

## **CH\_VB JAAC 58.50 vom 7. April 1993**

Bundesverwaltung, 1993-04-07, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ch\\_vb\\_JAAC\\_58.50\\_\\_](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ch_vb_JAAC_58.50__)

FR: CH\_VB JAAC 58.50 du 7 avril 1993

IT: CH\_VB JAAC 58.50 del 7 aprile 1993

### **Erwägungen**

#### **E. 1**

Assicurazione contro le malattie. Convenzione concernente il trattamento stazionario degli assicurati di casse malati nel reparto comune di un ospedale cantonale. Provvedimenti del 1991 contro l'aumento dei costi. Art. 4 Cost. Buona fede. Nessuna violazione per il fatto che la federazione cantonale delle casse malati abbia atteso l'entrata in vigore dei provvedimenti prima di firmare la convenzione concordata. Art. 1 cpv. 1 DFU 1991. Limitazione dell'aumento delle tariffe. Con il termine di assicurati vanno qui intesi soltanto gli assicurati domiciliati nel Cantone. Calcolo dell'aumento ammissibile dell'importo forfettario giornaliero (diaria). I A. Nachdem das Kantonsspital am 28. Juni 1991 den alten Vertrag vom 20. Dezember 1983 gekündigt hatte, schlossen das Kantonsspital Nidwalden und der Kantonalverband Nidwaldner Krankenkassen (im folgenden: Kantonalverband) am 12. September 1991 einen neuen Vertrag betreffend die stationäre Behandlung von Krankenkassenpatienten auf der allgemeinen Abteilung des Kantonsspitals; im Anhang 1 dieses Vertrages wurde die gemäss Art. 7 des Vertrages zu ermittelnde Tagespauschale für Erwachsene, Kinder und versicherte kranke Säuglinge auf Fr. 256. festgesetzt. Der Regierungsrat des Kantons Nidwalden (im folgenden: Regierungsrat) genehmigte den Vertrag am 16. Dezember 1991. Am 14. Dezember 1991 trat der Bundesbeschluss über befristete Maßnahmen gegen die Kostensteigerung in der Krankenversicherung vom 13. Dezember 1991 (dBB 1991, AS 1991 2604 ff.) in Kraft. Daraufhin teilte das Konkordat der Schweizerischen Krankenkassen dem Kantonalverband am 20. Dezember 1991 mit, der Regierungsrat hätte den Vertrag vom 12. September 1991 nicht genehmigen dürfen, weil er dem dBB 1991 widerspreche. B. Am 10. Januar 1992 erhob der Kantonalverband beim Bundesrat Beschwerde gegen den Genehmigungsbeschluss des Regierungsrates vom 16. Dezember 1991. Er beantragte die Aufhebung des Beschlusses des Regierungsrates sowie entweder die Festsetzung der Tagespauschale durch den Bundesrat oder die Rückweisung der Sache an die Vorinstanz.

#### **E. 1.1**

Nach Art. 22quiquies des BG vom 13. Juni 1911 über die Krankenversicherung (KUVG, SR 832.10) in Verbindung mit Art. 99 Bst. a und b sowie Art. 129 Abs. 1 Bst. a und b OG) und Art. 73 Abs. 1 Bst. c VwVG kann gegen die von der Kantonsregierung aufgrund von Art. 22 22quater KUVG getroffenen Verfügungen innert 30 Tagen Beschwerde an den Bundesrat erhoben werden (Maurer Alfred, Schweizerisches Sozialversicherungsrecht, Bd. II, Besonderer Teil, S. 369; Boner Kilian / Holzherr Werner, Schweizerische Juristische Kartothek [SJK], 1318, Krankenversicherung IV, Rechtspflege, S. 8).

#### **E. 1.2**

Die Vertragsgenehmigung (Art. 22quater Abs. 5 KUVG) durch den Regierungsrat stellt zwar kantonales Recht dar, doch kommt diesem keine selbständige Bedeutung zu; es wird bloss Bundesrecht vollzogen (Gygi Fritz, Bundesverwaltungsrechtspflege, Bern 1983, 2. Aufl., S. 91; Saladin Peter, Das

### **E. 1.3**

Der Beschwerdeführer ist durch die angefochtene Verfügung des Regierungsrates berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Anfechtung. Er ist daher nach ständiger Rechtsprechung in Wahrung der Interessen seiner Mitglieder zur «Verbandsbeschwerde» berechtigt (Art. 48 Bst. a VwVG; VPB 41.28, VPB 42.96, VPB 43.23, VPB 43.46, VPB 44.22, VPB 45.64, VPB 48.45, VPB 48.46; Gygi, a.a.O., S. 159 ff.; Saladin, a.a.O., S. 178 ff., Nr. 20.333). Auf die im übrigen form- und fristgerecht eingereichte Beschwerde ist daher einzutreten. 2. Gegenstand der Beschwerde ist der vom Regierungsrat am 16. Dezember 1991 genehmigte Vertrag zwischen dem Kantonsspital Nidwalden und dem Beschwerdeführer vom 12. September 1991. Im einzelnen geht es hauptsächlich um die neue Tagespauschale; Anhang 1 des Vertrages setzte diese für Erwachsene, Kinder und versicherte kranke Säuglinge auf Fr. 256. fest. Inbegriffen in dieser Tagespauschale sind nach Art. 8 des Vertrages Verköstigung, Unterkunft und Pflege. Gemäss Art. 12 Abs. 2 Ziff. 2 KUVG haben die Leistungen der Krankenpflegeversicherung bei Aufenthalt in einer Heilanstalt mindestens die ärztliche Behandlung, einschliesslich der anerkannten Heilanwendungen, der Arzneimittel und Analysen nach den Taxen der allgemeinen Abteilung, sowie einen täglichen Mindestbeitrag an die übrigen Kosten der Krankenpflege zu umfassen. Eine Einzeltarifierung der Leistungen ist nicht notwendig; gemäss der Rechtsprechung des Bundesrates sind auch Voll- und Teilpauschalen zulässig (VPB 45.64, VPB 47.53, VPB 48.45). Dies gilt sowohl für Verträge zwischen Kassen und Spitälern als auch für Tarife der Kantonsregierungen im vertragslosen Zustand (Art. 22quater Abs. 3 KUVG). 3. Der Regierungsrat wirft dem Beschwerdeführer vor, er habe dadurch gegen Treu und Glauben (Art. 4 BV) verstossen, dass er die Unterzeichnung des am 12. September 1992 abgeschlossenen Vertrages bis nach dem Inkrafttreten des dBB vom 13. Dezember 1991 hinausgezögert habe. Er habe damit das Vertrauen des Vertragspartners, der Spitalkommission des Kantonsspitals Nidwalden, rechtsmissbräuchlich verletzt. Dass der Beschwerdeführer keinen Vertrag unterzeichnen wollte, bevor er nicht abschätzen konnte, welche Auswirkungen der geplante dBB auf den Vertrag haben könnte, stellt keine Verletzung des Grundsatzes von Treu und Glauben dar. Eine solche könnte allenfalls dann angenommen werden, wenn nachgewiesen wäre, dass der Vertrag unterzeichnet wurde, obwohl man bereits wusste, dass die darin enthaltene Tagespauschale mit dem dBB nicht im Einklang stand und später mit dieser Rüge angefochten werden könne. Vorliegend fehlen indes konkrete Hinweise für eine solche Annahme.

### **E. 2**

Der Kantonalverband machte geltend, die Taxerhöhung dürfe nach dBB 1991 nur 7.6% betragen, was zur alten Tagespauschale von Fr. 215. einen Zuschlag von Fr. 16.34 ergebe. Rechne man dazu noch Fr. 8.66 für den Einbau zusätzlicher Leistungen, ergebe sich eine neue Tagespauschale von Fr. 240.. C. Auf Gesuch des Regierungsrates vom 24. Februar 1992 mit Einverständnis des Kantonalverbands vom 3. März 1992 wurde das Beschwerdeverfahren durch die Instruktionsbehörde des Bundesrates bis zum Abschluss der in der Zwischenzeit zwischen dem Kantonalverband und dem Regierungsrat aufgenommenen Verhandlungen sistiert. D. Am 4. April 1992 teilte der Regierungsrat der

Instruktionsbehörde des Bundesrates mit, dass die Verhandlungen zu keinem Ergebnis geführt hätten, und reichte seine Vernehmlassung zur Beschwerde ein. Er machte geltend, der neue Vertrag sehe entgegen dem früheren die Berechnung der Tagespauschale nach dem MTK (Medizinaltarifkommission)-Modell vor, was zu einem fast doppelt so hohen Betrag als Berechnungsgrundlage führe; neu sei zudem ein fester Kostendeckungssatz der Tagespauschale von 55% festgelegt. Die Tagespauschale enthalte nun auch Leistungen, die früher separat verrechnet worden seien. Schliesslich habe auch die Zahl der Krankenkassen zugenommen; für die neu angeschlossenen Kassen ergebe dies geringere Aufwendungen für Spitalaufenthalte. Insgesamt sei daher festzustellen, dass sich die beiden Verträge nicht miteinander vergleichen liessen. Es verstosse gegen Treu und Glauben, dass der Kantonalverband den Vertragsabschluss bis nach dem Erlass des dBB 1991 hinausgezögert habe. Sollte die Erhöhung der Tarife auf der Basis des alten Vertrags berechnet werden, so müsste auch hinsichtlich der Leistungen auf diesen abgestellt werden. Massgeblich wären dann die durchschnittlichen Behandlungskosten je versicherte Person und Jahr. Demnach hätten die Behandlungskosten nicht im gesetzlich maximal zulässigen Umfang zugenommen; die Zahlen per 1992 basierten auf dem Voranschlag, aktualisiert aufgrund der Patientenstatistik für das erste Quartal 1992. Es ergebe sich so eine Tagespauschale von Fr. 248.64. Der dBB 1991 gebiete im übrigen auch die Berücksichtigung von kostenreduzierenden Massnahmen wie hier die Abnahme der Anzahl Pflgetage. E. In der Folge verlangte die Instruktionsbehörde des Bundesrates auf Wunsch des EDI von den Parteien die Vorlage weiterer Unterlagen, worauf das EDI am 17. August 1992 seinen Amtsbericht einreichte. Es stellte fest, der Anstieg der Behandlungskosten liege weniger als einen Drittel über dem Anstieg des Landesindexes der Konsumentenpreise (LIKP), so dass der alte Tarif von Fr. 215. um Fr. 7.66 erhöht werden dürfe. Dazu komme noch die Integration von bisher separat vergüteten Pflichtleistungen von Fr. 8.66, was für die Kantonseinwohner einen neuen Tarif von Fr. 231.32, aufgerundet Fr. 231.35, ergebe. Auszugehen sei beim Vergleich der Entwicklung der Behandlungskosten in der Grundversicherung mit dem Grenzwert LIKP + 1/3 vom kantonalen Zahlenmaterial. Ein erweitertes Leistungsangebot sei grundsätzlich nicht zu berücksichtigen; hier gehe es indes um die Integrierung von bisher separat

### **E. 3**

verrechneten Pflichtleistungen, was einen Zuschlag erlaube. Da die letzten verfügbaren Zahlen die Jahresrechnung und die Betriebsstatistik 1991 seien, gelte 1990 als Basisjahr; zu vergleichen seien dabei die Kosten pro behandelten versicherten Kantonseinwohner. Der Einfluss ausserkantonalen Tarife auf die Gesamtkosten sei hier nicht zu berücksichtigen. Das EDI stellt dabei folgende Berechnungen an: ...[14] Das EDI ging von einer Veränderung des LIKP 1990/1991 von  $(128.7 / 121.6) \cdot 100 / 121.6$ , das heisst 5.84% aus, errechnete als Grenzwert für den Anstieg der Kosten pro versicherte Person, bis zu dem eine Tariferhöhung möglich ist,  $5.84\% \cdot 4/3$ , das heisst 7.79% und den Anstieg der Kosten pro versicherte Person 1990/1991 mit 4.08%. Der höchste mit dem dBB 1991 konforme Tarif (ohne Umstrukturierung) beträgt nach EDI demnach Fr. 222.66  $(215/104.08 \cdot 107.79)$ . Dies bedeutet eine Tariferhöhung von 3.56%  $([222.66 / 215] \cdot 100 / 215)$ . F. Der Regierungsrat erklärte am 21. September 1992, die früher separat vergüteten Leistungen betrügen nicht bloss Fr. 8.66, sondern Fr. 10.26; die Fr. 8.66 hätten Bestandteil einer später nicht gewählten Verhandlungsvariante dargestellt. Gehe man wie das EDI von den Kosten für die Kantonseinwohner aus, so müsse von der Zahl der versicherten Patienten im Kantonsspital und nicht der Gesamtzahl der Versicherten im Kanton ausgegangen werden. Aufgrund

dieser Ausgangslage gelange man zu einer maximal zulässigen Tarifierhöhung um 7.27%, zuzüglich Fr. 10.27 für bisher separat verrechnete Leistungen. Subeventualiter werde daher beantragt, den Betrag der Tagespauschale auf Fr. 241.65 festzusetzen. Die vom EDI aufgezeigte Berechnung lasse für 1992 nur eine Erhöhung im Umfang der Teuerung 1990/1991 zu, welche bereits für die Erhöhung 1991 massgebend gewesen sei. Bei genauer Betrachtung werde die Teuerung eines Jahres auf zwei Jahre aufgeteilt, was mit dem dBB nicht vereinbar sei. ... II

#### **E. 4**

Verwaltungsverfahrensrecht des Bundes, Basel 1979, S. 77 ff., Nr. 10.61 und 10.62; BGE 112 Ib 165 f., BGE 115 Ib 168 sowie BGE 118 Ib 131 und Zeitschrift des bernischen Juristenvereins [ZBJV] 1992, S. 640 ff.).

#### **E. 5**

Das EDI hat folgende Berechnung der maximal zulässigen Tarifierhöhungen angestellt: 1990 1991 Anzahl Pflgetage in der allg. Abteilung, Kantonseinwohner (A)[15] 19 033 17 629 Taxe in der allg. Abteilung in Franken Kantonseinwohner (B)[16] 197.00 215.00 Anzahl Versicherte im Kanton Nidwalden (C)[17] 33 207 32 252 Behandlungskosten pro versicherte Person in Franken ([A\*B]:C) 112.91 117.52 Landesindex der Konsumentenpreise (LIKP, Jahresdurchschnitt)[18] 121.60 128.70 Die Veränderung des LIKP 1990/1991 betrage  $(128.7 / 121.6) \cdot 100 / 121.6$ , das heisst 5.84%, der Grenzwert für den Anstieg der Kosten pro versicherte Person, bis zu dem eine Tarifierhöhung möglich ist,  $5.84\% \cdot 4/3$ , das heisst 7.79%. Damit ergebe sich ein Anstieg der Kosten pro versicherte Person 1990/1991 von 4.08%. Der höchste mit dem dBB 1991 konforme Tarif (ohne Umstrukturierung) betrage demnach Fr. 222.66  $(215 / 104.08 \cdot 107.79)$ . Dies bedeute eine Tarifierhöhung von 3.56%  $([222.66 / 215] \cdot 100 / 215)$ . Dazu komme noch die

#### **E. 6**

Der Regierungsrat geht mit dem EDI davon aus, dass für die Beurteilung der zulässigen Taxerhöhung auf die Entwicklung der den Kassen erwachsenden Kosten für die auf der allgemeinen Abteilung des Kantonsspitals Nidwalden behandelten versicherten Kantonseinwohner abzustellen ist; entgegen dem EDI ist nach dem Regierungsrat von den dort behandelten Patienten und nicht von den versicherten Kantonseinwohnern auszugehen. Der Beschwerdeführer dagegen will bei der Berechnung der Taxerhöhung auch die ihm durch ausserkantonale Hospitalisationen von Nidwaldner Versicherten erwachsenden Kosten erfasst wissen. Mit anderen Worten sollen alle den Kassen für Pflichtleistungen an Nidwaldner Versicherte in der Grundversicherung entstehenden Kosten erfasst sein.

#### **E. 6.1**

Art. 1 Abs. 1 dBB 1991 selbst spricht nur von der Zahl der Versicherten, ohne diesen Begriff näher zu präzisieren. Aus dem Gegenstand des vorliegenden Beschwerdeverfahrens, welcher nach Art. 22quater Abs. 3 und 5 KUVG ausschliesslich die Genehmigung des Tarifs eines bestimmten Spitals ist, hier des Kantonsspitals Nidwalden, ergibt sich bereits klar, was vorliegend unter «Versicherten» zu verstehen ist. Da hier nicht abschliessend über die von den Kassen zu erbringenden Leistungen, sondern über die von den Kassen für die stationäre Behandlung von Kassenpatienten auf der allgemeinen Abteilung am Kantonsspital Nidwalden zu leistende Tagespauschale zu befinden ist, fallen die Kosten für medizinisch notwendige ausserkantonale Hospitalisationen von Nidwaldner Versicherten ausser Betracht. Für diese Auslegung spricht auch Art. 19bis KUVG, der die Wahl der

Heilanstalten und die Kostenübernahme regelt. Er geht nämlich davon aus, dass die Kassen Verträge mit Heilanstalten, den sogenannten Vertragsspitälern, abschliessen; dabei handelt es sich in der Regel um kantonale Heilanstalten; Art. 19bis Abs. 2 KUVG verweist ja für die von den Kassen zu übernehmenden Taxen auf die Heilanstalten am Wohnort des Versicherten oder in dessen Umgebung. Auch der Referenztarif in Art. 19bis Abs. 3 KUVG enthält einen entsprechenden Verweis. Die Ausnahme nach Art. 19bis Abs. 5 KUVG, wonach sich der Versicherte aus medizinischen Gründen in eine andere Heilanstalt begeben könne, führt zu keinem anderen Ergebnis; für solche Fälle können die Kassen mit ausserkantonalen Spitälern Vereinbarungen abschliessen.

### **E. 6.2**

Finanzierungsfragen sowie das zwischenkantonale Tarifgeschehen stehen hier nicht zum Entscheid. Es entspricht diesbezüglich auch Sinn und Zweck des dBB 1991, im Rahmen der Beurteilung eines bestimmten Spitaltarifs bei der Berechnung der Kostensteigerung nach Art. 1 Abs. 1 dBB 1991 die den Kassen durch ausserkantonale Hospitalisationen entstehenden Kosten nicht zu berücksichtigen.

### **E. 6.3**

Der Regierungsrat rügt schliesslich, bei genauer Betrachtungsweise werde die Teuerung eines Jahres auf zwei Jahre aufgeteilt, was mit dem dBB 1991 nicht vereinbar sei. Der dBB 1991 erlaubt nicht generell Teuerungszuschläge in einem bestimmten Umfang, sondern macht sie von bestimmten Kostenentwicklungen abhängig. Ausgangspunkt bei diesen Berechnungen ist die Kostensteigerung in der letzten aufgrund vorliegender Daten überprüfbarer Periode, womit vorliegend das Jahr 1990 als Basisjahr gegeben ist. Übersteigen die Kostensteigerungen ein bestimmtes Mass, ist eine Tarifierhöhung verboten. Die hier aufgrund dieser Bestimmungen vorgenommenen Berechnungen des EDI welchen sich der Bundesrat angeschlossen hat stützen sich nicht nur auf den Wortlaut des dBB, sie tragen auch Sinn und Zweck desselben Rechnung.

### **E. 7**

Sinn und Zweck des dBB 1991, nämlich die Begrenzung der Kosten in der Krankenversicherung, gebieten, allfällige Leistungserweiterungen bei der Bestimmung der zulässigen Taxerhöhung nicht zu berücksichtigen. Der Botschaft des Bundesrates ist diesbezüglich zu entnehmen, dass der dBB 1991 das Problem der Mengenausweitung nicht übersehen hat. Durch den Zuschlag

### **E. 8**

Die Beschwerde ist demzufolge teilweise gutzuheissen und die Tagespauschale für die stationäre Behandlung von versicherten Kantonseinwohnern auf der allgemeinen Abteilung des Kantonsspitals Nidwalden in Abänderung des Beschlusses des Regierungsrates vom 16. Dezember 1991 auf Fr. 232.70 festzusetzen. Der Vorinstanz werden nach Art. 63 Abs. 2 VwVG keine Verfahrenskosten auferlegt. Dem nicht durch einen Anwalt vertretenen Beschwerdeführer ist keine Parteientschädigung zuzusprechen; er hat nicht dargetan, dass ihm durch die Beschwerdeführung «verhältnismässig hohe Kosten» erwachsen sind. [14] Vgl. die wiedergegebene Tabelle in Erwägung 5. [15] Kantonsspital Nidwalden: Jahresberichte 1990 und 1991. und VESKA-Statistiken 1990 und 1991. [16] Konkordat der Schweizerischen Krankenkassen: Tagestaxen in Heilanstalten, Stand 1. März 1990 resp. 1. März 1991. [17] Konkordat der Schweizerischen Krankenkassen: Behandlungsfallstatistik 1990, 1991. [18] Bundesamt für Statistik: Landesindex der Konsumentenpreise, Tab. 7a, S.

26.

**E. 10**

Schweizerisches Bundesarchiv, Digitale Amtsdruckschriften Archives fédérales suisses, Publications officielles numérisées Archivio federale svizzero, Pubblicazioni ufficiali digitali JAAC 58.50 - Entscheid des Bundesrates vom 7. April 1993 In Verwaltungspraxis der Bundesbehörden Dans Jurisprudence des autorités administratives de la Confédération In Giurisprudenza delle autorità amministrative della Confederazione Jahr 1994 Année Anno Band 58 Volume Volume Seite --- Page Pagina Ref. No 150 002 189 Das Dokument wurde durch das Schweizerische Bundesarchiv und die Bundeskanzlei konvertiert. Le document a été digitalisé par les Archives Fédérales Suisses et la Chancellerie fédérale. Il documento è stato convertito dall'Archivio federale svizzero e della Cancelleria federale.

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