Bundesverwaltungsgericht
Tribunal administratif fédéral
Tribunale amministrativo federale
Tribunal administrativ federal



Abteilung III
C-2141/2013

Urteil vom 19. Oktober 2015

Besetzung

Richterin Franziska Schneider (Vorsitz),
Richter Christoph Rohrer, Richter Michael Peterli,
Gerichtsschreiber Michael Rutz.

Parteien

1. **Helsana Versicherungen AG,**
2. **Progrès Versicherungen AG,**
3. **Sansan Versicherungen AG,**
4. **Avanex Versicherungen AG,**
5. **maxi.ch Versicherungen AG,**
6. **indivo Versicherungen AG,**
7. **Sanitas Grundversicherungen AG,**
8. **Compact Grundversicherungen AG,**
9. **Wincare Versicherungen,**
10. **KPT Krankenkasse AG,**
11. **Agilia Krankenkasse AG (infolge Fusion am 5.1.2015 im Handelsregister gelöscht),**
12. **Publisana Krankenkasse AG (infolge Fusion am 5.1.2015 im Handelsregister gelöscht),**
13. **Kolping Krankenkasse AG,**

2.-13. vertreten durch Helsana Versicherungen AG, Recht,
Beschwerdeführerinnen,

gegen

Bethesda Spital AG,
vertreten durch Dr. Andreas C. Albrecht, Advokat,
Beschwerdegegnerin,

Regierungsrat des Kantons Basel-Stadt,
handelnd durch das Gesundheitsdepartement des Kantons Basel-Stadt,
Vorinstanz.

Gegenstand

Krankenversicherung, Festsetzung der Tagespauschale für stationäre muskuloskelettale Rehabilitation 2012 in der allgemeinen Abteilung des Bethesda Spitals, Beschluss vom 12. März 2013.

Sachverhalt:

A.
Im Hinblick auf die Einführung der neuen Spitalfinanzierung per 1. Januar 2012 fanden zwischen der Bethesda Spital AG (nachfolgend: Bethesda Spital oder Beschwerdegegnerin) und der Einkaufsgemeinschaft HSK, an der die Krankenversicherer der Helsana-Gruppe, der Sanitas-Gruppe und der durch die KPT vertretenen Krankenversicherer beteiligt sind, Verhandlungen über den Tarif für die muskuloskelettale Rehabilitation statt. Am 10. Januar 2012 setzte der Regierungsrat des Kantons Basel-Stadt mittels einer vorsorglichen Massnahme eine provisorische Tagespauschale von Fr. 620.– (inklusive Investitionskostenzuschlag und Anteil des Wohnkantons) rückwirkend ab 1. Januar 2012 fest (act. 1). Mit E-Mail vom 9. März 2012 informierte das Bethesda Spital das Gesundheitsdepartement des Kantons Basel-Stadt darüber, dass die Verhandlungen mit der Einkaufsgemeinschaft HSK gescheitert seien, weshalb das Festsetzungsverfahren einzuleiten sei (act. 2).

B.

B.a Mit begründetem Tarifantrag vom 12. April 2012 beantragte das Bethesda Spital für die Abgeltung der Leistungen im Bereich der muskuloskelettalen Rehabilitation die Festsetzung einer Tagespauschale in der Höhe der gemäss dem integrierten Tarifmodell Kostenträgerrechnung (ITAR_K) ausgewiesenen Betriebskosten pro Pflegetag von Fr. 738.–. Für den Fall, dass sich aus einem allfälligen vom Gesundheitsdepartement durchgeführten Benchmarking ein höherer Basispreis für Leistungen im Bereich der muskuloskelettalen Rehabilitation ergebe, beantragte das Bethesda Spital, dass dieser auch für sie festzusetzen sei (act. 3).

B.b Die vom instruierenden Gesundheitsdepartement des Kantons Basel-Stadt mit Schreiben vom 22. Mai 2012 (act. 7) zur Stellungnahme eingeladene Eidgenössische Preisüberwachung teilte am 1. Juni 2012 mit, dass sie auf die Abgabe einer Empfehlung bezüglich der Festsetzung einer Tagespauschale für das Bethesda Spital verzichte (act. 8).

B.c Am 2. Juli 2012 nahm die Einkaufsgemeinschaft HSK zum Tariffestsetzungsbegehren des Bethesda Spitals Stellung und beantragte, dass für Leistungen im Bereich der muskuloskelettalen Rehabilitation eine Tagespauschale von Fr. 483.– festzusetzen sei. Sie begründete den tieferen Tarif im Wesentlichen damit, dass sie mit acht Rehabilitationseinrichtungen im

Bereich der muskuloskelettalen Rehabilitation Tarife zu einem Mittelwert von Fr. 483.– habe vertraglich vereinbaren können (act. 10).

B.d Das Gesundheitsdepartement teilte den Parteien am 27. bzw. 28. September 2012 im Rahmen der Gewährung des rechtlichen Gehörs mit, dass es beabsichtige, dem Regierungsrat die Festsetzung einer Tagespauschale in der Höhe von Fr. 620.– rückwirkend ab 1. Januar 2012 zu beantragen (act. 11 und 12).

B.e Die Einkaufsgemeinschaft HSK teilte am 4. Oktober 2012 mit, dass sie auf das eingeräumte rechtliche Gehör verzichte, was aber nicht bedeute, dass sie mit den Ausführungen und Schlussfolgerungen des Gesundheitsdepartements einverstanden sei (act. 13).

B.f Das Bethesda Spital nahm am 23. Oktober 2012 zur Eingabe der Einkaufsgemeinschaft HSK vom 2. Juli 2012 und zum Antrag des Gesundheitsdepartements Stellung. Es hielt fest, dass die Höhe der vom Gesundheitsdepartement ermittelten Tagespauschale zwar deutlich unter ihren Anträgen liege, sie sich aber mit einer Tagespauschale von Fr. 620.– abfinden könne (act. 14).

C.
Mit Beschluss vom 12. März 2013 setzte der Regierungsrat des Kantons Basel-Stadt die Tagespauschale inklusive Investitionskostenzuschlag und Anteil des Wohnkantons für die (muskuloskelettale) Rehabilitation im Bethesda-Spital für die in der Einkaufsgemeinschaft HSK zusammengeschlossenen Krankenversicherer mit Wirkung ab 1. Januar 2012 auf Fr. 620.– fest (Beilage 1 zu BVGer-act. 1). In der Begründung hielt der Regierungsrat im Wesentlichen fest, dass er den eingereichten ITAR_K-Kostenausweis des Bethesda Spitals überprüft und tarifrelevante Betriebskosten von Fr. 702.– ermittelt habe. Auf ein Benchmarking habe er verzichtet. Der Regierungsrat bestimmte stattdessen im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung zur Orientierung zunächst einen «gewichteten Tarif» von Fr. 628.– und setzte die Tagespauschale schliesslich auf Fr. 620.– fest, mit der Begründung, dass die Beschwerdegegnerin mit anderen Krankenversicherern, die rund 90.6 % der Versicherten repräsentieren würden, eine tarifliche Einigung in dieser Höhe gefunden habe.

D.
Gegen diesen Regierungsratsbeschluss erhoben 13 im Kanton Basel-Stadt tätige und an der Einkaufsgemeinschaft HSK beteiligte Krankenversicherer (nachfolgend: Beschwerdeführerinnen), vertreten durch die Helsana Versicherungen AG, mit Eingabe vom 16. April 2013 Beschwerde beim Bundesverwaltungsgericht und beantragten, dass Ziffer 1 des Dispositivs des angefochtenen Beschlusses aufzuheben und für die Beschwerdegegnerin die Tagespauschale für die stationäre muskuloskelettale Rehabilitation rückwirkend per 1. Januar 2012 auf Fr. 483.– festzusetzen sei. Eventualiter sei das Verfahren an die Vorinstanz zurückzuweisen, um den entscheidwesentlichen Sachverhalt zu vervollständigen (BVGer-act. 1). Die Beschwerdeführerinnen rügen eine Verletzung des Wirtschaftlichkeitsgebots und berufen sich im Wesentlichen auf einen Tarifvergleich von mittlerweile 23 Rehabilitationseinrichtungen im Bereich der muskuloskelettalen Rehabilitation, mit denen sie sich vertraglich auf Tarife in der Bandbreite von Fr. 360.– bis Fr. 538.– hätten einigen können.

E.
Der mit Zwischenverfügung vom 22. April 2013 bei den Beschwerdeführerinnen eingeforderte Kostenvorschuss in der Höhe von Fr. 4'000.– (BVGer-act. 2) wurde am 2. Mai 2013 geleistet (BVGer-act. 5).

F.
Die Beschwerdegegnerin beantragte in ihrer Beschwerdeantwort vom 12. Juni 2013 die Abweisung der Beschwerde, soweit darauf eingetreten werden könne, und die vollumfängliche Bestätigung des angefochtenen Beschlusses (BVGer-act. 7). Sie hielt im Wesentlichen fest, dass der festgesetzte Tarif nicht unwirtschaftlich sei, da er einerseits deutlich unter ihren ausgewiesenen Betriebskosten liege und andererseits dem Tarif entspreche, der mit verschiedenen anderen Krankenversicherungen in ausführlichen Verhandlungen ausgehandelt worden sei. Auf den von den Beschwerdeführerinnen erstellten Tarifvergleich könne nicht abgestellt werden, da er unvollständig und intransparent sei.

G.
Mit Vernehmlassung vom 12. Juni 2013 beantragte die Vorinstanz die vollumfängliche Abweisung der Beschwerde, soweit darauf eingetreten werden könne (BVGer-act. 8). Sie führte im Wesentlichen aus, dass der Tarifvergleich der Beschwerdeführerinnen aufgrund des fehlenden Datenmaterials nicht überprüfbar sei und daher nicht darauf abgestellt werde könne.

Der Regierungsrat habe selbst keine Handhabe, die Daten der ausserkantonalen Leistungserbringer einzuholen, um den Vergleich zu überprüfen. Weiter führt sie aus, dass ihr Vorgehen mit der Gewichtung der Tagespauschale auf der Basis der Marktanteile der Versicherer zu einem angemessenen Tarif führe und dem Verhandlungsprimat Rechnung trage.

H.
Das mit Instruktionsverfügung vom 30. August 2013 (BVGer-act. 10) zur Stellungnahme eingeladene Bundesamt für Gesundheit (BAG) nahm am 1. Oktober 2013 als Fachbehörde Stellung. Das BAG vertritt den Standpunkt, dass die Vorinstanz bei der Ermittlung der tarifrelevanten Betriebskosten (Anlagenutzungskosten und Abzug für Forschung und universitäre Lehre) nicht korrekt vorgegangen sei. Zudem sei die gesetzliche Vorgabe der Wirtschaftlichkeitsprüfung nicht erfüllt. Die Beschwerde sei daher teilweise gutzuheissen und die Angelegenheit an die Vorinstanz zur Neubeurteilung zurückzuweisen (BVGer-act. 11).

I.
In ihren abschliessenden Stellungnahmen vom 28. Oktober 2013 (BVGer-act. 13), vom 7. November 2013 (BVGer-act. 14) und vom 11. November 2013 (BVGer-act. 15) hielten die Beschwerdegegnerin, die Beschwerdeführerinnen und die Vorinstanz an ihren bereits gestellten Anträgen und Ausführungen fest.

J.
Mit Instruktionsverfügung vom 18. November 2013 wurde der Schriftenwechsel abgeschlossen (BVGer-act. 16).

K.
Auf entsprechende Aufforderung hin reichte die Vorinstanz am 4. Mai 2015 in den Vorakten fehlende Beilagen zum Tariffestsetzungsgesuch der Beschwerdegegnerin vom 12. April 2012 ein (BVGer-act. 18).

L.
Auf den weiteren Inhalt der Akten sowie der Rechtsschriften ist – soweit erforderlich – in den nachfolgenden Erwägungen einzugehen.

Das Bundesverwaltungsgericht zieht in Erwägung:

1.
Das Verfahren vor dem Bundesverwaltungsgericht richtet sich gemäss Art. 37 VGG und Art. 53 Abs. 2 Satz 1 KVG (SR 832.10) grundsätzlich nach den Vorschriften des VwVG. Vorbehalten bleiben allfällige Abweichungen des VGG und die besonderen Bestimmungen des Art. 53 Abs. 2 KVG.

2.
Nach Art. 53 Abs. 1 KVG kann gegen Beschlüsse der Kantonsregierungen nach Art. 47 KVG beim Bundesverwaltungsgericht Beschwerde geführt werden. Der angefochtene Regierungsratsbeschluss vom 12. März 2013 wurde gestützt auf Art. 47 Abs. 1 KVG erlassen. Das Bundesverwaltungsgericht ist deshalb zur Beurteilung der Beschwerde zuständig (vgl. auch Art. 90a Abs. 2 KVG). Die Beschwerdeführerinnen haben am vorinstanzlichen Tariffestsetzungsverfahren teilgenommen, sind als Adressatinnen durch den angefochtenen Regierungsratsbeschluss besonders berührt und haben insoweit an dessen Aufhebung beziehungsweise Abänderung ein schutzwürdiges Interesse (Art. 48 Abs. 1 VwVG). Sie sind daher zur Beschwerde legitimiert. Auf die frist- und formgerecht erhobene Beschwerde vom 16. April 2013 ist, nachdem auch der Kostenvorschuss rechtzeitig geleistet wurde, einzutreten (Art. 50 Abs. 1, Art. 52 Abs. 1 und Art. 63 Abs. 4 VwVG).

3.
Anfechtungsobjekt und damit Begrenzung des Streitgegenstandes des vorliegenden Beschwerdeverfahrens (BGE 136 II 457 E. 4.2) bildet der Regierungsratsbeschluss vom 12. März 2013, mit dem im Rahmen eines Tariffestsetzungsverfahrens nach Art. 47 Abs. 1 KVG hoheitlich ein Tarif in Form einer Tagespauschale für die muskuloskelettale Rehabilitation im Bethesda Spital für die in der Einkaufsgemeinschaft HSK vertretenen Krankenversicherer mit Wirkung ab 1. Januar 2012 auf Fr. 620.– festgesetzt wurde. Aufgrund der Rechtsbegehren strittig und im Folgenden vom Bundesverwaltungsgericht zu prüfen ist die Höhe der festgesetzten Tagespauschale.

4.

4.1 Die Beschwerdeführerinnen können im Rahmen des Beschwerdeverfahrens die Verletzung von Bundesrecht unter Einschluss des Missbrauchs oder der Überschreitung des Ermessens, die unrichtige oder unvollstän-

dige Feststellung des rechtserheblichen Sachverhalts sowie die Unangemessenheit des Entscheids beanstanden (Art. 49 VwVG). Tariffestsetzungsbeschlüsse nach Art. 47 KVG sind vom Bundesverwaltungsgericht mit voller Kognition zu überprüfen (Art. 53 Abs. 2 Bst. e KVG e contrario; BVGE 2010/24 E. 5.1).

4.2 Das Bundesverwaltungsgericht ist als Beschwerdeinstanz an die rechtliche Begründung der Begehren nicht gebunden (Art. 62 Abs. 4 VwVG). Nach dem Grundsatz der Rechtsanwendung von Amtes wegen kann es eine Beschwerde auch aus anderen als den geltend gemachten Gründen gutheissen oder den angefochtenen Entscheid im Ergebnis mit einer Begründung bestätigen, die von jener der Vorinstanz abweicht (vgl. MOSER/BEUSCH/KNEUBÜHLER, Prozessieren vor dem Bundesverwaltungsgericht, 2. Aufl. 2013, S. 24 Rz. 1.54).

4.3 Nach der Rechtsprechung hat auch eine Rechtsmittelbehörde, der volle Kognition zusteht, in Ermessensfragen einen Entscheidungsspielraum der Vorinstanz zu respektieren. Sie hat eine unangemessene Entscheidung zu korrigieren, kann aber der Vorinstanz die Wahl unter mehreren angemessenen Lösungen überlassen (vgl. BGE 133 II 35 E. 3). Das Bundesverwaltungsgericht hat daher nur den Entscheid der unteren Instanz zu überprüfen und sich nicht an deren Stelle zu setzen (vgl. BGE 126 V 75 E. 6). Insbesondere dann, wenn die Ermessensausübung, die Anwendung unbestimmter Rechtsbegriffe oder die Sachverhaltswürdigung hochstehende, spezialisierte technische, wissenschaftliche oder wirtschaftliche Kenntnisse erfordert, ist eine Zurückhaltung des Gerichts bei der Überprüfung vorinstanzlicher Bewertungen angezeigt (vgl. BGE 135 II 296 E. 4.4.3; 133 II 35 E. 3; 128 V 159 E. 3b/cc). Es stellt daher keine unzulässige Kognitionsbeschränkung dar, wenn das Gericht – das nicht als Fachgericht ausgestaltet ist – nicht ohne Not von der Auffassung der Vorinstanz abweicht, soweit es um die Beurteilung technischer, wissenschaftlicher oder wirtschaftlicher Spezialfragen geht, in denen die Vorinstanz über ein besonderes Fachwissen verfügt (vgl. BGE 139 II 185 E. 9.3; 135 II 296 E. 4.4.3; 133 II 35 E. 3 m.H.; BVGE 2010/25 E. 2.4.1 m.w.H.). Dies gilt jedenfalls, soweit die Vorinstanz die für den Entscheid wesentlichen Gesichtspunkte geprüft und die erforderlichen Abklärungen sorgfältig und umfassend durchgeführt hat (BGE 139 II 185 E. 9.3; 138 II 77 E. 6.4).

5.

5.1 Im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung haben die anerkannten Krankenkassen die Kosten für die Leistungen gemäss Art. 25 - 31 KVG nach Massgabe der in Art. 32 - 34 KVG festgelegten Voraussetzungen zu übernehmen (Art. 24 KVG). Die obligatorische Krankenpflegeversicherung übernimmt die Kosten für die Leistungen, die der Diagnose oder Behandlung einer Krankheit und ihrer Folgen dienen (Art. 25 Abs. 1 KVG). Diese Leistungen umfassen unter anderem die ärztlich durchgeführten oder angeordneten Massnahmen der medizinischen Rehabilitation (Art. 25 Abs. 2 Bst. d KVG) sowie den Aufenthalt im Spital entsprechend dem Standard der allgemeinen Abteilung (Art. 25 Abs. 2 Bst. e KVG).

5.2 Die medizinische Rehabilitation im Sinn von Art. 25 Abs. 2 Bst. d KVG schliesst an die eigentliche Krankheitsbehandlung an und bezweckt, die durch die Krankheit oder Behandlung selbst bewirkte Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit mit Hilfe medizinischer Massnahmen ganz oder teilweise zu beheben, oder sie dient insbesondere bei Chronischkranken der Erhaltung und allenfalls Verbesserung des verbliebenen Funktionsvermögens (BGE 126 V 323 E. 2c).

5.3 Anstalten oder deren Abteilungen, die der stationären Behandlung akuter Krankheiten oder der stationären Durchführung von Massnahmen der medizinischen Rehabilitation dienen (Spitäler), sind gemäss Art. 35 Abs. 1 und 2 Bst. h sowie Art. 39 Abs. 1 KVG zur Tätigkeit zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zugelassen, wenn sie, nebst der Erfüllung weiterer Voraussetzungen, der von einem oder mehreren Kantonen gemeinsam aufgestellten Planung für eine bedarfsgerechte Spitalversorgung entsprechen, wobei private Trägerschaften angemessen in die Planung einzubeziehen sind (Art. 39 Abs. 1 Bst. d KVG; Bedarfsdeckungs- und Koordinationsvoraussetzung), und auf der nach Leistungsaufträgen in Kategorien gegliederten Spitalliste des Kantons aufgeführt sind (Art. 39 Abs. 1 Bst. e KVG; Publizitäts- und Transparenzvoraussetzung; vgl. BGE 126 V 172 E. 2b mit Hinweisen).

6.

In Bezug auf die Vergütung von stationären Leistungen von Spitälern im Bereich der obligatorischen Krankenpflegeversicherung standen im in intertemporalrechtlicher Hinsicht massgebenden Zeitpunkt am 1. Januar 2012 (vgl. BGE 130 V 329 E. 2.3) folgende Bestimmungen in Kraft:

6.1 Die Vergütung der Leistungen der (zugelassenen) Leistungserbringer nach Art. 25 KVG erfolgt nach Tarifen oder Preisen (Art. 43 Abs. 1 KVG). Der Tarif ist eine Grundlage für die Berechnung der Vergütung; er kann namentlich als Zeittarif, Einzelleistungstarif oder Pauschaltarif ausgestaltet sein (Art. 43 Abs. 2 Bst. a - c KVG). Nach Art. 43 Abs. 4 KVG werden Tarife und Preise in Verträgen zwischen Versicherern und Leistungserbringern (Tarifvertrag) vereinbart oder in den vom Gesetz bestimmten Fällen von der zuständigen Behörde festgesetzt. Dabei ist auf eine betriebswirtschaftliche Bemessung und eine sachgerechte Struktur der Tarife zu achten. Leitgedanke für die Tarifgestaltung ist eine qualitativ hochstehende und zweckmässige gesundheitliche Versorgung zu möglichst günstigen Kosten (Art. 43 Abs. 6 KVG; BGE 131 V 133 E. 4). Der Tarifvertrag bedarf der Genehmigung durch die zuständige Kantonsregierung oder, wenn er in der ganzen Schweiz gelten soll, durch den Bundesrat. Die Genehmigungsbehörde prüft, ob der Tarifvertrag mit dem Gesetz und dem Gebot der Wirtschaftlichkeit und Billigkeit in Einklang steht (Art. 46 Abs. 4 KVG).

6.2 Nach Art. 43 Abs. 7 KVG kann der Bundesrat Grundsätze für eine wirtschaftliche Bemessung und eine sachgerechte Struktur sowie für die Anpassung der Tarife aufstellen. Gestützt darauf hat er Art. 59*c* KVV (SR 832.102) erlassen (in Kraft seit 1. August 2007; AS 2007 3573). Nach dessen Abs. 1 prüft die Genehmigungsbehörde (im Sinn von Art. 46 Abs. 4 KVG), ob der Tarifvertrag namentlich den folgenden Grundsätzen entspricht: Der Tarif darf höchstens die transparent ausgewiesenen Kosten der Leistung decken (Bst. a). Der Tarif darf höchstens die für eine effiziente Leistungserbringung erforderlichen Kosten decken (Bst. b). Ein Wechsel des Tarifmodells darf keine Mehrkosten verursachen (Bst. c). Gemäss Art. 59*c* Abs. 3 KVV sind diese Grundsätze bei Tariffestsetzungen nach Art. 47 KVG sinngemäss anzuwenden.

6.3 Kommt zwischen Leistungserbringern und Versicherern kein Tarifvertrag zustande, so setzt die Kantonsregierung nach Anhören der Beteiligten den Tarif fest (Art. 47 Abs. 1 KVG). Die Bestimmung, wonach die Kantonsregierung bei der Genehmigung von Tarifverträgen zu prüfen hat, ob diese mit dem Gesetz und den Geboten der Wirtschaftlichkeit und Billigkeit in Einklang stehen, gilt auch bei der Tariffestsetzung im vertragslosen Zustand nach Art. 47 KVG (BVGE 2010/25 E. 7).

6.4 Für Tarifverträge mit Spitälern (und Geburtshäusern) enthält das Gesetz in Art. 49 KVG eine Spezialregelung. Danach vereinbaren die Vertragsparteien Pauschalen für die Vergütung der stationären Behandlung

einschliesslich Aufenthalt und Pflegeleistungen. In der Regel sind Fallpauschalen festzulegen. Die Pauschalen sind leistungsbezogen und beruhen auf gesamtschweizerisch einheitlichen Strukturen. Die Vertragsparteien können vereinbaren, dass besondere diagnostische oder therapeutische Leistungen nicht in der Pauschale enthalten sind, sondern getrennt in Rechnung gestellt werden. Die Spitaltarife orientieren sich an der Entschädigung jener Spitäler, welche die tarifierte obligatorisch versicherte Leistung in der notwendigen Qualität effizient und günstig erbringen (Art. 49 Abs. 1 KVG). Die Pauschalen dürfen keine Kostenanteile für gemeinwirtschaftliche Leistungen enthalten. Dazu gehören insbesondere die Aufrechterhaltung von Spitalkapazitäten aus regionalpolitischen Gründen sowie die Forschung und universitäre Lehre (Art. 49 Abs. 3 KVG). Bei Spitalaufenthalten richtet sich die Vergütung nach Abs. 1, solange der Patient oder 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 nach Art. 50 KVG zur Anwendung (Art. 49 Abs. 4 KVG). Die Vergütungen nach Art. 49 Abs. 1 KVG werden vom Kanton und den Versicherern anteilsmässig übernommen (Art. 49*a* Abs. 1 KVG).

6.5 Art. 59*d* Abs. 4 KVV legt unter dem Titel «Leistungsbezogene Pauschalen» fest, dass der Bezug zur Leistung, der nach Art. 49 Abs. 1 KVG herzustellen ist, eine Differenzierung des Tarifs nach Art und Intensität der Leistung erlauben muss.

6.6 Nach Art. 49 Abs. 7 KVG müssen die Spitäler über geeignete Führungsinstrumente verfügen; insbesondere führen sie nach einheitlicher Methode zur Ermittlung ihrer Betriebs- und Investitionskosten und zur Erfassung ihrer Leistungen eine Kostenrechnung und eine Leistungsstatistik. Diese beinhalten alle für die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit, für Betriebsvergleiche, für die Tarifierung und für die Spitalplanung notwendigen Daten. Die Kantonsregierung und die Vertragsparteien können die Unterlagen einsehen.

6.6.1 Die Verordnung über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler, Geburtshäuser und Pflegeheime in der Krankenversicherung (VKL, SR 832.104) regelt nach deren Art. 1 Abs. 1 die einheitliche Ermittlung der Kosten und Erfassung der Leistungen im Spital- und Pflegeheimbereich. Zu den Zielen der Kosten- und Leistungserfassung gehören gemäss Art. 2 Abs. 1 VKL namentlich die Schaffung der Grundlagen für die Bestimmung der Leistungen und der Kosten der OKP in der stationären

Behandlung im Spital und im Geburtshaus (Bst. b) und die Ausscheidung der gemeinwirtschaftlichen Leistungen im Sinne von Art. 49 Abs. 3 KVG und von deren Kosten (Bst. g). Weiter sollen dadurch unter anderem Betriebsvergleiche, Tarifberechnungen und Wirtschaftlichkeitsprüfungen ermöglicht werden (Art. 2 Abs. 2 Bst. b, Bst. c und Bst. f VKL).

6.6.2 Art. 3 VKL definiert die stationäre Behandlung, Art. 7 VKL die Kosten für die universitäre Lehre und für die Forschung, Art. 8 VKL die Investitionen.

6.6.3 Die Ermittlung der Kosten und Erfassung der Leistungen ist im 3. Abschnitt (Art. 9 ff.) der VKL geregelt. Nach Art. 9 VKL müssen Spitäler, Geburtshäuser und Pflegeheime eine Kostenrechnung führen, in der die Kosten nach dem Leistungsort und dem Leistungsbezug sachgerecht ausgewiesen werden (Abs. 1). Die Kostenrechnung muss insbesondere die Elemente Kostenarten, Kostenstellen, Kostenträger und die Leistungserfassung umfassen (Abs. 2). Sie muss den sachgerechten Ausweis der Kosten für die Leistungen erlauben. Die Kosten sind den Leistungen in geeigneter Form zuzuordnen (Abs. 3). Das Eidgenössische Departement des Innern (Departement) kann nähere Bestimmungen über die technische Ausgestaltung der Kostenrechnung erlassen. Es hört dabei die Kantone, Leistungserbringer und Versicherer an (Abs. 6).

6.6.4 Art. 10 VKL trägt den Titel «Anforderungen an Spitäler und Geburtshäuser». Abs. 1 verpflichtet die Spitäler und Geburtshäuser, eine Finanzbuchhaltung zu führen. Spitäler müssen die Kosten der Kostenstellen nach der Nomenklatur der nach dem Anhang zur Verordnung vom 30. Juni 1993 über die Durchführung von statistischen Erhebungen des Bundes durchgeführten Krankenhausstatistik ermitteln (Abs. 2). Die Spitäler und Geburtshäuser müssen eine Lohnbuchhaltung führen (Abs. 3). Es ist eine Kosten- und Leistungsrechnung zu führen (Abs. 4). Zur Ermittlung der Kosten für Anlagenutzung müssen die Spitäler und Geburtshäuser eine Anlagebuchhaltung führen. Objekte mit einem Anschaffungswert von Fr. 10'000.– und mehr gelten als Investitionen nach Art. 8 VKL (Abs. 5).

6.6.5 Art. 10*a* VKL enthält unter dem Titel «Angaben der Spitäler und Geburtshäuser» weitere Vorgaben zur Anlagebuchhaltung, namentlich zur Bewertung von Anlagen (Abs. 2), zu den Abschreibungen (Abs. 3) sowie der kalkulatorischen Verzinsung (Abs. 4).

6.6.6 Nach Art. 15 VKL sind Spitäler, Geburtshäuser und Pflegeheime verpflichtet, die Unterlagen eines Jahres ab dem 1. Mai des Folgejahres zur Einsichtnahme bereitzuhalten. Zur Einsichtnahme berechtigt sind die Genehmigungsbehörden, die fachlich zuständigen Stellen des Bundes sowie die Tarifpartner.

7.

7.1 Voraussetzung für die vorinstanzliche Zuständigkeit zur Festsetzung des strittigen Tarifs ist ein Scheitern der Vertragsverhandlungen zwischen Versicherer und Leistungserbringer (Art. 47 Abs. 1 KVG). Als gescheitert im Sinn von Art. 47 Abs. 1 KVG können Vertragsverhandlungen allerdings nur dann bezeichnet werden, wenn vorgängig ernsthafte Vertragsverhandlungen geführt worden sind oder zumindest eine Verhandlungsgelegenheit vorhanden gewesen ist. Die Vorinstanz hat dies als Eintretensvor-aussetzung zu prüfen. Hier hat sie deren Vorliegen bejaht, wobei ihr diesbezüglich ein beachtlicher Ermessensspielraum zukommt (vgl. Urteil des BVGer C-8011/2009 vom 28. Juli 2011 E. 1.4; THOMAS BRUMANN, Der Tarifvertrag im Krankenversicherungsrecht, in: Jahrbuch zum Sozialversicherungsrecht 2012, S. 135 mit Hinweisen).

7.2 Die Beschwerdegegnerin hat in ihrem begründeten Tariffestsetzungsantrag vom 12. April 2012 der Vorinstanz mitgeteilt, dass zwischen ihr und der Einkaufsgemeinschaft HSK Tarifverhandlungen geführt worden, diese aber gescheitert seien (act. 3 S. 7). Da die Beschwerdeführerinnen dem nicht widersprochen haben und sich aus den Akten keine gegenteiligen Anhaltspunkte ergeben, ist davon auszugehen, dass genügend ernsthafte Vertragsverhandlungen geführt worden und diese gescheitert sind. Die Vorinstanz hat daher zu Recht gestützt auf Art. 47 Abs. 1 KVG nach Anhören der Beteiligten hoheitlich einen Tarif festgesetzt.

8.

Die Vorinstanz hat die Eidgenössische Preisüberwachung vorgängig zur Tariffestsetzung zur Stellungnahme eingeladen. Diese hat jedoch auf die Abgabe einer Empfehlung verzichtet. Damit wurde Art. 14 Abs. 1 PüG eingehalten. Von der Einladung der Eidgenössischen Preisüberwachung zur Einreichung einer Stellungnahme wurde im vorliegenden Beschwerdeverfahren abgesehen, da die Preisüberwachung in einem vergleichbaren Beschwerdeverfahren auf die Einreichung einer Stellungnahme mit der Begründung verzichtet hat, sie verzichte praxisgemäss auf eine Stellung-

nahme im Beschwerdeverfahren, wenn sie bereits im Tariffestsetzungsverfahren vor der Vorinstanz auf die Einreichung einer Stellungnahme verzichtet habe (siehe auch Instruktionsverfügung vom 28. Juni 2013, BVGer-act. 9).

9.

9.1 Die revidierten Bestimmungen des KVG zur Spitalfinanzierung (Änderung vom 21. Dezember 2007, AS 2008 2049) sind am 1. Januar 2009 in Kraft getreten. Gemäss Abs. 1 der Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 21. Dezember 2007 (Spitalfinanzierung) müssen die Einführung der leistungsbezogenen Pauschalen nach Art. 49 Abs. 1 KVG sowie die Anwendung der Finanzierungsregelung nach Art. 49*a* KVG mit Einschluss der Investitionskosten spätestens am 31. Dezember 2011 abgeschlossen sein. Während der Systemwechsel im Bereich der Akutsomatik per 1. Januar 2012 vollzogen und mit SwissDRG eine schweizweit einheitliche Tarifstruktur eingeführt wurde, fehlt eine solche im Bereich der stationären Rehabilitation. Im Auftrag der SwissDRG AG wird derzeit die national einheitliche und leistungsorientierte Tarifstruktur ST Reha entwickelt, die auf der Bildung von leistungs- und kostenhomogenen Gruppen basiert, welche die Art und die Intensität der Leistung pauschalisierend abbilden. Die schweizweite Einführung ist erst per 2018 geplant (Newsletter der SwissDRG AG, Stand 12.06.2014, www.swissdrg.org > Rehabilitation, abgerufen am 16. September 2015).

9.2 Die mit Urteilen des Bundesverwaltungsgerichts C-1698/2013 vom 7. April 2014 (BVGE 2014/3) und C-2283/2013 vom 11. September 2014 (BVGE 2014/36) im Zusammenhang mit der neuen Spitalfinanzierung aufgestellten Grundsätze betreffend Festsetzung eines Basisfallwerts für leistungsbezogene und auf der SwissDRG-Tarifstruktur beruhende Fallpauschalen können aufgrund der fehlenden schweizweit einheitlichen Tarifstruktur im Bereich der Rehabilitation auf den vorliegenden Fall nur beschränkt Anwendung finden, insbesondere was den Preisbildungsmechanismus aufgrund eines Vergleichs der schweregradbereinigten Fallkosten (benchmarking-relevante Basiswerte) der Spitäler anbelangt (vgl. BVGE 2014/3 E. 2.8.4.4). Für die Rehabilitation liegt – im Gegensatz zur Akutsomatik – noch keine Methode vor, mit der die unterschiedlichen Schweregrade der einzelnen Behandlungen sachgerecht abgebildet werden können, weshalb eine Preisbestimmung anhand eines Referenzwerts im Sinn von Art. 49 Abs. 1 Satz 5 KVG, der aufgrund eines Benchmarkings der

schweregradbereinigten Fallkosten bestimmt wird, vorliegend nicht möglich ist (vgl. Urteil des BVGer C-3133/2013 vom 24. August 2015 E. 8.2 zur Tarifbildung in der stationären Psychiatrie).

9.3 Es wird von keiner Partei beanstandet, dass die Vorinstanz den umstrittenen Tarif in Form einer Tagespauschale festgelegt hat. Art. 49 Abs. 1 KVG schreibt für die Abgeltung von stationären Leistungen in Spitälern oder Geburtshäusern vor, dass (nur) in der Regel Fallpauschalen festzulegen sind. Gemäss dem Wortlaut dieser Bestimmung, ist die Einführung von Fallpauschalen somit nicht zwingend, weshalb in bestimmten Bereichen ausserhalb der akutsomatischen Behandlung auch die Festlegung von Tagespauschalen nicht ausgeschlossen ist (vgl. Botschaft des Bundesrates vom 15. September 2004 betreffend Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung [Spitalfinanzierung], BBl 2004 5577; Kommentar des BAG zur Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung [KVV], Änderungen per 1. Januar 2009, S. 11; vgl. auch BEATRICE GROSS HAWK, Leistungserbringer und Tarife in verschiedenen Sozialversicherungszweigen, in: Recht der sozialen Sicherheit, 2014, S. 1228 Rz. 34.64). Insofern ist die (Weiter-)Verwendung des bisherigen Tarifsystems mit Tagespauschalen im Bereich der Rehabilitation – gleich wie auch im Bereich der stationären Psychiatrie (vgl. Urteil des BVGer C-1632/2013 vom 5. Mai 2015 E. 8.3) – nicht zu beanstanden.

9.4 Die Vorinstanz hat zur Bestimmung der umstrittenen Tagespauschale zunächst einen kostenbasierten Tarif gestützt auf die spitalindividuellen Kosten der Beschwerdegegnerin ermittelt und diesen sodann unter dem Titel der Wirtschaftlichkeitsprüfung zunächst anhand eines gewichteten Tarifs plausibilisiert und dann auf die Höhe des Tarifs reduziert, den die Beschwerdegegnerin mit anderen Krankenversicherern vertraglich vereinbart hat. Wenn wie hier im Bereich der stationären Rehabilitation (noch) keine schweizweit einheitliche Tarifstruktur im Sinn von Art. 49 Abs. 1 Satz 2 KVG zur Verfügung steht und die Preisbestimmung anhand eines Referenzwertes nicht möglich ist, ist in einem ersten Schritt die Orientierung des Tarifs an den eigenen Betriebskosten des Spitals einstweilen noch zu akzeptieren. Die ausgewiesenen spitalindividuellen Betriebskosten sind aber einer strengen Prüfung zu unterziehen. Es ist insbesondere sicherzustellen, dass alle nicht tarifrelevanten Kosten ausgeschieden sind und dass die Kosten einer effizienten Leistungserbringung entsprechen. Insofern kommen auch Normabzüge (wie Intransparenz- und Ineffizienzabzüge) in Betracht, die nicht primär auf die «objektive Kostenwahrheit» ausgerichtet sind, sondern gestützt auf die altrechtlichen Regeln der Spitalfinanzierung

zur Vermeidung von Überentschädigungen entwickelt wurden (vgl. dazu BVGE 2014/36 E. 6.4). Der festzusetzende Tarif hat sich aber dennoch am Tarif derjenigen Spitäler zu orientieren, welche die tarifierte obligatorisch versicherte Leistung in der notwendigen Qualität effizient und günstig erbringen (Art. 49 Abs. 1 Satz 5 KVG). In einem zweiten Schritt ist daher zumindest eine Wirtschaftlichkeitsprüfung durch Vergleich des spitalindividuell ermittelten Tarifs mit den Tarifen anderer Spitäler vorzunehmen (vgl. C-3133/2013 E. 8.4).

9.5 Im Folgenden sind in einem ersten Schritt die herangezogenen Grundlagen für die Tarifberechnung zu prüfen (E. 10). Danach ist zu klären, ob die vorinstanzliche Berechnung der tarifrelevanten Betriebskosten der Beschwerdegegnerin mit Art. 49 KVG und den Vorgaben der VKL in Einklang stehen (E. 11-14). Schliesslich ist zu prüfen, ob das Vorgehen der Vorinstanz vor dem Wirtschaftlichkeitsgebot standhält (E. 15).

10.

10.1 Die Vorinstanz hat als Berechnungsgrundlage für die Ermittlung der tarifrelevanten Betriebskosten den von der Beschwerdegegnerin eingereichten ITAR_K-Auszug Version 1.0 mit den Daten aus dem Jahr 2010 verwendet, was weder umstritten noch angesichts der Bedeutung und der Verbreitung, welche REKOLE® und ITAR_K zwischenzeitlich erlangt haben, zu beanstanden ist. Zu prüfen ist jedoch, ob einzelne in diesen Modellen enthaltene Berechnungsvorgaben gesetzeskonform sind (BVGE 2014/3 E. 3.4.3). Für die Ermittlung der kostenbasierten Tagespauschale hat die Vorinstanz den Kostenträger «Rehabilitation KVG» herangezogen. Ausgangslage bildete das «Total Kosten gemäss BeBu, Stückrechnung (stationär)» von Fr. 1'863'463.–. Diese wurden um die Anlagenutzungskosten von Fr. 268'606.– bereinigt, was Nettobetriebskosten I in der Höhe von Fr. 1'594'862.– ergibt. Dieser Wert wird von den Beschwerdeführerinnen nicht bestritten und wurde von ihnen ebenfalls als Ausgangswert für die eigene Berechnung der tarifrelevanten Kosten verwendet (act. 10 S. 11).

10.2 Der Grundsatz, wonach ein Tarif auf den Ergebnissen einer vorangegangenen Rechnungsperiode beruhen muss, die im Zeitpunkt des Vertragsabschlusses vorliegen, ergibt sich im Unterschied zum früheren Recht (vgl. aArt. 49 Abs. 1 Satz 3 KVG; BVGE 2012/18 E. 6.2.2) zwar nicht mehr aus dem Gesetzeswortlaut, gilt aber auch unter der Herrschaft des revidierten KVG (BVGE 2014/3 E. 3.5). Für die Berechnung des Tarifs für das

Jahr 2012 hat die Vorinstanz daher zu Recht auf die Kostendaten des Jahres 2010 abgestellt. Zudem hat ebenso der Grundsatz, wonach die ausgewiesenen Betriebskosten für OKP-relevante stationäre Leistungen (vgl. BVGE 2010/62 E. 4.12.1) Grundlage für die Tarifberechnungen bilden, unter der neuen Spitalfinanzierung weiterhin Gültigkeit (BVGE 2014/3 E. 3.6.3).

11.
Zu prüfen ist im Folgenden die Höhe der mit der Tagespauschale abzugeltenden Anlagenutzungskosten.

11.1 Die Kosten von Mobilien, Immobilien und sonstigen Anlagen (Anlagenutzungskosten), die zur Behandlung von OKP-Versicherten betriebsnotwendig sind, sind nach dem System der neuen Spitalfinanzierung mit den umstrittenen Tagespauschalen abzugelten (vgl. C-1632/2013 E. 11.1 mit Hinweisen). Als betriebsnotwendig gelten jene Anlagen, welche zur Erfüllung des Leistungsauftrags erforderlich sind. Anlagen für Nebenbetriebe (Cafeteria, Schule usw.) und die im Zusammenhang mit der Erfüllung des Leistungsauftrags nicht notwendigen Anteile an Grundstücken gelten beispielsweise nicht als betriebsnotwendig (vgl. Kommentar des BAG zur Verordnung vom 3. Juli 2002 über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler, Geburtshäuser und Pflegeheime in der Krankenversicherung [VKL], Änderungen per 1. Januar 2009 [nachfolgend: Kommentar BAG zur VKL-Revision 2009], S. 5).

11.2 Nach Art. 10 Abs. 5 VKL müssen Spitäler und Geburtshäuser zur Ermittlung der Kosten für Anlagenutzung eine Anlagebuchhaltung führen. Objekte mit einem Anschaffungswert von Fr. 10'000.– oder mehr gelten als Investitionen nach Art. 8 VKL und müssen in die Anlagebuchhaltung aufgenommen werden (vgl. Kommentar BAG zur VKL-Revision 2009, S. 5). Die Anlagebuchhaltung muss für jede Anlage mindestens die Angaben über das Anschaffungsjahr, die geplante Nutzungsdauer in Jahren, den Anschaffungswert, den Buchwert der Anlage am Anfang des Jahres, den Abschreibungssatz, die jährliche Abschreibung, den Buchwert der Anlage am Ende des Jahres, den kalkulatorischen Zinssatz, den jährlichen kalkulatorischen Zins sowie die jährlichen Anlagenutzungskosten als Summe der jährlichen Abschreibungen und der jährlichen kalkulatorischen Zinsen enthalten (Art. 10*a* Abs. 1 VKL).

11.3 Damit die Investitionskosten für die obligatorische Krankenpflegeversicherung nach einheitlicher Methode ermittelt werden und die Angaben

vergleichbar sind, enthält die VKL Vorgaben für die Bewertung der Anlagen und die Ermittlung der Anlagenutzungskosten, namentlich zur Bewertung der Investitionen (Art. 10*a* Abs. 2 VKL), deren Abschreibung (Art. 10*a* Abs. 3 VKL) und der kalkulatorischen Zinsen (Art. 10*a* Abs. 4 VKL). Solche Vorgaben sind erforderlich, weil die ausgewiesenen Kosten als Grundlage für die Tarifermittlung herangezogen werden und der Vergleich der Wirtschaftlichkeit der Spitäler erleichtert werden soll (vgl. Kommentar BAG zur VKL-Revision 2009, S. 2 f. und 5).

11.4 Gemäss den Schlussbestimmungen der Änderung der VKL vom 22. Oktober 2008 können die vor dem Übergang zur Vergütung der Spitäler mittels leistungsbezogenen Pauschalen getätigten Investitionen in die Kostenermittlung miteinbezogen werden, wenn im Zeitpunkt des Übergangs eine Anlage mit ihrem aktuellen Buchwert in der Anlagebuchhaltung des Spitals erfasst ist (Abs. 1). Im Zeitpunkt des Übergangs darf der Buchwert nach Abs. 1 den Buchwert nicht übersteigen, der durch die Wertermittlung nach Art. 10*a* VKL zustande gekommen wäre (Abs. 2). Die Abschreibung erfolgt vom Buchwert mit der geplanten Restnutzungsdauer. Die kalkulatorischen Zinsen berechnen sich mittels Durchschnittswertmethode, wobei der Anschaffungswert durch den Buchwert im Zeitpunkt des Übergangs ersetzt wird (Abs. 3).

11.5 Abs. 4 der Schlussbestimmungen der Änderungen der KVV vom 22. Oktober 2008 sieht vor, dass in Abweichung von den Schlussbestimmungen der Änderung der VKL vom 22. Oktober 2008 im Jahr 2012 die Abgeltung der Anlagenutzungskosten im Falle eines Vergütungsmodells vom Typus DRG mittels eines Zuschlags von 10 % auf den in den Tarifverträgen verhandelten Basispreisen erfolgt (vgl. Kommentar des BAG vom 2. November 2011 zu den per 1. Dezember 2011 eingeführten Änderungen der KVV, S. 3 f.; BVGE 2014/36 E. 4.9.5).

11.6 Die Beschwerdegegnerin hat im ITAR_K auf dem Kostenträger «Rehabilitation KVG» einen Anlagenutzungskostenabzug von Fr. 268'606.– ausgewiesen (ITAR_K Zeile 24). Die Vorinstanz hat darauf abgestellt und für die Anlagennutzungskosten sodann einen pauschalen Zuschlag von Fr. 70.– je Leistungseinheit (Pflegetag) gemäss der Notiz der GDK «Anlagenutzungskosten Psychiatrie und Rehabilitation» vom 29. September 2011 vorgenommen. Im angefochtenen Beschluss hat sie festgehalten, dass die Beschwerdegegnerin für die Anlagenutzungskosten in der Kos-

tenträgerrechnung einen Abzug von rund 14 % (Fr. 268'606.–) auf den Betriebskosten vorgenommen habe, weshalb ein pauschaler Zuschlag in der Höhe von Fr. 70.– gerechtfertigt sei.

11.7 Nicht zu beanstanden ist, dass die Vorinstanz die Abgeltung der Anlagenutzungskosten nicht in Form eines pauschalen Zuschlags von 10 % vorgenommen hat, wie er im Bereich der Akutsomatik angewendet wird und wie er von den Beschwerdeführerinnen für die Berechnung der tarifrelevanten Kosten verwendet wurde. Aufgrund des klaren Wortlauts von Abs. 4 der Schlussbestimmungen der Änderungen der KVV vom 22. Oktober 2008 kommt diese Regelung nur bei einem Vergütungsmodell vom Typus DRG zur Anwendung, was vorliegend nicht der Fall ist (vgl. C-1632/2013 E. 11.7). Eine analoge Anwendung dieser Bestimmung auf die Tagespauschalen im Bereich der Rehabilitation erscheint nicht angezeigt. Die Begründung für einen pauschalen Zuschlag für die Anlagenutzungskosten im Bereich der Akutsomatik liegt darin, dass eine fallbezogene Zuordnung der Anlagenutzungskosten deren Einbezug in die Tarifstruktur bzw. Kostengewichte voraussetzt, was jedoch erst mit der SwissDRG Version 4.0 für 2015 möglich sein wird. Daher soll den Versicherern und Leistungserbringern in der Zwischenzeit die Möglichkeit gegeben werden, einen prozentualen Zuschlag auf den verhandelten Basispreisen vorzunehmen (vgl. Kommentar des BAG vom 2. November 2011 zu den per 1. Dezember 2011 eingeführten Änderungen der KVV, S. 3 f.; vgl. auch Empfehlungen der GDK zur Wirtschaftlichkeitsprüfung, S. 4). Hier steht jedoch keine fallspezifische Zuordnung der Anlagenutzungskosten bzw. deren Einbezug in die Tarifstruktur zur Diskussion (C-3133/2013 E. 12.7.1).

11.8 Wie das BAG zu Recht vorbringt, sind für die Ermittlung der tarifrelevanten Kosten die transparent und den Anforderungen der VKL entsprechend ausgewiesenen Anlagenutzungskosten zu berücksichtigen und sodann auf den einzelnen Pflegetag umzulegen. Hinsichtlich der von der Beschwerdegegnerin im ITAR_K auf dem Kostenträger «Rehabilitation KVG» ausgewiesenen Anlagenutzungskosten in der Höhe von Fr. 268'606.– ist es jedoch nicht nachvollziehbar, nach welcher Methode diese Kosten ermittelt wurden. Eine Anlagebuchhaltung im Sinn von Art. 10 Abs. 5 VKL wurde weder von der Beschwerdegegnerin eingereicht noch von der Vorinstanz einverlangt, obwohl die VKL den Spitälern seit 2003 die Führung einer Anlagebuchhaltung vorschreibt und seit 2009 zusätzliche Anforderungen an den Ausweis der Anlagenutzungskosten bestehen (vgl. Antwort des Bundesrats vom 5. September 2012 auf die Interpellation von Ständerätin Pascale Bruderer Wyss Nr. 12.3453, Unterschiedliche Prinzipien der

neuen Spitalfinanzierung). Auf die im ITAR_K ausgewiesenen Anlagenutzungskosten kann nicht ohne Weiteres abgestellt werden, da die Vorgaben der VKL zum Teil von den betriebsbuchhalterischen Grundsätzen diesbezüglich abweichen und aus diesem Grund nicht in allen Punkten mit REKOLE® kompatibel sind (vgl. PASCAL BESSON, REKOLE® – Betriebliches Rechnungswesen im Spital, 3. Aufl. 2008, S. 147 f.; vgl. C-1632/2013 E. 11.8.3). Daher kann auf im ITAR_K ausgewiesene Anlagenutzungskosten nur abgestellt werden, wenn sichergestellt ist, dass diese den Vorgaben der VKL entsprechen, was hier jedoch nicht überprüft wurde. Da in die Betriebsrechnung die kalkulatorischen Anlagenutzungskosten einfliessen, hat gegenüber der Finanzbuchhaltung eine entsprechende Abgrenzung zu erfolgen (vgl. Empfehlungen zur Wirtschaftlichkeitsprüfung der GDK vom 12. Juli 2012, S. 4). Die vorgenommene sachliche Abgrenzung von der Finanzbuchhaltung (Fr. 8'816'339.–) zur Betriebsbuchhaltung (Fr. 9'402'277.–) in der Höhe von Fr. 671'850.– ist anhand der vorliegenden Unterlagen nicht nachvollziehbar und wurde von der Vorinstanz ebenfalls nicht überprüft. Insgesamt ist daher festzuhalten, dass kein rechtskonformer Ausweis der Anlagenutzungskosten des Jahres 2010 vorliegt und nicht ersichtlich ist, dass die Vorinstanz versucht hat, die effektiven Anlagenutzungskosten gemäss den Vorgaben der VKL zu eruieren, bevor sie den Pauschalzuschlag gemäss den Empfehlungen der GDK in der Höhe von Fr. 70.– pro Tag vorgenommen hat. Auf die im ITAR_K ausgewiesenen Anlagenutzungskosten kann für die Berechnung der tarifrelevanten Kosten somit nicht abgestellt werden.

11.9 Aus dem Dargelegten folgt, dass die Beschwerdegegnerin die geltend gemachten Anlagenutzungskosten nicht nach den Vorgaben der VKL ausgewiesen hat, sie aber entsprechend den einschlägigen Gesetzes- und Verordnungsbestimmungen in der Lage sein müsste, die Anlagenutzungskosten des Jahres 2010 nachzuweisen. Die Vorinstanz hat diese Daten bei der Beschwerdegegnerin nicht eingefordert, obwohl sie dazu verpflichtet gewesen wäre (BVGE 2014/3 E. 3.6.3). Der Sachverhalt erweist sich demnach als unvollständig abgeklärt. Es obliegt daher der Vorinstanz, die einschlägigen Daten von der Beschwerdegegnerin zu verlangen, die Anlagenutzungskosten betreffend die Leistungserbringung zulasten der obligatorischen Grundversicherung zu ermitteln und sicherzustellen, dass keine Überentschädigung zulasten der obligatorischen Grundversicherung resultiert.

12.
Zu prüfen ist im Folgenden der Abzug für Forschung und universitäre Lehre.

12.1 Laut Art. 49 Abs. 3 KVG dürfen die Vergütungen nach Art. 49 Abs. 1 KVG keine Kostenanteile für gemeinwirtschaftliche Leistungen enthalten, wozu insbesondere die Forschung und universitäre Lehre gehören. Der neue Art. 49 Abs. 3 Bst. b KVG schliesst nur noch die *universitäre* Lehre und – wie bisher – die nicht-universitäre und die universitäre Forschung aus, währendem aArt. 49 Abs. 1 KVG auch die Kosten für die nicht-universitäre Lehre ausschloss. Die Kosten der nicht-universitären Lehre sind nach neuem Recht in den von der OKP zu leistenden Vergütungen enthalten und daher in die Tagespauschale einzubeziehen.

12.2 Nach Art. 7 Abs. 1 VKL gelten als Kosten für die universitäre Lehre nach Art. 49 Abs. 3 Bst. b KVG die Aufwendungen für die theoretische und praktische Ausbildung der Studierenden eines im Bundesgesetz über die Medizinalberufe geregelten Medizinalberufes bis zum Erwerb des eidgenössischen Diploms (Bst. a) sowie die Weiterbildung der Studierenden nach Buchstabe a bis zur Erlangung des eidgenössischen Weiterbildungstitels (Bst. b). Mit Blick auf das Ziel einer einheitlichen Ausscheidung von Kosten für universitäre Lehre rechtfertigt es sich, Art. 49 Abs. 3 Bst. b KVG in dem Sinne auszulegen, dass nur die Kosten für erteilte Aus- und Weiterbildung im Sinn von Art. 7 Abs. 1 Bst. a und b VKL als gemeinwirtschaftliche Leistungen auszuscheiden sind, solange der Verordnungsgeber keine abweichenden Vorschriften erlässt (BVGE 2014/3 E. 6.6.3; BVGE 2014/36 E. 16).

12.3 Als Kosten für die Forschung nach Art. 49 Abs. 3 KVG gelten die Aufwendungen für systematische schöpferische Arbeiten und experimentelle Entwicklung zwecks Erweiterung des Kenntnisstandes sowie deren Verwendung mit dem Ziel, neue Anwendungsmöglichkeiten zu finden. Darunter fallen Projekte, die zur Gewinnung wissenschaftlicher Erkenntnisse sowie zur Verbesserung der Prävention, der Diagnostik und Behandlung von Krankheiten ausgeführt werden (Art. 7 Abs. 2 VKL).

12.4 Als Kosten für die universitäre Lehre und für die Forschung gelten auch die indirekten Kosten sowie die Aufwendungen, die durch von Dritten finanzierte Lehr- und Forschungstätigkeiten verursacht werden (Art. 7 Abs. 3 VKL).

12.5 Die Spitäler sind verpflichtet, die Kosten der OKP-pflichtigen Leistungen transparent auszuweisen. Dies ist nur möglich, wenn auch die Kosten für nicht OKP-pflichtige Leistungen transparent ausgeschieden werden (vgl. BVGE 2014/3 E. 6.4). Sowohl durch die Spitäler als auch durch die Festsetzungs- und Genehmigungsbehörde ist daher sicherzustellen, dass transparent und nachvollziehbar dargestellt wird, mit welcher Methode und in welcher Höhe diese Kostenanteile abgegrenzt wurden. ITAR_K sieht für die universitäre Lehre und Forschung eigene Kostenträger vor, und auch die GDK empfiehlt die Erfassung dieser Kosten auf einem separaten Kostenträger. Soweit die entsprechenden Kostenträger nicht alle Kosten für universitäre Lehre und Forschung enthielten, müsse ein entsprechender Abzug auf dem Kostenträger «Stationäre Leistungen KVG» vorgenommen werden (vgl. GDK-Empfehlungen zur Wirtschaftlichkeitsprüfung S. 4 f.). Auch im Verwaltungsverfahren zur Festsetzung oder Genehmigung von Spitaltarifen muss für die Parteien transparent nachvollziehbar sein, wie die nicht OKP-pflichtigen Kosten ausgeschieden wurden (vgl. BVGE 2014/36 E. 16.1.4). Zur Ausscheidung der gemeinwirtschaftlichen Leistungen sind die tatsächlichen Kosten der universitären Lehre und Forschung möglichst realitätsnahe zu ermitteln oder datenbasiert abzuschätzen. Den Spitälern steht es nicht frei, ob sie die Kosten für universitäre Lehre und Forschung ausscheiden wollen oder einen normativen Abzug bevorzugen (BVGE 2014/3 E. 6.4.4).

12.6 Gemäss den vorliegenden Akten führt die Beschwerdegegnerin im ITAR_K keinen Kostenträger für Forschung und universitäre Lehre. Sie hat auf den akut-stationären Kostenträgern subsidiäre Abzüge für universitäre Lehre und Forschung vorgenommen, auf dem Kostenträger «Rehabilitation KVG» dagegen keinen Abzug für Kosten der Forschung und universitäre Lehre getätigt. Die Vorinstanz hat auf diesen Kostenausweis abgestellt und akzeptiert, dass im vorliegenden Fall kein Abzug für Forschung und universitäre Lehre im Bereich der Rehabilitation vorgenommen wurde. Die Beschwerdeführerinnen äussern sich in ihrer Beschwerde nicht ausdrücklich zum Abzug für Forschung und universitäre Lehre, haben jedoch bei ihrer eigenen Berechnung der tarifrelevanten Betriebskosten einen normativen Abzug von 2 % auf der Tagespauschale vorgenommen (act. 10 S. 11). Das BAG kritisiert das Vorgehen der Vorinstanz als nicht VKL-konform und ist der Ansicht, dass die Anwendung eines Abzugssatzes entsprechend den ab 2012 geltenden Empfehlungen der Preisüberwachung erforderlich sei.

12.7 Die Beschwerdegegnerin hat weder in ihrem Tariffestsetzungsantrag noch im Beschwerdeverfahren begründet, weshalb sie im Bereich der Rehabilitation keinen Abzug für Forschung und universitäre Lehre vorgenommen hat. Aus den Akten und dem angefochtenen Beschluss ist zudem nicht ersichtlich, dass die Vorinstanz abgeklärt hätte, ob bei der Beschwerdegegnerin im Bereich der Rehabilitation Kosten für Forschung und universitäre Lehre anfallen und wie hoch diese sind. Auf der Homepage der Beschwerdegegnerin finden sich Hinweise darauf, dass auch im Bereich der Rehabilitation Assistenzärzte tätig sind (vgl. http://bethesda-spital.ch > Karriere > Aus- und Weiterbildung > Assistenzarztstellen, abgerufen am 28. Juli 2015) und damit Kosten für erteilte Weiterbildung anfallen. Unter diesen Umständen ist der für die Bestimmung des Abzugs für Forschung und universitäre Lehre nötige nachvollziehbare und transparente Kostenausweis mit dem eingereichten ITAR_K-Auszug nicht erbracht. Darauf kann daher nicht abgestellt werden.

12.8 Aufgrund der VKL- und REKOLE®-Vorgaben müsste die Beschwerdegegnerin grundsätzlich in der Lage sein, die für die Kostenausscheidung massgebenden Daten zu liefern (vgl. BVGE 2014/3 E. 6.5). Diese wurden von der Vorinstanz jedoch nicht verlangt. Was die Kosten für Forschung und universitäre Lehre betrifft, erweist sich der Sachverhalt demnach ebenfalls als unvollständig abgeklärt.

12.9 Ein normativ bestimmter Abzug für die entstandenen Kosten der Forschung und universitären Lehre wäre allenfalls dann vorzunehmen, wenn es der zuständigen Kantonsbehörde nicht gelingen sollte, vom betreffenden Spital die entscheiderheblichen (transparenten) Daten zu erhalten. In diesem Fall müsste der normative Abzug so angesetzt sein, dass das Spital mit Sicherheit keinen Vorteil daraus ziehen kann, dass es – entgegen den Vorschriften – keine transparenten Daten eingereicht hat (vgl. C-1632/2013 E. 12.13). Wie hoch dieser Normabzug anzusetzen wäre, ist vorliegend nicht zu beurteilen.

13.

Im Folgenden ist noch kurz auf weitere (nicht umstrittene) Positionen des Kostenausweises der Beschwerdegegnerin einzugehen.

13.1 Auf dem von der Beschwerdegegnerin eingereichten ITAR_K-Kostenausweis wurden die Erträge aus den Kontengruppen 65 und 66 lediglich auf die akut-stationären Kostenträger, nicht jedoch auf den Kostenträger

«Rehabilitation KVG» umgelegt (ITAR_K Zeilen 25 und 26). Dieses Vorgehen wurde weder von der Beschwerdegegnerin begründet noch von der Vorinstanz überprüft. Daher kann nicht ausgeschlossen werden, dass die Umlage auf die einzelnen Kostenträger nicht korrekt erfolgt ist. An dieser Stelle ist zudem darauf hinzuweisen, dass nach der Rechtsprechung die Erträge der Kontengruppe 65 zu 100 % in Abzug zu bringen sind, sofern (wie hier) ein Spital diesbezüglich auf eine exakte Kostenausscheidung verzichtet und eine Gewinnmarge nicht bewiesen werden kann (BVGE 2014/3 E. 4.3).

13.2 Die Beschwerdegegnerin hat die Hotellerie-Mehrkosten für Zusatzversicherte ohne Begründung nur auf den akut-stationären Kostenträgern in Abzug gebracht, nicht jedoch im Bereich der Rehabilitation (ITAR_K Zeile 31). Da zur Bestimmung der Tagespauschale die Mehrkosten der Behandlung von Zusatzversicherten (insbesondere Hotellerie) nicht berücksichtigt werden dürfen (vgl. BVGE 2014/3 E. 3.7), hätte die Vorinstanz dieses Vorgehen überprüfen müssen. Unter diesen Umständen kann nicht ausgeschlossen werden, dass dem Kostenträger «Rehabilitation KVG» auch von halbprivat oder privat versicherten Patienten verursachte Mehrkosten belastet wurden, weshalb der ITAR_K-Kostenausweis der Beschwerdegegnerin auch diesbezüglich die Anforderungen an eine transparente Ausscheidung der nicht OKP-pflichtigen Leistungen nicht erfüllt.

13.3 Schliesslich fällt auf, dass bei der Berechnung der tarifrelevanten Kosten kein Teuerungszuschlag vorgenommen wurde. Für die Tarifberechnung kann jedoch die gewichtete Teuerung für das Jahr x-1 bzw. vorliegend für das Jahr 2011 berücksichtigt werden. Dabei ist für den Personalaufwand auf den Nominallohnindex 2011 und für den Sachaufwand auf den Landesindex der Konsumentenpreise (LIK) 2011 abzustellen (BVGE 2014/3 E. 8.1). Bei den ausgewiesenen Werten für die Lohnteuerung von + 1 % und der allgemeinen Teuerung (LIK) von + 0.2 % und einer Gewichtung von 70 % (Lohnteuerung) zu 30 % (allgemeine Teuerung), ist eine Teuerung von 0.76 % zu berücksichtigen.

14.

Als Zwischenergebnis ist festzuhalten, dass der Kostenausweis der Beschwerdegegnerin und die gestützt darauf von der Vorinstanz vorgenommene Berechnung der tarifrelevanten Betriebskosten den Vorgaben von Art. 49 KVG und der VKL nicht entsprechen. Gestützt darauf kann folglich kein gesetzeskonformer Tarif festgelegt werden.

15.
Weiter ist zu prüfen, ob die von der Vorinstanz vorgenommene Wirtschaftlichkeitsprüfung rechtskonform ist.

15.1 Die Vorinstanz hält im angefochtenen Beschluss fest, dass sie auf ein eigentliches Benchmarking verzichtet habe, weil für die Tarife im Bereich der Rehabilitation bis jetzt keine schweizweit einheitliche leistungsorientierte Tarifstruktur bestehe und damit in einem Tarifsystem auf der Basis von Pflegetagen keine Schweregrade abgebildet werden könnten. Es sei deshalb einzig auf die pro Spital errechneten tarifrelevanten Betriebskosten und Leistungseinheiten (Pflegetage) abgestellt worden. Zur Orientierung hat die Vorinstanz einen «gewichteten Tarif» von Fr. 628.– berechnet, wozu einerseits der mit anderen Krankenversicherern vereinbarte Tarif (Fr. 620.–) entsprechend dem Marktanteil dieser Versicherungen in Basel-Stadt (90.6 %) und andererseits der «kostenbasierte Tarif» (Fr. 702.–) entsprechend dem Marktanteil der Beschwerdeführerinnen (9.4 %) berücksichtigt wurde. Die Festsetzung des Tarifs in der Höhe von Fr. 620.– wurde schliesslich damit begründet, dass die Beschwerdegegnerin mit Versicherern, die rund 90.6 % der Versicherten repräsentieren würden, eine tarifliche Einigung bei Fr. 620.– gefunden habe und der Tarif nicht höher als auf dieser vertraglich vereinbarten Höhe festgesetzt werden soll.

15.2 Die Beschwerdeführerinnen kritisieren, dass bei der Tarifgestaltung die Marktanteile der Versicherer berücksichtigt werden. Hierzu bestehe einerseits keine gesetzliche Grundlage und andererseits bleibe die jeweilige Kostensituation der Leistungserbringer und damit die Frage der Wirtschaftlichkeit völlig unberücksichtigt. Ein unwirtschaftlicher Tarif werde nicht wirtschaftlich, wenn er in einem Kanton von 90.6 % der Versicherer akzeptiert werde. Weiter verstosse die Festsetzung des Tarifs auf gleicher Höhe wie die Vertragstarife der anderen Einkaufskooperationen auch deshalb gegen das Gesetz, weil bei einem vertraglich ausgehandelten Tarif systemimmanent und gestützt auf die Vertragsautonomie ein grosses Ermessen zum Zug komme, welches in einem Festsetzungsverfahren nicht berücksichtigt werden dürfe. Die Beschwerdeführerinnen verlangen, dass stattdessen auf ihren eigenen Tarifvergleich abzustellen sei. Sie hätten sich mit 23 der 26 Leistungserbringer, die muskuloskelettale Rehabilitation anbieten bzw. getrennt ausweisen würden, auf Tagespauschalen im Bereich von Fr. 360.– bis Fr. 538.– einigen können. Das zeige, dass die Festsetzung der Tagespauschale in der Höhe von Fr. 620.– nicht mit dem Gebot der Wirtschaftlichkeit vereinbar sei. Auch wenn eine gewisse Bandbreite akzeptiert werden könne, so sei eine Abweichung des Tarifs um 25 % als unwirtschaftlich

zu betrachten. Würde dieser Tarif geschützt, hätte dies zur Folge, dass sämtliche 23 Leistungserbringer, welche gestützt auf ihre schlanke Kostenstruktur ihre Leistungen günstig und effizient im Sinne des KVG erbringen könnten, jeglichen Anreiz verlören, ihre Kostenstruktur weiter zu senken bzw. tief zu halten. Schliesslich rügen die Beschwerdeführerinnen eine Verletzung des Untersuchungsgrundsatzes, weil es die Vorinstanz unterlassen habe, die entsprechende Datengrundlage ihres Tarifvergleichs einzufordern.

15.3 Die Beschwerdegegnerin hält fest, dass der festgesetzte Tarif deutlich unter ihren ausgewiesenen Kosten liege, was für dessen Wirtschaftlichkeit spreche. Zudem entspreche der festgesetzte Tarif dem zwischen ihr und verschiedenen Krankenversicherern in ausführlichen Verhandlungen ausgehandelten Tarif. Das Vorgehen der Vorinstanz leuchte ein. Aufgrund der fehlenden Tarifstruktur, welche die Fallschweregrade berücksichtige, sei es nicht möglich, die durch Pflegetage dividierten Kosten verschiedener Spitäler oder die einzelnen festgesetzten bzw. verhandelten Tagespauschalen verschiedener Spitäler direkt miteinander zu vergleichen. Die von den Beschwerdeführerinnen erstellte Tabelle von verhandelten Tarifen sei offenkundig unvollständig, so befinde sich darauf doch kein einziges Spital bzw. Rehabilitationszentrum aus der Westschweiz. Zudem sei die Tabelle völlig intransparent, weil unklar sei, auf welcher Kostengrundlage die verwendeten Zahlen beruhten und inwiefern diese Kliniken eine vergleichbare Gruppe hinsichtlich Spitalgrösse, Patientengut, Leistungsangebot, etc. darstellten. Im Bereich der Rehabilitation bestehe eine relativ grosse Bandbreite von Kombinationen an Leistungsangeboten, weshalb eine Vergleichbarkeit des Patientenguts schwierig sei. Die Beschwerdeführerinnen hätten es unterlassen, die Berechnungsgrundlagen und eine Darstellung der Typologie der «Vergleichsspitäler» einzureichen. Sie hätten auch im Rahmen des von der Vorinstanz gewährten rechtlichen Gehörs wie auch im Beschwerdeverfahren darauf verzichtet, die zur Plausibilisierung der verwendeten Zahlen notwendigen Unterlagen einzureichen. Wenn sie nun der Vorinstanz vorwerfen würden, sie verletze den Untersuchungsgrundsatz, widerspreche das dem Grundsatz von Treu und Glauben.

15.4 Das BAG vertritt den Standpunkt, dass sich die im Rahmen der Tagespauschalen ermittelten Kosten und die festgesetzten Tarife auf den Pflegetag bezögen und daher von der durchschnittlichen Fallschwere abhängig seien. Dies erkläre die unterschiedlichen Tarife in den Spitälern. Beim entsprechenden Benchmarking sei es notwendig, die Parameter für

die Bestimmung der Vergleichsspitäler zu berücksichtigen. Wenn namentlich die Fallschwere der Patienten in den Institutionen nur mit einer gewissen Ungenauigkeit geschätzt werden könnten, dann sei beim Benchmarking eine Sicherheitsmarge einzubeziehen, wie dies in der Rechtsprechung zu den bisherigen Fallpauschalen der Fall gewesen sei. Die Genehmigungs- und Festsetzungsbehörde müsse die Frage des Benchmarkings vertieft behandeln und überprüfen. Im vorliegenden Fall habe kein materieller Vergleich mit anderen Spitälern stattgefunden. Der blosse Vergleich mit den Tagespauschalen anderer Leistungserbringer ohne Kenntnis der jeweiligen Fallschwere der Patienten sei als Methode zur Wirtschaftlichkeitsprüfung bzw. zum Benchmarking im Bereich der Tagespauschalen nicht geeignet.

15.5 Wie bereits erwähnt, existiert im Bereich der Rehabilitation – im Gegensatz zur Akutsomatik – noch keine leistungsbezogene, gesamtschweizerisch einheitliche Tarifstruktur im Sinn von Art. 49 Abs. 1 Satz 3 KVG (vgl. auch BVGE 2010/25 E. 10.2.2). Die Preisbestimmung anhand eines Referenzwerts, der aufgrund eines gesamtschweizerischen Benchmarkings der schweregradbereinigten Fallkosten sämtlicher Spitäler bestimmt wird, ist daher vorliegend nicht möglich (C-1632/2013 E. 17.7; zur Akutsomatik vgl. hingegen BVGE 2014/36 E. 3.8). Die Beschwerdeführerinnen und das BAG machen aber zu Recht geltend, dass dies die Vorinstanz nicht davon befreit, zu gewährleisten, dass sich der spitalindividuell ermittelte Tarif der Beschwerdegegnerin letztlich auch an der Entschädigung jener Spitäler zu orientieren hat, welche die tarifierte obligatorisch versicherte Leitung in der notwendigen Qualität effizient und günstig erbringen (Art. 49 Abs. 1 Satz 5 KVG). Die Tariffestsetzung einzig anhand der Kosten eines Spitals ist nicht ausreichend und entspricht nicht den Vorgaben des KVG und seiner Ausführungsverordnungen (vgl. Urteil des BVGer C-6391/2014 vom 26. Februar 2015 E. 4.8). Selbst wenn es vorliegend hinzunehmen ist, dass die Abkehr von der früheren Praxis zu den anrechenbaren Kosten (vgl. dazu BVGE 2014/3 E. 2.8.5) wegen des Fehlens der leistungsbezogenen, gesamtschweizerisch einheitlichen Tarifstruktur gemäss Art. 49 Abs. 1 Satz 3 KVG noch nicht konsequent umgesetzt werden kann, ist die Plausibilisierung des ermittelten Tarifs anhand eines Vergleichs mit anderen Spitälern geboten, dies nach einer strengen Überprüfung der Kostenträger-, Kostenarten- und Kostenstellenrechnungen, der ermittelten Betriebskosten und der Vornahme allfälliger Normabzüge zur Vermeidung von Überentschädigungen (vgl. C-3133/2013 E. 17.5.3).

15.6 Die Vorinstanz hat den ermittelten kostenbasierten Tarif von Fr. 702.– im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung zwar aufgrund eines Vergleichs der mit anderen Krankenversicherern verhandelten Tarifen der Beschwerdegegnerin auf Fr. 620.– reduziert. Eine Wirtschaftlichkeitsprüfung, die sich im Ergebnis lediglich auf einen Vergleich der verschiedenen verhandelten Tarife der gleichen Klinik stützt, ist jedoch nicht ausreichend, weil insbesondere nicht bekannt ist, welche Effizienzprüfung die anderen Versicherer durchgeführt haben (vgl. C-3133/2013 E. 17.5.4). Insgesamt beruht der angefochtene Beschluss nicht auf einer bundesrechtskonformen Wirtschaftlichkeitsprüfung. Die Bestimmung des «gewichteten Tarifs» diente der Vorinstanz in diesem Fall lediglich der Orientierung und hatte schliesslich keinen massgebenden Einfluss auf die Festsetzung des Tarifs. Daher ist an dieser Stelle nicht weiter darauf einzugehen (vgl. dazu aber Urteil des BVGer C-3846/2013 vom 25. August 2015 E. 5).

15.7 Was den von den Beschwerdeführerinnen erstellten, im vorinstanzlichen Verfahren eingereichten Tarifvergleich von acht Rehabilitationseinrichtungen anbelangt, so zeigt dieser zwar, dass der festgesetzte Tarif deutlich über den Tagespauschalen liegt, welche die Beschwerdeführerinnen mit den acht Vergleichsspitälern vereinbart haben. Da diese Einrichtungen laut Angaben der Beschwerdeführerinnen über einen vergleichbaren Leistungsauftrag wie die Beschwerdegegnerin verfügen, kann diesem Vergleich auch nicht von vornherein jegliche Aussagekraft abgesprochen werden. Ohne Kenntnisse der in den herangezogenen Vergleichskliniken behandelten Schweregrade, wäre es aber nicht gerechtfertigt, ausschliesslich auf diesen Vergleich abzustellen. Zudem ist zu berücksichtigen, dass Verhandlungsspielräume die Objektivität eines solches Vergleichs beeinflussen können. Soweit die Beschwerdeführerinnen im Beschwerdeverfahren einen weiteren, eigenen Tarifvergleich von 23 Einrichtungen der muskuloskelettalen Rehabilitation eingereicht haben, handelt es sich dabei um eine neue Tatsache bzw. ein neues Beweismittel im Sinn von Art. 53 Abs. 2 Bst. a KVG, die nur so weit vorgebracht werden dürfen, als der angefochtene Beschluss dazu Anlass gibt. Die Beschwerdeführerinnen haben jedoch weder dargelegt noch ist ersichtlich, weshalb der angefochtene Beschluss dazu Anlass gab, ihren erweiterten Wirtschaftlichkeitsvergleich erst im Beschwerdeverfahren einzureichen. Auf diesen Wirtschaftlichkeitsvergleich kann hier deshalb bereits aus diesem Grund nicht abgestellt werden.

15.8 Die Vorinstanz hat sich mit der Frage des Benchmarkings vertieft auseinanderzusetzen. Sie wird zu prüfen haben, ob ein Vergleich mit Rehabi-

litationseinrichtungen, die über einen vergleichbaren Leistungsauftrag verfügen (und bei denen keine Indizien auf wesentliche unterschiedliche Schweregrade innerhalb des gleichen Leistungsauftrags vorliegen), durchgeführt werden kann. Die Anwendung von ITAR_K und REKOLE® ermöglichen grundsätzlich Vergleiche der Kostenrechnungen. Da zur Zeit noch keine Tarifstruktur vorliegt, aus welcher sich allenfalls anerkannte Kriterien zur Beurteilung einer wirtschaftlichen Leistungserbringung im Bereich der Rehabilitation ableiten liessen, ist zu beachten, dass allein die höheren tarifrelevanten Kosten der einen Rehabilitationseinrichtung gegenüber einer anderen Institution noch nicht die Vermutung der unwirtschaftlichen Leistungserbringung begründen (vgl. BVGE 2010/25 E. 10.2.2 f.). Vielmehr müsste zunächst untersucht werden, inwiefern die Vergleichbarkeit zu bejahen beziehungsweise aus welchen Gründen sie zu verneinen ist. Im Bereich der Rehabilitation ist ein Wirtschaftlichkeitsvergleich zwar grundsätzlich möglich (vgl. Urteil des BVGer C-4961/2010 vom 18. September 2013 E. 10.5.2 f.), dürfte aber wegen der Spezialitätenvielfalt und der Verschiedenheit des Patientengutes schwierig sein (vgl. RKUV 3/2002 195 E. 8.3.2). Hierzu können allenfalls Daten der sechs Spitäler, denen die Basler Spitalliste 2012 Rehabilitation einen uneingeschränkten Leistungsauftrag für muskuloskelettale Rehabilitation zuweist (wovon drei [inkl. Beschwerdegegnerin] ihren Standort im Kanton Basel-Stadt haben und bereits im Jahr 2010 über einen Leistungsauftrag zur Rehabilitation des Stütz- und Bewegungsapparats verfügten), herangezogen werden. Zudem wird zu klären sein, ob die Beschwerdeführerinnen ihren Tarifvergleich von 23 Einrichtungen mit entsprechenden Kostendaten untermauern können.

15.9 Nur wenn verwertbare Kostendaten vergleichbarer Institutionen fehlen, kann sich die Vorinstanz ausnahmsweise an rechtskräftig festgesetzten oder genehmigten Tarifen anderer Einrichtungen der Rehabilitation orientieren. Zu berücksichtigen ist dabei, dass bei Preisvergleichen die Gefahr besteht, dass sich der Vergleich auf überhöhte oder unwirtschaftliche Verhandlungsergebnisse bezieht. Andererseits könnte ein Spital bereit sein, günstige Tarife der OKP zu akzeptieren, wenn sein Trägerkanton bereit ist, entsprechende Lücken durch Subventionen zu schliessen. Die Orientierung an solchen Tarifen wäre nicht sachgerecht (vgl. BVGE 2014/36 E. 6.7; C-1632/2013 E. 17.9). Diese Ausgangslage sowie der Umstand, dass die Fallschwere der Patienten in den Vergleichsspitälern allenfalls nur mit einer gewissen Ungenauigkeit geschätzt werden kann, ist beim Benchmarking – wie das BAG vorbringt – ausnahmsweise durch eine Sicherheitsmarge zu berücksichtigen (vgl. C-3133/2013 E. 17.5.4).

16.
Aus dem Dargelegten folgt, dass der angefochtene Beschluss mit den bundesrechtlichen Vorgaben nicht vereinbar und daher aufzuheben ist. Die Vorinstanz hat den massgebenden Sachverhalt in mehrfacher Hinsicht ungenügend abgeklärt. Insbesondere kann auf die von der Vorinstanz vorgenommenen Berechnungen der Anlagenutzungskosten (E. 11) sowie des Abzugs für Forschung und universitäre Lehre (E. 12) nicht abgestellt werden. Zudem hat die Vorinstanz das Vorgehen der Beschwerdegegnerin betreffend Umlage der Erträge der Kontengruppen 65 und 66 und der Hotellerie-Mehrkosten für Zusatzversicherte nicht überprüft sowie entgegen der Praxis keinen Zuschlag für die Teuerung berücksichtigt (E. 13). Schliesslich erweist sich auch die Wirtschaftlichkeitsprüfung als nicht rechtskonform (E. 15). Antrag 1 der Beschwerdeführerinnen ist daher gutzuheissen. Der Antrag 2 auf Festsetzung einer Pauschale durch das Gericht ist abzuweisen, da die entscheidwesentlichen Daten für einen reformatorischen Entscheid fehlen, das Bundesverwaltungsgericht als einzige Gerichtsinstanz urteilt (vgl. Art. 83 Bst. r BGG) und die Parteien daher gegen den Festsetzungsbeschluss kein Rechtsmittel ergreifen könnten, was mit Blick auf die in Art. 29*a* BV verankerte Rechtsweggarantie problematisch wäre. Zudem sind bei der Tariffestsetzung verschiedene Ermessensfragen zu entscheiden, wofür primär die Kantonsregierung und nicht das Bundesverwaltungsgericht zuständig ist (BVGE 2014/3 E. 10.4 i. V. m. E. 3.2.7 und 10.1.4). Im Rahmen des eingeschränkten Untersuchungsgrundsatzes kann es nicht dem Gericht obliegen, die Rechnungslegung der Beschwerdegegnerin im Detail zu prüfen und die effektiven tarifrelevanten Betriebskosten zu ermitteln, zumal auch von den Parteien keine geeigneten Beweismittel vorgebracht werden (vgl. BVGE 2014/36 E. 16.1.10). In Gutheissung des (Eventual-)Antrags 3 der Beschwerdeführerinnen ist die Sache daher an die Vorinstanz zur Einholung entscheidwesentlicher Daten und zur anschliessenden Festlegung neuer Tagespauschalen im Sinne der Erwägungen zurückzuweisen.

17.

17.1 Das Bundesverwaltungsgericht auferlegt die Verfahrenskosten in der Regel der unterliegenden Partei. Unterliegt diese nur teilweise, so werden die Verfahrenskosten ermässigt (Art. 63 Abs. 1 VwVG). Den Vorinstanzen werden keine Verfahrenskosten auferlegt (Art. 63 Abs. 2 VwVG).

17.2 Unter Berücksichtigung des Umfangs und der Schwierigkeit der Streitsache, Art der Prozessführung und finanzieller Lage der Parteien (vgl.

Art. 63 Abs. 4bis VwVG; zur Qualifikation als vermögensrechtliche Streitigkeit vgl. BVGE 2010/14 E. 8.1.3) sind die Verfahrenskosten vorliegend auf Fr. 4'000.– festzusetzen.

17.3 Das für die Kostenverteilung massgebende Ausmass des Unterliegens ist aufgrund der gestellten Rechtsbegehren zu beurteilen (MICHAEL BEUSCH, in: Auer/Müller/Schindler [Hrsg.], Kommentar zum Bundesgesetz über das Verwaltungsverfahren [VwVG], 2008, Rz. 13 zu Art. 63). Dabei ist auf das materiell wirklich Gewollte abzustellen (MOSER/BEUSCH/KNEUBÜHLER, a.a.O., S. 256 Rz. 4.43). Die Beschwerdeführerinnen obsiegen, soweit sie die Aufhebung des Tariffestsetzungsbeschlusses beantragen. Sie unterliegen, soweit sie die Festsetzung einer tieferen Tagespauschale durch das Gericht beantragen. Die Beschwerdegegnerin beantragt die Bestätigung des angefochtenen Beschlusses und damit die Bestätigung der von der Vorinstanz festgesetzten Tagespauschale sowie – ohne Begründung – ein teilweises Nichteintreten auf die Beschwerde. Die Aufhebung des angefochtenen RRB mit Rückweisung der Streitsache an die Vorinstanz zur Vornahme weiterer Abklärungen und neuer Tariffestsetzung ist als überwiegendes Obsiegen der Beschwerdeführerinnen zu betrachten. Es erscheint daher angemessen, die Verfahrenskosten zu einem Viertel, ausmachend Fr. 1'000.–, den Beschwerdeführerinnen und zu drei Vierteln, ausmachend Fr. 3'000.–, der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen. Die von den Beschwerdeführerinnen zu tragenden Verfahrenskosten sind dem geleisteten Kostenvorschuss in der Höhe von Fr. 4'000.– zu entnehmen. Der Restbetrag von Fr. 3'000.– ist ihnen zurückzuerstatten.

17.4 Gemäss Art. 64 Abs. 1 VwVG hat die obsiegende Partei Anspruch auf eine Parteientschädigung für die ihr erwachsenen notwendigen und verhältnismässig hohen Kosten (vgl. auch Art. 7 ff. des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht [VGKE, SR 173.320.2]). Obsiegt die Partei nur teilweise, so ist die Parteientschädigung entsprechend zu kürzen (Art. 7 Abs. 2 VGKE). Die Entschädigung wird der Körperschaft oder autonomen Anstalt auferlegt, in deren Namen die Vorinstanz verfügt hat, soweit sie nicht einer unterliegenden Gegenpartei auferlegt werden kann (Art. 64 Abs. 2 VwVG).

17.5 Dem Verfahrensausgang entsprechend hat die Beschwerdegegnerin Anspruch auf eine reduzierte Parteientschädigung zu Lasten der Gegenpartei. Da keine Kostennote eingereicht wurde, ist die Entschädigung aufgrund der Akten festzusetzen (Art. 14 Abs. 2 Satz 2 VGKE). Unter Berücksichtigung des Verfahrensausgangs, des gebotenen und aktenkundigen

Aufwands, der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des vorliegend zu beurteilenden Verfahrens ist eine volle Parteientschädigung von Fr. 6'000.– (inkl. Auslagen und Mehrwertsteuerzuschlag; Art. 9 Abs. 1 in Verbindung mit Art. 10 Abs. 2 VGKE) angemessen. Diese ist nach Massgabe des Obsiegens der Beschwerdegegnerin (ein Viertel) zu kürzen. Folglich hat die Beschwerdegegnerin Anspruch auf eine Parteientschädigung von Fr. 1'500.– (inkl. Auslagen und Mehrwertsteuerzuschlag) zu Lasten der Beschwerdeführerinnen. Den nicht anwaltlich vertretenen Versicherungen der Einkaufsgemeinschaft HSK sind keine verhältnismässig hohen Kosten erwachsen, weshalb sie keinen Anspruch auf Parteientschädigung haben (vgl. Urteil des BVGer C-2267/2013 vom 4. September 2015 E. 7.6). Die Vorinstanz hat ebenfalls keinen Anspruch auf Parteientschädigung (Art. 7 Abs. 3 VGKE).

18.

Die Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten an das Bundesgericht gegen Entscheide auf dem Gebiet der Krankenversicherung, die das Bundesverwaltungsgericht gestützt auf Art. 33 Bst. i VGG in Verbindung mit Art. 53 Abs. 1 KVG getroffen hat, ist gemäss Art. 83 Bst. r des Bundesgerichtsgesetzes vom 17. Juni 2005 (BGG, SR 173.110) unzulässig. Das vorliegende Urteil ist somit endgültig.

Demnach erkennt das Bundesverwaltungsgericht:

1.
Die Beschwerde wird dahingehend gutgeheissen, als der angefochtene Beschluss aufgehoben und die Sache an die Vorinstanz zurückgewiesen wird, damit sie im Sinne der Erwägungen den Tarif neu festsetze. Im Übrigen wird die Beschwerde abgewiesen.

2.
Die Verfahrenskosten von Fr. 4'000.– werden zu einem Viertel den Beschwerdeführerinnen und zu drei Vierteln der Beschwerdegegnerin auferlegt.

Der von den Beschwerdeführerinnen zu tragende Anteil an den Verfahrenskosten von Fr. 1'000.– wird dem geleisteten Kostenvorschuss entnommen, und der Restbetrag von Fr. 3'000.– wird zurückerstattet.

Die Beschwerdegegnerin hat innert 30 Tagen nach Zustellung des vorliegenden Urteils den Betrag von Fr. 3'000.– zugunsten der Gerichtskasse zu überweisen.

3.
Der Beschwerdegegnerin wird zulasten der Beschwerdeführerinnen eine Parteientschädigung von Fr. 1'500.– zugesprochen.

4.
Dieses Urteil geht an:

– die Beschwerdeführerinnen (Gerichtsurkunde; Beilage: Formular Zahladresse)
– die Beschwerdegegnerin (Gerichtsurkunde; Beilage: Einzahlungsschein)
– die Vorinstanz (Gerichtsurkunde)
– das Bundesamt für Gesundheit (Einschreiben)

Die vorsitzende Richterin:	Der Gerichtsschreiber:
Franziska Schneider	Michael Rutz

Versand: