Bundesverwaltungsgericht
Tribunal administratif fédéral
Tribunale amministrativo federale
Tribunal administrativ federal



Abteilung III
C-2617/2014

Urteil vom 25. Januar 2016

Besetzung

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

Parteien

Stiftung Klinik Susenberg,
vertreten durch Dr. iur. Otto C. Meier-Boeschenstein,
Rechtsanwalt,
Beschwerdeführerin,

gegen

1. **CSS Kranken-Versicherung AG,**
2. **Aquilana Versicherungen,**
3. **Moove Sympany AG,**
4. **Kranken- und Unfallkasse Bezirkskrankenkasse Einsiedeln,**
5. **PROVITA Gesundheitsversicherung AG,**
6. **Sumiswalder Krankenkasse,**
7. **Krankenkasse Steffisburg,**
8. **CONCORDIA Schweizerische Kranken- und Unfallversicherung AG,**
9. **Atupri Krankenkasse,**
10. **Avenir Assurances Maladie SA,**
11. **Krankenkasse Luzerner Hinterland,**
12. **ÖKK Kranken- und Unfallversicherungen AG,**
13. **Vivao Sympany AG,**
14. **Krankenversicherung Flaachtal AG,**
15. **Easy Sana Assurance Maladie SA,**

16. **Genossenschaft Glarner Krankenversicherung,**
17. **Cassa da malsauns LUMNEZIANA,**
18. **KLuG Krankenversicherung,**
19. **EGK Grundversicherungen,**
20. **sanavals Gesundheitskasse,**
21. **Krankenkasse SLKK,**
22. **sodalis gesundheitsgruppe,**
23. **vita surselva,**
24. **Krankenkasse Zeneggen,**
25. **Krankenkasse Visperterminen,**
26. **Caisse-maladie de la Vallée d'Entremont société coopérative,**
27. **Krankenkasse Institut Ingenbohl,**
28. **Krankenkasse Turbenthal,**
29. **Stiftung Krankenkasse Wädenswil,**
30. **Krankenkasse Birchmeier,**
31. **kmu-Krankenversicherung,**
32. **Krankenkasse Stoffel Mels,**
33. **Krankenkasse Simplon,**
34. **SWICA Krankenversicherung AG,**
35. **GALENOS Kranken- und Unfallversicherung,**
36. **rhenusana,**
37. **Mutuel Assurance Maladie SA,**
38. **Fondation AMB,**
39. **INTRAS Assurances-maladie SA,**
40. **PHILOS Assurance Maladie SA Groupe Mutuel,**
41. **Visana AG,**
42. **Agrisano Krankenkasse AG,**
43. **sana24 AG,**
44. **Arcosana AG,**
45. **vivacare AG,**
46. **Sanagate AG,**
47. **SUPRA 1846 SA,**
48. **Assura-Basis SA,**

alle vertreten durch tarifsuisse ag,
diese vertreten durch Dr. iur. Vincent Augustin, Rechtsanwalt,
Beschwerdegegnerinnen,

Regierungsrat des Kantons Zürich, Staatskanzlei,
handelnd durch Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich,
Vorinstanz.

Gegenstand

Krankenversicherung, Festsetzung des Tarifs für die stationäre Rehabilitation ab 2012, Regierungsratsbeschluss Nr. 462 vom 9. April 2014.

Sachverhalt:

A.

A.a Im Hinblick auf die Einführung der neuen Spitalfinanzierung per 1. Januar 2012 forderte die Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich (nachfolgend: Gesundheitsdirektion) die Tarifpartner im Kanton Zürich mit Schreiben vom 14. April 2011 auf, die Tarifverträge 2012 bis spätestens Ende September 2011 zur Genehmigung einzureichen. Im Falle des Scheiterns der Vertragsverhandlungen seien bis spätestens 14. Oktober 2011 Festsetzungsanträge für die Tarife 2012 zu unterbreiten (Akten der Gesundheitsdirektion [nachfolgend: act.] I/1). In der Folge führte die Klinik Susenberg (nachfolgend: Klinik) Verhandlungen mit den Krankenversicherern unter anderem über Tagespauschalen in den Bereichen Palliative Care und internistisch-neurologische Rehabilitation.

A.b Gemäss Aufforderung der Gesundheitsdirektion vom 4. November 2011, bis zum 23. November 2011 allfällige Tarifverträge zur Genehmigung einzureichen oder begründete Tariffestsetzungsanträge zu stellen (act. I/3), teilte die Klinik mit Schreiben vom 23. November 2011 mit, dass sie bisher noch keine Tarifverträge mit den Krankenversicherern habe abschliessen können, weshalb zurzeit von einem vertragslosen Zustand auszugehen sei. Für die internistisch-onkologische Rehabilitation sowie Palliative Care beantragte sie eine Tagespauschale von Fr. 900.– (act. VI/1.3.3/A1). Am gleichen Tag reichte die tarifsuisse ag (nachfolgend: tarifsuisse) als Vertreterin von 49 Krankenversicherern einen Festsetzungsantrag ein mit dem Rechtsbegehren, es sei für die stationären Leistungen der Klinik mit Wirkung ab 1. Januar 2012 ein definitiver Tarif für die Rehabilitation auf der Basis einer Tagesvollpauschale von Fr. 700.– inklusive Kosten für die Umsetzung der Spitalfinanzierung (Anlagenutzungskosten, nichtuniversitäre Bildung) festzusetzen (act. VI/1.3.3/A2).

A.c Für den Bereich der Rehabilitation von Erwachsenen in den Zürcher Spitälern setzte der Regierungsrat des Kantons Zürich (nachfolgend: Regierungsrat oder Vorinstanz) mit Beschluss Nr. 1493 vom 7. Dezember 2011 provisorische Tagespauschalen für die neurologische Rehabilitation (inkl. Frührehabilitation) von Fr. 778.– sowie für die Rehabilitation bei Querschnittlähmung (inkl. Frührehabilitation bei Querschnittslähmung) von Fr. 1'207.– fest. Für die Rehabilitation in übrigen Leistungsgruppen wurde provisorisch eine Tagesteilpauschale von Fr. 346.– und eine Fallteilpauschale von Fr. 3'545.– festgelegt. Hinsichtlich Palliative Care wurde eine

provisorische Tagestaxe von Fr. 900.– festgelegt, für den Fall, dass ein Spital mit einem entsprechenden Leistungsauftrag sich entscheide, nicht über die Tarifstruktur SwissDRG abzurechnen (act. II/1).

A.d Am 31. Januar 2012 beziehungsweise 2. Februar 2012 einigte sich die Klinik vertraglich mit der Helsana Versicherungen AG (und Mitbeteiligte), mit der Sanitas Grundversicherungen AG und der KPT Krankenkasse AG bezüglich der Vergütung der stationären, internistisch-onkologischen Rehabilitation und der palliativen Behandlung von Patienten in der allgemeinen Abteilung auf eine ab 1. Januar 2012 anwendbare Tagesvollpauschale von Fr. 750.– (act. VI/1.3.3/B/2).

A.e Die Klinik nahm am 14. März 2012 innert der von der Gesundheitsdirektion mit Schreiben vom 10. Februar 2012 (act. I/6) angesetzten Frist zum Tariffestsetzungsantrag von tarifsuisse Stellung. Sie beantragte die Festsetzung von Tagespauschalen für internistisch-onkologische Rehabilitation von Fr. 750.– und für Palliative Care von Fr. 900.–. Tarifsuisse beantragte mit Eingabe vom 15. März 2012, dass für Leistungen im Bereich Palliative Care beziehungsweise internistisch-onkologische Rehabilitation eine Tagespauschale in angemessener Höhe festzusetzen sei (act. VI/1.3.3/A3).

A.f Die vom instruierenden Gesundheitsdepartement des Kantons Zürich am 29. Juni 2012 zur Stellungnahme eingeladene Eidgenössische Preisüberwachung teilte am 30. November 2012 mit, dass sie auf die Abgabe einer Empfehlung bezüglich der Tarife 2012 im Bereich der stationären Rehabilitation und der Tagespauschalen für Palliative-Care-Leistungen verzichte (act. III/1).

A.g Mit Eingabe vom 6. Februar 2013 nahm die Klinik abschliessend Stellung und ersuchte um Festsetzung einer Tagespauschale für die internistisch-onkologische Rehabilitation von Fr. 750.– (act. VI/1.1.4/E2). Tarifsuisse nahm ebenfalls am 6. Februar 2013 abschliessend Stellung und hielt an ihren Rechtsbegehren fest (act. VI/1.1.4/E1).

A.h Mit Tarifverträgen vom 28. Juni 2013 und 24. Februar 2014 einigten sich die Klinik und die von tarifsuisse vertretenen Krankenversicherer auf Tagespauschalen für Palliative Care von Fr. 720.– und für internistisch-onkologische Rehabilitation von Fr. 720.– ab 1. Januar 2013 beziehungsweise auf je Fr. 740.– ab 1. Januar 2014.

B.
Mit Beschluss Nr. 462 vom 9. April 2014 nahm der Regierungsrat die Vertragsgenehmigungen beziehungsweise Festsetzungen bezüglich der stationären Tarife ab 2012 in den Bereichen Palliative Care, akutsomatische Versorgung Abhängigkeitskranker und Rehabilitation vor (Beilage 1 zu BVGer-act. 9). Für die Klinik Susenberg setzte er mit Wirkung ab 1. Januar 2012 (bis 31. Dezember 2012) für Leistungen im Bereich Palliative Care eine Tagespauschale von Fr. 900.– (Dispositiv Ziffer I/a) und für Leistungen im Bereich internistisch-onkologische Rehabilitation eine Tagespauschale von Fr. 482.– (Dispositiv-Ziffer III/a) fest. Weiter genehmigte er die mit den Versicherern Helsana Versicherungen AG (und Mitbeteiligte), Sanitas Grundversicherungen AG und KPT Krankenkasse AG ab 1. Januar 2012 vereinbarten Mischtarife in der Höhe von Fr. 750.– für internistisch-onkologische Rehabilitation und Palliative Care (Dispositiv-Ziffer IV/a) sowie die mit tarifsuisse vereinbarten Tagespauschalen von je Fr. 720.– ab 1. Januar 2013 (Dispositiv-Ziffer IV/b) beziehungsweise je Fr. 740.– ab 1. Januar 2014 (Dispositiv-Ziffer IV/c).

C.
Gegen diesen Regierungsratsbeschluss erhob die Stiftung Klinik Susenberg (nachfolgend: Beschwerdeführerin) als Trägerschaft der Klinik durch ihren Rechtsvertreter mit Eingabe vom 12. Mai 2014 (Poststempel) Beschwerde beim Bundesverwaltungsgericht und beantragte die dahingehende Änderung von Dispositiv-Ziffer III/a des angefochtenen Beschlusses, dass für die Klinik für die internistisch-onkologische Rehabilitation ein Tarif von Fr. 750.– pro Tag festzusetzen sei.

D.
Der mit Zwischenverfügung vom 19. Mai 2014 bei der Beschwerdeführerin eingeforderte Kostenvorschuss in der Höhe von Fr. 4'000.– (BVGer-act. 2) wurde am 22. Mai 2014 geleistet (BVGer-act. 5).

E.
Die Beschwerdegegnerinnen beantragten in ihrer Beschwerdeantwort vom 19. Juni 2014 die Abweisung der Beschwerde, soweit darauf eingetreten werden könne (BVGer-act. 8).

F.
Mit Vernehmlassung vom 18. Juni 2014 beantragte die Vorinstanz die Abweisung der Beschwerde (BVGer-act. 9).

G.
Mit Instruktionsverfügung vom 26. Juni 2014 wurde die Eidgenössische Preisüberwachung eingeladen, als Fachbehörde Stellung zu nehmen (BVGer-act. 10), worauf diese am 3. Juli 2014 auf eine Stellungnahme verzichtete (BVGer-act. 11).

H.
Das mit Instruktionsverfügung vom 9. Juli 2014 (BVGer-act. 12) zur Stellungnahme eingeladene Bundesamt für Gesundheit (BAG) nahm mit Eingabe vom 11. August 2014 Stellung (BVGer-act. 13).

I.
In ihrer abschliessenden Stellungnahme vom 18. September 2014 hielten die Beschwerdegegnerinnen an ihren bereits gestellten Anträgen und Ausführungen fest (BVGer-act. 18). Die Beschwerdeführerin und die Vorinstanz reichten keine Schlussbemerkungen ein.

J.
Mit Instruktionsverfügung vom 3. Oktober 2014 wurde der Schriftenwechsel abgeschlossen (BVGer-act. 19).

K.
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 9. April 2014 wurde gestützt auf Art. 47 Abs. 1 KVG erlassen. Das Bundesverwaltungsgericht ist deshalb zur Beurteilung der Beschwerde zuständig (vgl. auch

Art. 90*a* Abs. 2 KVG). Die Beschwerdeführerin hat am vorinstanzlichen Tariffestsetzungsverfahren teilgenommen, ist als Adressatin durch den angefochtenen Regierungsratsbeschluss besonders berührt und hat insoweit an dessen Aufhebung beziehungsweise Abänderung ein schutzwürdiges Interesse (Art. 48 Abs. 1 VwVG). Sie ist daher zur Beschwerde legitimiert. Auf die frist- und formgerecht erhobene Beschwerde vom 12. Mai 2014 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 9. April 2014 betreffend Genehmigung von Tarifverträgen und Festsetzung der stationären Tarife ab 2012 in den Bereichen Palliative Care, akutsomatische Versorgung Abhängigkeitskranker und Rehabilitation der Zürcher Spitäler. Aufgrund der Rechtsbegehren strittig und im Folgenden vom Bundesverwaltungsgericht zu prüfen ist die Festsetzung der Tagespauschale für stationäre OKP-Leistungen der Klinik Susenberg im Bereich der internistisch-onkologischen Rehabilitation gegenüber den von tarifsuisse vertretenen Beschwerdegegnerinnen auf Fr. 482.–. Im angefochtenen Beschluss hat die Vorinstanz die zwischen der Beschwerdeführerin und den Beschwerdegegnerinnen vertraglich vereinbarten Tagespauschalen für OKP-Leistungen im Bereich der internistisch-onkologischen Rehabilitation von Fr. 720.– ab 1. Januar 2013 beziehungsweise Fr. 740.– ab 1. Januar 2014 genehmigt (Beilage 2 zu BVGer-act. 1), weshalb der umstrittene Tarif nur vom 1. Januar bis 31. Dezember 2012 zur Anwendung gelangt. Nicht angefochten und somit nicht Prozessthema im vorliegenden Verfahren ist die Höhe der Tagespauschale für die Leistungen der Beschwerdeführerin im Bereich Palliative Care.

4.

4.1 Die Beschwerdeführerin kann 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). 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 mit Hinweisen; BVGE 2010/25 E. 2.4.1 mit weiteren Hinweisen). 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).

5.4 Gemäss der Zürcher Spitalliste 2012 Rehabilitation wurde der Klinik Susenberg ein Leistungsauftrag für internistisch-onkologische Rehabilitation erteilt. Die internistisch-onkologische Rehabilitation bezweckt die Rehabilitation multimorbider Patienten mit Funktions- und Partizipationsstörung aufgrund mehrerer internmedizinischer Krankheitsbilder, die einen kombinierten, multidisziplinären Rehabilitationseinsatz benötigen. Im Zentrum der onkologischen Rehabilitation steht die Rehabilitation der durch ein Tumorleiden (lediglich die nicht der muskuloskelettalen, neurologischen, kardiovaskulären oder pulmonalen Rehabilitation funktionsbezogen zugeordneten Tumorerkrankungen) und/oder deren Therapiefolgen geschädigten Patienten (Zürcher Spitalplanung 2012, Strukturbericht September 2011, S. 123). Zudem hat die Klinik Susenberg gemäss der Zürcher Spitalliste 2012 Leistungsaufträge als Kompetenzzentrum für Akutgeriatrie und für Palliative Care erhalten (je befristet bis 31. Dezember 2012).

6.
Zur Beurteilung der Tagespauschale für die von der Klinik Susenberg erbrachten stationären Leistungen der internistisch-onkologischen Rehabilitation ab 1. Januar 2012 sind folgende Gesetzes- und Verordnungsbestimmungen massgebend.

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.
Die Voraussetzungen für eine hoheitliche Tariffestsetzung nach Art. 47 Abs. 1 KVG waren vorliegend erfüllt, was unter den Parteien unbestritten ist. Weiter ist festzuhalten, dass die Vorinstanz ihrer Pflicht, die Preisüberwachung anzuhören (vgl. Art. 14 Abs. 1 PüG [SR 942.20]), nachgekommen ist. Da die Preisüberwachung darauf verzichtet hat, zum vorliegend streitigen Tarif eine Empfehlung abzugeben, entfällt die Prüfung, ob die Vorinstanz eine allfällige Abweichung nachvollziehbar begründet hat (vgl. BVGE 2014/3 E. 1.4.2).

8.

8.1 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 (als Organisation im Sinne von Art. 49 Abs. 2 KVG) 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. Derzeit wird die Version 0.3 erarbeitet (Newsletter der SwissDRG AG, Stand 27.10.2015, www.swissdrg.org > Rehabilitation, abgerufen am 13. November 2015). Die schweizweite Einführung ist erst per 2018 geplant (Newsletter der SwissDRG AG, Stand

12.06.2014, www.swissdrg.org > Rehabilitation > Archiv, abgerufen am 13. November 2015).

8.2 Die Vorinstanz hat entschieden, dass mangels schweizweit einheitlicher Tarifstruktur im Sinn von Art. 49 Abs. 1 KVG einstweilen in Anlehnung an die bisherigen Tarifstrukturen Tagespauschalen festzulegen sind, was weder umstritten noch zu beanstanden ist (vgl. Urteil BVGer C-2141/2013 vom 19. Oktober 2015 E. 9.3; Urteil BVGer C-2142/2013 vom 20. Oktober 2015 E. 9.3 [zur Publikation vorgesehen]).

8.3 Die mit BVGE 2014/3 und 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 (C-2142/2013 E. 9.2 mit Hinweis auf Urteil des BVGer C-3133/2013 vom 24. August 2015 E. 8.2).

8.4 Die Vorinstanz führte im angefochtenen Beschluss unter dem Titel «Grundsätze der Tarifierung» aus, dass Art. 49 Abs. 1 KVG grundsätzlich einen Spitalvergleich voraussetze. Im Bereich der Rehabilitation könnten aber nur jene Spitäler direkt miteinander verglichen werden, die über einen vergleichbaren Leistungsauftrag verfügten und bei denen keine Indizien für unterschiedliche Schweregrade innerhalb des gleichen Leistungsauftrags vorliegen würden. Könne keine solche Vergleichsgruppe gebildet werden, sei eine Orientierung an einem anderen Spital und damit eine reine Leistungsfinanzierung im Sinne von Art. 49 Abs. 1 KVG nicht möglich. Die Vorinstanz hält weiter fest, dass der für die Tarifierung massgebliche Leitgedanke von Art. 49 Abs. 1 KVG jedoch auch hier gelte. Das bedeute, dass auch bei Spitälern mit fehlender oder beschränkter Vergleichbarkeit zu prüfen sei, ob das zu beurteilende Spital effizient und günstig im Sinn von

Art. 49 Abs. 1 KVG sei. Dieses Vorgehen stütze sich vorzugsweise auf die spitalindividuellen Kosten.

8.5 Wie das Bundesverwaltungsgericht in den Urteilen C-2141/2013 und C-2142/2013 erkannt hat, ist – als erster Schritt zur Tariffindung – die Orientierung an den eigenen Betriebskosten des Spitals zu akzeptieren, solange wie im Bereich der stationären Rehabilitation (noch) keine schweizweit einheitliche Tarifstruktur im Sinne von Art. 49 Abs. 1 Satz 2 KVG zur Verfügung steht und die Preisbestimmung anhand eines Referenzwertes nicht möglich ist. Die ausgewiesenen spitalindividuellen Betriebskosten sind aber einer strengen Prüfung zu unterziehen. Es ist insbesondere sicherzustellen, dass alle nicht tarifrelevanten Kosten sowie Kosten, die einer ineffizienten Leistungserbringung zuzuschreiben sind, ausgeschieden sind. Es 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 grundsätzlich eine Wirtschaftlichkeitsprüfung durch Vergleich des spitalindividuell ermittelten Tarifs mit den Tarifen anderer Spitäler vorzunehmen (C-2141/2013 E. 9.4; C-2142/2013 E. 9.4 mit Hinweis C-3133/2013 E. 8.4). Im Bereich der Rehabilitation erscheint die Durchführung von Betriebsvergleichen zwar grundsätzlich möglich, wegen der Spezialitätenvielfalt und der Verschiedenheit des Patientengutes aber sehr schwierig (vgl. C-2141/2013 E. 15.8 m.w.H.).

8.6 Für den vorliegenden Fall hat die Vorinstanz die Möglichkeit der Durchführung eines Betriebsvergleichs verneint, was weder umstritten noch zu beanstanden ist. Aus dem angefochtenen Beschluss ergibt sich, dass die Vorinstanz geprüft hat, ob innerhalb der Leistungsgruppe der internistisch-onkologischen Rehabilitation vergleichbare Spitäler vorhanden sind. Sie hat dargelegt, aus welchen Gründen die Vergleichbarkeit zu verneinen ist. Sie hat insbesondere nachvollziehbar erläutert, weshalb ein Vergleich mit der Zürcher Höhenklinik Wald, die ebenfalls über einen Leistungsauftrag für internistisch-onkologische Rehabilitation verfügt, nicht aussagekräftig ist. Die Beschwerdeführerin anerkennt ausdrücklich, dass ein Vergleich mit anderen Spitälern im eigentlichen Sinn nicht möglich ist und hat selbst

keine Vergleichsklinik benannt. Auch die Beschwerdegegnerinnen und das BAG haben diesbezüglich keine Kritik geäussert.

9.
Die Ausgestaltung des Tarifsystems, namentlich die Festlegung einer separaten Tagespauschale für die internistisch-onkologische Rehabilitation neben einer Tagespauschale für Palliative Care ist unbestritten. Die Beschwerdeführerin und die Beschwerdegegnerinnen haben bereits im vorinstanzlichen Verfahren eine separate Tagespauschale für die internistisch-onkologische Rehabilitation beantragt. Auch im Beschwerdeverfahren werden diesbezüglich von keinem der Verfahrensbeteiligten Beanstandungen vorgebracht oder Ausführungen gemacht. Vor diesem Hintergrund und angesichts der fehlenden Vorgaben für die Tarifstruktur im Bereich der Rehabilitation sowie des grossen Spielraums, über den die Betroffenen in Bezug auf die verschiedenen Tarifgestaltungsmöglichkeiten verfügen (vgl. C-2142/2013 E. 18.6), ist die Ausgestaltung des Tarifsystem mit einer separaten Tagespauschale für Leistungen der internistisch-onkologischen Rehabilitation nicht zu beanstanden, weshalb darauf nicht weiter einzugehen ist.

10.

10.1 Die Vorinstanz ist bei der Festsetzung der umstrittenen Tagespauschale im angefochtenen Beschluss davon ausgegangen, dass die Effizienz der Klinik Susenberg grundsätzlich anhand einer spitalindividuellen Kostenbetrachtung zu prüfen sei, da weder von innerkantonalen noch von ausserkantonalen Leistungserbringern Kosten- und Leistungsdaten für die internistisch-onkologische Rehabilitation vorlägen. Allerdings sei die Klink Susenberg nicht in der Lage gewesen, die Kosten der internistisch-onkologischen Rehabilitation gesondert auszuweisen und von den Kosten der Palliative Care abzugrenzen, weshalb bei der Tariffestsetzung nicht auf die Kostendaten abgestellt werden könne. Die Vorinstanz nahm daher einen intertemporalen Tarifvergleich vor, indem es den für das Jahr 2011 vereinbarten und genehmigten Tarif der Klinik Susenberg von Fr. 475.– um einen Zuschlag von 1.5 % erhöhte und auf diese Weise die umstrittene Tagespauschale von Fr. 482.– ab 1. Januar 2012 ermittelte.

10.2 Die Beschwerdeführerin kritisiert im Wesentlichen, dass sich die Vorinstanz bei der Tarifermittlung nicht auf die ausgewiesenen Kosten der Klinik gestützt und sich zu Unrecht nicht mit den eingereichten Kostendaten der Jahre 2010 und 2011 auseinandergesetzt habe. Sie begründet ihren

Antrag auf Festsetzung einer Tagespauschale in der Höhe von Fr. 750.– hauptsächlich damit, dass die Kosten der internistisch-onkologischen Rehabilitation mindestens Fr. 800.– betragen würden. Dass anfänglich kein getrennter Kostenausweis für Rehabilitation und Palliative Care vorgelegen habe, könne ihr nicht zum Vorwurf gemacht werden, da die Kosten praktisch gleich hoch seien. Schliesslich macht die Beschwerdeführerin geltend, dass der intertemporale Vergleich mit dem Tarif aus dem Jahr 2011 nicht zulässig sei, insbesondere weil die Leistungsaufträge 2011 und 2012 nicht vergleichbar seien.

10.3 Die Beschwerdegegnerinnen sind der Ansicht, dass der festgesetzte Tarif rechtmässig ist und die Vorinstanz den Kostenausweis der Beschwerdeführerin zu Recht nicht akzeptiert hat. Sie weisen darauf hin, dass die von der Klinik effektiv erbrachten Leistungen für die internistisch-onkologische Rehabilitation äusserst minimal seien, weshalb es fraglich sei, ob eine derart bescheidene Leistungserbringung überhaupt effizient erbracht werden könne. Der Ansatz der Vorinstanz, bei schwierigem Effizienzvergleich auf verhandelte und genehmigte Tarife bis 2011 abzustellen, sei richtig.

10.4 Das BAG geht ebenfalls davon aus, dass die vorliegenden Leistungs- und Kostendaten der Klinik Susenberg nicht für eine Tariffestsetzung im Sinne des KVG herangezogen werden könnten. Im Zusammenhang mit dem intertemporalen Tarifvergleich weist es darauf hin, dass die Leistungspakete der Jahre 2011 und 2012 zwar nicht gleich seien, was sich hier aber zugunsten der Beschwerdeführerin auswirke.

11.
Zunächst ist die Rüge der Beschwerdeführerin zu prüfen, wonach sich die Vorinstanz bei der Tarifermittlung auf die ausgewiesenen Kosten der Klinik hätte stützen müssen.

11.1 Grundlage für die Tarifberechnungen bilden die ausgewiesenen Betriebskosten für OKP-relevante stationäre Leistungen (Grund- und Zusatzversicherte, soweit es sich um Pflichtleistungen handelt; vgl. BVGE 2010/62 E. 4.12.1; 2014/3 E. 3.6.3). Ein Tarif muss auf den Ergebnissen einer vorangegangenen Rechnungsperiode beruhen, die im Zeitpunkt des Vertragsabschlusses vorliegen. Für die Berechnung des Tarifs für das Jahr 2012 sind grundsätzlich die Kostendaten des Jahres 2010 (X-2) heranzuziehen. Ein Tarif kann ausnahmsweise gestützt auf die Zahlen der seinem Geltungsbeginn unmittelbar vorangegangenen Rechnungsperiode (X-1)

festgelegt werden (vgl. BVGE 2014/3 E. 3.5). Die Daten späterer Rechnungsperioden (d.h. Kosten, die in der Tarifperiode anfallen) können nicht berücksichtigt werden, es sei denn, es handle sich um zwingende und budgetierte Mehrkosten (insbesondere im Personalbereich), welche vor dem Geltungsbeginn des Tarifs rechnerisch genau ausgewiesen sind und im Tarifjahr tatsächlich anfallen (BVGE 2012/18 E. 6.2.2 mit weiteren Hinweisen; C-4961/2010 E. 8.1.3 und 8.3.1; BVGE 2014/3 E. 3.5.2).

11.2

11.2.1 Die Beschwerdeführerin hat zur Begründung ihres Antrags auf Festsetzung einer separaten Tagespauschale für die internistisch-onkologische Rehabilitation in der Höhe von Fr. 750.– im vorinstanzlichen Verfahren mit der Stellungnahme vom 14. März 2012 Kostendaten aus dem Jahr 2010 eingereicht (Kostenträgerrechnung 2010, Erhebungsformular KTR 2010 und das Formular Gesamtübersicht sowie Berichtigung/Abgrenzung von Finanz- zu Betriebsbuchhaltung 2010) und gestützt darauf für die beiden Bereiche Palliative Care und internistisch-onkologische Rehabilitation im Durchschnitt Kosten pro Pflegetag von Fr. 863.26 geltend gemacht. Mit ihrer Stellungnahme vom 6. Februar 2013, in der sie am Antrag auf Festsetzung einer separaten Tagespauschale für internistisch-neurologische Rehabilitation in der Höhe von Fr. 750.– festhielt, hat sie überdies Kostendaten aus dem Jahr 2011 eingereicht (Kostenträgerrechnung 2011, Formular Gesamtübersicht sowie Berichtigung/Abgrenzung von Finanz- zu Betriebsbuchhaltung 2011, Bericht der Revisionsstelle 2011).

11.2.2 Eine separate Tagespauschale für den Bereich der internistisch-onkologischen Rehabilitation ist durch eine eigene Kostenausscheidung und Taxberechnung zu begründen (vgl. C-2142/2013 E. 18.6). In den von der Beschwerdeführerin eingereichten Unterlagen werden die Kosten der beiden Bereiche internistisch-onkologische Rehabilitation und Palliative Care jedoch gemeinsam ausgewiesen. Ein separater Kostenausweis des hier massgebenden Bereichs der internistisch-onkologischen Rehabilitation der Jahre 2010 oder 2011 wurde im vorinstanzlichen Verfahren nicht eingereicht. Das Vorbringen der Beschwerdeführerin, dass die Kosten der internistisch-onkologischen Rehabilitation und der Palliative Care (im Jahr 2010 und 2011) nahezu gleich seien, weshalb sich ein separater Kostenausweis erübrige, wird von der Vorinstanz und den Beschwerdegegnerinnen angezweifelt und lässt sich nicht auf aussagekräftige Daten aus den Jahren 2010 und 2011 stützen, weshalb es als unbelegte Parteibehauptung qualifiziert werden muss.

11.2.3 Die Beschwerdeführerin hat im Verlauf des vorinstanzlichen Verfahrens überdies einen separaten Ausweis der Kosten der internistisch-onkologischen Rehabilitation aus dem Jahr 2012 eingereicht. Für die Tarifermittlung sind jedoch die relevanten Betriebskosten grundsätzlich im Basisjahr 2010 oder ausnahmsweise im Jahr 2011 zu ermitteln. Daher kann auf die eingereichten Kostendaten aus dem Jahr 2012 (separate Kostenübersicht der Leistungsbereiche Palliative Care, Akutgeriatrie und internistisch-onkologische Rehabilitation für den Zeitraum von Januar bis Juni 2012, Formular Gesamtübersicht sowie Berichtigung/Abgrenzung von Finanz- zu Betriebsbuchhaltung 2012, Kostenrechnung 2012 der drei Leistungsgruppen) nicht abgestellt werden.

11.2.4 Bei dem von der Beschwerdeführerin im Beschwerdeverfahren neu eingereichten separaten Kostenausweis für die internistisch-onkologische Rehabilitation für das Jahr 2011 (vgl. Beilagen 12a-12c zu BVGer-act. 1) handelt es sich um ein neues Beweismittel im Sinn von Art. 53 Abs. 2 Bst. a KVG, das nur so weit vorgebracht werden darf, als der angefochtene Beschluss dazu Anlass gibt. Die Beschwerdeführerin hat jedoch weder dargelegt noch ist ersichtlich, weshalb der angefochtene Beschluss dazu Anlass gab, den separaten Kostenausweis erst im Beschwerdeverfahren einzureichen. Auf diesen Kostenausweis kann daher bereits aus diesem Grund nicht abgestellt werden. Auf die an diesem Kostenausweis vorgebrachte Kritik ist daher nicht einzugehen.

11.2.5 Insgesamt liegt hier somit kein für die Festsetzung eines separaten Tarifs für die internistisch-onkologische Rehabilitation erforderlicher getrennter Kostenausweis für das Jahr 2010 oder 2011 vor (vgl. C-2142/2013 E. 18.6).

11.3 Eine in diesem Zusammenhang mangelhafte Sachverhaltsabklärung durch die Vorinstanz wird weder von der Beschwerdeführerin gerügt noch ist eine solche ersichtlich.

11.3.1 Auch im Tariffestsetzungsverfahren gilt grundsätzlich der in Art. 12 VwVG verankerte Untersuchungsgrundsatz, dieser wird aber durch die prozessuale Mitwirkungspflicht der Parteien eingeschränkt. Nach Art. 13 VwVG sind die Parteien verpflichtet, in einem Verfahren, welches sie durch Begehren einleiten oder in welchem sie Begehren stellen, an der Feststellung des Sachverhaltes mitzuwirken. Bei der Tarifgestaltung im Krankenversicherungsrecht kommt der Mitwirkung der Parteien eine hohe Bedeutung zu, was sich bereits im Verhandlungsprimat und namentlich in der

Verpflichtung, Verhandlungen zu führen, zeigt. Entsprechend kommt der Mitwirkung im Festsetzungs- oder Genehmigungsverfahren auch als verfahrensrechtliche Verpflichtung erhebliches Gewicht zu (vgl. BVGE 2014/36 E. 1.5.1.2). Die Verpflichtung der Spitäler zur Bereitstellung der erforderlichen Informationen zur Tarifermittlung ergibt sich überdies aus der VKL (vgl. Urteil des BVGer C-4292/2007 vom 25. Januar 2010 E. 6.2.1).

11.3.2 Die Beschwerdeführerin wurde von der Vorinstanz mit Schreiben vom 4. November 2011 darauf hingewiesen, dass im Tariffestsetzungsantrag die Grundlagen der Tarifberechnung genau zu bezeichnen und beizulegen sind. Im vorinstanzlichen Schreiben vom 10. Februar 2012 wurde die Beschwerdeführerin zudem darüber informiert, dass für die Herleitung der Tarifhöhe ein Auszug aus der Kostenrechnung 2010 (Kostenträgerrechnung) mit transparentem Ausweis der KVG-relevanten Leistungen und deren entsprechende Betriebskosten inklusive verständlicher und nachvollziehbarer Herleitung benötigt wird. Zudem würden in der Zusammenstellung der Kostenträgerrechnung separate Daten für stationäre KVG-Patienten sowie übrige Patienten (IV, MV, Selbstzahler, Langzeit) benötigt. Soweit im Jahr 2012 für KVG-Fälle unterschiedliche Tarifstrukturen zur Anwendung gelangten, seien die Daten in separaten Spalten aufzuführen (vgl. Anhang 1 des Schreibens der Gesundheitsdirektion vom 10. Februar 2012).

11.3.3 Es wäre somit Sache der Beschwerdeführerin gewesen, im vorinstanzlichen Verfahren einen separaten Kostenausweis für die internistisch-onkologische Rehabilitation mit den Daten des Jahres 2010 beizubringen, welcher die von ihr behaupteten tarifrelevanten Kosten belegt. Insofern bestand keine weitere Abklärungspflicht der Vorinstanz. Zudem hat die Beschwerdeführerin in ihrer Eingabe vom 19. Dezember 2012 betreffend Tariffestsetzung im Bereich Palliative Care und Akutgeriatrie ohnehin darauf hingewiesen, dass sie bis Ende 2011 einen Einheitstarif für onkologische Rehabilitation und Palliative Care erhalten habe und diese beiden Leistungsgruppen bis Ende 2011 in der Kostenträgerrechnung nicht getrennt geführt worden seien, da es bei diesem Patientengut sehr viele Überschneidungen gebe. Erst seit Januar 2012 verfüge sie über klar getrennte Leistungsaufträge mit unterschiedlicher Finanzierung. Somit werde auch eine getrennte Kostenträgerrechnung geführt. Unter diesen Umständen war die Vorinstanz nicht verpflichtet, sich näher mit der Höhe der geltend gemachten Kosten auseinanderzusetzen. Eine von der Beschwerdeführerin gerügte Verletzung des Anspruchs auf rechtliches Gehör ist daher

nicht ersichtlich. Es wäre der Beschwerdeführerin im Übrigen offengestanden, auch für das Tarifjahr 2012 einen Mischtarif für internistisch-onkologische Rehabilitation und Palliative Care auf der Basis der gemeinsam geführten Kostenträgerrechnung 2010 zu verhandeln beziehungsweise zu beantragen.

11.4 Mit der Vorinstanz ist daher nach der allgemeinen Regel zur Beweislastverteilung (vgl. Art. 8 ZGB) vorzugehen, wonach diejenige Partei die Folgen der Beweislosigkeit zu tragen hat, welche aus den behaupteten und unbewiesen gebliebenen Tatsachen Rechte ableiten will (vgl. BVGE 2014/3 E. 4.3; 2010/14 [Urteil C-4308/2007 vom 13. Januar 2010] nicht publizierte E. 6.6.2). Verlangt die Beschwerdeführerin die Berücksichtigung der von ihr behaupteten tarifrelevanten Betriebskosten, obliegt es somit ihr, das für den Nachweis nötige Zahlenmaterial vorzulegen. Da sie diesen Nachweis nicht erbracht hat, kann sie sich zur Begründung einer höheren Tagespauschale nicht auf die behaupteten tarifrelevanten Betriebskosten berufen.

12.
Weiter ist die Rüge der Beschwerdeführerin zu prüfen, dass die Tariffestsetzung aufgrund eines intertemporalen Tarifvergleichs unzulässig sei.

12.1 Die Vorinstanz hat für die Herleitung der umstrittenen Tagespauschale eine Aufrechnung des zwischen der Beschwerdeführerin und santésuisse für das Jahr 2011 vereinbarten Tarifs vorgenommen. Im angefochtenen Beschluss hält sie fest, dass mit Vertrag zwischen der Beschwerdeführerin und santésuisse vom 1. Januar 2011 für das Jahr 2011 eine kostenbasierte Tagespauschale von Fr. 475.– ausgehandelt und mit Regierungsratsbeschluss Nr. 710/2011 vom 8. Juni 2011 genehmigt worden sei. Diese Pauschale habe sämtliche gemäss KVG kassenpflichtigen Leistungen einschliesslich der Anlagenutzungskosten abgedeckt. Berücksichtige man den bei einem intertemporalen Vergleich üblichen Zuschlag von 1.5 % pro Jahr, ergebe dies für das Jahr 2012 berechtigte Kosten pro Pflegetag von Fr. 482.–. Demzufolge werde für die internistisch-onkologische Rehabilitation der Beschwerdeführerin eine Tagespauschale von Fr. 482.– festgesetzt. In ihrer Beschwerdevernehmlassung führt die Vorinstanz aus, dass dem Vertragstarif 2011 Leistungsaufträge in den Bereichen muskuloskelettale Rehabilitation, onkologische Rehabilitation und innere Medizin (inkl. Palliative Behandlung chronisch neurologischer Erkrankungen) zugrunde gelegen habe. Es gebe aber keine Hinweise darauf, dass der im Jahr 2012

weggefallene Leistungsauftrag im Bereich muskuloskelettale Rehabilitation kostengünstiger gewesen sei als die internistisch-onkologische Rehabilitation. Was den früheren Leistungsauftrag Innere Medizin betreffe, so wirke sich dessen Wegfall ab dem Jahr 2012 eher zugunsten der Beschwerdeführerin aus, weil die Behandlungskosten in diesem Bereich tendenziell höher seien.

12.2 Die Beschwerdeführerin bestreitet die Zulässigkeit eines intertemporalen Tarifvergleichs. Sie macht geltend, dass der für das Jahr 2011 ausgehandelte Tarif unter massivem Druck von santésuisse zustande gekommen sei. Die damals vereinbarte Tagespauschale von Fr. 475.– sei klarerweise nicht kostendeckend gewesen. Zudem sei die Spitalfinanzierung im Jahr 2011 völlig anders gewesen. Die meisten Kliniken hätten Staatsbeiträge bezogen, nicht so die Klinik Susenberg. Das habe bewirkt, dass bei den Verhandlungen mit den Krankenkassen jene Leistungserbringer, die Staatsbeiträge bezogen hätten, Konzessionen und tiefere Beträge hätten aushandeln können. Aus diesem Grund habe auch die Beschwerdeführerin den relativ tiefen Satz von Fr. 475.– akzeptieren müssen. Zudem seien auch die Leistungsaufträge 2011 und 2012 nicht vergleichbar. Es seien neue Leistungsaufträge definiert worden. Zudem sei der Leistungsauftrag muskuloskelettale Rehabilitation entzogen worden, der vorher einen Anteil von rund 35 % des Umsatzes ausgemacht habe. Das Patientengut aus dem Jahr 2011 entspreche nicht demjenigen im Jahr 2012. Ein intertemporaler Vergleich zwischen der Situation von 2011 und 2012 sei sachfremd und nicht zulässig. Ein intertemporaler Vergleich müsste mit dem bewilligten Tarif in der Höhe von Fr. 720.– für 2013 durchgeführt werden.

12.3 Im vorliegenden Fall ist die Ermittlung eines spitalindividuellen Kostentarifs mit anschliessender Plausibilisierung durch einen Wirtschaftlichkeitsvergleich mangels aussagekräftiger Kosten- und Leistungsdaten 2010 der Beschwerdeführerin nicht möglich. Der Tarif kann auch nicht aus einem Kosten- oder Preisvergleich mit anderen Kliniken abgeleitet werden (siehe oben E. 8.6). Vor diesem Hintergrund ist hier die Herleitung des umstrittenen Tarifs aufgrund eines innerbetrieblichen, intertemporalen Tarifvergleichs ausnahmsweise zu akzeptieren.

12.4 Nicht gehört werden kann das Argument der Beschwerdeführerin, der Tarif für das Jahr 2011 sei keine taugliche Vergleichsbasis, weil er nicht kostendeckend und nur unter Druck der Krankenversicherer zustande gekommen sei. Die Beschwerdeführerin hat diese Behauptung weder substantiiert noch mit aussagekräftigen Unterlagen belegt. Es wäre aber an ihr

gelegen, den Nachweis dafür zu erbringen, dass der Tarif 2011 für den fraglichen Leistungsauftrag nicht kostendeckend gewesen ist, wenn sie daraus etwas zu ihren Gunsten ableiten will. Zudem muss sie sich den Abschluss des Tarifvertrags 2011 entgegenhalten lassen. Schliesslich hat die Vorinstanz dargelegt, dass sich von den im Jahr 2011 auf der Spitalliste befindlichen Rehabilitationskliniken nur zwei öffentlich subventioniert waren.

12.5 Unbestritten ist, dass mit der Tagespauschale für das Jahr 2011 angesichts der privaten Trägerschaft der Klinik auch schon vor der Einführung der neuen Spitalfinanzierung die Investitionskosten berücksichtigt wurden, weshalb eine Aufrechnung des Tarifs grundsätzlich möglich ist. Fest steht auch, dass die Leistungspakete, welche die Tagespauschale 2011 und die festgesetzte Tagespauschale 2012 abdecken, nicht identisch sind, zumal im Jahr 2012 die Leistungsaufträge der muskuloskelettalen Rehabilitation und teilweise der Inneren Medizin weggefallen sind. Der von der Vorinstanz durchgeführte intertemporale Tarifvergleich stützt sich damit eigentlich auf keine adäquate Vergleichsbasis. Die Vorinstanz wie auch das BAG gehen jedoch davon aus, dass sich dies hier zugunsten der Beschwerdeführerin auswirkt, weil mit den nicht mehr in der Pauschale enthaltenen Leistungspaketen Elemente ausgeschlossen worden seien, die vermutlich kostenintensiver seien, beziehungsweise dass keine Hinweise vorlägen, dass der weggefallene Bereich der muskuloskelettalen Rehabilitation kostengünstiger sei als die internistisch-onkologische Rehabilitation. Dies spreche dafür, dass die Pauschale sogar tiefer ausfallen müsste, mindestens aber nicht zu erhöhen sei. Diese Annahme deckt sich mit den im Rahmen der Bewerbung für die Spitalliste 2012 offengelegten Kostendaten der Jahre 2008 und 2009, denen zu entnehmen ist, dass die Kosten pro Pflegetag im Bereich der muskuloskelettalen Rehabilitation tiefer lagen als im Bereich der internistisch-onkologischen Rehabilitation (Beilage 5 zu BVGer-act. 1). Die Beschwerdeführerin vermag dies datenmässig nicht zu widerlegen. Unter diesen Umständen ist die Herleitung des Tarifs 2012 durch einen Zuschlag auf dem Tarif 2011 trotz der zum Teil unterschiedlichen Leistungsaufträge der Jahre 2011 und 2012 vertretbar. Die Gewährung eines Zuschlags für die jährliche Kostensteigerung von 1.5 % wird von der Beschwerdeführerin nicht kritisiert, weshalb darauf nicht weiter einzugehen ist. Inwiefern ein Vergleich mit den verhandelten Tarifen 2013 besser geeignet wäre die Wirtschaftlichkeit zu prüfen, wird von der Beschwerdeführerin nicht substantiiert dargelegt. Da es sich beim vereinbarten und genehmigten Tarif für das Jahr 2013 um einen Mischtarif handelt und die Beschwerdeführerin für das Jahr 2012 bewusst auf die Festsetzung eines

Mischtarifs verzichtet hat, besteht kein Anlass, in den Ermessensspielraum der Vorinstanz einzugreifen. Insgesamt kann – auch vor dem Hintergrund dass die umstrittene Tagespauschale nur während des Zeitraums vom 1. Januar bis 31. Dezember 2012 zur Anwendung gelangt – die Herleitung des Tarifs durch die Vorinstanz akzeptiert werden.

13.
Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die Festsetzung der Tagespauschale der Beschwerdeführerin durch die Vorinstanz für die internistisch-onkologische Rehabilitation auf Fr. 482.– mit Wirkung ab 1. Januar 2012 nicht zu beanstanden ist. Die Beschwerde ist daher abzuweisen.

14.

14.1 Dem Verfahrensausgang entsprechend sind die Verfahrenskosten der Beschwerdeführerin aufzuerlegen (Art. 63 Abs. 1 VwVG). Diese sind unter Berücksichtigung des Streitwerts sowie des Umfangs und der Schwierigkeit der Streitsache, Art der Prozessführung und finanzieller Lage der Parteien (vgl. Art. 63 Abs. 4bis VwVG in Verbindung mit Art. 2 Abs. 1 und Art. 4 des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht [VGKE, SR 173.320.2]) hier auf Fr. 4'000.– festzusetzen. Der einbezahlte Kostenvorschuss ist zur Bezahlung der Verfahrenskosten zu verwenden.

14.2 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]). 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). Den obsiegenden, anwaltlich vertretenen Beschwerdegegnerinnen ist daher zu Lasten der Beschwerdeführerin eine Parteientschädigung zuzusprechen. 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 Parteientschädigung von Fr. 2'500.– (inkl. Auslagen und Mehrwertsteuerzuschlag; Art. 9 Abs. 1 in Verbindung mit Art. 10 Abs. 2 VGKE) gerechtfertigt.

15.
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 abgewiesen.

2.
Die Verfahrenskosten von Fr. 4'000.– werden der Beschwerdeführerin auferlegt. Der einbezahlte Kostenvorschuss wird zur Bezahlung der Verfahrenskosten verwendet.

3.
Den Beschwerdegegnerinnen wird eine Parteientschädigung von Fr. 2'500.– zu Lasten der Beschwerdeführerin zugesprochen.

4.
Dieses Urteil geht an:

– die Beschwerdeführerin (Gerichtsurkunde)
– die Beschwerdegegnerinnen (Gerichtsurkunde)
– die Vorinstanz (Ref-Nr. RRB 462; Gerichtsurkunde)
– das Bundesamt für Gesundheit (Einschreiben)

Die vorsitzende Richterin:	Der Gerichtsschreiber:
Franziska Schneider	Michael Rutz

Versand: