediglich pauschal aus, dass er sich für die Tarifberechnung (neben den dokumentierten Überlegungen der Preisüberwachung) auf die Angaben der Klinik abstütze (vgl. Ziffern 1.4.4, 1.7.1, 2.5.2 des angefochtenen Beschlusses).

#### **E. 4.4.4**

In ihrer Beschwerde machte die Beschwerdeführerin (erneut) geltend, dass für Nicht-OKP-Fälle Fr. 1'045'000.- von den stationären Betriebskosten abzuziehen seien und (neben den Arzthonoraren) somit von massgeblichen OKP-Inputkosten in der Höhe von Fr. 23'745'502.- auszugehen sei (vgl. insbesondere S. 39 f. der Beschwerde). Nach Abzug von 278 Nicht-OKP-Fällen sei ausserdem von lediglich 3'260 stationären OKP-Austritten auszugehen. Von den deklarierten 22'364 stationären Pflgetagen entfielen geschätzte 1'607 auf UV-Fälle und 145 auf SZ-Fälle, die alle auszuschneiden seien (vgl. insbesondere Beschwerdebeilage 16).

#### **E. 4.4.5**

Die Beschwerdegegnerinnen, die PUE und das BAG haben zur beantragten Ausscheidung von Nicht-OKP-Fällen nicht Stellung genommen.

#### **E. 4.5**

In seiner Vernehmlassung erklärte der Regierungsrat erneut, dass er sich für die Tarifberechnung auf die Angaben der Beschwerdeführerin abgestützt habe. Wieso er auf sich auf die Zahlen der Beschwerdeführerin abgestützt hat, die auch Nicht-OKP-Fälle umfassten und nicht auf die Zahlen, die nach entsprechender Ausscheidung lediglich OKP-Fälle betrafen, begründete er hingegen nicht. Er verwies diesbezüglich lediglich auf seine in Ziffer 2.5.4 des angefochtenen Beschlusses enthaltenen Ausführungen. Diese äussern sich aber nicht zur Ausscheidung von Nicht-OKP-Fällen, sondern nur zur Datentransparenz und zum Kostendeckungsgrad und können erst in Bezug auf eine nach der Ausscheidung allenfalls verbleibende Unschärfe zum Zug kommen (vgl. oben E. 4.3). Da der Regierungsrat seinen Verzicht auf die von der Beschwerdeführerin beantragte Ausscheidung der Nicht-OKP-Fälle nicht zu rechtfertigen vermag und aus den Akten keine

rechtfertigenden Umstände hervorgehen, kann sein Vorgehen nicht geschützt werden.

#### **E. 4.6**

Da die Angaben der Beschwerdeführerin betreffend die Anzahl der Nicht-OKP-Fälle nicht substantiiert bestritten wurden, sind die entsprechenden Fälle auszuscheiden und für die Tarifbemessung auf die lediglich die OKP-Fälle betreffenden Daten abzustützen. Demnach ist (neben den Arzthonoraren) von OKP-Inputkosten in der Höhe von Fr. 23'745'501.- und von 3'260 stationären OKP-Austritten auszugehen. Die Beschwerdeführerin führte erstmals in der Beschwerde an, wie viele der deklarierten 22'634 stationären Pflagetage auf Nicht-OKP-Fälle entfielen bzw. dass nach Ausscheidung der Nicht-OKP-Fälle noch 20'612 bzw. 20'613 OKP-Pflagetage verbleiben (vgl. diesbezüglich die mathematisch nicht kongruente Aufteilung der Pflagetage in OKP-, UVG- und SZ-Fälle der Kostenträgerrechnung 2003 [Beschwerdebeilage 16]). Dabei handelt es sich um eine neue Tatsachenbehauptung, welche die Beschwerdeführerin vor der Vorinstanz hätte vorbringen können, aber nicht vorgebracht hat. Allerdings hat sie im vorinstanzlichen Verfahren mehrfach geltend gemacht, dass 278 Austritte Nicht-OKP-Fällen zuzurechnen und entsprechende Kosten in der Höhe von Fr. 1'045'000.- auszuscheiden seien, womit auch eine entsprechende Reduktion der stationären Pflagetage einhergehen musste. Soweit die Beschwerdeführerin die Anzahl der betroffenen Pflagetage in der Beschwerde erstmals spezifiziert, handelt es sich dabei um eine zulässige sachbezogene Präzisierung zu einem bereits im vorinstanzlichen Verfahren vertretenen Standpunkt (vgl. oben E. 3.4).

#### **E. 4.7.1**

Im Rahmen der Anwendung des PUE-Modells wirkt sich die Ausscheidung von Nicht-OKP-Fällen nicht nur auf die OKP-Inputkosten aus (und auf den darin jeweils enthalten Anteil von Personal- und Sachkosten zueinander), sondern auch auf alle der davon abhängigen normativen Zu- und Abschläge. Auch allfällige kalkulatorische Arzthonorare sind lediglich auf der Basis der OKP-Fälle zu berechnen und anzurechnen.

#### **E. 4.7.2**

Die Ausscheidung der Nicht-OKP-Fälle hat allerdings auch Einfluss - im Rahmen des PUE-Modells - auf die Prüfung einer allfälligen Überkapazität und der Berechnung des entsprechenden Abzugs. Zum einen stehen Betten, die von Nicht-OKP-Patienten in Anspruch genommen werden, nicht zugleich für eine Belegung durch OKP-Patientinnen und -Patienten zur Verfügung. Sie sind daher bei der Ermittlung der tatsächlich betriebenen stationären OKP-Betten auszuscheiden. Im Gegenzug sind für die Bettenbelegung lediglich die von stationären OKP-Patientinnen und -Patienten belegten Betten zu berücksichtigen. Ausserdem kann die Ausscheidung von Nicht-OKP-Fällen zu einer Verschiebung des auf (Grund- und) Zusatzversicherte entfallenden Anteils an den insgesamt erbrachten stationären OKP-Leistungen führen.

#### **E. 4.7.3**

Vorliegend ist nicht ersichtlich und abzuklären, inwiefern die Beschwerdeführerin in ihren Dokumenten bei der Anzahl der tatsächlich betriebenen Betten die Betten ausgeschieden hat, die wegen ihrer Besetzung durch Nicht-OKP-Patientinnen und -Patienten für OKP-Fälle nicht zur Verfügung standen (vgl. insbesondere Beilage zur Eingabe vom 14. August 2009, Anhang 2 zur Eingabe vom 8. März 2010 und E-Mail vom 11. November 2009). Ebenfalls unklar und abzuklären ist, wie hoch der Anteil der Zusatzversicherten an den nach der Ausscheidung verbleibenden OKP-Fällen ist. Angesichts dieses

Abklärungsbedarfs betreffend die tatsächlich betriebenen OKP-Betten kann offen bleiben, ob die mit der Beschwerde (S. 39 f.) neu vorgebrachte Behauptung, dass an den Wochenenden jeweils 30 Betten gesperrt gewesen bzw. nicht als OKP-Betten betrieben worden seien, im Lichte von Art. 53 Abs. 2 Bst. a KVG als unzulässig zu taxieren ist.

#### **E. 4.8**

Die Beschwerde ist daher insofern gutzuheissen, als der angefochtene Regierungsratsbeschluss Nr. [...] vom 30. Juni 2010 in Bezug auf die Beschwerdegegnerinnen 1-8 aufzuheben und die Sache zur Vornahme der notwendigen Abklärungen und zum neuen Entscheid über den ab 1. Januar 2005 für die stationäre Behandlung in der Klinik der Beschwerdeführerin zu Lasten der OKP geltenden Tarif an die Vorinstanz zurückzuweisen ist.

#### **E. 5**

Zu welchem Zeitpunkt der SanaTop die Bewilligung zur Durchführung der sozialen Krankenversicherung erteilt wurde, ist aus den Akten nicht ersichtlich. Da sie am 21. Juni 2006 im Handelsregister eingetragen wurde, verfügte sie davor jedenfalls nicht um eine entsprechende Bewilligung. Letztere Voraussetzung ist Bedingung dafür, dass gegenüber einem Krankenversicherer überhaupt ein hoheitlicher OKP-Tarif festgesetzt werden kann. Also hat der Regierungsrat zu Unrecht für den Zeitraum vom 1. Januar 2005 bis zu dem Zeitpunkt, ab welchem der SanaTop die Bewilligung zur Durchführung der sozialen Krankenversicherung erteilt wurde, einen OKP-Tarif zwischen der Beschwerdeführerin und der SanaTop festgesetzt (zum Ganzen vgl. BVGE 2012/18 E. 22). 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 zur Abklärung, ab welchem Zeitpunkt der SanaTop die erwähnte Bewilligung erteilt wurde, und zum neuen Entscheid über den ab diesem Zeitpunkt für die stationäre Behandlung in der Klinik der Beschwerdeführerin zu Lasten der OKP geltenden Tarif an die Vorinstanz zurückzuweisen ist.

#### **E. 6**

Für die übrigen von der Beschwerdeführerin vorgebrachten Rügen (massgebliche Nettobetriebskosten, vom PUE-Modell vorgesehene normative Zu- und Abschläge, Benchmarking, Auswirkungen einer Deckungslücke betreffend die OKP-Leistungskosten, Kostendeckungsgrad, Tarifdauer und Tarifsysteem sowie Treu und Glauben), welche die Vorinstanz zu prüfen haben wird, ist auf die Rechtsprechung des Bundesverwaltungsgerichts zu verweisen (vgl. namentlich BVGE 2012/18). Ergänzend ist darauf hinzuweisen, dass Patientenpauschalen neben Versichertenpauschalen zur Anwendung kommen können und das Gesetz nur für letztere eine prospektive Tariffestsetzung vorsieht (vgl. Art. 43 Abs. 3 KVG), dass dementsprechend Leistungserbringer, die - wie vorliegend die Beschwerdeführerin - mit einem Teil der Krankenversicherer die Anwendung eines bestimmten Tarifsystems vereinbart haben, keinen Anspruch darauf haben, dass die Anwendung dieses Tarifsystems mittels hoheitlichem Beschluss im Verhältnis zu den übrigen Krankenversicherern, mit welchen eine entsprechende (oder abweichende) Vereinbarung nicht getroffen wurde, vorgeschrieben wird (vgl. Art. 47 Abs. 1 i.V.m. Art. 46 Abs. 1 und 2 KVG), sodass die Beschwerdeführerin vorliegend unter Berufung auf eine spezielle Zusammensetzung des Versichertenguts der Beschwerdegegnerinnen keinen Anspruch auf Anwendung des

BFP-Modells ableiten kann (vgl. auch BVGE 2012/18 nicht publizierte E. 19.2).

#### **E. 7.1**

Das Bundesverwaltungsgericht auferlegt gemäss Art. 63 Abs. 1 und Abs. 3 VwVG die Verfahrenskosten in der Regel der unterliegenden Partei, wobei eine Rückweisung praxisgemäss als Obsiegen der beschwerdeführenden Partei gilt (BGE 132 V 215 E. 6) und Vorinstanzen keine Verfahrenskosten auferlegt werden (Art. 63 Abs. 2 VwVG). Unter Berücksichtigung des Umfangs und der Schwierigkeit der Streitsache, Art der Prozessführung und finanzieller Lage der Parteien (vgl. Art. 63 Abs. 4bis VwVG) sind die Verfahrenskosten vorliegend auf Fr. 3'000.- festzusetzen und den unterliegenden Beschwerdegegnerinnen aufzuerlegen. Der von der Beschwerdeführerin geleistete Kostenvorschuss in der Höhe von Fr. 3'000.- ist dieser zurück zu erstatten.

#### **E. 7.2**

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]). Von einer Parteientschädigung kann abgesehen werden, wenn die Kosten verhältnismässig gering sind. Keine Entschädigung ist geschuldet, wenn der Vertreter oder die Vertreterin in einem Arbeitsverhältnis zur Partei steht. Da die 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 ihr trotz ihres Obsiegens keine Parteientschädigung zuzusprechen.

#### **E. 8**

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

#### **E. 9**

Dieses Urteil kann nicht beim Bundesgericht angefochten werden und tritt mit Eröffnung in Rechtskraft (vgl. BVGE 2009/23 E. 8).

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