Bundesverwaltungsgericht
Tribunal administratif fédéral
Tribunale amministrativo federale
Tribunal administrativ federal



Abteilung III
C-6460/2011

Urteil vom 24. Juni 2014

Besetzung

Richter Beat Weber (Vorsitz),
Richter Michael Peterli, Richter Daniel Stufetti,
Gerichtsschreiber Daniel Golta.

Parteien

1. **santésuisse Die Schweizer Krankenversicherer,**
2. **tarifsuisse ag,**
3.-65. **63 Krankenversicherer**
1 und 3 - 65 vertreten durch tarifsuisse ag,
diese als Beschwerdeführerin 2 und als Vertreterin wiederum vertreten durch Dr. iur. Vincent Augustin, Rechtsanwalt
Beschwerdeführerinnen,

gegen

1. **Kantonale Psychiatrische Einrichtungen,**
c/o Psychiatrische Klinik D._____,
2. **E._____,**
Beschwerdegegnerinnen,

Regierungsrat des Kantons B._____,
Vorinstanz.

Gegenstand

Festsetzung Tarife für die methadongestützte, ambulante Substitutionsbehandlung im Kanton B._____; Beschluss des Regierungsrates des Kantons B._____ vom 26. Oktober 2011.

Sachverhalt:

A.

A.a Die Abgeltung der Methadonabgabe der psychiatrischen Einrichtungen des Kantons B._____ im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (im Folgenden: OKP) erfolgte bis 31. Dezember 2009 gestützt auf den Ambulatoriumsvertrag Psychiatrie vom 22. Januar 2007 (im Folgenden: Ambulatoriumsvertrag Psychiatrie 2007, Akten der Vorinstanz [Vorakten] 4e; vgl. Regierungsratsbeschluss Nr. […] vom 26. Oktober 2011 S. 1, Beschwerde vom 25. November 2011, Akten des Beschwerdeverfahrens [B-act.] 1 S. 3).

A.b Am 22. Dezember 2009 wandten sich die Kantonalen Psychiatrischen Institutionen und die E._____ (im Folgenden gemeinsam: Leistungserbringerinnen bzw. Beschwerdegegnerinnen) an den Regierungsrat des Kantons B._____ (im Folgenden: Regierungsrat bzw. Vorinstanz) und stellten die folgenden Anträge (Vorakte 1a; im Folgenden: Festsetzungsbegehren):

1. Der Krankenversicherungstarif für die methadongestützte, ambulante Substitutionsbehandlung bei Opiatabhängigkeit sei für die kantonalen psychiatrischen Einrichtungen sowie die E._____ gestützt auf Art. 47 Abs. 1 KVG unter Beibehaltung der Vertragsmodalitäten gemäss Ambulatoriumsvertrag Psychiatrie 2007 mit Wirkung ab 1. Januar 2010 mit einer Wochenpauschale von Fr. 160 festzusetzen.

2. Eventualiter sei der Krankenversicherungstarif für die methadongestützte, ambulante Substitutionsbehandlung bei Opiatabhängigkeit unter Beibehaltung der Vertragsmodalitäten mit Wirkung ab 1. Januar 2010 auf Höhe des Durchschnittstarifs der F._____ unter Berücksichtigung der Teuerung für die Jahre 2004 bis 2009 auf Fr. 145 festzusetzen.

3. Sollten die Versicherer mit der Weiterführung der bisherigen Vertragsmodalitäten (tiers payant, elektronische Rechnungsstellung usw.) nicht einverstanden sein, seien die vorstehend beantragten Tarife um 10 % zu erhöhen und damit auf Fr. 176 bzw. Fr. 160 festzusetzen.

4. Im Rahmen vorsorglicher Massnahmen sei für die Dauer des Tariffestsetzungsverfahrens mit Wirkung ab 1. Januar 2010 der Tarif für die methadongestützte, ambulante Substitutionsbehandlung bei Opiatabhängigkeit gemäss Ambulatoriumsvertrag Psychiatrie 2007 vom 22. Januar 2007 festzusetzen. Dabei sei die rückwirkende Geltendmachung einer allfälligen Tarifdifferenz durch die Berechtigten vorzubehalten. Zudem sei allfälligen Beschwerden gegen den Entscheid über die vorsorglichen Massnahmen die aufschiebende Wirkung zu entziehen.

B. Mit Stellungnahme vom 15. Januar 2010 (Vorakte 3a) beantragte santésuisse Die Schweizer Krankenversicherer (im Folgenden: santésuisse bzw. Beschwerdeführerin 1), für die Dauer des Verfahrens sei für die Erbringung gesetzlicher Leistungen gemäss Anhang 1 Ziff. 8 der Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV, SR 832.112.31) eine Pauschale von Fr. 95.- pro Woche provisorisch festzusetzen. Mit Eingabe vom 29. Januar 2010 (Vorakte 4a) beantragte sie in erster Linie, die Anträge im Festsetzungsbegehren der Leistungserbringerinnen seien abzuweisen, bzw. es sei darauf nicht einzutreten. Sie führte unter anderem aus, dass ein detailliertes Mengengerüst mit Kostenangaben fehle, welches insbesondere eine Beurteilung der KVG-Pflichtigkeit der diversen Leistungen erlaube.

B.a Mit Beschluss Nr. […] (Taxen der Methadonabgabe; vorsorgliche Massnahmen) vom 10. Februar 2010 (Vorakte 5) verfügte der Regierungsrat Folgendes:

> I. Der Ambulatoriumsvertrag Psychiatrie vom 22. Januar 2007 zwischen santésuisse und den psychiatrischen Einrichtungen des Kantons B._____ gilt für die Dauer des Festsetzungsverfahrens betreffend Methadonabgabe samt den Vertragsmodalitäten weiter. Demgemäss ist für die Methadonabgabe mit Wirkung ab 1. Januar 2010 der Tarif 2009 samt den weiteren Vertragsmodalitäten provisorisch abzurechnen.
>
> II. Vorbehalten bleibt die rückwirkende Geltendmachung der Tarifdifferenz durch die Berechtigten, falls im Endentscheid Tarife festgesetzt werden, die von den vorsorglich festgesetzten abweichen.
>
> III.-VI. […]

B.b In der Folge nahm santésuisse am 6. Mai 2010 und 2. März 2011 nochmals Stellung (Vorakten 7, 9) und machte unter anderem geltend, dass es aufgrund der aktuellen Datenlage nicht möglich sei, OKP-Pflichtleistungen und OKP-Nichtpflichtleistungen zu unterscheiden.

B.c Von der Vorinstanz dazu aufgefordert, nahm die Eidgenössische Preisüberwachung (PUE; im Folgenden auch: Preisüberwachung) am 6. Mai 2011 Stellung und empfahl, mit Wirkung ab 1. Januar 2010, für die methadongestützte, ambulante Substitutionsbehandlungen bei Opiatabhängigkeit im Kanton B._____ (kantonale psychiatrische Einrichtungen und E._____) eine Wochenpauschale von max. Fr. 91.- zulasten der sozialen Krankenversicherung festzusetzen (Vorakte 13).

B.d Am 10. Mai 2011 nahm die Psychiatrische Klinik D._____ Stellung zu den Eingaben von santésuisse vom 6. Mai 2010 und 2. März 2011 und beantragte die Sistierung des Tariffestsetzungsverfahrens zur Aufnahme neuer Tarifverhandlungen (Vorakte 14; im Folgenden: Sistierungsantrag). Eventualiter seien die Tarife in der am 22. Dezember 2009 beantragten Höhe festzusetzen. Sollten die Versicherer mit der Weiterführung der bisherigen Vertragsmodalitäten nicht einverstanden sein, seien die Tarife um 10 % zu erhöhen. Ihren Sistierungsantrag zwecks Aufnahme neuer Tarifverhandlungen begründete die Klinik insbesondere damit, dass geklärt werden müsse, inwiefern gestützt auf den Leistungsauftrag des Kantons Leistungen zu erbringen seien, die durch die OKP nicht oder nicht vollständig vergütet würden, und inwiefern der Kanton B._____ sich an der Finanzierung der Behandlungsprogramme beteilige.

B.e Am 26. Oktober 2011 erliess die Vorinstanz den Beschluss Nr. […] (B-act. 1 Beilage 2) und verfügte:

I. Der Tarif der obligatorischen Krankenpflegeversicherung für die methadongestützte, ambulante Substitutionsbehandlung in den kantonalen psychiatrischen Einrichtungen des Kantons B._____ und in den Einrichtungen der E._____ im Kanton B._____ wird – mit Ausnahme derjenigen Versicherer, die für diese Behandlung mit den oben genannten Leistungserbringern eine Vereinbarung geschlossen haben – mit Wirkung ab 1. Januar 2010 mit einer Wochenpauschale von Fr. 151.- pro Patientin bzw. pro Patient festgesetzt.

II. Die Modalitäten für die Abgeltung der Methadonabgabe (insbesondere tiers payant, Rechnungsstellung Versicherer, Zahlungsfrist usw.) werden gemäss den bisherigen Regelungen des Ambulatoriumsvertrags Psychiatrie vom 22. Januar 2007 festgesetzt.

III. Die mit RRB Nr. […] angeordneten vorsorglichen Massnahmen bleiben für die Dauer der Rechtsmittelfrist und eines sich allenfalls daran anschliessenden Rechtsmittelverfahrens in Kraft.

IV. [Rechtsmittelbelehrung]

V. Veröffentlichung von Dispositiv I-IV im Amtsblatt.

VI. [Mitteilung an santésuisse, die kantonalen psychiatrischen Einrichtungen, die E._____ und die Gesundheitsdirektion]

C.

C.a Gegen diesen Regierungsratsbeschluss (im Folgenden: angefochtener Regierungsratsbeschluss bzw. RRB) erhob der rubrizierte Rechtsanwalt Dr. iur. Vincent Augustin namens und im Auftrag von santésuisse (im Folgenden auch: Beschwerdeführerin 1) "und/oder" tarifsuisse ag (im Folgenden: tarifsuisse bzw. Beschwerdeführerin 2) sowie 73 in den Beschwerdebeilagen aufgeführten Krankenversicherern, die Mitglieder von santésuisse seien und/oder tarifsuisse mandatiert hätten, am 25. November 2011 Beschwerde beim Bundesverwaltungsgericht und stellte die folgenden Anträge:

1. Der angefochtene Beschluss des Regierungsrates des Kantons B._____ vom 26.10.2011 (Nr. […]) sei aufzuheben und gleichzeitig festzustellen, dass die Vorinstanz auf das Festsetzungsbegehren vom 21.12.2009 [*recte*: 22.12.2009] der heutigen Beschwerdegegner nicht hätte eintreten dürfen.

2. Eventualiter sei der angefochtene Beschluss des Regierungsrates des Kantons B._____ vom 26.10.2011 (Nr. […]) insoweit aufzuheben, als er einen nach richterlichem Ermessen festzusetzenden Pauschalbetrag zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung für die methadongestützte, ambulante Substitutionsbehandlung in den kantonalen psychiatrischen Einrichtungen des Kantons B._____ und in jenen der E._____ im Kanton B._____ überschreitet.

3. Subeventualiter sei der angefochtene Beschluss des Regierungsrates des Kantons B._____ vom 26.10.2011 (Nr. […]) aufzuheben und die Sache im Sinne der Erwägungen des Bundesverwaltungsgerichts an die Vorinstanz zu neuem Entscheid zurückzuverweisen.

4. Unter Kosten- und Entschädigungsfolgen gemäss Gesetz.

Das erste Rechtsbegehren begründeten die Beschwerdeführerinnen namentlich damit, dass der angefochtene Pauschaltarif auch nicht OKP-pflichtige Leistungen umfasse (vgl. Beschwerde S. 10, 15, 16).

C.b Mit Zwischenverfügung vom 9. Dezember 2011 (B-act. 2) forderte das Bundesverwaltungsgericht die Beschwerdeführerinnen auf, bis zum 9. Januar 2012 einen Kostenvorschuss von Fr. 4'000.- zu leisten, verbindlich mitzuteilen, ob sie durch santésuisse oder tarifsuisse vertreten würden, und je nach Vertretungsverhältnis die entsprechenden Vollmachten nachzureichen. Weiter wurde Rechtsanwalt Augustin als Rechtsvertreter der Beschwerdeführerinnen aufgefordert, innert derselben Frist seine Be-

vollmächtigung nachzuweisen; im Unterlassungsfall werde auf die Beschwerde nicht eingetreten.

C.c Am 23. Dezember 2011 leisteten die Beschwerdeführerinnen den ihnen auferlegten Kostenvorschuss (vgl. B-act. 4).

C.d Mit Eingabe vom 9. Januar 2012 erklärten 13 Krankenversicherer den Rückzug der Beschwerde und beantragten den Erlass eines Abschreibungsbeschlusses unter Verzicht auf separate Kostenerhebung (B-act. 5).

Die übrigen Beschwerdeführerinnen erklärten, aufgrund der entsprechenden Verträge zwischen santésuisse und tarifsuisse, von tarifsuisse vertreten zu werden (vgl. den Übertragungsvertrag gemäss Art. 69 ff. FusG zwischen santésuisse und tarifsuisse vom 17./23. Dezember 2010 [B-act. 1 Beilage 5]; im Folgenden: Übertragungsvertrag). Weiter machten sie Ausführungen zu Mutationen betreffend einzelne Krankenversicherer und reichten Vollmachten zu den Akten. Ausserdem erklärte santésuisse, sie halte als Branchenverband an ihrer Beschwerde fest.

C.e Mit Zwischenverfügung vom 27. Januar 2012 (B-act. 6) forderte das Bundesverwaltungsgericht Rechtsanwalt Augustin auf, sich bis zum 29. Februar 2012 (substantiell) zur Parteistellung einzelner juristischer Personen und Krankenversicherer zu äussern und weitere Vollmachten einzureichen. Ferner räumte das ihm die Möglichkeit ein, sich innert derselben Frist ergänzend zur Parteistellung und zur Beschwerdelegitimation von santésuisse und tarifsuisse zu äussern; im Unterlassungsfall werde aufgrund der Akten entschieden. Weiter wurde der Rechtsvertreter darum ersucht, künftige, für das Verfahren relevante Änderungen betreffend die von ihm vertretenen Beschwerdeführerinnen dem Bundesverwaltungsgericht mitzuteilen und zu dokumentieren.

C.f Mit einer weiteren Verfügung vom 27. Januar 2012 (B-act. 7) lud das Bundesverwaltungsgericht die Beschwerdegegnerinnen ein, bis zum 29. Februar 2012 eine Stellungnahme einzureichen. Zugleich wurde die Vorinstanz eingeladen, bis zum 29. Februar 2012 eine Vernehmlassung und Akten einzureichen.

C.g Mit Entscheid vom 27. Januar 2012 schrieb das Bundesverwaltungsgericht in Bezug auf die 13 Krankenversicherer, die ihre Beschwerde zurückgezogen hatten (vgl. oben Bst. B.d), das separat angelegte Verfahren […] als zufolge Beschwerderückzugs gegenstandslos geworden ab.

C.h Am 22. Februar 2012 machten die Beschwerdeführerinnen Ausführungen zur Parteistellung einzelner juristischen Personen, zu Parteiwechseln und zur Parteistellung von santésuisse und tarifsuisse (B-act. 8). Sie erklärten, dass sie das Bundesverwaltungsgericht informieren würden, sollten sich im weiteren Verlauf des Beschwerdeverfahrens weitere relevante Änderungen bei den Krankenversicheren einstellen.

C.i Mit Eingabe vom 24. Februar 2012 erklärte die Psychiatrische Uniklinik Zürich, dass der Regierungsrat des Kantons B._____ umfassend zur Beschwerde Stellung nehmen werde und sie daher auf eine separate Eingabe verzichte (B-act. 10).

Die E._____ reichte innerhalb der dafür eingeräumten Frist keine Stellungnahme ein.

C.j In seiner Vernehmlassung vom 29. Februar 2012 beantragte der Regierungsrat unter Beilage von Akten, auf die Beschwerde sei (teilweise) nicht einzutreten, eventualiter sei sie abzuweisen – unter Kostenfolge zu Lasten der Beschwerdeführerinnen (B-act. 11).

C.k Am 16. April 2012 äusserte sich das Bundesamt für Gesundheit BAG – vom Bundesverwaltungsgericht darum ersucht – zur Frage der Parteistellung und Beschwerdelegitimation der Beschwerdeführerinnen (B-act. 14).

C.l Vom Bundesverwaltungsgericht darum ersucht, nahm die Preisüberwachung am 2. Mai 2011 (*recte*: 2012) Stellung (B-act. 17). Sie hielt an ihrer Empfehlung an den Regierungsrat vom 6. Mai 2011 (Vorakte 15) fest und beantragte, per 1. Januar 2010 für die methadongestützte, ambulante Substitutionsbehandlungen bei Opiatabhängigkeit im Kanton B._____ (kantonale psychiatrische Einrichtungen und E._____) eine Wochenpauschale von maximal Fr. 91.- zulasten der sozialen Krankenversicherung festzusetzen. Zur Begründung führte die Preisüberwachung insbesondere aus, dass der vom Regierungsrat verwendete Referenztarif, also der Tarif, der mit Vertrag vom 16./21. Januar 2003 zwischen santésuisse C._____ und der F._____ vereinbart und am 9. Juni 2004 mit Beschluss Nr. […]vom Regierungsrat genehmigt wurde (im Folgenden: F-Vertrag [B-act. 26], F-RRB [Vorakte 5a], F-Tarif), nicht als Referenztarif geeignet scheine, da unklar sei, ob alle darin aufgeführten Leistungen KVG-Pflichtleistungen seien. Daher sei auf den zwischen der Psychiatrie G._____ und santésuisse vom 25. Februar 2010 geschlos-

senen Tarifvertrag betreffend die Vergütung von Beiträgen an die ambulante Behandlung zu ärztlich kontrollierten methadon- und heroingestützten Behandlungen drogenabhängiger Patienten (gültig ab 1. Januar 2010; im Folgenden: G-Vertrag; Beilage zur Stellungnahme der PUE) abzustellen.

C.m Mit Eingabe vom 14. Juni 2012 nahm das BAG – vom Bundesverwaltungsgericht darum ersucht – in der Hauptsache (materiell) Stellung und erklärte, dass es der Ansicht sei, dass die Beschwerde im Sinne seiner Ausführungen teilweise gutzuheissen sei (B-act. 19). Es führte unter anderem aus, dass aufgrund der Vernehmlassungsdokumentation nicht ersichtlich sei, wie sich die zu vergütende Leistung zusammensetze und inwiefern mit dem Vergleichstarif (F-Tarif) nur Leistungen im Sinne des Gesetzes finanziert würden.

C.n Mit Verfügung vom 20. Juni 2012 bot das Bundesverwaltungsgericht den Parteien Gelegenheit, bis zum 20. Juli 2012 allfällige Schlussbemerkungen einzureichen (B-act. 20).

C.o Am 20. Juli 2012 reichte der Regierungsrat seine Schlussbemerkungen sowie einen weiteren Regierungsratsbeschluss und eine Compact Disc (CD) mit Kosten- und Leistungsdaten ein und ersuchte um Gutheissung der (bereits) gestellten Rechtsbegehren (B-act. 21).

C.p In ihren Schlussbemerkungen vom 20. Juli 2012 beantragten die Beschwerdeführerinnen im Sinne der (bereits) gestellten Anträge die kosten- und entschädigungsfällige Gutheissung der Beschwerde (B-act. 22). Dabei machten sie unter anderem geltend, dass davon auszugehen sei, dass vom festgesetzten Pauschaltarif unzulässigerweise in bedeutenden Umfang Nichtpflichtleistungen erfasst würden. Sie führten ferner aus, dass die E._____ Partei des Tarifvertrags betreffend Methadonabgabe im Spital zwischen santésuisse und H+ Die Spitäler der Schweiz vom 22. Dezember 2006 bzw. 3. Januar 2007 (B-act. 22 Beilage 1; im Folgenden: Nationaler Methadonabgabevertrag) sei.

C.q Die Beschwerdegegnerinnen reichten innerhalb der eingeräumten Frist keine Schlussbemerkungen ein.

C.r Mit Verfügung vom 13. August 2012 forderte das Bundesverwaltungsgericht die E._____ und den Regierungsrat dazu auf, bis zum 14. September 2012 im Sinne der Erwägungen zur Behauptung der Beschwerdeführerinnen, dass die E._____ Partei des Nationalen Metha-

donabgabevertrages sei, Stellung zu nehmen und allfällige Beweismittel einzureichen (B-act. 23).

C.s Am 14. September 2012 reichte der Regierungsrat diesbezüglich eine neue Stellungnahme zu den Akten (B-act. 24). Die E._____ liess sich nicht vernehmen.

C.t Am 27. September 2012 schloss das Bundesverwaltungsgericht den Schriftenwechsel (B-act. 25).

C.u Am 16. September 2013 reichte die Vorinstanz auf telefonisches Ersuchen des Bundesverwaltungsgerichts den F-Vertrag zu den Akten (B-act. 26)

D.
Auf die weiteren Vorbringen der Parteien und auf die eingereichten Akten wird – soweit erforderlich – im Rahmen der nachfolgenden Erwägungen eingegangen.

Das Bundesverwaltungsgericht zieht in Erwägung:

1.

1.1 Nach Art. 53 Abs. 1 des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG, SR 832.10) kann gegen Beschlüsse der Kantonsregierungen nach Art. 47 KVG beim Bundesverwaltungsgericht Beschwerde geführt werden (vgl. auch Art. 90*a* Abs. 2 KVG). Da der Regierungsrat mit dem angefochtenen Beschluss gestützt auf Art. 47 KVG im Rahmen der OKP einen Tarif zwischen Leistungserbringern und Versicherern festgesetzt hat, ist das Bundesverwaltungsgericht für die Behandlung der gegen diesen Beschluss erhobenen Beschwerde zuständig.

1.2 Das Verfahren vor dem Bundesverwaltungsgericht richtet sich gemäss Art. 37 des Verwaltungsgerichtsgesetzes vom 17. Juni 2005 (VGG, SR 173.32) und Art. 53 Abs. 2 Satz 1 KVG grundsätzlich nach dem Bundesgesetz vom 20. Dezember 1968 über das Verwaltungsverfahren (VwVG, SR 172.021). Neue Tatsachen und Beweismittel dürfen allerdings nur so weit vorgebracht werden, als erst der angefochtene Beschluss dazu Anlass gibt. Neue Begehren sind unzulässig (Art. 53 Abs. 2 Bst. a KVG).

2.

2.1 Das Bundesverwaltungsgericht prüft von Amtes wegen, ob die Prozessvoraussetzungen, namentlich die Beschwerdelegitimation erfüllt sind und auf eine Beschwerde einzutreten ist (vgl. für viele BVGE 2007/6 E. 1 mit Hinweisen; Urteil des Bundesverwaltungsgerichts C-4153/2011 vom 17. Dezember 2013 E. 4). Zur Beschwerde ist berechtigt, wer: a) vor der Vorinstanz am Verfahren teilgenommen hat oder keine Möglichkeit zur Teilnahme erhalten hat; b) durch die angefochtene Verfügung besonders berührt ist; und c) ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Änderung hat. Die Voraussetzungen müssen kumulativ erfüllt sein.

2.2 Die Vorinstanz begründet ihren Antrag auf (teilweises) Nichteintreten auf die Beschwerde damit, dass Partei im vorinstanzlichen Verfahren und Adressat des angefochtenen Beschlusses (seitens der Krankenversicherer) nur santésuisse gewesen sei. Nur sie sei deshalb beschwerdelegitimiert. Auf die Beschwerde der einzelnen Krankenversicherer sei daher nicht einzutreten (Vernehmlassung S. 5 f.). Es sei auch nicht möglich, dass santésuisse und tarifsuisse beide zur Beschwerde legitimiert seien. Dementsprechend sei auf die Beschwerde einer der beiden nicht einzutreten. Da eine Aktivlegitimation von tarifsuisse sich insbesondere auch aus dem Übertragungsvertrag nicht rechtsgültig ableiten lasse, sei auch auf die Beschwerde von tarifsuisse nicht einzutreten, sondern letztlich nur auf die Beschwerde von santésuisse (vgl. Vernehmlassung S. 3 ff.; Schlussbemerkungen S. 2).

2.3 OKP-Krankenversicherer sind gemäss konstanter Rechtsprechung des Bundesverwaltungsgerichts bereits aufgrund dessen, dass sie durch die Entscheide zu Leistungen verpflichtet werden, materiell legitimiert (vgl. Art. 48 Abs. 1 Bst. b und c VwVG), kantonale Tariffestsetzungsentscheide mittels Beschwerde anzufechten. Auch ihren Verbänden, namentlich santésuisse, wird eine entsprechende Legitimation grundsätzlich zugesprochen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 2C_856/2011 vom 18. Januar 2012 E. 3.2.2 mit Hinweisen auf die Rechtsprechung des Bundesrates und des Bundesverwaltungsgerichts; vgl. auch Urteil des Bundesverwaltungsgerichts C-4961/2010 vom 18. September 2013 E. 1.4).

2.3.1 Aus der Eingabe der Beschwerdeführerinnen vom 22. Februar 2012 (B-act. 8; S. 4 f.) geht hervor, dass sowohl santésuisse als auch tarifsuisse Beschwerde führen und davon ausgehen, dass nur eine von ihnen zur

Beschwerde legitimiert ist. Im Hauptstandpunkt optieren sie für eine Parteistellung und Legitimation von santésuisse, im Eventualstandpunkt für eine solche von tarifsuisse kraft Übertragungsvertrag.

2.3.2 Gemäss Abschnitt II.1.B des Übertragungsvertrages und Abschnitt V.11 übertrug santésuisse (von hier nicht interessierenden Ausnahmen abgesehen) mit Wirkung per 1. Januar 2011 an die tarifsuisse mit allen Rechten und Pflichten:

- die am 31. Dezember 2010 bereits/noch laufenden KVG-Tarifverträge,

- die von santésuisse bereits unterzeichneten aber erst nach dem 31. Dezember 2010 rechtswirksam werdenden KVG-Tarifverträge,

- die am 1. Januar 2011 noch laufenden KVG-Tarifverhandlungen.

Gemäss Abschnitt II.1.F übertrug santésuisse hingegen keine Parteistellung in laufenden Rechtsverfahren an die tarifsuisse.

2.3.3 Aus der Gegenüberstellung von einerseits zwischen am 31. Dezember 2010 bzw. 1. Januar 2011 geltenden, beschlossenen oder in Verhandlung stehenden *Tarifverträgen* und andererseits in diesem Zeitpunkt pendenten "Rechtsverfahren" ergibt sich, dass es sich bei letzteren *e contrario* um Verfahren handeln muss, deren Gegenstand nicht Tarifverhandlungen oder Tarifverträge sondern erst- oder zweitinstanzliche Verfahren betreffend *hoheitliche Tariffestsetzung* sind. Dies entspricht auch der im vorliegenden Verfahren von den Parteien des Übertragungsvertrages vorgebrachten Vertragsinterpretation (vgl. Beschwerde S. 5 f.; Eingabe vom 22. Februar 2012 [B-act. 8] S. 4 f.)

2.3.4 Der Vertrag, nach welchem die Methadonabgabe bis zum 31. Dezember 2009 abgewickelt wurde (vgl. Sachverhalt Bst. A.a), war am 1. Januar 2010, ab welchem Zeitpunkt der umstrittene Tarif festgesetzt wurde, nicht mehr in Kraft. Die diesbezüglichen Tarifverhandlungen wurden spätestens ab dem 22. Dezember 2009 (Datum des Tariffestsetzungsbegehrens) nicht mehr weiter geführt, das vorinstanzliche Tariffestsetzungsverfahren wurde erst am 26. Oktober 2011 (Datum des angefochtenen RRB) abgeschlossen. Das Streitverfahren betreffend die Festsetzung eines Tarifs für die Methadonabgabe ist somit als Rechtsverfahren im Sinne von Abschnitt II.1.F des Übertragungsvertrages zu betrachten. Die Parteistellung von santésuisse im vorinstanzlichen Verfahren ging diesbezüglich somit nicht auf tarifsuisse über, sondern verblieb bei

santésuisse. Für das in derselben Rechtssache an das vorinstanzliche Tariffestsetzungsfahren anschliessende Beschwerdeverfahren vor Bundesverwaltungsgericht kann tarifsuisse somit nicht Parteistellung zukommen (Art. 48 VwVG). Auf die von tarifsuisse erhobene Beschwerde ist somit nicht einzutreten.

2.3.5 Da die Parteistellung bei santésuisse verblieben ist, diese am vorinstanzlichen Verfahren beteiligt war, für die Vertretung durch Rechtsanwalt Augustin eine ordnungsgemässe Vollmacht vorliegt (B-act. 5 Beilage 3; vgl. auch B-act. 1 Beilage 5), die Beschwerde im Übrigen frist- und formgerecht eingereicht und der Kostenvorschuss fristgerecht geleistet worden ist (Art. 50 und 52 VwVG, Art. 63 Abs. 4 VwVG), ist auf die Beschwerde von santésuisse *grundsätzlich* einzutreten.

2.4 Wie die Vorinstanz zu Recht geltend macht, nahm santésuisse am vorinstanzlichen Verfahren nur im eigenen Namen teil, wenn auch im Interesse ihrer Mitglieder. Ein Handeln im Namen ihrer Mitglieder ist nicht ersichtlich. Ob santésuisse aufgrund ihrer Statuten (vgl. B-act. 1 Beilage 3) dazu befugt gewesen wäre, als Vertreterin zu fungieren, braucht nicht geprüft zu werden, da sie nicht geltend macht, als Vertreterin gehandelt zu haben. Die einzelnen Krankenversicherer waren am vorinstanzlichen Verfahren somit nicht selbst beteiligt. Dass sie, obwohl ihr Verband daran beteiligt war, *ohne eigenes Verschulden* an der Teilnahme am vorinstanzlichen Verfahren verhindert waren (vgl. ANDRÉ MOSER/MICHAEL BEUSCH/LORENZ KNEUBÜHLER, Prozessieren vor dem Bundesverwaltungsgericht, 2. Aufl., Basel 2013 [hiernach: Prozessieren vor dem BVGer], S. 52 f., Rz. 2.62), haben die einzelnen Beschwerde führenden Krankenversicherer nicht (substantiiert) dargelegt. Damit ist für die einzelnen Krankenversicherer (Beschwerdeführerinnen 3 bis 65) die Voraussetzung von Art. 48 Abs. 1 Bst. a VwVG (formelle Beschwer) nicht erfüllt, und es ist auf ihre Beschwerde nicht einzutreten. Unter diesen Umständen braucht nicht weiter untersucht zu werden, ob diese Beschwerdeführerinnen (auch) aus anderen Gründen nicht zur Beschwerde legitimiert waren und z.B. ihre Parteieigenschaft infolge Fusionen oder anderer Vorgänge verloren bzw. an Dritte übertragen haben.

2.5 Da die kantonalen psychiatrischen Einrichtungen des Kantons B._____ und die E._____ unbestrittenermassen OKP-Leistungen erbringen, welche der festgesetzte Pauschaltarif beschlägt, hat der Ausgang des vorliegenden Beschwerdeverfahrens verbindliche Auswirkungen. Da sie sich nicht mit den Beschwerdeanträgen einverstanden erklär-

ten, sind sie – mit allfälligen Kosten- und Entschädigungsfolgen – als Parteien (Beschwerdegegnerinnen) im Sinn von Art. 48 VwVG i.V.m. Art. 6 VwVG zu behandeln (vgl. Prozessieren vor dem Bundesverwaltungsgericht, S. 254 f., Rz. 4.41; ISABELLE HÄNER, in: Christoph Auer / Markus Müller / Benjamin Schindler [Hrsg.], Kommentar zum Bundesgesetz über das Verwaltungsverfahren [VwVG], Zürich/St. Gallen 2008 [nachfolgend: VwVG-Kommentar], Art. 6 Rz. 5, Art. 48 Rz. 11; HANSJÖRG SEILER/NICOLAS VON WERDT/ANDREAS GÜNGERICH, Bundesgerichtsgesetz [BGG]: Bundesgesetz über das Bundesgericht, Handkommentar, Bern 2007 [nachfolgend: BGG-Handkommentar], Art. 89 Rz. 16, je m.w.H.).

2.6

2.6.1 Die Vorinstanz kritisiert das Einholen von Stellungnahmen der PUE und des BAG durch das Bundesverwaltungsgericht und kommt zum Schluss, auf die Ausführungen des BAG und der PUE könne nicht abgestellt werden (Schlussbemerkungen [B-act. 21] S. 3 ff.). Sie begründet dies im Wesentlichen damit, dass das BAG sich nicht darauf beschränkt habe, seine Kompetenz in Sachfragen, in denen es als Fachstelle betroffen sei, in das Verfahren einzubringen, sondern stattdessen unzulässigerweise einen Text verfasst habe, der einem Urteil nahe komme. Die PUE wiederum habe im vorinstanzlichen Verfahren eine Stellungnahme abgegeben, mit welcher sich die Vorinstanz im angefochtenen Beschluss auseinandergesetzt habe. Sie sei keine Amtsstelle, die in ihrer Aufgabenerfüllung betroffen sei, und Art. 14 des Preisüberwachungsgesetzes vom 20. Dezember 1985 [PüG, SR 942.20]) berechtige die PUE nicht, sich vor Gericht nochmals zu äussern.

2.6.2 Es entspricht der ständigen Praxis des Bundesverwaltungsgerichts, die PUE und das BAG in KVG-Tarifstreitigkeiten um Stellungnahme zu ersuchen (ausführlich und grundsätzlich: BVGE 2010/25 E. 2.3; ausserdem statt vieler: Urteil des Bundesverwaltungsgerichts C-4961/2010 vom 18. September 2013 E. 2.4.1). Die von der Vorinstanz gegen den Einbezug der PUE und des BAG in das Beschwerdeverfahren genannten Gründe enthalten keine wesentlich neuen Argumente, die eine Änderung dieser Praxis rechtfertigen würden. Der Einbezug von PUE und BAG in das vorliegende Verfahren ist somit zulässig.

2.6.3 Entgegen dem Dafürhalten der Vorinstanz hat durch den Einbezug von PUE und BAG in das vorliegende Verfahren auch keine Ausweitung des Streitgegenstandes, wie er sich aus dem angefochtenen Beschluss

und den gestellten Beschwerdeanträgen ergibt, stattgefunden. Die inhaltliche Würdigung der Stellungnahmen ist im Rahmen der materiellen Beurteilung der Sache vorzunehmen. Dabei ist das Bundesverwaltungsgericht nach Art. 62 Abs. 4 VwVG gemäss dem Grundsatz der Rechtsanwendung von Amtes wegen nicht an die Begründung der Begehren der Parteien gebunden. Es kann eine Beschwerde auch aus anderen als den geltend gemachten Gründen gutheissen (z.B. auch aus Gründen, die im vorliegenden Verfahren erstmals vom BAG oder der PUE angeführt wurden) oder den angefochtenen Entscheid im Ergebnis mit einer Begründung bestätigen, die von jener der Vorinstanz abweicht (vgl. SVR 2013 KV Nr. 10 E. 4.2; BVGE 2009/65 E. 2.1, je m.w.H.).

3.

3.1 Die Beschwerdeführerinnen können im Rahmen des Beschwerdeverfahrens die Verletzung von Bundesrecht unter Einschluss des Missbrauchs oder der Überschreitung des Ermessens, die unrichtige oder unvollständige Feststellung des rechtserheblichen Sachverhalts sowie die Unangemessenheit des Entscheids beanstanden (Art. 49 VwVG).

3.2 In materiellrechtlicher Hinsicht sind intertemporalrechtlich grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgebend, die bei der Erfüllung des zu Rechtsfolgen führenden Sachverhalts Geltung haben (BGE 130 V 329 E. 2.3, BGE 134 V 315 E. 1.2). Massgebend sind vorliegend somit die am 1. Januar 2010 (Zeitpunkt, ab welchem der umstrittene Tarif Geltung haben soll) in Kraft stehenden materiellen Gesetzes- und Verordnungsbestimmungen, auf welche im Folgenden – soweit nicht anders vermerkt – Bezug genommen wird (vgl. BVGE 2012/18 [nicht publizierte] E. 5.6; SVR 2013 KV Nr. 10 E. 4.3).

4.

4.1 Umstritten ist vorliegend der Tarif, zu welchem die Beschwerdegegnerinnen die von ihnen erbrachten, im angefochtenen RRB als "methadongestützte, ambulante Substitutionsbehandlung" bzw. "Methadonabgabe" bezeichneten Leistungen zu Lasten der OKP abrechnen können. Vorweg sind nachfolgend die diesbezüglich einschlägige Gesetzgebung und Rechtsprechung darzulegen (E. 4.2-4.5).

4.2

4.2.1 Die obligatorische Krankenpflegeversicherung als Hauptbestandteil der sozialen Krankenversicherung (Art. 1*a* Abs. 1 KVG; Grundversicherung) übernimmt nach Art. 24 und 34 KVG (nur) die Kosten für die Leistungen gemäss den Artikeln 25–31 KVG nach Massgabe der in den Artikeln 32–34 KVG festgelegten Voraussetzungen. Die Grundversicherung übernimmt unter anderem die Kosten für die Leistungen, die der Diagnose oder Behandlung einer Krankheit und ihrer Folgen dienen (Art. 25 Abs. 1 KVG). Zu diesen Leistungen gehören die Untersuchungen, Behandlungen und Pflegemassnahmen, die ambulant, bei Hausbesuchen, stationär oder in einem Pflegeheim durchgeführt werden von: 1. Ärzten oder Ärztinnen, 2. Chiropraktoren oder Chiropraktorinnen, 3. Personen, die auf Anordnung oder im Auftrag eines Arztes oder einer Ärztin Leistungen erbringen sowie die ärztlich oder unter den vom Bundesrat bestimmten Voraussetzungen von Chiropraktoren oder Chiropraktorinnen verordneten Analysen, Arzneimittel und der Untersuchung oder Behandlung dienenden Mittel und Gegenstände (Art. 25 Abs. 1, Abs. 2 Bst. a und b KVG). Die Leistungen nach den Artikeln 25–31 KVG müssen wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sein. Die Wirksamkeit muss nach wissenschaftlichen Methoden nachgewiesen sein. Die Wirksamkeit, die Zweckmässigkeit und die Wirtschaftlichkeit der Leistungen werden periodisch überprüft (Art. 32 KVG).

4.2.2 Das KVG setzt nur den Leistungsrahmen und überträgt die Detailgestaltung dem Verordnungsgeber, der je nach Regelungsbereich entweder Pflicht- oder Nichtpflichtleistungen zu bezeichnen hat. Die gesetzliche Basis dafür findet sich in Art. 33 KVG: Der Bundesrat kann die von Ärzten und Ärztinnen oder von Chiropraktoren und Chiropraktorinnen erbrachten Leistungen bezeichnen, deren Kosten von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nicht oder nur unter bestimmten Bedingungen übernommen werden (sogenannte Negativliste; Art. 33 Abs. 1 KVG). Er bezeichnet die nicht von Ärzten und Ärztinnen oder von Chiropraktoren und Chiropraktorinnen erbrachten Leistungen nach Artikel 25 Absatz 2 sowie die Leistungen nach den Artikeln 26, 29 Absatz 2 Buchstaben a und c und 31 Absatz 1 näher (sogenannte [abschliessende] Positivliste; Art. 33 Abs. 2 KVG). Er bestimmt, in welchem Umfang die obligatorische Krankenpflegeversicherung die Kosten einer neuen oder umstrittenen Leistung übernimmt, deren Wirksamkeit, Zweckmässigkeit oder Wirtschaftlichkeit sich noch in Abklärung befindet ([abschliessende] Positivliste; Art. 33 Abs. 3 KVG). Er kann die Aufgaben nach Art. 33 Abs. 1-3 KVG

dem Departement oder dem Bundesamt übertragen (Art. 33 Abs. 5 KVG). Der Verordnungsgeber macht in reichem Masse von Leistungslisten Gebrauch. Der Bundesrat hat dieses dreigliedrige System in Art. 33 der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV, SR 832.102) umgesetzt. Das Departement wiederum hat das Listenprinzip mit dem Erlass der KLV umgesetzt, wobei es allerdings nicht durchgehend separate Listen für die verschiedenen Tatbestände von Art. 33 Abs. 1-3 KVG erstellt hat (vgl. BGE 129 V 167 E. 3.1 ff.; GEBHARD EUGSTER, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum KVG, Zürich/Basel/Genf 2010 [im Folgenden: KVG-Kurzkommentar], Art. 33 Rz. 1, 3; Art. 34 Rz. 1, je m.w.H.). So stellt Anhang 1 KLV ein Sammelbecken der von Ärzten und Ärztinnen oder Chiropraktoren und Chiropraktorinnen erbrachten Leistungen, deren Kosten nicht oder nur unter bestimmten Bedingungen von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung übernommen werden (Art. 33 Bst. a KVV), und der neuen oder umstrittenen Leistungen, deren Wirksamkeit, Zweckmässigkeit oder Wirtschaftlichkeit sich in Abklärung befinden, wobei er die Voraussetzungen und den Umfang der Kostenübernahme durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung bestimmt (Art. 33 Bst. c KVV; vgl. Art. 1 KLV und die "Einleitenden Bemerkungen" zum Anhang 1 KLV; BGE 129 V 167 E. 3.4). Daher weist der Anhang 1 KLV einen äusserst heterogenen rechtlichen Charakter auf.

4.2.3 Die KLV und ihre Anhänge unterliegen einer beschränkten richterlichen Überprüfungsbefugnis, welche dem Departement einen weiten Gestaltungsspielraum vorzubehalten hat (vgl. zum Ganzen vgl. BGE 129 V 167 E. 3.4 m.w.H.; bestätigt z.B. im Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts K 112/04 vom 16. März 2005 E. 2.1 f. m.w.H.). Das Listenprinzip bezweckt, Pflicht- und Nichtpflichtleistungen zwingend und so exakt wie möglich festzulegen (vgl. diesbezüglich und insgesamt zum Listenprinzip: KVG-Kurzkommentar, Art. 33 Rz. 1 ff. mit Hinweisen auf die höchstrichterliche Rechtsprechung; vgl. ausserdem SVR 2013 KV Nr. 10 E. 7.4.2 f., 7.7.3). Der aus der Umsetzung des Listenprinzips resultierende gesetzliche Leistungskatalog ist verbindlich und erschöpfend, gleichzeitig auch begrenzt (vgl. Art. 34 Abs. 1 KVG). Untersagt sind auch Kulanzleistungen und Ermessensleistungen, wo nach KVG kein Ermessensspielraum besteht. Die OKP-Leistungspalette ist für alle Krankenversicherer zwingend und unabänderlich die gleiche. Das KVG verbietet zwar nicht, dass Leistungserbringer weitere, über den Leistungsumfang der OKP hinausgehende (Mehr-)Leistungen erbringen, die zusätzlich zu den KVG-Tarifen in Rechnung gestellt werden dürfen. Sie sind von den

Patientinnen und Patienten zu tragen, die für die Deckung dieser Kosten eine dem Privatrecht unterstehende Zusatzversicherung abschliessen können. Solche Mehrleistungen dürfen hingegen nicht von der OKP bezahlt werden (vgl. BGE 135 V 443 E. 2.2; BVGE 2012/18 E. 17.5; KVG-Kurzkommentar, Art. 34 Rz. 1, je m.w.H.).

4.3

4.3.1 Gemäss Art. 43 KVG erstellen die Leistungserbringer ihre Rechnungen nach Tarifen oder Preisen (Abs. 1). Der OKP-Tarif ist die Grundlage für die Berechnung der Vergütung (Abs. 2). OKP-Tarife und -Preise werden 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 (Abs. 4). Einzelleistungstarife müssen auf einer gesamtschweizerisch vereinbarten einheitlichen Tarifstruktur beruhen. Können sich die Tarifpartner nicht einigen, so legt der Bundesrat diese Tarifstruktur fest (Abs. 5). Die Vertragspartner und die zuständigen Behörden achten darauf, dass eine qualitativ hochstehende und zweckmässige gesundheitliche Versorgung zu möglichst günstigen Kosten erreicht wird (Abs. 6; vgl. BVGE 2012/18 E. 5.7). Die Genehmigungsbehörde prüft, ob der Tarifvertrag mit dem Gesetz und dem Gebot der Billigkeit in Einklag steht (Art. 46 Abs. 4 zweiter Satz KVG). Kommt zwischen Leistungserbringern und Versicherern kein OKP-Tarifvertrag zustande, so setzt subsidiär die Kantonsregierung nach Anhören der Beteiligten den OKP-Tarif fest (Art. 47 Abs. 1 KVG).

4.3.2 Diese Bestimmungen betreffen lediglich die Bildung von Tarifen für OKP-Leistungen. Sie finden hingegen keine Anwendung auf Leistungen, die nicht von der OKP zu vergüten sind. Insbesondere dürfen die Leistungserbringer und OKP-Grundversicherer für Leistungen, die nicht von der OKP zu vergüten sind, sondern von den Patientinnen und Patienten bzw. ihrer entsprechenden Zusatzversicherung, keine Tarifverträge gemäss Art. 46 KVG vereinbaren. Ein betreffend Nicht-OKP-Leistungen geschlossener Vertrag ist nicht der Kantonsregierung zur Genehmigung nach Art. 46 Abs. 4 KVG zu unterbreiten, bzw. die Kantonsregierung darf auf ein entsprechendes Genehmigungsbegehren nicht eintreten (vgl. BVGE 2009/23 insbesondere E. 4.1.2, 5.1). Werden für von der OKP nicht zu vergütende Leistungen dennoch gemäss Art. 46 KVG Tarife vereinbart und genehmigt, begründet dies keine Leistungspflicht zulasten der

OKP. Denn der Tarifvertrag kann nicht Leistungspflichten begründen, die von Gesetzes wegen nicht bestehen. Die vertraglich festgelegten Tarife gelten nur unter der Voraussetzung, dass die gesetzlichen Voraussetzungen für die Anwendbarkeit des Tarifs (Art. 41 Abs. 2 KVG) erfüllt sind (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_653/2010 vom 24. November 2010 [publiziert als KV Nr. 6 in SVR 4-5/2011] E. 3.2; SVR 2013 KV Nr. 10 E. 5.4; vgl. auch RKUV 5/2006 KV 382 S. 356 E. 5.1; BGE 132 V 18 E. 5.3; Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts K 128/99 vom 16. Mai 2000 E. 3.a).

Wenn es schon unzulässig ist, im Rahmen eines OKP-Vertrages einvernehmlich die Abgeltung von Nicht-OKP-Leistungen vorzusehen und ein entsprechender Vertrag auch keine Leistungspflicht auslöst, muss dies umso mehr für die (subsidiäre) hoheitliche Festsetzung eines OKP-Tarifs gestützt auf Art. 47 Abs. 1 KVG gelten (vgl. SVR 2013 KV Nr. 10 E. 5.4 m.w.H.; BGE 127 III 421 E. 3.b *e contrario*; vgl. auch analog Bundesratsentscheid vom 13. März 2000 in Sachen Krankenversicherer H. und S. gegen den Regierungsrat des Kantons Basel-Stadt [publiziert als RKUV 5/2001 KV 177 E. 4.4).

4.4 Um zu gewährleisten, dass keine OKP-Tarife für Nicht-OKP-Leistungen vereinbart oder hoheitlich festgesetzt werden, sind die OKP-Leistungen und Nicht-OKP-Leistungen unabhängig voneinander nach den jeweils anwendbaren Grundsätzen und nur in Bezug auf die entsprechenden Leistungen zu bestimmen. Es ist insbesondere nicht zulässig, von einem Gesamtbetrag für beide Leistungsarten auszugehen und die Tarife so abzustimmen, dass der Gesamtbetrag im Ergebnis gedeckt wird (vgl. BVGE 2010/23 E. 2.6.3 m.w.H). Dementsprechend muss der Leistungserbringer gemäss Art. 59 Abs. 3 KVV für die von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung übernommenen Leistungen und die anderen Leistungen zwei getrennte Rechnungen erstellen (vgl. auch Art. 42 Abs. 3 KVG; Art. 2 Abs. 1 Bst. d der Verordnung vom 3. Juli 2002 über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler, Geburtshäuser und Pflegeheime in der Krankenversicherung [VKL, SR 832.104]).

4.5

4.5.1 Wenn schon zwischen OKP-Leistungen einerseits und von den Patientinnen oder Patienten bzw. deren Zusatzversicherung zu bezahlenden Nicht-OKP-Leistungen eine Abgrenzung erfolgen muss, gilt dies umso mehr im Verhältnis zwischen OKP-Leistungen (die von der OKP zu vergü-

ten sind) einerseits und speziellen Nicht-OKP-Leistungen, die von der öffentlichen Hand zu tragen sind (sogenannte gemeinwirtschaftliche Leistungen) andererseits. Denn die öffentliche Hand steht im ambulanten OKP-Leistungsbereich grundsätzlich ausserhalb des OKP-Beziehungsdreiecks von Leistungserbringern, Patientinnen/Patienten und Krankenversicheren. Auch für ambulante OKP-Leistungen und gemeinwirtschaftliche Leistungen darf nicht von einem Gesamtbetrag für beide Leistungsarten ausgegangen werden, der (nur) im Ergebnis den Gesamtbetrag im Ergebnis deckt. Ein OKP-Tarif für ambulante OKP-Leistungen darf nicht dazu führen, dass die OKP gemeinwirtschaftliche Leistungen finanziert.

4.5.2 Dementsprechend ist gerade bei der Festsetzung eines OKP-Pauschaltarifs darauf zu achten, dass es zu keiner Querfinanzierung gemeinwirtschaftlicher Leistungen kommt. Sind Tarifverhandlungen gescheitert und erfolgt – wie vorliegend – eine hoheitliche Tariffestsetzung, sind an eine korrekte und transparente Abgrenzung erhöhte Anforderungen zu stellen, damit die Versicherer, denen dieser Tarif in Rechnung auferlegt wird, seine Rechtmässigkeit prüfen und allenfalls dagegen Beschwerde führen bzw. den Tarif im einzelnen Leistungsfall korrekt anwenden können (Rechnungskontrolle, vgl. BVGE 2009/24 E. 3.1.1 m.w.H.). Auch für die allenfalls zur Beurteilung des festgesetzten Tarifs selbst bzw. dessen Anwendung im Einzelfall angerufenen Rechtsmittelinstanzen müssen die entsprechende Abgrenzung nachvollziehen können.

4.5.3 Noch höhere Anforderungen an eine transparente Ausscheidung von Nicht-OKP-Leistungen sind dann zu stellen, wenn eine Überschneidung von OKP-Leistungen und gemeinwirtschaftlichen Leistungen naturgemäss nahe liegt. Dies trifft auf die vorliegend umstrittene Methadonabgabe an Opioidsüchtige zu. Denn hier überschneiden sich die Interessen der individuellen Patientinnen und Patienten an einer Behandlung ihrer Opiatabhängigkeit, deren Vergütung, soweit es sich um Leistungen im Sinne des KVG handelt, von der OKP zu erfolgen hat, einerseits, und dem Interesse des Gemeinwesens an der Eindämmung des illegalen Drogenkonsums und seiner negativen gesellschaftlichen Auswirkungen andererseits, die als gemeinwirtschaftliche Leistung von der öffentlichen Hand zu finanzieren ist. Während es durchaus sinnvoll sein kann, gegenüber den einzelnen Drogensüchtigen ein Leistungsgesamtpaket zu erbringen, das sowohl OKP-Leistungen als auch gemeinwirtschaftliche Leistungen umfasst, erlaubt dies kein Abweichen von einer korrekten Abgrenzung der beiden Finanzströme.

4.5.4 Vorliegend machen die Beschwerdeführerinnen denn auch geltend, dass mit dem festgesetzten Tarif nicht nur OKP-Leistungen, sondern auch gemeinwirtschaftliche Leistungen abgegolten würden (vgl. Beschwerde S. 15). Auch die Leistungserbringerinnen haben in ihrer Eingabe vom 10. Mai 2011 ihre Unsicherheit darüber zum Ausdruck gebracht, ob der zur Festsetzung anstehende Tarif als Leistungsauftrag auch Nicht-OKP-Leistungen umfassen werde und wie dann die Abgrenzung und Aufteilung der Finanzierung durch die OKP und durch den Kanton erfolgen (Vorakte 14). Selbst die Vorinstanz spricht in ihren Schlussbemerkungen von einem "Leistungsauftrag für die Methadonabgabe" und führt aus, dass es im Bereich der ambulanten Psychiatrie inkl. der Methadonabgabe zuweilen zu Überschneidungen der Finanzierung durch die öffentliche Hand (Gemeinden, andere Kantone) und die OKP komme (vgl. z.B. RRB vom Nr. […] vom 10. Februar 2010 [Taxen der Methadonabgabe; vorsorgliche Massnahmen; Vorakte 5] S. 5; angefochtener RRB S. 5; Schlussbemerkungen der Vorinstanz [B-act. 21] S. 11).

4.5.5 Dementsprechend sind vorliegend hohe Anforderungen an einen transparenten Ausschluss von Nicht-OKP-Leistungen aus dem vom festgesetzten Tarif erfassten Leistungspaket zu stellen, ansonsten davon auszugehen ist, dass sich darin auch Nicht-OKP-Leistungen befinden.

5.

5.1 Die Beschwerdeführerinnen, die Leistungserbringerinnen, die PUE und das BAG äusserten sich im Rahmen des Beschwerdeverfahrens zur Frage, ob der angefochtene Beschluss auch Nicht-OKP-Pflichtleistungen umfasse, wie folgt.

5.1.1 Die Beschwerdeführerinnen bestreiten, dass das vom angefochtenen Pauschaltarif erfasste, im angefochtenen Beschluss als "methadongestützte, ambulante Substitutionsbehandlung" bzw. "Methadonabgabe" bezeichnete Leistungspaket ausschliesslich Leistungen enthält, die von der OKP zu vergüten sind. Sie machen geltend, dass lediglich die im Anhang 1 KLV Ziff. 8 Ziff. 3 aufgelisteten Leistungen (vgl. unten E. 5.2) OKP-Pflichtleistungen der methadongestützten, ambulanten Substitutionsbehandlung darstellten und werfen der Vorinstanz vor, mit der angefochtenen Tariffestsetzung zu versuchen, sogenannte Nichtpflichtleistungen zulasten der sozialen Krankenversicherung abrechnen zu lassen (vgl. Beschwerde S. 10 f., 15; Schlussbemerkungen der Beschwerdeführerinnen S. 2, 4 f.).

5.1.2 Die Leistungserbringerinnen liessen sich im Rahmen des Beschwerdeverfahrens materiell nicht vernehmen.

5.1.3 Die PUE monierte in ihrer Stellungnahme vom 2. Mai 2012 (B-act. 17), dass aus den Ausführungen der Vorinstanz nicht klar hervorgehe, welche Leistungen mit der festgesetzten Wochenpauschale durch die soziale Krankenversicherung genau abgegolten würden. Das entsprechende Leistungspaket werde nur relativ unpräzis umschrieben und es fehle an einer klaren Definition der darin enthaltenen OKP-Pflichtleistungen. Insbesondere sei in Bezug auf den im RRB angeführten enthaltenen Kostenanteil für "überdurchschnittlich intensive psychotherapeutische und psychosoziale Betreuung" unklar, ob all diese Leistungen – im Gegensatz zu dem im G-Vertrag geregelten Leistungspaket –KVG-Pflichtleistungen seien.

5.1.4 Auch das BAG rügte in seiner Stellungnahme vom 14. Juli 2012 (B-act. 19), dass nicht ersichtlich sei, wie sich die durch die festgesetzte Tarifpauschale zu vergütende Leistung zusammensetze (S. 6). Ausserdem kritisierte es das vorinstanzliche Abstützen auf den F-Tarif dahingehend, dass nicht ersichtlich sei, ob der Leistungsmix vergleichbar sei, ob nur Leistungen im Sinne des Gesetzes finanziert würden und ob diese Leistungen vom Kanton subventioniert würden (S. 6).

5.2 Anhang 1 KLV Ziff. 8 (Psychiatrie), in der am 1. Januar 2010 geltenden Fassung, enthält folgende Bestimmungen (im Folgenden: Anhang 1 KLV Ziff. 8):

> Substitutionsbehandlung bei Opiatabhängigkeit:
>
> Leistungspflicht: Ja
>
> Voraussetzungen:
>
> 1. Einhaltung folgender Bestimmungen, Richtlinien und Empfehlungen:
>
>   a. Bei der methadongestützten Behandlung: «Substitutionsgestützte Behandlungen (SGB) bei Opioidabhängigkeit – Empfehlungen des Bundesamtes für Gesundheit (BAG), der Schweizerischen Gesellschaft für Suchtmedizin (SSAM) und der Vereinigung der Kantonsärztinnen und Kantonsärzte Schweiz (VKS)» vom Oktober 2009;
>
>   b. Bei der buprenorphingestützten Behandlung: «Substitutionsgestützte Behandlungen (SGB) bei Opioidabhängigkeit – Empfehlungen des Bundesamtes für Gesundheit (BAG), der Schweizerischen Gesellschaft für Suchtmedizin (SSAM) und der Vereinigung

der Kantonsärztinnen und Kantonsärzte Schweiz (VKS)» vom Oktober 2009;

c. Bei der heroingestützten Behandlung: Die Bestimmungen der Verordnung über die ärztliche Verschreibung von Heroin vom 8. März 1999 (SR 812.121.6) sowie die Richtlinien und Empfehlungen des Handbuches des BAG zur heroingestützten Behandlung «Richtlinien, Empfehlungen, Information», September 2000.

2. Die verwendete Substanz oder das verwendete Präparat muss in der Arzneimittelliste mit Tarif (ALT) oder in der Spezialitätenliste (SL) in der von Swissmedic genehmigten therapeutischen Gruppe (IT) aufgeführt sein.

3. Die Substitutionsbehandlung umfasst die folgenden Leistungen:

a. ärztliche Leistungen:

- Eintrittsuntersuchung inkl. Suchtanamnese, Psycho- und Somatostatus mit besonderem Augenmerk auf suchtbedingte und der Sucht zu Grunde liegende Störungen
- Einholen von Zusatzinformationen (Familie, Lebenspartner oder -partnerin, frühere Behandlungsstellen)
- Erstellen der Diagnose und der Indikation
- Erstellen eines Behandlungsplanes
- Einleiten des Bewilligungsverfahrens und Erstellen von Berichten an den Krankenversicherer
- Einleiten und Durchführung der Substitutionsbehandlung
- Überwachte Abgabe der Substanz oder des Präparats, sofern diese nicht durch den Apotheker oder die Apothekerin erfolgt
- Qualitätssicherung
- Behandlung von Störungen durch den Gebrauch weiterer psychotroper Substanzen
- Evaluation des therapeutischen Prozesses
- Rückfragen bei der Abgabestelle
- Überprüfung der Diagnose und der Indikation
- Anpassung der Behandlung und daraus resultierender Schriftverkehr mit Behörden
- Berichterstattung an Behörden und Krankenversicherer
- Qualitätskontrolle.

b. Leistungen des Apothekers oder der Apothekerin:

– Herstellen von peroralen Lösungen nach ALT, inklusive Qualitätskontrolle

– Überwachte Abgabe der Substanz oder des Präparates

– Buchhaltung über den Wirkstoff und Berichterstattung an die Behörde

– Berichterstattung an den verantwortlichen Arzt oder die verantwortliche Ärztin

– Beratung

4. Die Leistung muss von der nach Ziffer 1 zuständigen Einrichtung erbracht werden.

5. Für die Substitutionsbehandlung können pauschale Vergütungen vereinbart werden.

5.3 Der angefochtene RRB enthält keine Definition oder Umschreibung des vom festgesetzten Tarif erfassten Leistungspakets. Die Rede ist vom "Tarif der obligatorischen Krankenpflegeversicherung für die methadongestützte, ambulante Substitutionsbehandlung" (Dispositiv Ziff. I), der "methadongestützten, ambulanten Substitutionsbehandlung" und der "Methadonabgabe". Insbesondere erfolgt keine inhaltliche Bezugnahme auf Anhang 1 KLV Ziff. 8. Auf den F-Vertrag wird nur im Sinne einer Tarif-Plausibilisierung Bezug genommen (vgl. RRB S. 7, Schlussbemerkungen S. 11) und in Bezug auf den G-Psychiatrievertrag wird nur ausgeführt, dass diesem ein Kostendeckungsgrad von rund 60 % zugrunde liege (RRB S. 5). Dem RRB sind somit auch keine Verweise zu entnehmen, die Rückschlüsse auf den Inhalt des betroffenen Leistungspakets zuliessen, insbesondere dahingehend, dass darin auch Nicht-OKP-Leistungen enthalten sind.

5.4

5.4.1 Im Beschwerdeverfahren macht die Vorinstanz zunächst geltend, dass den Leistungserbringern, den Krankenversicherern und der Gesundheitsdirektion bekannt sei, wie sich das betroffene Leistungsbündel zusammensetze (vgl. B-act. 21 S. 5 f.). Dem kann schon deshalb nicht gefolgt werden, weil die Beschwerdeführerinnen dies beschwerdeweise bestreiten. Zudem ist auch den Vorakten zu entnehmen, dass die Beteiligten keineswegs ein klares, übereinstimmendes Bild davon hatten, für welches Leistungspaket ein Tarif festgesetzt würde.

So nahm *santésuisse* in ihrem E-Mail vom 14. Dezember 2009 an die Gesundheitsdirektion (Vorakte 3) auf "*die Pauschale für KLV-Leistungen-Methadon*" und auf "*zusätzliche psychologische / psychiatrische Betreuung*" Bezug und offerierte als "letztes Angebot" eine Pauschale von Fr. 100.- für "*KLV-Leistungen-Methadon*" und "*wo möglich TARMED-Verrechnung für weitere KVG-Leistungen*". In ihrer Stellungnahmen vom 15. Januar 2010, 29. Januar 2010 und 6. Mai 2010 (Vorakte 3a, 4a, 7) nahm santésuisse wiederum lediglich auf die *gesetzlichen Leistungen gemäss KLV Anhang 1 Ziffer 8* Bezug und führte aus, dass den vorgelegten Daten nicht zu entnehmen sei, inwieweit es sich beim Leistungsangebot um Pflichtleistungen bzw. Nichtpflichtleistungen handle bzw. ob bestimmte Leistungen KVG-widrig erbracht würden. Die Eingaben von santésuisse zeigen somit eine gewisse Verunsicherung darüber, welche Leistungen Gegenstand des umstrittenen Tarifs sein sollten und ob es sich dabei ausschliesslich um OKP-Leistungen handle. An dieser Stelle ist festzuhalten, dass die Rüge, dass auch Nicht-OKP-Leistungen im Tarif enthalten sein könnten, somit – entgegen dem Dafürhalten der Vorinstanz – schon im vorinstanzlichen Verfahren erhoben wurde und damit keine im Sinne von Art. 53 Abs. 2 Bst. a KVG unzulässige neue Tatsachenbehauptung vorliegt. Die *Beschwerdegegnerinnen (Leistungserbringerinnen)* wiederum beantragten mit ihrem Festsetzungsbegehren primär die Festsetzung einer Pauschale (Fr. 160.- pro Woche), die *alle gesetzlichen Leistungen im Rahmen der methadongestützten Behandlung gemäss Anhang 1 Ziff. 8 KLV* abdecke. Für ihren Eventualantrag (Pauschale von Fr. 145.- pro Woche) beriefen sie sich hingegen auf den *F-Tarif*, da dieser als einziger dem Schweregrad Rechnung trage und *nebst der reinen Methadonabgabe auch die Leistungen der intensiven psychotherapeutischen und psychosozialen Betreuung* abdecke. In ihrer Eingabe vom 10. Mai 2011 (Vorakte 14) führten die Beschwerdeführerinnen wiederum aus, dass nicht klar sei, inwiefern im Rahmen der Methadonprogramme gestützt auf den *Leistungsauftrag des Kantons* auch Nicht-OKP-Leistungen zu erbringen seien und inwiefern sich der Kanton B._____ an der Finanzierung der Methadonprogramme beteiligen würde. Auch seitens der Leistungserbringerinnen bestand im vorinstanzlichen Verfahren eine bestimmte Unsicherheit bzw. Ungewissheit darüber, welche Leistungen vom zur Festsetzung vorgesehenen Tarif erfasst würden und ob es sich dabei nur um OKP-Leistungen handle. Von welchem Leistungspaket die *Gesundheitsdirektion* im vorinstanzlichen Verfahren ausging, ist aus den Unterlagen (z.B. aus ihrem Schreiben an die PUE vom 20. April 2011) nicht ersichtlich.

Angesichts dieser aktenkundigen Ungewissheiten und Unsicherheit kann die Vorinstanz daraus, dass – wie sie geltend macht – *bis zum 31. Dezember 2009* während über 20 Jahren *vertragliche* Regelungen bestanden und umgesetzt wurden (vgl. Schlussbemerkungen der Vorinstanz [B-act. 21 S. 6 f.] unter Bezugnahme auf den Poliklinikvertrag vom 1. Juli 1990 [Beschwerdebeilage 2] und den Ambulatoriumsvertrag Psychiatrie 2007 [Vorakte 4e]) nicht darauf geschlossen werden, dass unter den Beteiligten für den Zeitraum *ab 1. Januar 2010* in Bezug auf den *hoheitlich festzusetzenden* Tarif Klarheit betreffend den Inhalt des umstrittenen Leistungspaket besteht.

5.4.2 Die Vorinstanz führt weiter aus, Anhang 1 Ziff. 8 KLV Ziff. 3 stelle zwar eine eigentliche Aufzählung der von der Substitutionsbehandlung umfassten Leistungen dar, doch sei diese Aufzählung nicht abschliessend, sondern umfasse nur Leistungen für die Methadonabgabe *im engeren Sinne.* Neben diesen Leistungen für die Methadonabgabe im engeren Sinne seien im vom umstrittenen Tarif umfassten Leistungsbündel *zusätzlich auch psychiatrische und therapeutische Leistungen* enthalten, die direkt mit der Methadon- bzw. Opiatsubstitutionsbehandlung zusammenhingen. Dazu gehörten *insbesondere* die Kosten für Substitutionsmedikamente (z.B. SUBUTEX® oder retardiertes Morphin bei Methadonunverträglichkeit), die sozialpsychiatrische Betreuung, Betreuung in Krisensituationen bei Stimmungszusammenbrüchen, Angstproblemen und Gewaltausbrüchen sowie Leistungen in Abwesenheit des Patienten und häufige Telefonate (Schlussbemerkungen S. 6). Die Methadonabgabe umfasse ein ganzes Bündel von Leistungen, bei denen die ärztliche Leistung, die durch Ärztinnen und Ärzte oder durch andere Personen auf Anordnung von Ärztinnen oder Ärzten erbracht werde, nicht im Vordergrund stehe, und die Leistungen gemäss Art. 25 Abs. 1 und Abs. 2 KVG von der OKP zu übernehmen seien. Dieses Leistungspaket umfasse Folgendes: "Abschliessen des Methadonvertrages; Kontrolle des Beikonsums; regelmässige Urinproben; Rüsten, Kontrollieren, Buch führen über die abgegebenen Substanzen; Einhaltung der Bestimmungen des Betäubungsmittelgesetzes *etc."* (vgl. Vernehmlassung S. 10, Schlussbemerkungen der Vorinstanz [B-act. 21] S. 5 ff.).

5.4.3 Die Vorinstanz macht andererseits auch geltend, der dem vorliegend umstrittenen Pauschaltarif zugrunde liegende Leistungsauftrag für die Methadonabgabe sei identisch mit dem Leistungsauftrag, wie er dem F-Tarif zu Grunde liege, der zur *Plausibilisierung* für den vorliegend umstrittenen Tarif verwendet worden sei (vgl. Schlussbemerkungen der Vor-

instanz S. 11, RRB S. 7, F-Vertrag [B-act. 26], F-RRB [Vernehmlassung/B-act. 11 Beilage 5a]). Allerdings enthält der F-Vertrag, anders als der angefochtene RRB, der in der Hauptsache lediglich einen Tarif für "die methadongestützte, ambulante Substitutionsbehandlung" festsetzt (Wochenpauschale von Fr. 151.- pro Patientin bzw. pro Patient) und die Anwendung der Modalitäten gemäss dem Ambulatoriumsvertrag Psychiatrie 2007 vorschreibt (wobei nicht abschliessend beurteilt werden kann, ob es sich dabei [nur] um den Abschnitt VI. Vergütung der Leistungen/ Rechnungsstellung handelt [Art. 16-22 des Ambulatoriumsvertrages Psychiatrie 2007]), eine detailliertere Regelung, der namentlich Folgendes zu entnehmen:

- Vorausgesetzt wird, dass für die krankenversicherten Personen eine methadon- oder buprenorphingestützte Behandlung notwendig ist, dass sie leistungsberechtigt sind, dass die *Bestimmungen von Anhang 1 KLV Ziff. 8* eingehalten bzw. erfüllt werden (Art. 3 des Vertrages).

- Vereinbart wird einerseits eine *Grundpauschale* (Wochenpauschale A: Fr. 100.-) mit welcher *alle gesetzlichen Leistungen gemäss Anhang 1 KLV Ziff. 8 abgegolten werden,* u.a. auch die verwendete Substanz (ausgenommen Buprenorphin), die für die Suchtbehandlung verschriebenen Medikamente (insbesondere auch Benzodiazepine wie z.B. Rohypnol) und alle für die Suchtbehandlung notwendigen Laboruntersuchungen (sowie Drogenscreenings/Urinproben), wobei namentlich die medizinische Eintrittsuntersuchung, therapeutische Gespräche sowie die einfache medizinische Grundversorgung erfasst sind. Andererseits wurde eine *Zusatzpauschale* (Wochenpauschale B: Fr. 57) für Patientinnen und Patienten der Stufen 2-4, die *überdurchschnittlich intensive psychotherapeutische und psychosoziale Betreuung* in Anspruch nehmen, vereinbart (vgl. Art. 5 Abs. 2 und Anhang 2 Bst. a des Vertrages).

- Vorgesehen ist weiter eine *Wochenpauschale für interkurrente somatische Erkrankungen bzw. Behandlungen*, die nicht mit der Drogenabhängigkeit/-sucht in direktem Zusammenhang stehen (Wochenpauschale: Fr. 14.-) und die zusätzliche Verrechnung nach Einzelleistungstarif für kassenpflichtige Labor- und Medikamentenleistungen im Zusammenhang mit den interkurrenten Erkrankungen sowie die separate Rechnungsstellung für Abklärung und Behandlung von Infektionskrankheiten (HIV und Hepatitis B und C; Art. 5 Abs. 3 ff. und Anhang 2 Bst. b und c des Vertrages).

- Geregelt wird auch die Kostentragung im Falle der Überweisung von Patientinnen und Patienten an Drittleistungserbringer für die ambulante interkurrente Behandlung (Anhang 2 Bst. b des Vertrages).

- Ausserdem enthält der F-Vertrag verschiedene Regelungen betreffend die Modalitäten der Abwicklung der Abrechnung der erbrachten Leistungen.

5.4.4 Ausserdem führt die Vorinstanz aus, dass das von der im G-Psychiatrievertrag abgedeckte Leistungspaket, welches alle somatischen und psychiatrischen gesetzlichen Pflichtleistungen gemäss Anhang 1 KLV Ziff. 8 umfasst (vgl. Art. 7 Abs. 2 des Vertrages [Beilage zu B-act. 17]), kleiner sei als das von der vorliegend umstrittenen Pauschale abgedeckte Leistungspaket. So seien *beispielsweise* die über die Leistungen für die Methadonabgabe im engeren Sinne hinausgehenden Leistungen darin nicht enthalten (vgl. Schlussbemerkungen der Vorinstanz S. 6, 10). Zu den detaillierteren Regelungen im G-Vertrag betreffend die Abrechnung der über Anhang 1 KLV Ziff. 8 hinausgehenden OKP-Pflichtleistungen (vgl. Art. 7 Abs. 3 des Vertrages) äusserte sich die Vorinstanz nicht.

5.5 Den von der Vorinstanz im Beschwerdeverfahren gemachten Ausführungen ist somit zu entnehmen, dass nach ihrem Verständnis das vom festgesetzten Pauschaltarif umfasste Leistungspaket "methadongestützte, ambulante Substitutionsbehandlung" erheblich über die in Anhang 1 KLV Ziff. 8 unter dem Titel "Substitutionsbehandlung bei Opiatabhängigkeit" detailliert aufgeführten OKP-Leistungen hinaus geht. Welche zusätzlichen Leistungen unter den Pauschaltarif zu subsumieren sind, spezifiziert die Vorinstanz allerdings nicht. Insbesondere sind die von ihr angeführten Aufzählungen nicht abschliessender Natur und spezifiziert die Vorinstanz nicht, welche Leistungen zusätzlich zum G-Leistungspaket erfasst werden. Eine inhaltliche Übernahme der materiellen Bestimmungen des F-Vertrages wurde im angefochtenen RRB nicht vorgenommen. Vielmehr wurde darauf nur zwecks Plausibilisierung Bezug genommen (vgl. RRB S. 7, Schlussbemerkungen S. 11). Dass trotzdem aus der viel detaillierteren und differenzierteren Regelung im F-Vertrag auf das vorliegend betroffene Leistungspaket geschlossen werden können soll, ist nicht nachvollziehbar. Ausserdem kann auch, wie die PUE und das BAG zu Recht ausführen, nicht ausgeschlossen werden, dass (auch) die von den F-Pauschaltarifen erfassten Leistungspakete auch Nicht-OKP-Leistungen enthalten. Insbesondere ist unklar, was unter der überdurchschnittlich intensiven psychotherapeutischen und psychosozialen Betreuung zu verstehen ist, was unter den mit der Wochenpauschale B zusätzlich zu den bereits mit der Wochenpauschale A abgegoltenen gesetzlichen Leistungen gemäss Anhang 1 KLV Ziff. 8 zu verstehen ist, und inwiefern es sich dabei (ausschliesslich) um OKP-Pflichtleistungen handelt.

5.6 Im Zusammenhang mit der Abgrenzung zwischen OKP- und Nicht-OKP-Leistungen ist auch darauf hinzuweisen, dass die KLV eine (einschränkende) leistungsmässige Umschreibung der ärztlichen Psychotherapie (Art. 2 ff. KLV) und der von Chiropraktoren/Chiropraktorinnen verordneten Leistungen (Art. 4 KLV) als Untergruppen gemäss Art. 33 Abs. 1 KVG und Art. 33 Bst. a KVV enthält. So schreibt z.B. Art. 2 KLV vor, dass eine ärztliche Psychotherapie nach Methoden erfolgen muss, deren Wirksamkeit wissenschaftlich belegt ist, um von der OKP vergütet zu werden (Abs. 1). Weiter werden die Voraussetzungen umschrieben, die erfüllt sein müssen, damit eine Psychotherapie im Sinne des KVG anerkannt und von der OKP vergütet wird (Abs. 2). Auch erfahren die von den nichtärztlichen (nicht chiropraktorischen) Leistungserbringern applizierten Heilanwendungen im Sinne von Art. 33 Abs. 2 KVG/Art. 33 Bst. b KVV in Art. 5 ff. KLV eine positive (abschliessende; vgl. z.B. BGE 124 V 346 oder BGE 127 V 328 E. 3a und BGE 127 V 339 E. 3b) Aufzählung. Werden im Einzelfall Leistungen ausserhalb der entsprechenden Vorgaben und Einschränkungen der KLV erbracht, verstossen sie gegen das Listenprinzip und sind daher von der OKP nicht zu vergüten (vgl. oben E. 4.2). Eine entsprechende Kontrolle darf durch die Festsetzung eines Pauschaltarifs nicht verunmöglicht werden (vgl. BVGE 2009/24 E. 3.1.1 m.w.H.).

5.7 Abgesehen davon, dass die Vorinstanz keine abschliessende Umschreibung der vom festgesetzten Pauschaltarif umfassten Leistungen vornimmt, ist schon in Bezug auf gewisse der von ihr aufgelisteten Leistungen nicht ohne Weiteres ersichtlich, dass sie OKP-pflichtig sind. So hat die Vorinstanz z.B. nicht substantiiert, inwiefern die Leistungserbringer "häufige Telefonate" sowie "Leistungen in Abwesenheit des Patienten" zu erbringen haben, die zwar über die in Anhang 1 KLV Ziff. 8 vorgesehenen Leistungen hinausgehen, aber trotzdem OKP-pflichtig sein sollen. Ungeklärt ist auch, welche Leistungen im Rahmen der "psychosozialen" bzw. eine "sozialpsychiatrischen Betreuung" erbracht werden und inwiefern es sich dabei um OKP-Leistungen oder um von der öffentlichen Hand zu finanzierende Leistungen handelt (vgl. Schlussbemerkungen der Vorinstanz S. 6, RRB S. 7). Es ist ferner nicht ersichtlich, ob der Pauschaltarif auch Pflegeleistungen im Sinn von Art. 7 Abs. 2 KLV in der bis 31. Dezember 2010 geltenden Fassung (z.B. "Entnahme von Untersuchungsmaterial zu Laborzwecken", "Verabreichen von Medikamenten", "pflegerische Massnahmen zur Umsetzung der ärztlichen Therapie im Alltag, wie Einüben von Bewältigungsstrategien und Anleitung im Umgang mit Aggression, Angst, Wahnvorstellungen" [Bst. b Ziff. 3, 7, 13]) als (vermeintlich) OKP-pflichtige Leistungen umfasst. Daher kann das Bundes-

verwaltungsgericht nicht prüfen, ob die Voraussetzungen für die OKP-Pflichtigkeit dieser Leistungen erfüllt sind, ob letztere Teil des hoheitlich festgesetzten Pauschaltarifs hätten sein dürfen und ob das Inkrafttreten der Bestimmungen über die Neuordnung der Pflegefinanzierung (AS 2009 3517, BBl 2005 2033; vgl. Art. 25*a* KVG und Art. 7 ff. KLV [je in der ab 1. Januar 2011 geltenden Fassung]) daran etwas ändern würde und dies bei der Tariffestsetzung hätte berücksichtigt werden müssen, zumal dieser Zeitpunkt zwischen dem 1. Januar 2010 (Zeitpunkt des Inkrafttretens der Tariffestsetzung) und dem 26. Oktober 2011 (Erlassdatum des umstrittenen RRB, an welchem der unbefristete Tarif weiterhin gelten soll) liegt.

5.8 Zusammenfassend ist festzuhalten, dass es der Vorinstanz – unter Berücksichtigung der vorliegend an eine transparente Ausscheidung von Nicht-OKP-Leistungen zu stellenden Anforderungen (vgl. oben E. 4.5) – nicht gelungen ist aufzuzeigen, dass das vom festgesetzten Pauschaltarif erfasste Leistungspaket nur OKP-Leistungen umfasst.

5.9 Die fehlende transparente Umschreibung der vom festgesetzten Pauschaltarif umfassten Leistungen verunmöglicht eine gerichtliche Beurteilung, inwiefern sich darunter OKP-Leistungen befinden, für die kein OKP-Tarif besteht. Da der Regierungsrat (subsidiär zu diesbezüglichen Tarifverhandlungen und -vereinbarungen) nur für solche Leistungen einen Tarif hoheitlich festsetzen kann bzw. muss und die Leistungen vorliegend nicht genügend bestimmbar sind, ist auf eine entsprechende Anweisung zu verzichten.

5.10 Soweit die Vorinstanz geltend macht, dass das Verhalten von santésuisse im Rahmen des vorinstanzlichen Verfahrens und des vorliegenden Beschwerdeverfahrens im Vergleich zu ihrem Verhalten in den vorgängigen Tarifverhandlungen und in anderem Zusammenhang im Widerspruch stehe (vgl. Vernehmlassung S. 7 ff.), kann sie daraus nichts zu ihren Gunsten herleiten. Denn es steht den Tarifpartnern grundsätzlich frei, in vorgängigen Verträgen, Vertragsverhandlungen, verschiedenen Stadien eines hoheitlichen Tariffestsetzungsverfahrens und in Bezug auf weitere Tarife differenzierte Positionen zu vertreten. Andernfalls müsste eine einmal vereinbarte Tarifregelung auch nach Ablauf des Vertrages unbefristet weitergelten, was die im KVG vorgesehenen Tarifbildungs- und Tarifanpassungsmechanismen und insbesondere das (Neu-)Verhandlungsprimat aushebeln würde. Vorliegend hat die Vorinstanz nicht substantiiert darge-

legt, dass das Verhalten von santésuisse einen nicht zu schützenden Verstoss gegen Treu und Glauben darstellt.

6.

Die Beschwerde von santésuisse ist somit insofern gutzuheissen, als der angefochtene Regierungsratsbeschluss Nr. […] vom 26. Oktober 2011 aufgehoben wird. Der Antrag auf Rückweisung der Sache an die Vorinstanz zum Neuentscheid (3. Beschwerdeantrag) ist abzuweisen (vgl. oben E. 5.9). Der Antrag der Beschwerdeführerin, es sei *festzustellen*, dass die Vorinstanz auf das Festsetzungsbegehren vom 21. Dezember 2009 nicht hätte eintreten dürfen (1. Beschwerdeantrag, zweiter Satzteil), wird mit dem Ergehen des vorliegenden *Gestaltungs*urteils gegenstandslos und ist daher abzuschreiben (vgl. Urteil des BVGer C-877/2014 vom 10. Juni 2014 E. 4.2 m.w.H.). Der Eventualantrag auf Aufhebung des Tarifs, soweit er einen zu bestimmenden Pauschalbetrag überschreitet (2. Beschwerdeantrag), wird mit dem Ergehen des vorliegenden Urteils ebenfalls gegenstandslos und ist daher abzuschreiben, soweit darauf (namentlich in Hinblick auf Art. 53 Abs. 2 Bst. a KVG) einzutreten ist.

7.

Bei diesem Ausgang des Verfahrens ist auch auf die weiteren in der Beschwerde gestellten Anträge und erhobenen Rügen sowie auf die von den Parteien vorgebrachten Argumente nicht näher einzugehen. Insbesondere kann offen bleiben:

- inwiefern in Bezug auf die (ausreichend genau zu umschreibenden) OKP-Leistungen ein vertragsloser Zustand besteht, sodass dafür ein Tarif hoheitlich festgesetzt werden darf und muss, bzw. nach welchem Tarif die OKP-Leistungen gegebenenfalls abzurechnen wären,

- ob ein solcher Tarif als Pauschale auszugestalten ist, oder als Einzelleistungstarif oder als Kombination beider Tarifformen,

- ob der Pauschaltarif betragsmässig KVG-konform festgesetzt wurde,

- ob die Ausführungen der Vorinstanz ausreichend sind, um eine vertiefte Auseinandersetzung mit der ständigen Praxis und des Bundesverwaltungsgerichts, wonach das System des tiers payant nur vereinbart (und genehmigt), nicht aber hoheitlich angeordnet werden kann, auszulösen,

- inwiefern die umstrittenen Leistungen der E._____ unter den Nationalen Methadonabgabevertrag fallen und die Beschwerde aus diesem Grund gutzuheissen wäre (vgl. B-act. 22-24 inkl. Beilagen),

- ob die Datenlage für die Festsetzung eines Tarifs ausreichend war.

8.
Zu befinden bleibt über die Verfahrenskosten und allfällige Parteientschädigungen.

8.1 Das Bundesverwaltungsgericht auferlegt gemäss Art. 63 Abs. 1 und Abs. 3 VwVG die Verfahrenskosten in der Regel der unterliegenden Partei. Vorinstanzen werden keine Verfahrenskosten auferlegt (Art. 63 Abs. 2 VwVG). Unter Berücksichtigung des Umfangs und der Schwierigkeit der Streitsache, Art der Prozessführung und finanzieller Lage der Parteien (vgl. Art. 63 Abs. 4^{bis} VwVG; zur Qualifikation als vermögensrechtliche Streitigkeit vgl. BVGE 2010/14 E. 8.1.3) sind die Verfahrenskosten vorliegend auf Fr. 4'000.- festzusetzen. Angesichts des als Unterliegen zu wertenden Nichteintretens auf die Beschwerden der Beschwerdeführerinnen 2 bis 65 sind ihnen Verfahrenskosten in der Höhe von Fr. 2'000.- aufzuerlegen und in diesem Umfang mit dem geleisteten Kostenvorschuss zu verrechnen. Entsprechend ihrem teilweisen Obsiegen sind santésuisse (Beschwerdeführerin 1) reduzierte Verfahrenskosten in der Höhe von Fr. 500.- aufzuerlegen und in dieser Höhe mit dem geleisteten Kostenvorschuss zu verrechnen. Im verbleibenden Betrag ist der geleistete Kostenvorschuss den Beschwerdeführerinnen zurückzuerstatten. Den Beschwerdegegnerinnen (vgl. oben E. 2.5) sind entsprechend ihrem teilweisen Obsiegen reduzierte Verfahrenskosten in der Höhe von Fr. 1'500.- aufzuerlegen.

8.2 Vor Bundesverwaltungsgericht obsiegende Parteien haben grundsätzlich Anspruch auf eine Parteientschädigung für die ihnen erwachsenen notwendigen Kosten (Art. 64 Abs. 1 VwVG i.V.m. Art. 7 Abs. 1 des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht [VGKE, SR 173.320.2]). Obsiegt die Partei nur teilweise, so ist die Parteientschädigung entsprechend zu kürzen. Die Entschädigung wird primär der unterliegenden Gegenpartei im Rahmen ihrer Leistungsfähigkeit auferlegt (vgl. Art. 64 Abs. 2 und 3 VwVG). Sind die Kosten verhältnismässig gering, so kann von einer Parteientschädigung abgesehen werden. Keine Entschädigung ist geschuldet, wenn der Vertreter oder die Vertreterin in einem Arbeitsverhältnis zur Partei steht.

Der anwaltlich vertretenen santésuisse (Beschwerdeführerin 1) ist unter angemessener Berücksichtigung des aktenkundigen und notwendigen Aufwands zulasten der Beschwerdegegnerinnen je hälftig eine reduzierte

Parteientschädigung von insgesamt Fr. 2'500.- (inkl. Mehrwertsteuer) zuzusprechen. Den unterliegenden Beschwerdeführerinnen 2 bis 65 ist keine Parteientschädigung zuzusprechen. Da die nicht anwaltlich vertretene Beschwerdegegnerin 1 im Beschwerdeverfahren lediglich mit Eingabe vom 24. Februar 2012 auf die Vernehmlassung des Regierungsrates verwiesen hat und sich die Beschwerdegegnerin 2 im Beschwerdeverfahren nicht vernehmen liess und sie keine erheblichen notwendigen Kosten geltend machen und nicht ersichtlich ist, dass solche in Bezug auf das Beschwerdeverfahren angefallen sind, ist den Beschwerdegegnerinnen keine Parteientschädigungen zuzusprechen. Auch der Vorinstanz ist keine Parteientschädigung zuzusprechen (vgl. Art. 7 Abs. 3 VGKE).

9.
Das vorliegende Urteil bringt eine Änderung des angefochtenen Beschlusses mit sich, weshalb der Regierungsrat anzuweisen ist, die Ziffer 2 des Dispositivs im kantonalen Amtsblatt zu veröffentlichen.

10.
Dieses Urteil ist endgültig.

Demnach erkennt das Bundesverwaltungsgericht:

1.
Auf die Beschwerden von tarifsuisse (Beschwerdeführerin 2) und der einzelnen Krankenversicherer (Beschwerdeführerinnen 3 bis 65) wird nicht eingetreten.

2.
Die Beschwerde von santésuisse (Beschwerdeführerin 1) wird insofern gutgeheissen, als der angefochtene Regierungsratsbeschluss Nr. […] vom 26. Oktober 2011 aufgehoben wird. Im Übrigen wird die Beschwerde abgewiesen, soweit darauf einzutreten und sie nicht als gegenstandslos geworden abzuschreiben ist.

3.
Den Beschwerdeführerinnen werden unter solidarischer Haftung Verfahrenskosten in der Höhe von insgesamt Fr. 2'500.- auferlegt (Beschwerdeführerin 1: Fr. 500.-; Beschwerdeführerinnen 2 bis 65: Fr. 2'000.-). Im verbleibenden Betrag von Fr. 1'500.- ist der geleistete Kostenvorschuss den Beschwerdeführerinnen zurückzuerstatten.

Den Beschwerdegegnerinnen werden unter solidarischer Haftung Verfahrenskosten in der Höhe von Fr. 1'500.- auferlegt. Der Betrag ist innert 30 Tagen nach Versand des vorliegenden Urteils zu Gunsten der Gerichtskasse zu überweisen.

4.
Der Beschwerdeführerin 1 wird für das vorliegende Verfahren zu Lasten der Beschwerdegegnerinnen (je hälftig) eine Parteientschädigung in der Höhe von Fr. 2'500.- zugesprochen.

5.
Der Regierungsrat des Kantons B._____ wird angewiesen, die Ziffer 2 des Dispositivs im kantonalen Amtsblatt zu veröffentlichen.

6.
Dieses Urteil geht an:

– die Beschwerdeführerinnen (Gerichtsurkunde; Beilagen: Rückerstattungsformular; E-Mail der Gesundheitsdirektion B._____ vom 16. September 2013 mit F-Vertrag [B-act. 26; in Kopie])
– die Beschwerdegegnerin 1 (Gerichtsurkunde; Beilagen: Einzahlungsschein; E-Mail der Gesundheitsdirektion B._____ vom 16. September 2013 mit F-Vertrag [B-act. 26; in Kopie])
– die Beschwerdegegnerin 2 (Gerichtsurkunde; Beilagen: Einzahlungsschein; E-Mail der Gesundheitsdirektion B._____ vom 16. September 2013 mit F-Vertrag [B-act. 26; in Kopie])
– die Vorinstanz (Ref. Beschluss Nr. […]; Gerichtsurkunde)
– das Bundesamt für Gesundheit (Einschreiben)
– die Eidgenössische Preisüberwachung (A-Post)

Der vorsitzende Richter:	Der Gerichtsschreiber:
Beat Weber	Daniel Golta

Versand: