

# GR\_GERICHTE PVG 2024 1 vom 13. Februar 2026

GR Gerichte, 2026-02-13, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/gr\\_gerichte\\_PVG\\_2024\\_1](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/gr_gerichte_PVG_2024_1)

FR: GR\_GERICHTE PVG 2024 1 du 13 février 2026

IT: GR\_GERICHTE PVG 2024 1 del 13 febbraio 2026

## Erwägungen

### E. 1

Prüfungsbefugnis der Kantone im Rahmen der dual-fixen Abgeltung von stationär erbrachten Leistungen. Auslegung von Art. 49a KVG. ■Die Auslegung von Art. 49a KVG ergibt, dass das Fehlen einer ausdrücklichen Regelung im KVG betreffend WZW-Prüfung durch die Kantone im spitalstationären Bereich nicht als qualifiziertes Schweigen zu betrachten ist; die Kantone sind daher nach geltender Rechtslage befugt, eine Rechnungs- und Wirtschaftlichkeitskontrolle bei stationär erbrachten Leistungen durchzuführen (E.4.1-6.2). Potere d'esame dei cantoni in ambito del sistema di finanziamento duale con ripartizione percentuale fissa per le prestazioni ospedaliere stazionarie. Interpretazione dell'art. 49a LAMal. ■Dall'interpretazione dell'art. 49a LAMal risulta che la mancanza di una regola esplicita nella LAMal riguardo all'esame dei criteri dell'efficacia, dell'appropriatezza ed dell'economia da parte dei cantoni nell'ambito ospedaliero stazionario non è da considerare come silenzio qualificato; secondo l'attuale stato giuridico i cantoni sono pertanto autorizzati a effettuare un controllo di calcolo ed economicità delle prestazioni stazionarie fornite (consid. 4.1-6.2). Aus den Erwägungen: 4.1. Art. 49 Abs. 1 Satz 1 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG; SR 832.10) schreibt für die Vergütung der stationären Behandlung einschliesslich Aufenthalt und Pflegeleistungen namentlich in einem Spital (Art. 39 Abs. 1 KVG) die Vereinbarung von Pauschalen vor. In der Regel sind Fallpauschalen festzulegen (Satz 2). Die Pauschalen sind leistungsbezogen und beruhen auf gesamtschweizerisch einheitlichen Strukturen (Satz 3). Die Spitaltarife orientieren sich an der Entschädigung jener Spitäler, welche die tarifierte obligatorisch versicherte Leistung in der notwendigen Qualität effizient und günstig erbringen (Satz 5). Die Vergütungen nach Abs. 1 dürfen keine Kostenanteile für gemeinwirtschaftliche Leistungen (dazu gehören insbesondere die Aufrechterhaltung von Spitalkapazitäten aus regionalpolitischen Gründen sowie die Forschung und universitäre Lehre) enthalten (Art. 49 Abs. 3 KVG). Gemäss Art. 49 Abs. 4 Satz 1 KVG richtet sich die Vergütung bei Spitalaufenthalt nach dem Spitaltarif gemäss Abs. 1, solange der Patient oder die Patientin nach medizinischer Indikation der Behandlung und Pflege

PVG 1/1

### E. 2

oder der medizinischen Rehabilitation im Spital bedarf. Ist diese Voraussetzung nicht mehr erfüllt, kommt für den Spitalaufenthalt der Tarif nach Art. 50 KVG zur Anwendung (Satz 2). Art. 50 KVG verweist seinerseits auf den in Art. 25a KVG geregelten Pflgetarif (vgl. WALDNER/EGLI, in: BLECHTA/COLATRELLA/RÜEDI/STAFFELBACH [Hrsg.], Basler Kommentar zum Krankenversicherungsgesetz und Krankenversicherungsaufsichtsgesetz, Basel 2020, Art. 49 Rz. 167; vgl. dazu auch E.7.2 hiernach). 4.2. Gemäss Art. 49a Abs. 1 KVG werden die Vergütungen nach Art. 49 Abs. 1

KVG vom Kanton und den Versicherern anteilmässig übernommen. Die Kantone übernehmen den kantonalen Anteil namentlich für Versicherte, die im Kanton wohnen (Art. 49a Abs. 2 lit. a KVG). Jeder Kanton setzt jeweils für das Kalenderjahr spätestens neun Monate vor dessen Beginn den kantonalen Anteil fest. Dieser muss mindestens 55 Prozent betragen (Art. 49a Abs. 2ter KVG). Damit ist eine anteilmässige Übernahme der Vergütungen nach Art. 49 Abs. 1 KVG durch den (Wohn-)Kanton der versicherten Person einerseits und den Versicherer andererseits mit einem kantonalen Mindestanteil von 55 Prozent ausdrücklich gesetzlich geregelt (sog. dual-fixe Leistungsfinanzierung; vgl. EGLI/WALDNER, in: BLECHTA/COLATRELLA/RÜEDI/STAFFELBACH [Hrsg.], Basler Kommentar zum Krankenversicherungsgesetz und Krankenversicherungsaufsichtsgesetz, Basel 2020, Art. 49a Rz. 2). Gemäss Art. 49a Abs. 3 Satz 1 KVG entrichtet der Wohnkanton seinen Anteil direkt dem Spital. Die entsprechenden Modalitäten werden zwischen Spital und Kanton vereinbart (Satz 2). Versicherer und Kanton können vereinbaren, dass der Kanton seinen Anteil dem Versicherer leistet und dieser dem Spital beide Anteile überweist (Satz 3).

4.3. Gemäss Art. 18 Abs. 1 des kantonalen Gesetzes über die Förderung der Krankenpflege und der Betreuung von betagten und pflegebedürftigen Personen (Krankenpflegegesetz, KPG; BR 506.000) legt die Regierung den Anteil der öffentlichen Hand an den zwischen den Krankenversicherern und namentlich den Spitälern vereinbarten oder hoheitlich festgelegten Vergütungen für stationäre KVG- Pflichtleistungen fest. In Bezug auf das hier massgebliche Jahr 2021 hat die Regierung des Kantons Graubünden am 10. Februar 2020 (Protokoll Nr. 80) beschlossen, dass die öffentliche Hand 55 Prozent der Kosten der zwischen den kantonalen Listenspitälern und den Krankenversicherern geltenden Pauschalen für stationäre Behandlungen übernimmt. Nach Art. 19 Abs. 1 lit. a und b KPG i.V.m. Art. 9 Abs. 1 der Verordnung zum Krankenpflegegesetz (VOzKPG; BR 506.060) richten der Kanton und die Gemeinden Fallbeiträge für die stationäre Behandlung von KVG- und IV- versicherten Personen mit Wohnsitz im Kanton Graubünden aus. Beiträge an stationäre Leistungen werden nur ausgerichtet, wenn die stationäre Behandlung

PVG 1/1

### **E. 3**

medizinisch oder sozial indiziert ist (Art. 19 Abs. 2 KPG). Der Kanton und die Gemeinden beteiligen sich wie folgt an den Beiträgen gemäss Art. 19 Abs. 1 lit. a und b KPG: Kanton: 90 Prozent, Gemeinden: 10 Prozent (Art. 20 Abs. 1 KPG). Gemäss Art. 11 Abs. 1 VOzKPG richtet das Gesundheitsamt den kantonalen Anteil an den stationären Behandlungen nach Austritt auf Basis elektronischer Rechnungen, welche via Schnittstelle an das Amt übermittelt werden, als Einzelfallabgeltung aus. Die definitive Festsetzung der Leistungsbeiträge erfolgt durch das Gesundheitsamt nach Prüfung der statistischen Daten und der Finanzdaten (Art. 11 Abs. 3 VOzKPG). Der Gemeindeanteil wird durch den Kanton vorfinanziert und den Gemeinden im darauffolgenden Jahr in Rechnung gestellt (Art. 11 Abs. 5 VOzKPG).

5.1. Soweit der Beschwerdeführer geltend macht, es fehle an einer gesetzlichen Grundlage für die Prüfung der Erfüllung der Leistungsvoraussetzungen durch den Kanton, scheint er mit Blick auf das Gesagte zu übersehen, dass neben den bundesrechtlichen Vorgaben die Kantonsbeiträge auch auf kantonaler Ebene geregelt sind. So sieht Art. 19 Abs. 2 KPG – wie dargelegt – vor, dass Beiträge der öffentlichen Hand an stationäre Leistungen nur ausgerichtet werden, wenn die stationäre Behandlung medizinisch oder sozial indiziert ist.

5.2. Unter den Verfahrensbeteiligten ist unbestritten, dass der

Wortlaut von Art. 49a Abs. 1 und Abs. 2ter KVG (in allen drei Amtssprachen) keinen Aufschluss darüber gibt, unter welchen Voraussetzungen der Kantonsanteil ausgerichtet wird bzw. welche Prüfungsbefugnis dem Kanton zukommt. Die Argumentation des Beschwerdeführers, wonach eine Rechnungskontrolle bzw. WZW-Prüfung durch den Kanton bundesrechtlich unzulässig sei, läuft im Grunde genommen darauf hinaus, anzunehmen, dass das Fehlen einer ausdrücklichen Regelung im KVG ein qualifiziertes Schweigen des Gesetzgebers darstelle bzw., dass das KVG die Möglichkeit einer Prüfung der Leistungsvoraussetzungen durch die Kantone bewusst habe verneinen wollen und damit Art. 19 Abs. 2 KPG gegen übergeordnetes Recht verstossen würde (vgl. zum Begriff "qualifiziertes Schweigen": BGE 146 III 426 E.3.1, 141 IV 298 E.1.3.1 und 143 I 187 E.3.2; HÄFELIN/MÜLLER/UHLMANN, Allgemeines Verwaltungsrecht, 8. Aufl., Zürich/St. Gallen 2020, Rz. 202). Ob im konkreten Fall ein qualifiziertes Schweigen des Gesetzes vorliegt, ist durch Auslegung von Art. 49a KVG zu ermitteln (vgl. BGE 146 III 426 E.3.1, 141 IV 298 E.1.3.2 und 140 III 206 E.3.5.3; Urteile des Bundesgerichts 8C\_196/2023 vom 29. November 2023 E.5.1 und 8C\_647/2022 vom 25. Juli 2023 E.5). 6.1. Ausgangspunkt jeder Auslegung bildet der Wortlaut der massgebenden Norm. Die Formulierungen einer Norm in den drei Amtssprachen Deutsch, Französisch und Italienisch sind dabei gleichwertig. Ist der Text nicht ganz klar und sind verschiedene Auslegungen möglich, so muss das Gericht unter Berücksichtigung

PVG 1/1

#### **E. 4**

aller Auslegungselemente nach der wahren Tragweite der Norm suchen. Dabei hat es insbesondere den Willen des Gesetzgebers zu berücksichtigen, wie er sich namentlich aus den Gesetzesmaterialien ergibt (historische Auslegung). Weiter hat das Gericht nach dem Zweck, dem Sinn und den dem Text zu Grunde liegenden Wertungen zu forschen, namentlich nach dem durch die Norm geschützten Interesse (teleologische Auslegung). Wichtig ist auch der Sinn, der einer Norm im Kontext zukommt, und das Verhältnis, in welchem sie zu anderen Gesetzesvorschriften steht (systematische Auslegung). Bei der Auslegung von Gesetzenormen hat das Gericht einen pragmatischen Methodenpluralismus zu befolgen, d.h. die einzelnen Auslegungselemente keiner Prioritätsordnung zu unterstellen (vgl. BGE 149 II 43 E.3.2, 148 V 28 6.1, 146 III 217 E.5 und 145 III 324 E.6.6, je mit Hinweisen; Urteile des Bundesgerichts 9C\_705/2023 vom 4. Juni 2024 E.3.2.1, 9C\_169/2023 vom 29. Mai 2024 E.5.1, 2C\_313/2023 vom 19. April 2024 E.5.1 und 2C\_544/2020 vom 29. April 2021 E.3.3). Vom Wortlaut darf abgewichen werden, wenn triftige Gründe dafür bestehen, dass er nicht den wahren Sinn der Regelung wiedergibt. Sind mehrere Auslegungen möglich, ist jene zu wählen, die der Verfassung am besten entspricht. Allerdings findet auch eine verfassungskonforme Auslegung ihre Grenzen im klaren Wortlaut und dem Sinn einer Gesetzesbestimmung (vgl. BGE 148 V 385 E.5.1 und 141 V 221 E.5.2.1; Urteile des Bundesgerichts 9C\_169/2023 vom 29. Mai 2024 E.5.1 und 8C\_196/2023 vom 29. November 2023 E.5.1). 6.1.1. Wie bereits dargelegt, lässt sich aus dem Wortlaut von Art. 49a Abs. 1 und Abs. 2ter KVG in allen drei Amtssprachen in Bezug auf die vorliegende Frage, ob die Kantone zur Rechnungskontrolle bzw. WZW-Prüfung im spitalstationären Bereich befugt sind oder nicht, nichts Richtungsweisendes gewinnen. Der Normsinn ist somit anhand der weiteren Auslegungselemente zu ermitteln. 6.1.2. Der Beschwerdeführer leitet die von ihm geltend gemachte Unzulässigkeit einer Rechnungs- bzw. WZW-Kontrolle durch den Kanton hauptsächlich aus der geführten parlamentarischen

Debatte zur "Einheitlichen Finanzierung der Leistungen im ambulanten und stationären Bereich" (Efas; Geschäft 09.528) her (vgl. dazu Kurzerklärung des BAG: KVG-Änderung: Einheitliche Finanzierung der Leistungen [abrufbar unter: [www.admin.ch](http://www.admin.ch), zuletzt besucht am 24. September 2024] sowie EFAS erklärt: 8 Fragen und Antworten [ebenfalls abrufbar unter: [www.admin.ch](http://www.admin.ch), zuletzt besucht am 24. September 2024]). Folglich ist zunächst eine zeitgemässe Auslegung vorzunehmen. Zwar ist dem Beschwerdeführer darin beizupflichten, dass sich verschiedene Mitglieder der beiden Räte im Rahmen der Beratungen zur Efas dafür ausgesprochen haben, dass es den Kantonen verwehrt sein soll, eine Überprüfung der WZW-Kriterien vorzunehmen (vgl. z.B. Ettlín, AB 2022 S 1116, Wintersession, Sitzung vom 1.

PVG 1/1

## **E. 5**

Dezember 2022; Hess, AB 2023 N 1587, Herbstsession, Sitzung vom 13. September 2023, und AB 2023 N 2366, Wintersession, Sitzung vom 14. Dezember 2023). Vielmehr wurde dies als Kernaufgabe der Krankenversicherungen verstanden (vgl. z.B. Nantermod, AB 2019 N 1884, Herbstsession, Sitzung vom 26. September 2019; Humbel, AB 2019 N 1889, Herbstsession, Sitzung vom 26. September 2019; Hegglin, AB 2022 S 1119, Wintersession, Sitzung vom 1. Dezember 2022; Wasserfallen, AB 2023 N 1597, Herbstsession, Sitzung vom 13. September 2023; Silberschmidt, AB 2023 N 1598, Herbstsession, Sitzung vom 13. September 2023, und AB 2023 N 2361, Wintersession 2023, Sitzung vom 14. Dezember 2023; Schmid, AB 2023 S 1079, Wintersession, Sitzung vom 6. Dezember 2023; so auch die Versicherer gemäss dem Bericht des BAG vom 5. Januar 2022, S. 22 ff.), worauf auch Wortmeldungen hindeuten, wonach die Rechnungskontrolle bei den Versicherern bleiben soll (vgl. z.B. De Courten, AB 2023 N 2364, Wintersession, Sitzung vom 14. Dezember 2023). Allerdings äusserten andere Mitglieder der Räte angesichts der neu einzuführenden Kantonsbeteiligung an ambulanten Leistungen ihr Unverständnis darüber, die Kontrollmöglichkeiten der Kantone einzuschränken (vgl. z.B. Maillard, AB 2023 N 1581, Herbstsession, Sitzung vom 13. September 2023; Wermuth, AB 2019 N 1880, Herbstsession, Sitzung vom 26. September 2019; Graf, AB 2019 N 1882, Herbstsession, Sitzung vom 26. September 2019), und sprachen sich für eine Rechnungskontrolle durch die Kantone aus (vgl. z.B. Heim, AB 2019 N 1888, Herbstsession, Sitzung vom 26. September 2019; Carobbio Guscetti, AB 2022 S 1124, Wintersession, Sitzung vom 1. Dezember 2022; Mäder, AB 2023 N 1597, Herbstsession, Sitzung vom 13. September 2023; Prelicz-Huber, AB 2023 N 1599, Herbstsession, Sitzung vom 13. September 2023; Porchet, AB 2023 N 2363, Wintersession, Sitzung vom 14. Dezember 2023; siehe ferner Juillard, AB 2022 S 1125, Wintersession, Sitzung vom 1. Dezember 2022; Gysi, AB 2023 N 1600, Herbstsession, Sitzung vom 13. September 2023), zumindest im stationären Bereich (vgl. z.B. Müller, AB 2022 S 1118, Wintersession, Sitzung vom 1. Dezember 2022) oder bei Rechnungen mit grossen Beträgen (vgl. z.B. Bischof, AB 2022 S 1121, Wintersession, Sitzung vom 1. Dezember 2022). Gleichermassen forderten die Kantone, alle Rechnungen prüfen zu wollen, auch nach den WZW-Kriterien (vgl. z.B. Ettlín, AB 2022 S 1115, Wintersession, Sitzung vom 1. Dezember 2022, und AB 2023 S 1078, Wintersession, Sitzung vom 6. Dezember 2023; Nantermod, AB 2023 N 1601, Herbstsession, Sitzung vom 13. September 2023; Bericht des BAG vom 5. Januar 2022, S. 22 ff.). Auch wenn sich letztlich die Meinung durchsetzte, dass die Kantone weiterhin die Rechnungen für stationäre Behandlungen erhalten sollen, ihnen jedoch nur eine formelle

Überprüfungsmöglichkeit ohne WZW-Kontrolle zukommen soll (vgl. insb. Ettlin, AB 2022 S 1116, Wintersession, Sitzung vom 1. Dezember 2022, und AB 2023 S 1078, Wintersession, Sitzung vom 6. Dezember 2023), kann angesichts der

PVG 1/1

## **E. 6**

kontrovers geführten Diskussionen entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers nicht geschlossen werden, dass gemäss geltender Rechtslage eine Rechnungs- und Wirtschaftlichkeitskontrolle durch die Kantone von Bundesrechts wegen unzulässig sein soll. Abgesehen davon, dass die einheitliche Finanzierung der stationären, ambulanten und Pflegeleistungen erst ab 2028 bzw. 2032 erfolgen soll (vgl. Kurzerklärung des BAG: KVG-Änderung: Einheitliche Finanzierung der Leistungen [abrufbar unter: [www.admin.ch](http://www.admin.ch), zuletzt besucht am 24. September 2024]), mithin künftiges Recht betrifft, geht aus der parlamentarischen Debatte zur Efas auch hervor, dass die Kantone heute eine Rechnungskontrolle für stationär erbrachte Leistungen durchführen (vgl. insb. Hegglin, AB 2022 S 1119, Wintersession, Sitzung vom 1. Dezember 2022). Mit der geltenden Finanzierungsregelung erfolgt im spitalstationären Bereich eine doppelte Rechnungsstellung. Die Kantone erhalten für ihren Finanzierungsanteil von 55 Prozent vom Leistungserbringer eine Rechnung, welche dieselben Informationen enthält, wie die Rechnungen, welche an die Versicherer für die auf sie entfallenden 45 Prozent des Betrags gehen. Die in diesen Rechnungen enthaltenen Informationen erlauben es den Kantonen, die Zulässigkeit der Rechnung und die Korrektheit des Rechnungsbetrags zu überprüfen und die Rechnung bei Bedarf an die Leistungserbringer zurückzuweisen (vgl. Bericht des BAG vom 5. Januar 2022, S. 22). Mit der neu einzuführenden einheitlichen Finanzierung aller Leistungen nach KVG werden sich die Kantone auch an ambulanten Leistungen beteiligen. Die Rechnungen für die erbrachten Leistungen gelangen aber bei der monistischen Finanzierung nur mehr an die Versicherer. Diese erstatten die Kosten sämtlicher Leistungen, an welche der Kanton einen Anteil entrichtet (vgl. z.B. Humbel, AB 2019 N 1889, Herbstsession, Sitzung vom 26. September 2019; Bericht des BAG vom 5. Januar 2022, S. 22; siehe auch Art. 60 nKVG). Wie auch aus der parlamentarischen Debatte hervorgeht, war insbesondere dieser Systemwechsel von der dual-fixen Finanzierung zum monistischen System massgebend dafür, die Rechnungskontrolle der Kantone einzuschränken und die WZW-Kriterien davon auszunehmen. Denn mit der Kantonsbeteiligung an ambulanten Behandlungen kämen zu den bisherigen Rechnungen für stationäre Behandlungen von 1.3 Millionen pro Jahr zusätzliche 130 Millionen Rechnungen hinzu, weshalb ein massiver administrativer Mehraufwand und Effizienzverluste befürchtet wurden, indem zwei Institutionen "auf dem Buckel der Versicherten" die Rechnungen prüften (vgl. z.B. Ettlin, AB 2022 S 1115, Wintersession, Sitzung vom 1. Dezember 2022, und AB 2023 S 1078, Wintersession, Sitzung vom 6. Dezember 2023; Hegglin, AB 2022 S 1125, Wintersession, Sitzung vom 1. Dezember 2022; Müller, AB 2022 S 1118, Wintersession, Sitzung vom 1. Dezember 2022; Silberschmidt, AB 2023 N 1598, Herbstsession, Sitzung vom 13. September 2023, und AB 2023 N 2361, Wintersession, Sitzung vom 14. Dezember 2023; siehe ferner Mäder, AB 2023 N 1597, Herbstsession, Sitzung vom 13. September 2023; Nantermod, AB

PVG 1/1

### **E. 6.2**

Aufgrund der zeitgemässen, historischen und teleologischen bzw. systematischen Auslegung ergibt sich somit, dass das Fehlen einer ausdrücklichen Regelung im KVG nicht als qualifiziertes Schweigen zu betrachten ist. Die Kantone sind daher entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers nach geltender Rechtslage befugt, eine Rechnungs- und Wirtschaftlichkeitskontrolle bei stationär erbrachten Leistungen durchzuführen. Zu prüfen bleibt, ob der Beschwerdegegner die Verneinung der Akutspitalbedürftigkeit bezüglich der fraglichen 14 Covid-19-Fälle durch das Gesundheitsamt Graubünden zu Recht geschützt hat. U 24 39 Urteil vom 24. September 2024

## E. 7

2023 N 1601, Herbstsession, Sitzung vom 13. September 2023). Insofern wurde mit Blick auf die Änderung des KVG zur einheitlichen Finanzierung der Leistungen auf eine Ausdehnung der Rechnungskontrolle der Kantone auf ambulant erbrachte Leistungen verzichtet und diese auch für stationär erbrachte Leistungen eingeschränkt. In diesem Lichte sind auch die vom Beschwerdeführer angeführten Voten zu verstehen, dass nicht noch eine Rechnungskontrolle bei den Kantonen eingeführt werden sollte (vgl. Hess, AB 2023 N 2366, Wintersession, Sitzung vom 14. Dezember 2023) bzw. Letztere keine neue Kompetenz erhalten sollten (vgl. Silberschmidt, AB 2023 N 2361, Wintersession, Sitzung vom 14. Dezember 2023). Dass – wie der Beschwerdeführer vorbringt – eine Überprüfung der Einhaltung der Leistungsvoraussetzungen durch die Kantone im stationären Bereich gemäss geltender Rechtslage mit der dual-fixen Finanzierung von Spitalleistungen gegen Bundesrecht verstossen würde, findet jedoch keine Stütze. Auch nach herrschender Auffassung schulden die Kantone ihren Anteil nur, wenn die allgemeinen Leistungsvoraussetzungen nach KVG erfüllt sind, womit die Kantone zur Rechnungs- und Wirtschaftlichkeitsprüfung befugt sind (vgl. EGLI/WALDNER, a.a.O., Art. 49a Rz. 49; PICECCHI, Das Wirtschaftlichkeitsgebot im Krankenversicherungsrecht, Zürich/St. Gallen 2022, Rz. 481; KIESER, in: KVG/UVG-Kommentar, Zürich 2018, Art. 49a Rz. 6; EUGSTER, Die obligatorische Krankenpflegeversicherung, in: MEYER [Hrsg.], Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Band XIV; Soziale Sicherheit, 3. Aufl., Basel 2016, Rz. 1099; RÜTSCHKE, Spitalplanung und Spitalfinanzierung: Grundsatzurteil des Bundesgerichts, hill 2012 Nr. 50, Rz. 46 f.). Diese Auffassung vertritt auch der Bundesrat, indem er auf die Frage von Nationalrat Grüter am 13. März 2017 antwortete, dass der Kanton seinen Anteil im Einzelfall nur schulde, wenn die Leistungsvoraussetzungen, worunter die Gebote der Wirksamkeit, der Zweckmässigkeit sowie der Wirtschaftlichkeit gehörten, erfüllt seien. Dies könne der Kanton grundsätzlich in gleicher Weise prüfen wie der Krankenversicherer und die hierfür erforderlichen Daten bei den Leistungserbringern einfordern (vgl. Frage 17.5164; siehe auch KIESER, Vertragsspitäler in der Schweiz, eine juristische Analyse, Zürich/St. Gallen 2018, S. 124). 6.1.3. Sodann ist darauf hinzuweisen, dass sich den Materialien keine Hinweise zur Frage, ob es den Kantonen im Rahmen der Spitalfinanzierung verwehrt wäre, eine Wirtschaftlichkeitskontrolle durchzuführen, entnehmen lassen (vgl. Botschaft vom 15. September 2004 betreffend die Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung [Spitalfinanzierung], BBl 2004 5551; Parlamentarische Debatte zur Spitalfinanzierung [Geschäft 04.061], AB 2005 S 679 ff., wonach in Bezug auf Art. 49a KVG insbesondere diskutiert wurde, dass sich die Kantone beteiligen müssen und wie hoch ihr Anteil sein soll; Botschaft vom 18. November 2015 zur Änderung des

## **E. 8**

Bundesgesetzes über die Krankenversicherung [Anpassung von Bestimmungen mit internationalem Bezug], BBl 2016 1; Parlamentarische Debatte dazu [Geschäft 15.078]; AB 2016 S 211 ff.; Bericht der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrats vom 5. April 2019; Stellungnahme des Bundesrates vom 14. August 2019 zu diesem Bericht). Insofern spricht die historische Auslegung gegen die Annahme eines qualifizierten Schweigens des Gesetzgebers (vgl. RHINOW/KRÄHENMANN, Schweizerische Verwaltungsrechtsprechung, Ergänzungsband, Basel 1990, Nr. 23 S. 74).

6.1.4. Soweit der Beschwerdeführer dem Kanton Graubünden die Befugnis zum Erlass von Art. 19 Abs. 2 KPG abzusprechen scheint, ist im Weiteren auf Folgendes hinzuweisen: Nach Art. 3 BV sind die Kantone souverän, soweit diese nicht durch die BV beschränkt ist; sie üben alle Rechte aus, die nicht dem Bund übertragen sind. Der Bund erfüllt die Aufgaben, die ihm die BV zuweist (Art. 42 Abs. 1 BV). Gemäss Art. 43 BV bestimmen die Kantone, welche Aufgaben sie im Rahmen ihrer Zuständigkeit erfüllen. Der Bund wahrt die Eigenständigkeit der Kantone, indem er ihnen insbesondere ausreichend eigene Aufgaben und Finanzierungsquellen belässt sowie ihre Organisationsautonomie beachtet (vgl. Art. 47 BV). Nach Art. 43a Abs. 1 BV übernimmt der Bund nur Aufgaben, welche die Kraft der Kantone übersteigen oder einer einheitlichen Regelung durch den Bund bedürfen. Laut Art. 41 Abs. 1 lit. b BV setzen sich Bund und Kantone in Ergänzung zu persönlicher Verantwortung und privater Initiative dafür ein, dass jede Person die für ihre Gesundheit notwendige Pflege erhält. Die nötigen gesetzgeberischen Kompetenzen für die Umsetzung dieses Sozialziels finden sich in den Art. 117 ff. BV (vgl. EGLI/SCHWEIZER, in: EHRENZELLER/EGLI/HETTICH/HONGLER/SCHINDLER/SCHMID/SCHWEIZER [Hrsg.], Die schweizerische Bundesverfassung, St. Galler Kommentar, Band I, 4. Aufl., Zürich/St. Gallen 2023, Art. 41 Rz. 48). Art. 117 BV verleiht dem Bund eine umfassende, nachträglich derogatorische und nicht auf die Festlegung von Grundsätzen beschränkte Kompetenz zum Erlass von Vorschriften über die Kranken- und Unfallversicherung. Dem ist der Bund insbesondere mit dem Erlass des KVG und des UVG nachgekommen. Kantonale Kompetenzen in der Kranken- und Unfallversicherung bleiben dort bestehen, wo die Gesetzgebungskompetenz seitens des Bundes nicht ausgeschöpft wurde. Eingehende Regelungen des Bundes bestehen vor allem bezüglich des Verhältnisses der Krankenversicherer untereinander und zur Aufsicht, zu den Versicherten sowie den Leistungserbringern, sodann im Bereich des Verfahrens und des Rechtsschutzes. Bis heute nicht umfassend bundesrechtlich geregelt ist etwa die ambulant oder in Pflegeheimen erbrachte Krankenpflege, was zu komplizierten Abgrenzungsproblemen führen kann. Unklarheiten bestehen auch im Verhältnis von Art. 117 BV zur kantonalen

PVG 1/1

## **E. 9**

Kompetenz betreffend Gewährleistung und Organisation der Gesundheitsversorgung. Denn Art. 117 Abs. 1 BV verpflichtet den Bund zwar eine Versicherungslösung einzuführen, mit welcher allerdings Krankheit und Unfall nicht in all ihren Aspekten geregelt wird, sondern nur, soweit dies für eine Versicherungslösung von Bedeutung ist. Er spricht direkt nur das Verhältnis zwischen Versicherungen und Versicherten an, nicht das gesamte Gesundheits- und Spitalwesen (vgl. auch BGE 135 V 443 E.3.5). Die Gesundheitspolitik bleibt grundsätzlich im Rahmen der übrigen Verfassungsregelungen in der kantonalen Zuständigkeit (vgl. BGE 140 I 218 E.5.4). Der Bund beansprucht darüber hinaus indirekt

über die Gesetzgebungskompetenz für die Regelung der Kranken- und Unfallversicherung auch eine solche für die Regelung der Leistungserbringung, soweit sich diese auf das Versicherungsverhältnis auswirkt (vgl. auch BGE 135 V 443 E.4.5). Art. 117 BV gibt dem Bund die Kompetenz zur Regelung der Krankenversicherung, was die Tragung der Krankheitsrisiken, die Finanzierung und die Regelung der Versicherungsbeziehungen zwischen Versicherungsträger und Versicherten im Allgemeinen umfasst. Die Regelung der stationären Leistungsbereitstellung und deren Finanzierung obliegt demgegenüber – im Rahmen der verfassungsrechtlichen Wettbewerbsordnung – den Kantonen (vgl.

POLEDNA/DRUEY JUST, in:

EHRENZELLER/EGLI/HETTICH/HONGLER/SCHINDLER/SCHMID/SCHWEIZER [Hrsg.], Die schweizerische Bundesverfassung, St. Galler Kommentar, Band II, 4. Aufl., Zürich/St. Gallen 2023, Art. 117 Rz. 4 ff. mit Hinweisen; siehe auch MATTIG, Grenzen der Spitalplanung aus verfassungsrechtlicher Sicht, Zürich/Basel/Genf 2003, S. 103, wonach er insbesondere die Trägerschaft und Finanzierung von staatlichen Versorgungseinrichtungen als kantonale Aufgabe nennt). Gestützt auf die Kompetenz gemäss Art. 117 BV zur Regelung der sozialen Krankenversicherung kann der Bund die Kantone zwar zu einem Beitrag an die Leistungen nach dem KVG verpflichten, welche von den Versicherern der obligatorischen Krankenpflegeversicherung übernommen werden (vgl. Stellungnahme des Bundesrates vom 14. August 2019 zum Bericht der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrates vom 5. April 2019, S. 5733). Von dieser Kompetenz hat der Bund denn auch Gebrauch gemacht, indem er in Art. 49a Abs. 2ter KVG den kantonalen Anteil für die Vergütung von stationären Leistungen auf mindestens 55 Prozent festgelegt hat. Darüber hinaus fällt die Gesundheitsversorgung und insbesondere die Spitalfinanzierung – wie dargelegt – allerdings grundsätzlich in die Zuständigkeit der Kantone (vgl. BGE 140 I 218 E.5.6). Aufgrund der das Krankenversicherungsrecht prägenden Grundsätze der Wirksamkeit, Wirtschaftlichkeit und Zweckmässigkeit, zu deren Verwirklichung auch die Kantone im Rahmen ihrer Zuständigkeit Massnahmen zu ergreifen haben, sprechen sich Lehre

PVG 1/1

## **E. 10**

und Rechtsprechung dafür aus, dass die Kantone auch bei fehlender Regelung im KVG weiterhin das Recht haben, Behandlungen quantitativen Begrenzungen und Kontrollen zu unterwerfen (vgl. BGE 140 I 218 E.5.6.1). Mit Blick auf das Gesagte ist aktuell eine WZW-Prüfung entgegen der gestützt auf Art. 34 Abs. 1 i.V.m. Art. 32 und Art. 59a KVG vertretenen Auffassung des Beschwerdeführers nicht ausschliesslich den Versicherern vorbehalten. Vielmehr sieht das KVG in Art. 54 f. – wie der Beschwerdegegner zu Recht ausführt – kantonale Kompetenzen zur Eindämmung der Gesundheitskosten vor. Insofern sprechen die teleologische bzw. systematische Auslegung dafür, dass der Kanton Graubünden befugt war, Art. 19 Abs. 2 KPG, wonach (kantonale) Beiträge an stationäre Leistungen nur ausgerichtet werden, wenn die stationäre Behandlung medizinisch oder sozial indiziert ist, zu erlassen.

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