Eidgenössisches Versicherungsgericht
Tribunale federale delle assicurazioni
Tribunal federal d'assicuranzas

Sozialversicherungsabteilung
des Bundesgerichts

Prozess
{T 7}
K 61/04

Urteil vom 8. Juli 2005
IV. Kammer

Besetzung
Präsident Ferrari, Bundesrichter Meyer und Ursprung; Gerichtsschreiber Schmutz

Parteien
S._____, 1911, Beschwerdeführerin, vertreten durch ihren Sohn E._____,

gegen

VISANA, Weltpoststrasse 19/21, 3015 Bern, Beschwerdegegnerin

Vorinstanz
Verwaltungsgericht des Kantons Bern, Bern

(Entscheid vom 31. März 2004)

Sachverhalt:
A.
S._____, geboren 1911, ist bei der Visana obligatorisch krankenpflegeversichert. Sie hält sich seit dem 10. Januar 2003 zur Pflege und Betreuung im Alterszentrum U._____ auf. Seit dem 1. Januar 2003 ist im Kanton Bern ein vom Regierungsrat genehmigter Tarifvertrag zwischen den Kantonalverbänden der Krankenversicherer und der Alterseinrichtungen in Kraft. Darin ist vereinbart, dass die Vergütung der Leistungen zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nach vertraglich festgelegten Tagespauschalen erfolgt und die Pflege- und Betreuungsbedürftigkeit der Bewohnerinnen und Bewohner nach dem Einstufungssystem BESA ermittelt wird. S._____ erreicht dabei 62 Punkte, weshalb sie der Pflegebedarfsstufe 6 zugewiesen ist. Gestützt auf den Vertrag und die Stufenzuordnung vergütete die Visana an Pflegeheimleistungen vom 1. Januar bis 30. Juni 2003 eine Tagespauschale von Fr. 109.50 und danach Fr. 94.20. S._____ hatte dem Alterszentrum eine tägliche Grundtaxe von Fr. 218.50 zu bezahlen. Ihr Sohn, E._____, bezeichnete gegenüber der Visana die Verlegung der Kosten durch das Alterszentrum als rechtswidrig; auch führe sie zu einer krass falschen Einschätzung der KVG-pflichtigen Leistungen. Mit Verfügung vom 17. Oktober
2003 und Einspracheentscheid vom 13. November 2003 stellte sich die Visana auf den Standpunkt, mit den Tagespauschalen von Fr. 109.50 und Fr. 94.20 seien der Bedarfseinstufung entsprechend sämtliche kassenpflichtigen Leistungen für Pflegeaufwand, Medikamente und ärztliche Versorgung abgegolten. Es treffe sie deshalb keine weitere Leistungspflicht, insbesondere nicht für die Wohn- oder Aufenthaltskosten im Altersheim.
B.
Das Verwaltungsgericht des Kantons Bern wies die dagegen von E._____ namens seiner Mutter erhobene Beschwerde mit Entscheid vom 31. März 2004 ab. Soweit die Einteilung in die Pflegebedarfsstufe 6 (als zu tief) beanstandet wurde, trat es mangels Rechtsschutzinteresse nicht darauf ein, weil die Einstufung keinen Einfluss auf die Höhe der von der Beschwerdeführerin zu bezahlenden Grundtaxe für Pension und Aufenthalt von Fr. 218.50 pro Tag habe.

C.
Mit Verwaltungsgerichtsbeschwerde beantragt E._____ für seine Mutter die Aufhebung des vorinstanzlichen Entscheides; es sei festzustellen, dass sämtliche von der Versicherten im Zentrum U._____ beanspruchten Pflegeleistungen unter die vom Bundesrecht vorgeschriebenen Leistungen fallen und von der Visana zu tragen seien; die zu übernehmenden Pflegeleistungen seien beitragsmässig festzulegen.

Die Visana schliesst auf Abweisung der Verwaltungsgerichtsbeschwerde. Das Bundesamt für Gesundheit (BAG) verzichtet auf eine Vernehmlassung.

Das Eidg. Versicherungsgericht zieht in Erwägung:
1.
Da der Tarifvertrag vom 20. Januar 2003 zwischen santésuisse Bern und dem Verband Bernischer Alterseinrichtungen (VBA) betreffend die Abgeltung der gemäss KVG kassenpflichtigen Leistungen beim Pflegeheimaufenthalt vom Regierungsrat des Kantons Bern am 3. März 2004 erst während des anhängigen vorinstanzlichen Verfahrens genehmigt worden war und E._____ namens seiner Mutter gegen diesen Beschluss Verwaltungsbeschwerde an den Schweizerischen Bundesrat erhob, wurde das verwaltungsgerichtliche Beschwerdeverfahren mit Verfügung des Instruktionsrichters vom 16. September 2004 sistiert. Nachdem der Bundesrat das bei ihm hängige Verfahren mit Entscheid vom 23. März 2005 durch Nichteintreten auf die Beschwerde erledigt hat, ist die Sistierung aufzuheben und das verwaltungsgerichtliche Beschwerdeverfahren weiterzuführen.
2.
2.1 Nach Art. 24 KVG übernimmt die obligatorische Krankenpflegeversicherung die Kosten für die Leistungen gemäss den Art. 25 - 31 nach Massgabe der in den Art. 32 - 34 KVG festgelegten Voraussetzungen. Die Leistungen umfassen u.a. Untersuchungen, Behandlungen und Pflegemassnahmen, die ambulant, bei Hausbesuchen, stationär, teilstationär oder in einem Pflegeheim durch Personen durchgeführt werden, die auf Anordnung oder im Auftrag eines Arztes oder einer Ärztin Leistungen erbringen (Art. 25 Abs. 2 lit. a Ziff. 3 KVG).
2.2 Der Leistungsbereich der Massnahmen der Abklärung und Beratung, Untersuchung und Behandlung sowie Grundpflege im Pflegeheim ist in Art. 7 Abs. 2 Bst. a - c KLV umschrieben. Gemäss Art. 50 KVG kann der Versicherer zur Vergütung der Leistungen mit dem Pflegeheim Pauschalen vereinbaren. Dies erfolgt in Verträgen zwischen Versicherern und Leistungserbringern. In den vom Gesetz bestimmten Fällen werden sie von der zuständigen Behörde festgesetzt (Art. 43 Abs. 4 erster Satz KVG). Richtschnur für die Tarifgestaltung ist eine qualitativ hochstehende und zweckmässige gesundheitliche Versorgung zu möglichst günstigen Kosten (Art. 43 Abs. 6 KVG). Der Tarifvertrag bedarf der Genehmigung durch die Kantonsregierung. Diese prüft, ob der Tarif mit dem Gesetz und dem Gebot der Wirtschaftlichkeit und Billigkeit im Einklang steht (Art. 46 Abs. 4 KVG), und somit auch, ob von den Vertragspartnern auf eine betriebswirtschaftliche Bemessung und eine sachgerechte Struktur der Tarife geachtet worden ist (Art. 43 Abs. 4 zweiter Satz KVG). Nach Art. 9 KLV können die Leistungen vom Pflegeheim insbesondere nach Zeit- oder Pauschaltarifen (Art. 43 KVG) in Rechnung gestellt und die verschiedenen Tarifarten kombiniert werden (Abs. 1 und 2); für die
Leistungen der Pflegeheime vereinbaren die Vertragspartner oder setzen die zuständigen Behörden Tarife fest, die nach dem Pflegebedarf abzustufen sind; dabei sind mindestens vier Pflegebedarfsstufen vorzusehen (Abs. 4).
2.3 Zur Kostenermittlung und Leistungserfassung durch Spitäler und Pflegeheime in der Krankenversicherung hat der Bundesrat die gleichnamige Verordnung vom 3. Juli 2002 erlassen (VKL; SR 832.104). Sie regelt die einheitliche Ermittlung der Kosten und Erfassung der Leistungen im Spital- und Pflegeheimbereich und gilt für die nach Art. 39 KVG zugelassenen Spitäler und Pflegeheime (Art. 1 Abs. 1 und 2 VKL). Dadurch werden Grundlagen geschaffen, die neben anderem auch die für die Bestimmung der Leistungen und der Kosten der Krankenpflege sowie der übrigen von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung übernommenen Leistungen und deren Kosten in Pflegeheimen, im Speziellen auch für jede Pflegebedarfsstufe, erforderlich sind (Art. 2 Abs 1 Bst. e und f VKL). Die Unterscheidung und Bestimmung der genannten Kosten und Leistungen soll die Berechnung der Tarife und die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit und Billigkeit der Leistungserbringung erlauben (Art. 2 Abs. 2 Bst. c und f VKL).

3.

Die Beschwerdeführerin bestreitet, dass im Tarifvertrag vom 20. Januar 2003 die von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung gemäss Art. 25 KVG in Verbindung mit Art. 7 KLV zu übernehmenden Kosten richtig ermittelt worden sind. Um dies feststellen zu können, erachtet sie es als zwingend notwendig, dass definiert wird, welche Leistungen im Einzelnen als kassenpflichtig gelten und welche als Beherbergungskosten von der Bewohnerin und dem Bewohner zu tragen sind. Gestützt auf eine solche Ausscheidung, die vom Alterszentrum auf Grund der VKL in seiner Rechnung ausgewiesen werden müsse, lasse sich feststellen, dass in ihrem Fall Pflegekosten entstünden, die weit über dem von der Visana jährlich übernommenen Betrag von rund Fr. 30'000.- lägen.

Damit will die Beschwerdeführerin im Kern die Abgrenzung der nicht zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung fallenden Aufenthalts- und Unterbringungskosten im Alterszentrum U._____ von den leistungspflichtigen Pflegekosten neu vornehmen. Sie stellt somit den vereinbarten Tarif im Bereich der bernischen Pflegeheime als Ganzes in Frage. Da die Verwaltungsgerichtsbeschwerde an das Eidgenössische Versicherungsgericht jedoch unzulässig ist, soweit sie sich gegen Entscheide über Tarife richtet (Art. 129 lit. b OG), ist insoweit auf die Verwaltungsgerichtsbeschwerde nicht einzutreten.
4.
4.1 Nach der Rechtsprechung steht die Verwaltungsgerichtsbeschwerde nur offen gegen Verfügungen, welche in Anwendung eines Tarifs im Einzelfall ergangen sind; dabei kann das Gericht zwar nicht den Tarif als Ganzes mit all seinen Positionen und in ihrem gegenseitigen Verhältnis auf die Gesetzmässigkeit hin überprüfen, wohl aber kann es die konkret angewandte Tarifposition ausser Acht lassen, wenn sie sich als gesetzwidrig erweist (BGE 126 V 345 Erw. 1, 125 V 104 Erw. 3b mit Hinweisen). Wie die Vorinstanz dazu richtig ausgeführt hat, steht den Vertragsparteien bei der Tariffestsetzung ein weiter Ermessensspielraum zu, weil sie am ehesten zu beurteilen vermögen, was unter den gegebenen Umständen als angemessen und notwendig zu erachten ist. Das Gericht hat in einen Tarifvertrag daher nur mit grosser Zurückhaltung und normalerweise nur dann einzugreifen, wenn die Anwendung einer Tarifposition zu einer offensichtlich rechtswidrigen Benachteiligung oder Bevorteilung einer Partei führt, oder wenn sich der Tarifvertrag nicht von objektiven Überlegungen leiten lässt. Dies gilt praxisgemäss auch dann, wenn der Tarif nach Art. 47 Abs. 1 KVG von der Kantonsregierung festgesetzt wird (vgl. BGE 126 V 349 Erw. 4a mit Hinweisen). Es darf nicht
ausser Acht gelassen werden, dass beim Erlass von Tarifen unter Umständen komplexe und allenfalls in der Zielrichtung widersprüchliche Aspekte auf einen Nenner zu bringen sind, was ebenfalls für einen weiten Ermessensspielraum spricht (BGE 112 V 288 Erw. 3 mit Hinweisen).
4.2 Nach neuester Rechtsprechung (BGE 131 V 66 ff.) erlauben es die von Art. 6 Ziff. 1 EMRK garantierten Rechte einem Vertragsstaat nicht, die Rechtmässigkeit einer Tarifklausel der obligatorischen Krankenpflegeversicherung jeglicher gerichtlicher Kontrolle zu entziehen, wenn eine versicherte Person von einer im Einzelfall in Anwendung dieser Klausel ergangenen Verfügung betroffen ist. Das Eidgenössische Versicherungsgericht hat im erwähnten Urteil, in welchem es um eine Streitigkeit über den Beitragstarif eines Krankenversicherers ging, den Umfang der richterlichen Überprüfung einer im Einzelfall angewandten Tarifklausel in den Erw. 5.2-5.4 wie folgt umschrieben (in Übersetzung):
"5.2 Es besteht kein Anlass, auf die Rechtsprechung zurückzukommen, wonach die Verwaltungsgerichtsbeschwerde unzulässig ist gegen Verfügungen, welche den Erlass oder die Genehmigung eines Tarifs als Ganzes zum Gegenstand haben oder wenn unmittelbar einzelne Tarifbestimmungen als solche angefochten werden. Dagegen ist der Umfang der richterlichen Überprüfung für den Fall zu bestimmen, dass sich die Verwaltungsgerichtsbeschwerde gegen eine Verfügung richtet, die in Anwendung einer Tarifklausel der obligatorischen Krankenpflegeversicherung im Einzelfall ergangen ist.

In der Vernehmlassung hat das Bundesamt für Sozialversicherung (heute: Bundesamt für Gesundheit) die Auffassung vertreten, das Eidgenössische Versicherungsgericht habe seine Überprüfung auf die Frage zu beschränken, ob eine Person korrekt in die entsprechende Prämienregion und die passende Altersgruppe eingeteilt worden ist und die Franchise und der Prämienrabatt bei einem vom Bundesamt genehmigten Tarif im Einzelfall richtig angewandt worden sind.

5.2.1 Im Urteil RKUV 1989 Nr. K 821 S. 336 hat das Eidgenössische Versicherungsgericht noch unter der Geltung des KUVG erwogen, das Gericht könne immer überprüfen, ob die massgebende Tarifbestimmung

angewandt wurde und dies korrekt erfolgt sei. Dabei kann es kontrollieren, ob die gesetzlichen Vorschriften zur Beitragsfestsetzung eingehalten wurden und die fragliche Tarifbestimmung nicht gegen den Grundsatz der Gleichbehandlung verstösst, soweit das Gesetz nicht ausdrücklich eine Ungleichbehandlung vorsieht. Gegebenenfalls bezieht sich die Kontrolle hauptsächlich darauf, ob Versicherte innerhalb einer vom Gesetz zugelassenen Risikogruppe für die gleichen Beiträge Anspruch auf weniger hohe Leistungen haben als andere Versicherte derselben Gruppe, oder ob sie für dieselben Leistungen höhere Beiträge zahlen müssen als andere Versicherte derselben Gruppe, ohne dass es durch versicherungstechnische Gründe gerechtfertigt ist, und ohne dass das Gesetz die unterschiedliche Behandlung vorsieht (RKUV 1989 Nr. K 821 S. 338 Erw. 1b/aa).

Im gleichen Entscheid hat das Gericht festgehalten, dass die Prämien nur in einem sehr begrenzten Ausmass Gegenstand einer Angemessenheitskontrolle sein können. Insbesondere ist das Gericht nicht befugt zu überprüfen, ob die von einem Versicherten erhobene Prämie dessen individuellem Versicherungsrisiko entspricht. Der einzige Punkt, der Gegenstand der richterlichen Kontrolle sein kann, ist vielmehr der, zu wissen, ob innerhalb ein und derselben Risikogruppe - wie in der Praxis ausgebildet und vom Gesetz zugelassen - die Prämien in einem vernünftigen Verhältnis zu den versicherten Leistungen stehen (Äquivalenzprinzip). Die Beitragsfestsetzung beruht allerdings im Wesentlichen auf prognostischen Annahmen, sodass sie mit Blick auf das Ermessen der Verwaltung einerseits sowie auf die mit Prognosen verbundene Unsicherheit anderseits nur in Frage gestellt werden sollte, wenn sie willkürlich erfolgte.

Zusammenfassend hat das Gericht erwogen, mit Blick auf eine bestimmte Risikogruppe könne eine richterliche Angemessenheitsüberprüfung nur greifen, wenn ein offensichtliches Missverhältnis zwischen der Inanspruchnahme des Krankenversicherers und den von ihm erhobenen Prämien bestehe und von den betroffenen Versicherten nicht oder zumindest nicht im geforderten Ausmass Solidaritätsbeiträge erhoben werden dürften. Mit anderen Worten komme sie nur dann zum Tragen, wenn das Verhältnismässigkeitsprinzip verletzt sei (RKUV 1989 Nr. K 821 S. 338 f. Erw. 1 b/bb).
5.2.2 Unter der Ordnung des KVG spielt das Äquivalenzprinzip praktisch keine Rolle mehr, weil die Leistungen der Krankenversicherer nun vom Gesetz vereinheitlicht sind (Art. 34 Abs. 1 KVG) und beim gleichen Versicherer die Versicherten grundsätzlich die gleiche Prämie zu entrichten haben (Art. 76 Abs. 1 KVG; Gebhard Eugster, Krankenversicherungsrecht, in: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, S. 28 Fn. 104). Auch wenn damit angezeigt erscheinen könnte, von den unter der Geltung des KUVG entwickelten Grundsätzen abzuweichen (BGE 112 V 287 f. Erw. 3 und 295 Erw. 3b; RKUV 1989 Nr. K 821 S. 338 f. Erw. 1b), ist jedoch in Betracht zu ziehen, dass die Strukturierung eines Prämientarifs nicht ausschliesslich nach dem "Wert" der versicherten Dienstleistung erfolgt, sondern auch andere - soziale, politische oder technische - Gesichtspunkte einfliessen, welche dem einzelnen Bürger unter Umständen schwer zugänglich sind (BGE 116 V 133 Erw. 2a mit Hinweisen, vgl. auch Stephan Bernhard, Die Prüfung und Genehmigung der Krankenversicherungsprämien 1996 durch das Bundesamt für Sozialversicherung, in: Soziale Sicherheit 1996 S. 32 f.; Rudolf Gilli, Prämienerhöhungen sind nicht automatisch Mehreinnahmen: Grundsätze der Prämienfestsetzung, in: infosantésuisse, 11/2002, S. 17; Veränderungen im Bereich der Prämiengenehmigung auf Grund des KVG: Schlussbericht, in: Beiträge zur Sozialen Sicherheit, Forschungsbericht Nr. 23/03; Bundesamt soll sich auf Prüfung der Zahlungsfähigkeit konzentrieren: Analyse und Empfehlungen zur Prämiengenehmigung, in: infosantésuisse 3/2004, S. 13). Angesichts der den Versicherern bei der Prämienfestsetzung zukommenden Autonomie (Art. 61 Abs. 1 KVG) sowie des weiten Beurteilungsspielraums des Bundesamtes als Genehmigungsbehörde (Art. 61 Abs. 5 KVG [bis 31. Mai 2002: Art. 61 Abs. 4 KVG]; Art. 92 KVV) und des Bundesrates im verwaltungsinternen Beschwerdeverfahren (Bundesratsentscheid vom 22. Oktober 1997 in Sachen S. Gesundheitsorganisation gegen Eidgenössisches Departement des Innern und Bundesamt für Sozialversicherung: RKUV 1997 Nr. KV 18 S. 420 Erw. 7.2) geht es nicht an, dass das nur zur Überprüfung im konkreten Einzelfall zuständige Gericht auf diesem indirekten Weg sein Ermessen an die Stelle desjenigen der Verwaltungsinstanzen setzt. Es ist dazu aufgerufen, sich bei der Prüfung einer im Einzelfall angewandten Tarifposition einer ausgesprochenen Zurückhaltung zu befleissigen. In BGE 125 V 21 hat das Eidgenössische Versicherungsgericht festgelegt, wie dies bei Streitigkeiten über den Pflichtleistungskatalog zu geschehen hat. Es hat erwogen, dass das Gericht bei der Überprüfung der Gesetzmässigkeit der von der Verwaltung erlassenen Ausführungsbestimmungen grundsätzlich berechtigt ist, den Inhalt einer Liste der zu übernehmenden Krankheiten und Leistungen zu überprüfen; sobald solche Kataloge unter Mitwirkung beratender Fachkommissionen

aufgestellt werden, verfügt das Eidgenössische Versicherungsgericht jedoch nicht über die erforderliche Fachkenntnis, um sich eine Meinung bilden zu können, ohne auf die Beurteilung durch Experten angewiesen zu sein. Es kam darum zum Schluss, dass im Prinzip kein Raum für eine parallele Überprüfung auf dem Rechtsweg bleibt, wenn es bei komplexen medizinischen Sachverhalten um Zulassungsvoraussetzungen geht (BGE 125 V 30 f. Erw. 6a).
5.3 Nach dem Gesagten ist der Auffassung des Bundesamtes nicht zu folgen, dass das Eidgenössische Versicherungsgericht sich auf die Prüfung zu beschränken hat, ob eine Person in die richtige Prämienregion und die passende Altersgruppe eingeteilt worden ist und die Franchise und der Prämienrabatt dem genehmigten Prämientarif entsprechend im Einzelfall richtig angewandt worden sind. Bei der Überprüfung der Rechtmässigkeit einer Tarifposition hat das Gericht vielmehr zu kontrollieren, ob das Ausgabenumlageverfahren (Art. 60 Abs. 1 KVG) und der Grundsatz der selbsttragenden Finanzierung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Art. 60 Abs. 2 und 3 KVG) eingehalten worden sind. Insbesondere hat es zu prüfen, ob die Position hinsichtlich Prämien und Leistungen auf einer für die soziale Krankenversicherung gesonderten Rechnung basiert, und ob in diesem Rahmen Aufwand und Ertrag für die ordentliche Krankenpflegeversicherung, für jede besondere Versicherungsform gemäss Art. 62 KVG sowie für die Taggeldversicherung getrennt ausgewiesen sind (Art. 81 Abs. 1 KVV). Ob das Erfordernis einer gesonderten Rechnungsführung erfüllt ist, ist auch in Bezug auf die Verwaltungskosten zu überprüfen (Art. 84 KVV).

Hat das Gericht auf Beschwerde hin die Gesetzmässigkeit einer Tarifposition zu prüfen, hat es die zur Festsetzung und Genehmigung der Prämientarife zuständigen Behörden beizuziehen. Bei Prämientarifstreitigkeiten der Krankenversicherung ist zudem speziell zu beachten, dass sich bei der Einsichtnahme in die Bücher eines Versicherers sehr heikle Verfahrensprobleme stellen, so im Hinblick auf die Ausübung der Parteirechte (Akteneinsicht und Ausfertigung von Kopien) oder auf den Schutz des Geschäftsgeheimnisses (Gefahr des Einblicks durch Konkurrenten). Daher sind die meisten vom Gericht im Rahmen der Tarifprüfung zu beantwortenden Fragen durch schriftliches oder mündliches Zeugnis der externen Revisionsstelle (Art. 86 KVV) zu klären, deren Unabhängigkeit gesetzlich vermutet wird.
5.4 Die Beschränkung der richterlichen Überprüfungsmöglichkeiten im Einzelfall einer Tarifklausel der obligatorischen Krankenversicherung steht nicht im Widerspruch zu dem nach Art. 6 Abs. 1 EMRK zu gewährenden Anspruch. Gefordert ist nur, dass eine Instanz angerufen werden kann, welche sowohl Rechts- als auch Tatfragen umfassend prüfen kann. Das Gericht soll angebliche Tatsachen- und Rechtsirrtümer ebenso wie Fragen der Verhältnismässigkeit überprüfen und gegebenenfalls aufheben können. Hingegen verlangt die Rechtsprechung der Konventionsorgane nicht, dass das Gericht volle Überprüfungsbefugnisse hinsichtlich des Ermessens hat (Villiger, Handbuch der Europäischen Menschenrechtskonvention [EMRK], unter besonderer Berücksichtigung der schweizerischen Rechtslage, 2. Aufl., Zürich 1999, S. 271 Rz. 427). Gefordert ist aber Effektivität der richterlichen Prüfung (Meyer-Blaser, Die Bedeutung von Artikel 4 BV für das Sozialversicherungsrecht, in: ZSR 111/1992 II/3 S. 459 Ziff. 9), und darf durch das nationale Recht ein Entscheid nicht in einem solchen Umfang in das unkontrollierbare Ermessen der Verwaltung gestellt werden, dass der Zweck von Art. 6 Abs. 1 EMRK vereitelt würde (Heiner Wohlfart, Anforderungen der Art. 6 Abs. 1 EMRK und
Art. 98a OG an die kantonalen Verwaltungsrechtspflegegesetze, in: AJP 1995 S. 1430)."
4.3 Im Lichte dieser grundsätzlichen Erwägungen ist festzustellen, dass die Vorinstanz bei der Prüfung der Gesetzeskonformität des angewandten Tarifvertrages den aufgestellten Anforderungen gerecht geworden ist. Deshalb ist die Verwaltungsgerichtsbeschwerde insoweit abzuweisen. So ist vorab zu Recht festgehalten worden, dass die VKL lediglich Ziele und Rahmenbedingungen für die Kostenrechnung und Leistungsstatistik vorgibt. Damit wird die Grundlage geschaffen für die Bestimmung der Leistungen und Kosten zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung und auch für neue Tarifverhandlungen. Die Verordnung ist jedoch nicht dazu bestimmt, in der von der Beschwerdeführerin geforderten Weise im konkreten Leistungsfall umgesetzt zu werden. Es besteht vorliegend kein Anlass, in das den Vertragsparteien zustehende Ermessen beim Abschluss von Tarifverträgen einzugreifen, und zwar schon deshalb nicht, weil es in der Natur der nach dem Krankenversicherungsgesetz ausdrücklich zugelassenen Pauschalen (vgl. oben Erw. 2.2) liegt, dass dem jeweiligen Einzelfall nicht bis in alle Details Rechnung getragen wird.
5.
Soweit die Beschwerdeführerin wegen der Schwere der gesundheitlichen Beeinträchtigungen oder infolge ihrer Auswirkungen sinngemäss die Einreihung in eine höhere Pflegestufe verlangt, ist die Verwaltungsgerichtsbe-

schwerde ebenfalls unbegründet. Die Vorinstanz hat korrekt dargelegt, dass die Beschwerdeführerin auch bei einer höheren Einstufung die gleichen Wohn- und Essenskosten selber zu tragen hätte. Darum ist sie zu Recht in diesem Punkt mangels Rechtsschutzinteresses auf die Beschwerde nicht eingetreten. Wenn in der Verwaltungsgerichtsbeschwerde zudem ausgeführt wird, der "Spitalaufenthalt bzw. der Pflegeheimaufenthalt" sei wegen der gesundheitlichen Beeinträchtigungen medizinisch zwingend, ist dem entgegen zu halten, dass im zu beurteilenden Zeitraum keine Anhaltspunkte für eine Spitalbedürftigkeit der Beschwerdeführerin bestanden haben und sie sich auch nicht in einem Spital aufgehalten hat. Selbst in einem solchen Fall richtet sich die Vergütung jedoch nur solange nach dem Spitaltarif, als die Patientin nach medizinischer Indikation der Behandlung und Pflege oder der medizinischen Rehabilitation im Spital bedarf. Ist diese Voraussetzung nicht mehr erfüllt, so kommt für den Spitalaufenthalt der Tarif bei Aufenthalt im
Pflegeheim zur Anwendung (Art. 49 Abs. 3 KVG). Die von der Beschwerdegegnerin erbrachten Leistungen sind somit auch unter diesem Gesichtspunkt nicht zu beanstanden.

Demnach erkennt das Eidg. Versicherungsgericht:
1.
Die Verwaltungsgerichtsbeschwerde wird abgewiesen, soweit darauf einzutreten ist.
2.
Es werden keine Gerichtskosten erhoben.
3.
Dieses Urteil wird den Parteien, dem Verwaltungsgericht des Kantons Bern, Sozialversicherungsrechtliche Abteilung, dem Bundesamt für Justiz und dem Bundesamt für Gesundheit zugestellt.
Luzern, 8. Juli 2005
Im Namen des Eidgenössischen Versicherungsgerichts
Der Präsident der IV. Kammer: Der Gerichtsschreiber: