Bundesverwaltungsgericht
Tribunal administratif fédéral
Tribunale amministrativo federale
Tribunal administrativ federal



Abteilung III
C-6392/2014

Urteil vom 27. April 2015

Besetzung

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

Parteien

1. **CSS Kranken-Versicherung AG,** Tribschenstrasse 21, Postfach 2568, 6002 Luzern,
2. **Aquilana Versicherungen,** Bruggerstrasse 46, 5401 Baden,
3. **Moove Sympany AG,** Jupiterstrasse 15, Postfach 234, 3000 Bern 15,
4. **Kranken- und Unfallkasse Bezirkskrankenkasse Einsiedeln,** Hauptstrasse 61, Postfach 57, 8840 Einsiedeln,
5. **PROVITA Gesundheitsversicherung AG,** Brunngasse 4, Postfach, 8401 Winterthur, Zustelladresse: c/o SWICA, Römerstrasse 38, 8400 Winterthur,
6. **Sumiswalder Krankenkasse,** Spitalstrasse 47, 3454 Sumiswald,
7. **Genossenschaft Krankenkasse Steffisburg,** Unterdorfstrasse 37, Postfach, 3612 Steffisburg,
8. **CONCORDIA Schweizerische Kranken- und Unfallversicherung AG,** Bundesplatz 15, 6002 Luzern,
9. **Atupri Krankenkasse,** Zieglerstrasse 29, 3000 Bern 65,
10. **Avenir Krankenversicherung AG,** Rue du Nord 5, 1920 Martigny,
11. **Krankenkasse Luzerner Hinterland,** Luzernstrasse 19, 6144 Zell LU,

12. **ÖKK Kranken- und Unfallversicherungen AG,**
Bahnhofstrasse 9, 7302 Landquart,
13. **Vivao Sympany AG,** Peter Merian-Weg 4, 4002 Basel,
14. **Krankenversicherung Flaachtal AG,**
Bahnhofstrasse 22, Postfach 454, 8180 Bülach,
15. **Easy Sana Assurance Maladie SA,**
Rue des Cèdres 5, 1920 Martigny,
16. **Genossenschaft Glarner Krankenversicherung,**
Säge 5, 8767 Elm,
17. **Cassa da malsauns LUMNEZIANA,**
Postfach 41, 7144 Vella,
18. **KLuG Krankenversicherung,**
Gubelstrasse 22, 6300 Zug,
19. **EGK Grundversicherungen,** Brislachstrasse 2,
Postfach, 4242 Laufen,
20. **sanavals Gesundheitskasse,** Haus ISIS, Postfach 18,
7132 Vals,
21. **Krankenkasse SLKK,** Hofwiesenstrasse 370,
Postfach 5652, 8050 Zürich,
22. **sodalis gesundheitsgruppe,** Balfrinstrasse 15,
3930 Visp,
23. **vita surselva,** Bahnhofstrasse 33, Postfach 217,
7130 Ilanz,
24. **Krankenkasse Zeneggen,** Neue Scheune, 3934 Zeneggen,
25. **Krankenkasse Visperterminen,** Wierastrasse,
3932 Visperterminen,
26. **Caisse-maladie de la Vallée d'Entremont société coopérative,** Place centrale, Postfach 13, 1937 Orsières,
27. **Krankenkasse Institut Ingenbohl,** Klosterstrasse 10,
6440 Brunnen,
28. **Krankenkasse Turbenthal,** Tösstalstrasse 147,
8488 Turbenthal,
29. **Stiftung Krankenkasse Wädenswil,**
Schönenbergstrasse 28, 8820 Wädenswil,
30. **Krankenkasse Birchmeier,** Hauptstrasse 22, 5444 Künten,
31. **kmu-Krankenversicherung,** Bachtelstrasse 5,
8400 Winterthur,
32. **Krankenkasse Stoffel Mels,** Bahnhofstrasse 63,
8887 Mels,
33. **Krankenkasse Simplon,** Blatt 1, 3907 Simplon Dorf,
34. **SWICA Krankenversicherung AG,** Römerstrasse 38,
8401 Winterthur,
35. **GALENOS Kranken- und Unfallversicherung,**
Militärstrasse 36, Postfach, 8021 Zürich,

36. **rhenusana,** Heinrich-Wild-Strasse 210, Postfach, 9435 Heerbrugg,
37. **Mutuel Assurance Maladie SA,** Rue des Cèdres 5, 1920 Martigny,
38. **Fondation AMB,** Route de Verbier 13, 1934 Le Châble VS,
39. **INTRAS Krankenversicherung AG,** Rue Blavignac 10, 1227 Carouge GE,
40. **PHILOS Assurance Maladie SA Groupe Mutuel,** Rue des Cèdres 5, 1920 Martigny,
41. **Visana AG,** Weltpoststrasse 19/21, Postfach 253, 3000 Bern 15,
42. **Agrisano Krankenkasse AG,** Laurstrasse 10, 5201 Brugg AG,
43. **innova Krankenversicherung AG,** Bahnhofstrasse 4, Postfach 184, 3073 Gümligen,
44. **sana24 AG,** Weltpoststrasse 19, 3015 Bern,
45. **Arcosana AG,** Tribschenstrasse 21, 6005 Luzern,
46. **vivacare AG,** Weltpoststrasse 19, 3015 Bern,
47. **Sanagate AG,** Tribschenstrasse 21, Postfach 2568, 6002 Luzern,

alle vertreten durch tarifsuisse ag, Römerstrasse 20, Postfach 1561, 4500 Solothurn,
diese vertreten durch Dr. iur. Vincent Augustin, Rechtsanwalt, Quaderstrasse 8, 7000 Chur,
Beschwerdeführerinnen,

gegen

Kinderspital Zürich - Eleonorenstiftung,
Steinwiesstrasse 75, 8032 Zürich,
vertreten durch lic. iur. Michael Waldner, Rechtsanwalt, VISCHER AG, Schützengasse 1, 8021 Zürich,
Beschwerdegegnerin,

Regierungsrat des Kantons Zürich, Staatskanzlei, Neumühlequai 10, Postfach, 8090 Zürich,
handelnd durch Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich, Postfach, 8090 Zürich Amtsstellen Kt ZH,
Vorinstanz.

Gegenstand

Krankenversicherung, Festsetzung des Tarifs ab 2012 im stationären Bereich der Akutsomatik,
Regierungsratsbeschluss 278/2013 vom 13. März 2013.

Sachverhalt:

A.
Aufgrund der am 21. Dezember 2007 beschlossenen Revision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG; SR 832.10; neue Spitalfinanzierung) mussten für das Jahr 2012 die Basisfallwerte für stationäre Spitalbehandlungen (Fallpauschale für eine Behandlung bei Schweregrad 1.0 gemäss der Tarifstruktur SwissDRG [DRG = Diagnosis Related Groups]; im Folgenden: Basisfallwert oder Baserate) bestimmt werden. Die Kinderspital Zürich - Eleonorenstiftung (im Folgenden: auch Beschwerdegegnerin) vereinbarte mit den Krankenversicherungen Helsana Versicherungen AG, Sanitas Grundversicherungen AG, KPT und deren Tochtergesellschaften (im Folgenden: Einkaufsgemeinschaft HSK) für das von ihr getragene Kinderspital Zürich (im Folgenden: KISPI) für das Jahr 2012 einen Basisfallwert von CHF 12'800.-. Zwischen der Beschwerdegegnerin und 47 durch die tarifsuisse ag vertretenen Krankenversicherungen (im Folgenden: Einkaufsgemeinschaft tarifsuisse, tarifsuisse oder Beschwerdeführerinnen) kam kein Vertrag zustande (Akten der Vorinstanz [V-act.]; Beilagen 1 und 2 zur Vernehmlassung der Vorinstanz vom 30. Mai 2013; Akten im Beschwerdeverfahren C-2259/2013 [im Folgenden: BVGer C-2259/2013 act.] 16). Ein vertragsloser Zustand resultierte auch zwischen der Beschwerdegegnerin und den Krankenversicherungen Assura Kranken- und Unfallversicherung sowie Supra Krankenversicherung (im Folgenden: Einkaufsgemeinschaft Assura/Supra).

A.a
Am 22. November 2011 beantragte das KISPI die Genehmigung der mit der Einkaufsgemeinschaften HSK geschlossenen Verträge (Basisfallwert: CHF 12'800.-) und die hoheitliche Festsetzung des Basisfallwertes für die übrigen Krankenversicherungen auf CHF 12'800.-. Das KISPI machte geltend, aufgrund seiner Situation am Ende der medizinischen Versorgungskette und von Besonderheiten der Kindermedizin, welche von der Tarifstruktur SwissDRG nicht sachgerecht abgebildet würden, benötige es im Vergleich zu den Grundversorgungsspitälern und den Universitätsspitälern für Erwachsene einen höheren Basisfallwert. Am 23. November 2011 beantragte tarifsuisse für ihre Mitglieder die hoheitliche Festsetzung des Basisfallwertes des KISPI auf CHF 9'920.-. Tarifsuisse begründete die Höhe des von ihr beantragten Basisfallwertes im Wesentlichen mit ihrem eigenen Betriebsvergleich der Akutspitäler (V-act. [Beilagen 1 und 2 zu BVGer C-2259/2013 act. 16]).

A.b Mit Beschluss vom 7. Dezember 2011 (im Folgenden: RRB 1493/2011) setzte der Regierungsrat für die Dauer des Verfahrens betreffend Tarifgenehmigung respektive -festsetzung provisorische Basisfallwerte in der Höhe von CHF 9'500.- für nichtuniversitäre Spitäler und CHF 11'400.- für die Universitätsspitäler fest (V-act. [Beilagen 1 und 2 zu BVGer C-2259/2013 act. 16]).

A.c Die Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich (GD) holte im Verwaltungsverfahren eine Stellungnahme der Preisüberwachung ein. Ausgehend von einem separaten Benchmarking der Universitätsspitäler (Erwachsenenspitäler und Kinderspitäler, resp. –kliniken) ermittelte die Preisüberwachung einen Basisfallwert für Universitätsspitäler von CHF 9'674.-. Sie empfahl, die abgeschlossenen Verträge nicht zu genehmigen und den Basisfallwert des KISPI bei maximal CHF 9'674.- festzusetzen (V-act. [Beilagen 1 und 2 zu BVGer C-2259/2013 act. 16]).

A.d Mit Schreiben vom 21. November 2012 wurden die Tarifpartner zur Schlussstellungnahme eingeladen. Dabei wurden ihnen die «Eckwerte der Tariffestsetzung» sowie die für die einzelnen Spitäler geplanten Basisfallwerte eröffnet. Für das KISPI wurde die Festsetzung eines Basisfallwertes von CHF 12'800.- in Aussicht gestellt. In seiner Schlussstellungnahme vom 15. März 2012 beantragte das KISPI einen Basisfallwert von CHF 13'255.-. Tarifsuisse beantragte den Basisfallwert des KISPI bei maximal CHF 9'011.- festzusetzen (V-act. [Beilagen 1 und 2 zu BVGer C-2259/2013 act. 16]).

B.

Mit Beschluss vom 13. März 2013 (V-act. [Beilagen 1 und 2 zu BVGer C-2259/2013 act. 16]; im Folgenden: RRB 278/2013) setzte der Regierungsrat des Kantons Zürich die Basisfallwerte für Zürcher Spitäler, für welche kein behördlich genehmigter Tarifvertrag vorlag, mit Wirkung ab 1. Januar 2012 fest. Der Basisfallwert des KISPI (für Schweregrad 1.0 einschliesslich Investitionsanteil) für die stationäre Spitalbehandlung von obligatorisch krankenversicherten Patientinnen und Patienten wurde auf CHF 12'800.- festgesetzt (Dispositiv-Ziffer I. 2). Für unbewertete DRGs wurde eine Tagespauschale von CHF 2'533.- festgesetzt (Dispositiv-Ziffer III). Im gleichen RRB wurden die zwischen der Beschwerdegegnerin und der Einkaufsgemeinschaften HSK vereinbarten Verträge (Basisfallwert: 12'800.-) genehmigt (Dispositiv-Ziffer VII. 13, 14 und 15).

B.a Zur Begründung des Tariffestsetzungsentscheids führte die Vorinstanz im Wesentlichen aus, Universitätsspitäler und insbesondere universitäre Kinderspitäler und -kliniken wiesen systematisch höhere Kosten auf als die übrigen Spitäler. Für Universitätsspitäler (Erwachsene), universitäre Kinderspitäler bzw. Kinderkliniken, nicht-universitäre Spitäler und Geburtshäuser seien je separate Benchmarking-Kategorien zu bilden, da mit den SwissDRG-Fallpauschalen noch nicht alle Kostenunterschiede zwischen verschiedenen Spitälern sachgerecht abgebildet seien. Die Vorinstanz ermittelte die schweregradbereinigten Fallkosten des KISPI und verglich diesen Wert in einem Benchmarking mit den entsprechenden Fallkosten von drei universitären Kinderspitälern, respektive Kinderkliniken von Universitätsspitälern (universitäres Kinderspital beider Basel [UKBB]; Kinderklinik des Inselspitals Bern; Kinderklinik des Centre hospitalier universitaire vaudois [CHUV]). Als Benchmarkspital wurde das zweitgünstigste Spital (Kinderklinik des CHUV) gewählt. Aufgrund dessen benchmarking-relevanten Basiswertes wurde der Benchmark auf CHF 11'441.- bestimmt. Unter Berücksichtigung eines Zuschlagsfaktors von 11.76% (Investitionskosten, Teuerung und Korrektur für Fallzusammenführungen) ermittelte die Vorinstanz für das KISPI einen Basisfallwert von CHF 12'800.-.

C.
Im Namen der 47 im Rubrum aufgeführten Krankenversicherer liess die Einkaufsgemeinschaft tarifsuisse, vertreten durch Rechtsanwalt Vincent Augustin, am 22. April 2013 gegen den RRB 278/2013 Beschwerde erheben (BVGer C-2259/2013 act. 1). Die beschwerdeführenden Krankenversicherer beantragten – unter Kosten- und Entschädigungsfolgen gemäss Gesetz – die Aufhebung von Ziffer I des RRB 278/2013 (Tariffestsetzungen) und die antragsgemässe Neufestsetzung der Basisfallwerte. Für das KISPI sei rückwirkend ab 1. Januar 2012 ein Basisfallwert von CHF 9'674.-, eventuell höchstens CHF 9'805.- festzusetzen. Im Weiteren sei Ziffer III des angefochtenen Beschlusses bezüglich Tagespauschalen für unbewertete DRG aufzuheben, und diese sei auf höchstens CHF 2'006.- festzusetzen.

Zur Begründung wurde insbesondere vorgebracht, der festgesetzte Tarif sei unwirtschaftlich. Eine Tarifdifferenzierung sei nur in der Einführungsphase zwischen universitären Einrichtungen und übrigen Spitäler hinzunehmen. Das KISPI sei analog den übrigen universitären Spitälern zu behandeln. Die Ermittlung und Ausscheidung der gemeinwirtschaftlichen Leistungen sei im angefochtenen Beschluss nicht transparent erfolgt. Na-

mentlich habe die Vorinstanz in rechtswidriger Weise nicht festgestellt, welche Leistungen unter dem Titel Forschung und universitäre Lehre erbracht, und welche Kosten dadurch verursacht worden seien. Zur Begründung der Höhe der beantragten Baserate verwies Tarifsuisse auf die Berechnung und Empfehlung der Preisüberwachung und ihre frühere eigene Berechnung.

D.
Mit Eingabe vom 30. Mai 2013 (BVGer C-2259/2013 act. 16) reichte die Vorinstanz ihre Vernehmlassung zur Beschwerde der tarifsuisse ein und beantragte deren Abweisung, soweit darauf einzutreten sei. Zur Begründung wurde im Wesentlichen auf den angefochtenen Entscheid verwiesen und vorgebracht, mindestens in den ersten Jahren nach der Einführung der Fallpauschalen seien Tarifdifferenzierungen zwischen Grundversorgungsspitälern, Universitätsspitälern und insbesondere universitären Kinderspitälern und –kliniken notwendig. Das KISPI habe eine Kostenträgerrechnung eingeführt, und nach den Vorgaben der GD hätten die gemeinwirtschaftlichen Leistungen in Nebenkostenstellen oder als separate Kostenträger ausgewiesen werden müssen. Sie seien daher bei der Tarifberechnung nicht einbezogen worden. Die dem angefochtenen Entscheid zugrunde liegenden Kosten- und Leistungsdaten seien im Verwaltungsverfahren transparent gemacht, jedoch nicht bestritten worden. Einwendungen, welche sich gegen das verwendete Datenmaterial richteten, hätten spätestens im Rahmen der Schlussstellungnahmen vorgebracht werden müssen und seien verspätet.

E.
Mit Beschwerdeantwort vom 31. Mai 2013 (BVGer C-2259/2013 act. 22) beantragte die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde der tarifsuisse. Zur Begründung wurde geltend gemacht, Kinderspitäler seien nicht mit Erwachsenenspitälern vergleichbar, da diverse Besonderheiten der Kindermedizin in der Tarifstruktur nicht adäquat abgebildet seien. Die Besonderheiten der Kindermedizin, welche zu strukturell höheren Kosten führten, seien bereits im Verwaltungsverfahren dargelegt und belegt worden. Im KISPI als Endversorgerspital würden zudem hochdefizitäre Fälle gehäuft auftreten. Das Rechtsgleichheitsgebot erfordere zwingend Tarifdifferenzierungen gegenüber den nicht-universitären Spitälern wie auch gegenüber den universitären Erwachsenenspitälern. Ein separates Benchmarking der universitären Kinderspitäler und -kliniken sei notwendig. Die Kostendaten der verglichenen Kinderspitäler und -kliniken lägen in geeigneter Form vor. Die Kosten der Forschung und universitären Lehre seien

vom KISPI vollständig erhoben worden. Das Abstellen auf die Fallkosten des zweitgünstigsten Kinderspitals sei ausreichend streng und sachgerecht.

F.
Mit Zwischenverfügung vom 27. Juni 2013 (BVGer C-2259/2013 act. 24) trennte die Instruktionsrichterin die Beschwerden der tarifsusisse gegen diejenigen Spitäler, welche ihrerseits auch Beschwerde erhoben hatten, vom Verfahren ab, um sie jeweils mit den Gegenbeschwerden zu vereinen. Soweit sich die Beschwerde der tarifsuisse gegen Spitäler richtet, welche selbst keine Beschwerde erhoben hatten (wie vorliegend das KISPI), wurde sie unter der Verfahrensnummer C-2259/2013 weitergeführt. Weitere Verfahrensteilungen wurden vorbehalten.

G.
Der mit Zwischenverfügung vom 27. Juni 2013 von tarifsuisse eingeforderte und auf CHF 8'000.- festgesetzte Kostenvorschuss ging am 1. Juli 2013 bei der Gerichtskasse ein (BVGer C-2259/2013 act. 24 und 25).

H.
Der im Verfahren C-1698/2013 eingeholte Bericht der SwissDRG AG vom 16. September 2013 (inkl. Beilagen zur Berechnungsmethode, zur Erhebung 2010 und betreffend Plausibilisierungen) wurde im vorliegenden Verfahren zu den Akten genommen und den Verfahrensbeteiligten mit Verfügung vom 3. Oktober 2013 zugestellt (BVGer C-2259/2013 act. 28 und 29).

I.
Auf Einladung der Instruktionsrichterin (Verfügung vom 3. Oktober 2013; BVGer C-2259/2013 act. 30) reichte die Preisüberwachung am 4. November 2013 ihre Stellungnahme ein (BVGer C-2259/2013 act. 30). Sie erläuterte ihre Prüfmethodik. Die Wirtschaftlichkeitsprüfung sei anhand einer zweistufigen Methode durchzuführen. Dabei seien die relevanten Kosten zu ermitteln und im Benchmarking zu vergleichen. Mit der Tarifstruktur SwissDRG Version 1.0 seien die Voraussetzungen für ein gesamtschweizerisches Benchmarking aller Spitäler gegeben. Obwohl dies in einem DRG-Abgeltungssystem an sich systemfremd sei, solle das Benchmarking bei akutsomatischen Spitälern in der Einführungsphase je in den Kategorien Universitätsspitäler und nicht-universitäre Spitäler erfolgen. Weitere Kategorien seien nicht zuzulassen. Auch universitäre Kinderspitäler und –

kliniken seien in einer gemeinsamen Kategorie mit den übrigen Universitätsspitälern zu vergleichen. Allfällige Besonderheiten der Behandlungskosten in der Kindermedizin seien in der Tarifstruktur abgebildet, respektive abzubilden. Entsprechende Tarifdifferenzierungen sollten daher nicht auf der Ebene der Basisfallwerte erfolgen. Die hohen Fallkosten der Kinderspitäler seien in der zu wenig effizienten Betriebsführung zu suchen. Die Ausscheidung der Kosten der Forschung und universitären Lehre sei weder rechtskonform noch sachgerecht, weshalb ein Normabzug vorzunehmen sei. An ihrer im Verwaltungsverfahren für das KISPI abgegebenen Tarifempfehlung hielt die Preisüberwachung fest.

J.
Auf Einladung der Instruktionsrichterin (Verfügung vom 11. November 2013; BVGer C-2259/2013 act. 31) nahm am 13. Dezember 2013 das Bundesamt für Gesundheit (BAG) als Fachbehörde Stellung (BVGer C-2259/2013 act. 32). Das BAG machte in seiner Stellungnahme geltend, die schweizweit einheitliche Tarifstruktur erlaube die Vergleichbarkeit der Kosten der Leistungen, unabhängig vom Leistungserbringer. Grundsätzlich sei die differenzierte Bewertung unterschiedlicher Leistungen durch die Tarifstruktur, welche tarifpartnerschaftlich vereinbart und vom Bundesrat genehmigt worden sei, vorgegeben. Soweit die Tarifstruktur in der Einführungsphase noch nicht ausreichend ausgereift sei und dazu führe, dass die Leistungserbringung der Spitäler nicht sachgerecht vergütet werde, liege es an den Spitälern, dies zu erklären und nachzuweisen. Die effektiven Kosten der Forschung und universitären Lehre seien gemäss der Definition von Art. 7 der Verordnung vom 3. Juli 2002 über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler, Geburtshäuser und Pflegeheime in der Krankenversicherung (VKL, SR 832.104) umfassend zu ermitteln und in der Kostenrechnung transparent auszuweisen. Dabei sei von einem weiten Begriff auszugehen und die Ausweisung der empfangenen Mittel genüge nicht.

K.
Mit Eingabe vom 30. Januar 2014 reichte die Vorinstanz ihre Schlussbemerkungen ein und hielt an ihrem Antrag fest (BVGer C-2259/2013 act. 41).

L.
Am 31. Januar 2014 reichte die Beschwerdegegnerin ihre Schlussbemerkungen ein und hielt an ihrem Antrag fest (BVGer C-2259/2013 act. 42).

M.
Am 5. Februar 2014 reichten die Beschwerdeführerinnen ihre Schlussbemerkungen ein und hielten an ihren Anträgen fest, wobei zum KISPI keine spezifischen Ausführungen gemacht wurden (BVGer C-2259/2013 act. 45).

N.
Mit Instruktionsverfügung vom 18. Februar 2014 wurde der Schriftenwechsel unter Vorbehalt weiterer Instruktionsmassnahmen abgeschlossen (BVGer C-2259/2013 act. 46).

O.
Mit Instruktionsverfügung vom 4. November 2014 wurde die Beschwerde der tarifsuisse weiter aufgeteilt und – soweit das KISPI betreffend - unter der Verfahrensnummer C-6392/2014 weitergeführt (BVGer C-2259/2013 act. 47; BVGer-act. 1).

P.
Auf die weiteren Vorbringen der Verfahrensbeteiligten und die eingereichten Akten wird, soweit für die Entscheidfindung erforderlich, im Rahmen der nachfolgenden Erwägungen eingegangen.

Das Bundesverwaltungsgericht zieht in Erwägung:

1.
Das Bundesverwaltungsgericht prüft von Amtes wegen und mit freier Kognition, ob die Prozessvoraussetzungen gegeben sind und auf eine Beschwerde einzutreten ist.

1.1 Den angefochtenen RRB 278/2013 vom 13. März 2013 hat die Vorinstanz gestützt auf Art. 46 Abs. 4 und Art. 47 Abs. 1 KVG erlassen. Gemäss Art. 53 Abs. 1 KVG kann gegen Beschlüsse der Kantonsregierungen nach Art. 46 Abs. 4 und Art. 47 KVG beim Bundesverwaltungsgericht Beschwerde geführt werden. Das Bundesverwaltungsgericht ist deshalb zur Beurteilung der Beschwerde zuständig (vgl. auch Art. 90a Abs. 2 KVG).

1.2 Das Verfahren vor dem Bundesverwaltungsgericht richtet sich gemäss Art. 37 VGG (SR 173.32) und Art. 53 Abs. 2 Satz 1 KVG grundsätzlich nach den Vorschriften des VwVG (SR 172.021). Vorbehalten bleiben allfällige Abweichungen des VGG und die besonderen Bestimmungen des Art. 53 Abs. 2 KVG.

1.3 Angefochten ist der RRB 278/2013 vom 13. März 2013, mit welchem der Regierungsrat einerseits über die Genehmigung vereinbarter Tarife entschied und andererseits Tarife hoheitlich festsetzte. Streitgegenstand ist die Festsetzung des Basisfallwertes des KISPI gegenüber den von der Einkaufsgemeinschaft tarifsuisse vertretenen Krankenversicherern.

1.4 Die Beschwerdeführerinnen sind primäre Adressatinnen des angefochtenen Beschlusses und zur Beschwerde legitimiert (vgl. Art. 48 Abs. 1 VwVG). Auf die frist- und formgerecht erhobene Beschwerde ist, nachdem auch der Kostenvorschuss rechtzeitig geleistet wurde, einzutreten (vgl. Art. 50 Abs. 1, Art. 52 Abs. 1 und Art. 63 Abs. 4 VwVG).

1.5 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; zur Überprüfungsbefugnis des Bundesverwaltungsgerichts bei Tariffestsetzungsbeschlüssen siehe BVGE 2014/3 E. 1.4 und 2014/36 E. 1.5).

2.
Am 1. Januar 2009 ist die KVG-Revision zur Spitalfinanzierung (Änderung

vom 21. Dezember 2007, AS 2008 2049) in Kraft getreten. Per 1. Januar 2012 wurde der Systemwechsel bei der Spitalfinanzierung vollzogen (vgl. Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 21. Dezember 2007 [Spitalfinanzierung]). Der angefochtene Beschluss ist somit aufgrund des revidierten KVG und dessen Ausführungsbestimmungen zu beurteilen.

2.1 Spitäler sind nach Art. 39 Abs. 1 (in Verbindung mit Art. 35) KVG zur Tätigkeit zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) zugelassen, wenn sie die Dienstleistungs- und Infrastrukturvoraussetzungen gemäss Bst. a-c erfüllen, der von einem oder mehreren Kantonen gemeinsam aufgestellten Planung für eine bedarfsgerechte Spitalversorgung entsprechen (Bst. d) und auf der nach Leistungsaufträgen in Kategorien gegliederten Spitalliste des Kantons aufgeführt sind (Bst. e).

2.2 Gemäss Art. 43 Abs. 1 KVG erstellen die (zugelassenen) Leistungserbringer ihre Rechnungen nach Tarifen oder Preisen. 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.

2.3 Parteien eines Tarifvertrages sind einzelne oder mehrere Leistungserbringer oder deren Verbände einerseits sowie einzelne oder mehrere Versicherer oder deren Verbände anderseits (Art. 46 Abs. 1 KVG). Der Tarifvertrag bedarf der Genehmigung durch die zuständige Kantonsregierung oder, wenn er in der ganzen Schweiz gelten soll, durch den Bundesrat (Art. 46 Abs. 4 Satz 1 KVG). Die Genehmigungsbehörde prüft, ob der Tarifvertrag mit dem Gesetz und dem Gebot der Wirtschaftlichkeit und Billigkeit in Einklang steht (Art. 46 Abs. 4 Satz 2 KVG).

2.4 Kommt zwischen Leistungserbringern und Versicherern kein Tarifvertrag zustande, so setzt die Kantonsregierung nach Anhören der Beteiligten den Tarif fest (Art. 47 Abs. 1 KVG). Können sich Leistungserbringer und Versicherer nicht auf die Erneuerung eines Tarifvertrages einigen, so kann die Kantonsregierung den bestehenden Vertrag um ein Jahr verlängern. Kommt innerhalb dieser Frist kein Vertrag zustande, so setzt sie nach Anhören der Beteiligten den Tarif fest (Art. 47 Abs. 3 KVG).

2.5 Unter dem Titel "Tarifverträge mit Spitälern" bestimmt Art. 49 Abs. 1 KVG, dass die Vertragsparteien für die Vergütung der stationären Behandlung einschliesslich Aufenthalt und Pflegeleistungen in einem Spital (Art. 39 Abs. 1) oder einem Geburtshaus (Art. 29) Pauschalen vereinbaren. 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.

2.6 Gestützt auf Art. 49 Abs. 2 KVG wurde von den Tarifpartnern und den Kantonen die SwissDRG AG eingesetzt, die für die Erarbeitung und Weiterentwicklung der Tarifstruktur zuständig ist. Die Tarifstruktur und deren Anpassungen sind vom Bundesrat zu genehmigen (Art. 49 Abs. 2 Satz 5 KVG). Die ab 1. Januar 2012 im akutsomatischen Bereich anwendbare Version 1.0 der Tarifstruktur SwissDRG wurde vom Bundesrat am 6. Juli 2011 genehmigt (Mitteilung des Bundesrates vom 6. Juli 2011: Bundesrat genehmigt die neue Tarifstruktur SwissDRG).

2.7 Laut Art. 49 Abs. 3 KVG dürfen die Vergütungen nach Abs. 1 keine Kostenanteile für gemeinwirtschaftliche Leistungen enthalten. Dazu gehören insbesondere die Aufrechterhaltung von Spitalkapazitäten aus regionalpolitischen Gründen (Bst. a) sowie die Forschung und universitäre Lehre (Bst. b).

2.8 Die Spitäler verfügen über geeignete Führungsinstrumente; 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 (Art. 49 Abs. 7 KVG).

2.9 Gemäss Art. 49 Abs. 8 KVG ordnet der Bundesrat in Zusammenarbeit mit den Kantonen schweizweit Betriebsvergleiche zwischen Spitälern an, insbesondere zu Kosten und medizinischer Ergebnisqualität. Die Spitäler und die Kantone müssen dafür die nötigen Unterlagen liefern. Der Bundesrat veröffentlicht die Betriebsvergleiche.

2.10 Gestützt auf Art. 43 Abs. 7 KVG hat der Bundesrat Art. 59c KVV erlassen (in Kraft seit 1. August 2007; AS 2007 3573). Nach dessen Abs. 1 prüft die Genehmigungsbehörde (im Sinne von Art. 46 Abs. 4 KVG), ob der Tarifvertrag namentlich 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. 59c Abs. 3 KVV sind diese Grundsätze bei Tariffestsetzungen nach Art. 47 KVG sinngemäss anzuwenden.

3.
Für die Universitätsspitäler setzte die Vorinstanz höhere Basisfallwerte als für nicht-universitäre Spitäler fest (USZ: CHF 11'300.-; KISPI: CHF 12'800.-). Zur Begründung der Tarifdifferenzierungen gegenüber den nicht-universitären Spitälern wurden im Wesentlichen die besondere Stellung der Universitätsspitäler in der medizinischen Versorgungskette und die noch unzureichende Abbildungsgenauigkeit der SwissDRG-Tarifstruktur angeführt. Die Notwendigkeit, für Universitätsspitäler höhere Basisfallwerte zu bestimmen, wird von keiner Partei bestritten und erscheint mit Blick auf den Entwicklungsprozess der Tarifstruktur – zumindest in der aktuellen Situation – sachgerecht (Urteil des BVGer C-2255/2013, C-3621/2013 vom 24. April 2015 E. 3.4).

4.
Umstritten ist, ob die von der Vorinstanz vorgenommene Tarifdifferenzierung zwischen dem USZ und dem KISPI sachgerecht ist.

4.1 Die Vorinstanz führte im angefochtenen Beschluss aus, die Tarifstruktur SwissDRG Version 1.0 (gültig für das Jahr 2012) vermöge insbesondere im Bereich der Pädiatrie in Universitätsspitälern noch nicht alle Kostendifferenzen zu anderen Spitälern abzubilden. Die universitären Kinderspitäler beziehungsweise universitären Kinderkliniken würden systematisch höhere Kosten als die übrigen Universitätsspitäler aufweisen. Eine Analyse zeige, dass die hochdefizitären Fälle (Fälle mit einem Defizit von über CHF 30'000.- gemessen an der provisorischen Fallpauschale von CHF 9'500.-) nicht gleichmässig auf die Spitäler verteilt seien. Sie konzentrierten sich bei den Universitätsspitälern. Als Vergleichsgrösse diene dabei das Sockeldefizit, die Umrechnung des Verlusts eines Spitals aus seinen hochdefizitären Fällen auf alle Fälle dieses Spitals. Die Sockeldefizite des USZ und des

Kinderspitals betrügen rund CHF 2'800.- bzw. CHF 4'800.- und lägen signifikant über dem Durchschnittswert aller Zürcher Spitäler von CHF 1'117.-. Da das KISPI mehr als das USZ und die Grundversorgungsspitäler von hochdefizitären Fällen betroffen sei, rechtfertige sich eine separate Benchmarking-Kategorie für universitäre Kinderspitäler respektive –Kliniken. In ihrer Vernehmlassung führt die Vorinstanz aus, mindestens in den ersten Jahren nach der Einführung der Fallpauschalen seien Tarifdifferenzierungen für universitäre Kinderspitäler und -Kliniken notwendig.

In ihrer Beschwerde vom 22. April 2014 macht tarifsuisse geltend, allenfalls notwendige Schweregradkorrekturen oder ergänzende Prozedurerfassungen müssten über die Tarifstruktur erfolgen und dürften nicht durch überhöhte Basisfallwerte korrigiert werden. Das KSIPI sei analog den übrigen Universitätsspitälern zu behandeln.

In ihren Eingaben vom 31. Mai 2013 und 31. Januar 2014 macht die Beschwerdegegnerin geltend, Kinder würden besondere, altersgerechte Pflege und Betreuung beanspruchen, wobei zusätzliche Absprachen mit den Eltern und Angehörigen und oft aufwändigere Prozeduren notwendig seien. Die Kindermedizin sei personalintensiver, erfordere besondere Infrastruktur und zusätzlich teure Technik und Material. Universitäre Kinderspitäler würden ein breites Behandlungsspektrum anbieten, wobei sich seltene Krankheiten mit geringen Fallzahlen häufen würden. Die Besonderheiten der Kindermedizin führten bei universitären Kinderspitälern systematisch zu strukturell höheren Kosten. Die Kostenunterschiede aufgrund des speziellen Versorgungsauftrags als Universitätsspital (Endversorgerstellung) einerseits und der Besonderheiten der Kindermedizin andererseits würden durch die Tarifstruktur SwissDRG 1.0 nicht angemessen abgebildet. Von der SwissDRG AG seien daher Bestrebungen zur künftigen Verbesserung der Tarifstruktur im Bereich der Kindermedizin eingeleitet worden. Eine Differenzierung der DRG nach Altersgruppen sei nur für vereinzelte Krankheitsbilder erfolgt. Das signifikant höhere Sockeldefizit resultiere aus rund 500 hochdefizitären Fällen und zeige, dass die DRG zumindest in der Anfangsphase die Leistungen der Kindermedizin nicht ausreichend abbilden würden. Dies würde auch durch Erfahrungen aus dem Ausland bestätigt.

Im Bericht vom 16. September 2013 führte die SwissDRG AG aus, aufgrund verschiedener Faktoren genüge die Tarifstruktur den Anforderungen an ein differenziertes DRG-Entgeltsystem noch nicht vollständig. Insbesondere beim Vergleich von Kindern und Erwachsenen sei Vorsicht geboten.

In ihrer Stellungnahme vom 4. November 2013 führte die Preisüberwachung aus, die von der SwissDRG AG erwähnten besonderen Betreuungsmassnahmen seien nicht datenbasiert. Betreuungsmassnahmen von Eltern und Angehörigen würden nicht zur medizinischen Versorgung gehören und seien nicht durch die OKP zu tragen. Wenn sich die Behandlungskosten von Kindern tatsächlich von denjenigen der Erwachsenen unterscheiden würden, müsste die SwissDRG für Kinder separate DRG bilden. Ein tarifarischer Unterscheid zwischen dem KISPI und USZ sei daher nicht gerechtfertigt.

Obwohl das BAG die Ansicht vertritt, die unterschiedliche Bewertung verschiedener Leistungen sei grundsätzlich durch die Tarifstruktur vorgegeben, räumt es in seiner Stellungnahme vom 13. Dezember 2013 ein, in der Einführungsphase sei die Tarifstruktur vermutlich noch nicht ausreichend ausgereift, weshalb die Differenzierung der Baserates zu erwägen sei. Es läge an den Spitälern, zu erklären und durch überprüfbare Fakten nachzuweisen, welche Abbildungsungenauigkeiten bestünden, und dass Fälle behandelt würden, welche aufgrund der Tarifstruktur nicht sachgerecht vergütet würden, wobei vom Spital defizitäre wie auch profitable Fälle ausgewiesen werden müssten.

4.2 Betreuung und Pflege von Kindern unterscheiden sich in verschiedener Hinsicht von denjenigen Erwachsener. Kinder sind nicht selbständig und müssen deshalb besonders personalintensiv betreut und begleitet werden. Eltern oder Angehörige müssen bei der Betreuung einbezogen werden. Bei vielen Untersuchungen und Behandlungen müssen Kinder besonders vorbereitet, abgelenkt oder sediert werden (vgl. DESGRANDCHAMPS ET AL., Schweizerische Ärztezeitung, 2014;95: 1/2, S. 15f.). Kinder denken, empfinden und interagieren mit ihrer Umwelt in einer von Erwachsenen verschiedenen Art und Weise. Das kranke Kind ist auf eine Betreuung und Behandlung angewiesen, die mit seinen spezifischen Bedürfnissen umzugehen weiss. Bei Kindern und Jugendlichen spielt das psychosoziale Umfeld (Familie, Schule, Gleichaltrige) sowohl hinsichtlich der Diagnostik als auch in der Behandlung eine zentrale Rolle (vgl. JÜRG UNGER-KÖPPEL, Kinder sind nicht kleine erwachsene Patienten, NZZ vom 15. Februar 2008). Die Europäische Gesellschaft für Kinder im Spital (European Association for Children in Hospital; EACH) hat die besonderen Bedürfnisse und Rechte der kranken Kinder vor, während und nach einem Krankenhausaufenthalt in einer Charta festgehalten (EACH-Charta, < http://www.kindundspital.ch/charta/die-charta-deutsch >, abgerufen am 11. Februar 2015). Gemäss der Charta ist für eine kindgerechte Hospitalisation unter anderem

zu beachten, dass Kinder in einer alters- und situationsgerechten Umgebung und nicht in Erwachsenenstationen behandelt und untergebracht werden, dass die Pflege durch spezifisch geschultes und sensibilisiertes Personal erfolgt, dass durch Kontinuität in der Pflege der Bezug zu spezifischen Personen gewährleistet wird, dass besondere Massnahmen zur Vermeidung von körperlichem und seelischem Stress ergriffen werden, dass Kinder altersgerecht informiert werden, sowie dass Eltern und Angehörige einbezogen und unterstützt werden. Die kinderspezifische und kindgerechte Pflege und Betreuung sowie aufwändige Prozeduren vor, während und nach dem Spitalaufenthalt führen zweifellos zu einem erhöhten Aufwand. Es wurde festgestellt, dass die leistungsbereinigten Personalkosten der Kinderkliniken um 20% höher sind als die leistungsbereinigten Personalkosten der Erwachsenenabteilungen derselben Spitäler (SwissDRG AG, Auftrag technischer Ausschuss Kindermedizin SwissDRG 2011 [Beilage 6 zu BVGer C-2259/2013 act. 22]; vgl. auch Beilagen 7, 9 und 11 zu BVGer C-2259/2013 act. 22). Die Ausführungen der Vorinstanz und der Beschwerdegegnerin, wonach in der universitären Kindermedizin systematisch höhere Kosten anfallen als in der universitären Erwachsenenmedizin, erscheinen plausibel.

4.3 Die Preisüberwachung macht geltend, die besonderen Betreuungsmassnahmen seien nicht Bestandteil der durch die OKP zu finanzierenden medizinischen Versorgung sondern als gemeinwirtschaftliche Leistungen aus anderen Quellen zu finanzieren. Die Beschwerdegegnerin macht demgegenüber geltend, auch diese Leistungen seien von der OKP zu tragen.

Spitalvorbereitung, familienorientierte Pflege, Bezugspflege, Trauma-vermeidende Betreuung und viele andere Konzepte und Qualitätsinitiativen beeinflussen das kurzfristige und das langfristige Behandlungsergebnis (vgl. FABIAN NETTY, Vorstand des Schweizer Vereins Kind + Spital, Positionspapier zur Einführung der SwissDRG, [Beilage 11 zu BVGer C-2259/2013 act. 22]; JÜRG UNGER-KÖPPEL, a.a.O.). Die personalintensivere kindergerechte Betreuung und Pflege ist keine Zusatzdienstleistung, sondern Teil einer fachgerechten medizinischen Versorgung von Kindern. Als solche sind auch die damit verbundenen Mehrkosten von der OKP zu tragen.

4.4 Die SwissDRG AG führt aus, die Kostengewichte für einfachere Behandlungsfälle seien in der Tarifstruktur SwissDRG 1.0 tendenziell zu hoch und für aufwändigere Behandlungen tendenziell zu niedrig abgebildet (Kompressionseffekt). Das System der Tarifstruktur basiere wesentlich auf

bestehenden Diagnosen- und Prozedurencodes. Nicht kodierbare Erkrankungen und Behandlungen sowie weitere, z.B. sozioökonomische Faktoren bei der Betreuung in der Kindermedizin seien daher nicht oder nur indirekt berücksichtigt. Dazu zählten z.B. der Einbezug von Eltern und Angehörigen. Notwendige Begleitmassnahmen der Kindermedizin seien jedoch in der Tarifstruktur SwissDRG Version 1.0 nicht abgebildet, und in der Realität vorliegende Aufwandunterschiede würden nicht erkannt. Im Rahmen der Entwicklung der Tarifstruktur SwissDRG Version 1.0 sei systematisch geprüft worden, ob eine Differenzierung der DRG nach dem Alter der Patientinnen und Patienten zur Varianzaufklärung der Fallkosten beitrage. Bei 309 von insgesamt 1052 DRG sei eine Differenzierung nach Alter (Kinder, junge Erwachsene, ältere Patientinnen und Patienten) umgesetzt worden. Bei besonders seltenen Krankheiten habe aufgrund der geringen Fallzahlen kein signifikanter Kostenunterschied nachgewiesen werden können. Mindestens in den ersten Jahren nach Einführung der Fallpauschalen sei eine Preisdifferenzierung insbesondere für selbständige Kinderspitäler sowie Spitäler mit überproportional hohen Anteilen an hochkomplexen Fällen, Langliegerfällen oder schwerbehinderten Patienten nötig (vgl. Bericht der SwissDRG AG vom 16. September 2013; Medienmitteilungen der SwissDRG AG vom 11. Mai 2012 und vom 14. Dezember 2012; vgl. BVGE 2014/36 E. 22.4).

4.5 In seinem Grundsatzurteil BVGE 2014/36 hat sich das Bundesverwaltungsgericht mit der Differenzierung der Basisfallwerte aufgrund spitalspezifischer Gegebenheiten auseinandergesetzt.

– Die Festsetzung unterschiedlicher Basisfallwerte einzig aus der Motivation, die Fehlallokation der Vergütungen infolge mutmasslich fehlbewerteter DRGs zu korrigieren, bedeutet einen Eingriff in die Tarifstruktur. Dazu fehlt sowohl der Kantonsregierung als auch dem Bundesverwaltungsgericht die Zuständigkeit. Bei entsprechenden Mängeln ist primär die Tarifstruktur anzupassen. Die Argumentation, ein Spital erbringe Leistungen, welche aufgrund fehlbewerteter Kostengewichte der Tarifstruktur SwissDRG 1.0 nicht ausreichend vergütet würden, ist somit grundsätzlich nicht geeignet, einen höheren Basisfallwert zu rechtfertigen (BVGE 2014/36 E 22.6).

– Bei DRG mit einer breiten Streuung von Fällen (inhomogene DRG) verteilen sich profitable Fälle und defizitäre Fälle derselben DRG nicht gleichmässig auf alle Spitäler, so dass einzelne Spitäler einen überproportionalen Anteil defizitärer Fälle und andere einen überproportionalen

Anteil profitabler Fälle versorgen (DRG-interne Fallverteilung). Bei unterschiedlicher Verteilung aufwändiger Behandlungsfälle auf die einzelnen Leistungserbringer resultiere eine Fehlallokation der Erlöse auf die Spitäler. Die Festlegung differenzierter Basisfallwerte als Korrektiv dieses Effekts bildet keinen systemwidrigen Eingriff in die Tarifstruktur (BVGE 2014/36 E 22.7).

4.6 Spezifischen Leistungen, die im Zusammenhang mit der Behandlung von Kindern erforderlich sind, müssen im System von leistungsbezogenen Fallpauschalen auch durch die Tarifstruktur abgebildet sein. Relevant sind dabei nicht nur die durch bestehenden Diagnosen- und Prozedurencodes erfassbaren Leistungsunterschiede. Nach dieser Zielsetzung hätte die Tarifstruktur alle medizinisch gerechtfertigten Leistungsunterschiede, insbesondere auch die auf die Psyche ausgerichteten Faktoren (im Bericht der SwissDRG AG auch als sozioökonomische Faktoren bezeichnet) zu berücksichtigen. Eine Differenzierung der Leistungsunterschiede über die Basisfallwerte ist grundsätzlich systemwidrig. Zu unterscheiden ist hinsichtlich der Leistungen der Kinder- und Erwachsenenmedizin (im Rahmen der Tarifstruktur) und nicht hinsichtlich des institutionellen Rahmens, in welchem die Leistungen erbracht werden (im Rahmen der Basisfallwerte). Nur so kann eine Vergütungsgerechtigkeit auch gegenüber Spitälern, welche nebst Erwachsenen auch Kinder behandeln, erreicht werden.

Die Vorinstanz macht geltend, die flächendeckende Entwicklung eigener DRG für die Kindermedizin sei aufgrund der Fallzahlen und der Anzahl Spitäler nicht realisierbar. Die Beurteilung, ob und wie die Besonderheiten der Kindermedizin in der Tarifstruktur berücksichtigt werden können, obliegt jedoch der dafür zuständige Organisation. Die SwissDRG AG wird entscheiden müssen, wie weit in Zukunft eine weitere Differenzierung der Kostengewichte erfolgen soll, oder ob den begleitenden Massnahmen beispielsweise mit einem generellen kinderspezifischen prozentualen Zuschlag auf den Kostengewichten Rechnung getragen werden könnte.

Solange die Tarifstruktur Mehrleistungen der Kindermedizin ungenügend abbildet, kann eine Kompensation bei den Basisfallwerten erwogen werden. Der Umstand, dass die mit besonderem Aufwand verbundene Pflege und Betreuung von Kindern nicht in der SwissDRG Version 1.0 abgebildet ist, betrifft nicht nur einzelne DRG, sondern die gesamte Kindermedizin. Es bedeutet daher keinen systemfremden Eingriff in die Tarifstruktur, wenn

kinderspezifischen Mehrleistungen spezialisierter Spitäler oder spezialisierter Kliniken in der Einführungsphase der Fallpauschalen über differenzierte Basisfallwerte abgegolten werden.

4.7 Zur Quantifizierung der tarifarischen Auswirkungen von kinderspezifischen Mehrleistungen spezialisierter Spitäler oder spezialisierter Kliniken sind keine datenbasierten Untersuchungen bekannt. Verschiedentlich wird auf die um rund 20 – 30 % höheren Personalkosten der Kinderspitäler oder -kliniken hingewiesen (Beilage 6, 7, 9 und 11 zu BVGer C-2259/2013 act. 22). Die Vorinstanz hat die Kennzahlen «Sockeldefizit aus hochdefizitären Fällen» (vgl. E. 4.1) der Spitäler verglichen und festgestellt, dass für das USZ und das KISPI signifikante Abweichungen vom entsprechenden Durchschnittswert aller Zürcher Spitäler bestehen. Während das Sockeldefizit des USZ rund CHF 1'700.- höher ist als der Durchschnitt, ist das Sockeldefizit des KISPI rund 3'700.- höher als der Durchschnitt. Damit sind Kostenunterschiede insbesondere auch im Verhältnis zum USZ signifikant. Sowohl die höheren Personalkosten der Kinderspitäler und -kliniken als auch das höhere Sockeldefizit des KISPI könnten zwar auch durch Ineffizienzen oder andere nicht tarifrelevante Faktoren (mit-)bedingt sein. Es erscheint jedoch plausibel, dass die Kostenunterschiede, welche durch Mehrleistungen im Zusammenhang mit Besonderheiten der Kindermedizin verursacht werden, wesentlich sind. Die Schlussfolgerung der Vorinstanz, tariflich zwischen dem USZ und dem KISPI zu differenzieren, ist daher vertretbar.

5.
Im Folgenden ist zu prüfen, ob das separate Benchmarking der universitären Kinderspitäler sachgerecht ist.

5.1 Aufgrund der systematischen Differenzen zwischen Kinder- und Erwachsenenmedizin befürwortet die Vorinstanz - zumindest in der Einführungsphase - ein Benchmarking der universitären Kinderspitäler und -kliniken in einer eigenen Kategorie. Das DRG-System erlaube zwar den Vergleich von Spitälern unterschiedlicher Grösse. Separate Vergleichskategorien seien nur gerechtfertigt, wenn Leistungsunterschiede nachgewiesen seien. Für Kinderspitäler seien solche Leistungsunterschiede nachgewiesen.

Tarifsuisse macht in grundsätzlicher Hinsicht geltend, die Durchführung eines separaten Benchmarkings für Universitätsspitäler sei systemwidrig und könne nur in der Einführungsphase toleriert werden. Bezüglich des

Kinderspitals verlangt tarifsuisse die Gleichbehandlung mit den übrigen Universitätsspitälern.

Die Beschwerdegegnerin führt aus, die universitären Kinderspitäler und -kliniken seien nicht mit den Erwachsenenspitälern und Grundversorgerspitälern vergleichbar. Ein separates Benchmarking sei zur Wahrung der Rechtsgleichheit zwingend geboten.

Die GDK liess in ihren Empfehlungen offen, ob spezialisierte Spitäler in einer eigenen Benchmarking-Gruppe verglichen werden sollten (GDK-Empfehlungen zur Wirtschaftlichkeitsprüfung, S. 8). Die SwissDRG AG erwägt das separate Benchmarking als Möglichkeit zur Kompensation von Mängeln in der Abbildungsgenauigkeit der Tarifstruktur (BVGer-act. 12). Die Preisüberwachung betrachtet das separate Benchmarking als systemwidrig, in der Einführungsphase aber tolerabel, wobei bezüglich dem KISPI eine Gleichbehandlung mit den übrigen Universitätsspitälern gefordert wird. Das BAG äussert sich nicht explizit zum separaten Benchmarking.

5.2 Das Bundesverwaltungsgericht hat sich in seiner Rechtsprechung mit dem Benchmarking in Kategorien auseinandergesetzt:

– Das revidierte Recht schreibt nicht mehr explizit vor, dass Betriebsvergleiche nur unter vergleichbaren Spitälern durchgeführt werden können. Das System der einheitlichen Tarifstruktur eröffnet grundsätzlich die Möglichkeit von Betriebsvergleichen über die Grenzen der Spitaltypen und -kategorien hinaus (BVGE 2014/36 E. 3.8 und Urteil C-2255/2013 E. 4.5).

– Die Bildung von Benchmarking-Gruppen steht im Widerspruch zur Grundidee eines schweizweiten, möglichst breit abgestützten Betriebsvergleichs, da die für die spezielle Benchmarking-Gruppe vorselektierten Spitäler nicht mit der Grundgesamtheit verglichen werden (BVGE 2014/36 E. 4.3, 6.6.1 und 6.6.2 sowie Urteil C-2255/2013 E. 4.5).

– Die Gruppenbildung ist problematisch, da weder wissenschaftliche Erkenntnisse noch ein Konsens dazu bestehen, nach welchen Kriterien die Selektion erfolgen soll (vgl. BVGE 2014/36 E. 6.6.4 und Urteil C-2255/2013 E. 4.4).

Trotz dieser Bedenken hat das Bundesverwaltungsgericht in seinem Entscheid vom 11. September 2014, welcher ebenfalls den vorliegend angefochtenen RRB betrifft, festgehalten, in einer Einführungsphase könne der

Entscheid einer Kantonsregierung, für spezielle Spitäler (z.B. Universitätsspitäler) auf einen eigenen Betriebsvergleich abzustellen, geschützt werden (BVGE 2014/36 E. 6.6.6).

5.3 Da Leistungsdifferenzen der Kindermedizin in der Tarifstruktur systematisch noch nicht ausreichend abgebildet sind, kann – zumindest in der Einführungsphase – eine Differenzierung der Basisfallwerte gerechtfertigt sein (vgl. E. 4.6). Ein separates Benchmarking ist dazu nicht zwingend notwendig (vgl. BVGE 2014/36 E. 6.8). Der Vergleich zeigt, dass zwischen der Kostensituation der universitären Kindermedizin und derjenigen der übrigen Universitätsspitäler signifikante systematische Unterschiede bestehen. Zur Quantifizierung der Tarifdifferenzen darf nicht alleine auf die Höhe der Kostenunterschiede abgestellt werden. Soweit datenbasierte Untersuchungen zu den spezifischen Mehrleistungen der spezialisierten Kinderspitäler und -kliniken fehlen, lässt sich zu deren Quantifizierung ein separiertes Benchmarking der universitären Kinderspitäler und -kliniken – trotz der unter E. 5.3 aufgeführten Nachteile - sachlich rechtfertigen.

5.4 In der stationären universitären Kindermedizin sind im Wesentlichen die folgenden zwei Organisationsformen erkennbar: universitäre Spitäler, welche ausschliesslich auf Kindermedizin spezialisiert sind (Kinderspitäler; KISPI und UKBB) einerseits und Universitätsspitäler, welche Kinder in einer spezialisierten pädiatrischen Abteilungen behandeln (Kinderkliniken; pädiatrische Abteilungen des CHUV und des Inselspitals) andererseits. Für das Benchmarking der Universitätsspitäler für Erwachsene hat die Vorinstanz die Kosten derer Kinderkliniken ausgeschieden, währenddem das Benchmarking der universitären Pädiatrie die Fallkosten der universitären Kinderspitäler (KISPI und UKBB) und die separierten Fallkosten der in Universitätsspitäler eingebundenen Kinderkliniken (CHUV und Inselspital) umfasst.

Im Vorverfahren machte das KISPI geltend, aufgrund der systematisch höheren Fallkosten der universitären Kinderspitäler sei deren Vergleichbarkeit mit universitären Kinderkliniken nicht gegeben; das KSIPI könne nur mit dem UKBB verglichen werden (Beilage 4 zu BVGer C-2259/2013 act. 22 RZ 89 und 92). In Deutschland habe die Einführung der DRG Kinderspitäler zur Aufgabe ihrer Selbständigkeit und Integration in Erwachsenenspitäler gezwungen (FABIAN NETTY, Positionspapier des Vereins Kind und Spital zur Einführung der SwissDRG [Beilage 11 zu BVGer C-2259/2013 act. 22]). In ihrer Stellungnahme vom 4. November 2013 (BVGer C-2059/2013 act. 30) führt die Preisüberwachung aus, es zeige sich, dass

die Fallkosten in Kinderkliniken tiefer als in spezialisierten Kinderspitälern seien. Infolge zu geringer Fallzahlen und mangelnder Synergien stelle der Betrieb separater Kinderspitäler keine effiziente Form dar. Es sei effizienter, die Kindermedizin in bestehende Akutspitäler einzugliedern, so dass die Verwaltung und die Infrastruktur des Gesamtspitals genutzt und von Synergien profitiert werden könne. Dazu führt die Vorinstanz in ihrer Schlussstellungnahme vom 30. Januar 2014 (BVGer C-2259/2013 act. 41) aus, Kinderkliniken seien nicht effizienter als separate Kinderspitäler.

Das Benchmarking der universitären Kinderkliniken und -spitäler im angefochtenen Beschluss zeigt, dass in den Kinderspitälern (KISPI und UKBB) wesentlich höhere Fallkosten anfallen als in eingebundenen Kinderkliniken (CHUV und Inselspital). Das von der Vorinstanz vorgenommene Benchmarking in einer sehr kleinen Gruppe von spezialisierten Spitälern ist nur beschränkt tauglich, um zwischen Ineffizienzen und strukturbedingten Mehrkosten differenzieren zu können. Ob die Kostenunterschiede zwischen Kinderspitälern und Kinderkliniken auf Ineffizienz oder auf andere Umstände zurückzuführen sind, lässt sich aufgrund der vorliegenden Akten nicht abschliessend beurteilen. Ein gesondertes Benchmarking kann aber nicht ausschliesslich mit höheren Kosten begründet werden. Dies stünde im Widerspruch zur Zielsetzung des Preisfindungsmechanismus nach Art. 49 Abs. 1 Satz 5 KVG. Systematische Leistungsunterschiede zwischen universitären Kinderspitälern einerseits und universitären Kinderkliniken andererseits, welche eine weitere Tarifdifferenzierung und eine weiteren Unterteilung der Benchmarking-Kategorie rechtfertigen würden, sind nicht ersichtlich.

5.5 Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass das separate Benchmarking der universitären Kinderspitäler und -kliniken in der Einführungsphase des SwissDRG-Systems eine tolerierbare Methode ist. Das Benchmarking in einer eigenen Kategorie ist jedoch nicht unerlässlich zur Festlegung differenzierter Basisfallwerte für Spitäler aufgrund derer speziellen Situation. Eine weitere Unterteilung des Benchmarkings der universitären Pädiatrie wäre hingegen nicht sachgerecht.

6.

Umstritten ist, welcher Massstab angelegt werden soll zur Bestimmung der Effizienz beziehungsweise des Referenzwertes, an welchem sich die Spitaltarife orientieren sollen (vgl. Art. 49 Abs. 1 Satz 5 KVG; Effizienzmassstab).

6.1 Beim Benchmarking der nicht-universitären Spitäler hat die Vorinstanz als Benchmark das 40. Perzentil gewählt. Im Benchmarking der Universitätsspitäler und der universitären Kinderspitäler und -kliniken stellte die Vorinstanz demgegenüber jeweils auf die Fallkosten des zweitgünstigsten Spitals ab. Zur Begründung führte sie aus, aufgrund der kleinen Vergleichsgruppe sei das 40. Perzentil statistisch nicht geeignet. Mit der Wahl des zweitgünstigsten Spitals werde ein Spital mit leicht unterdurchschnittliche Fallkosten zum Referenzspital.

6.2 In ihrer Beschwerde macht tarifsuisse geltend, beim Benchmarking sei auf nachgewiesene Bestleistungen und damit auf die schweregradbereinigten Fallkosten des günstigsten und nicht des zweitgünstigsten Spitals abzustellen.

6.3 Das KISPI beantragt, das dem Benchmarking zugrunde zu legende Effizienzmass sei aufgrund einer Interessenabwägung zu bestimmen, und den Kantonsregierungen stehe dabei ein Ermessensspielraum zu. Gerade in der Einführungsphase sei der Festsetzungsbehörde zuzugestehen, dass sie die neue Spitalfinanzierung mit Augenmass einführe. Mit dem Abstellen auf die Fallkosten des zweitgünstigsten Spitals wende sie bereits einen sehr strengen Effizienzmassstab an. Das CHUV als Benchmarkspital decke die Leistungen zwischen dem 23.6 und dem 46.7 Perzentil ab; der gewählte Effizienzmassstab sei damit strenger als bei den nicht-universitären Spitälern. Die Vorinstanz habe damit weder unrechtmässig noch unangemessen gehandelt.

6.4 Die Preisüberwachung definierte den «nationalen Benchmark» (Referenzwert) für die Universitätsspitäler inklusive universitäre Kinderspitäler und -kliniken ausgehend vom benchmarking-relevanten Basiswert des günstigsten Universitätsspitals (Inselspital), unter Berücksichtigung einer Toleranzmarge von 2%. Im Vergleich zur Vorinstanz wendet sie damit für das KISPI einen erheblich strengeren Massstab an. Das BAG äussert sich nicht direkt zum Effizienzmassstab beim Benchmarking der Universitätsspitäler, erachtet das 40. Perzentil im Zusammenhang mit dem Benchmarking der nicht-universitären Spitäler jedoch als zu wenig streng.

6.5 Bei der Bestimmung des Effizienzmassstabes hat sich die Vorinstanz an den Zielsetzungen des KVG orientiert. Dabei wurden insbesondere die Kosteneindämmung in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung und der Erhalt einer qualitativ hochstehenden Versorgungssicherheit the-

matisiert. Gestützt auf ihre Erfahrungen aus früheren Jahren hat die Vorinstanz für das Benchmarking der nicht-universitären Spitäler als Benchmark das 40. Perzentil gewählt. Im Zusammenhang mit der Prüfung des Effizienzmassstabs der nicht-universitären Spitäler des Kantons Zürich hat das Bundesverwaltungsgericht festgestellt, dass die Vorinstanz dabei den ihr in der Einführungsphase zugestandenen erheblichen Ermessensspielraum (vgl. BVGE 2014/3 E. 10.1.4) weder unter- noch überschritten habe (BVGE 2014/36 E. 10.3). Bei einer Vergleichsgruppe von lediglich vier universitären Kinderspitälern und -kliniken erscheint das ersatzweise Abstellen auf das zweitgünstigste Spital in diesem Kontext vertretbar. Eine Unter- oder Überschreitung des der Kantonsregierung zugestandenen erheblichen Ermessensspielraums ist auch dadurch nicht erfolgt.

7.

Wenn das separate Benchmarking einer Gruppe von spezialisierten Spitälern – in der Einführungsphase - grundsätzlich zuzulassen ist, muss es aus verschiedenen Gründen erhöhten Anforderungen genügen (Urteil C-2255/2013 E. 12.2).

– Bei einer kleinen Vergleichsgruppe ist die möglichst realitätsnahe Bestimmung der relevanten Kosten besonders zentral (BVGE 2014/36 E. 6.2).

– Bei einem separierten Benchmarking der Universitätsspitäler oder anderer spezialisierter Spitäler fehlt die zahlenmässige und datenbasierte Erklärung für die erheblichen Unterschiede zwischen den in verschiedenen Kategorien ermittelten Fallkosten (BVGE 2014/36 E. 5.4).

– Namentlich in Universitätsspitälern (inkl. der universitären Kinderspitäler und -kliniken) sind die Kosten gemeinwirtschaftlicher Leistungen erheblich, und deren realitätsnahe Ausscheidung hat bei der Tarifbestimmung besonders grosse Bedeutung (Urteil C-2255/2013 E. 12.2).

– Da die Kosten der Forschung und universitären Lehre bisher vorwiegend pauschal ausgeschieden wurden, sind die Erfahrungen zu ihrer konkreten Bestimmung und zur Grössenordnung gering, was eine besonders sorgfältige Ermittlung erfordert (Urteil C-2255/2013 E. 12.2).

Wenn Universitätsspitäler oder universitäre Kinderspitäler - losgelöst von Spitälern ohne besonderen Lehr- und Forschungsauftrag - separat vergli-

chen werden sollen, ist eine besonders sorgfältige und gesetzmässige Ermittlung der Kosten für gemeinwirtschaftliche Leistungen unumgänglich. Dies gebietet auch eine besonders sorgfältige Prüfung durch die Festsetzungs- oder Genehmigungsbehörde. Für das Benchmarking hat die Behörde die Kostendaten daher genau zu prüfen und sicherzustellen, dass die Datenqualität bei allen Vergleichsspitälern den hohen Anforderungen genügt (Urteil C-2255/2013 E. 12.2).

8.

Zu prüfen ist in der Folge, ob die benchmarking-relevanten Betriebskosten und die daraus abgeleiteten benchmarking-relevanten Basiswerte der von der Vorinstanz verglichenen Kinderspitäler und -kliniken sachgerecht ermittelt wurden. In seinem Urteil BVGE 2014/36 hat sich das Bundesverwaltungsgericht mit verschiedenen Rügen im Zusammenhang mit der Ermittlung der benchmarking-relevanten Betriebskosten im angefochtenen RRB befasst. Dabei wurden diverse Rügen beurteilt, welche auch hinsichtlich der Tarifermittlung für das USZ vorgetragen werden, namentlich auch zu folgenden Themen:

– Unzulässigkeit von Intransparenzabzügen bei der Ermittlung der benchmarking-relevanten Betriebskosten (BVGE 2014/36 E. 6.4 und E. 14.2, vgl. auch BVGE 2014/3 E. 9.2.2);

– Anwendbarkeit der Kostenrechnung nach dem Handbuch REKOLE® und des Tarifherleitungsmodells ITAR_K (BVGE 2014/36 E. 13.2, vgl. auch BVGE 2014/3 E. 3.4.3);

– Beschränkung der Fallkostenermittlung im Kanton Zürich auf innerkantonale OKP-Patientinnen und Patienten (BVGE 2014/36 E. 15.1);

– Ermittlung und Ausscheidung der Kosten von für Patienten erbrachte nicht OKP-Leistungen (Telefon, Coiffeur, Bezüge aus dem Restaurant/Cafeteria, etc.; Kontengruppe 65; BVGE 2014/36 E 15.2);

– Bemessung der kalkulatorischen Zinsen auf dem Umlaufvermögen (BVGE 2014/36 E. 15.3);

– Bewertung der Restbuchwerte und der Rückzahlungsverpflichtungen von durch die öffentliche Hand vorfinanzierten Anlagegütern (BVGE 2014/36 E. 15.4);

– Ausscheidung von Kosten, welche im Zusammenhang mit Behandlungen, welche nicht durch DRG-Fallpauschalen vergütet werden, anfallen (unbewertete Fälle und Sonderentgelte; BVGE 2014/36 E. 15.5);

– Ausscheidung von Mehrkosten, welche bei der Behandlung von zusatzversicherten Patientinnen und Patienten entstehen (BVGE 2014/36 E. 15.6);

– Ausscheidung von Kosten verschiedener gemeinwirtschaftlicher Leistungen im Sinne von Art. 49 Abs. 3 KVG (BVGE 2014/36 E. 16.3; zu den Kosten der Forschung und universitären Lehre vgl. aber unten E. 9);

– keine Ausscheidung der Kosten der Notfallbehandlungen (BVGE 2014/36 E. 21.3).

Nach einer Auseinandersetzung mit diesen Rügen und unter Berücksichtigung der Gesamtsituation in der Einführungsphase des neuen Rechts hat das Bundesverwaltungsgericht die von der Vorinstanz vorgenommene Bestimmung der benchmarking-relevanten Betriebskosten der nicht-universitären Spitäler nicht grundsätzlich beanstandet (BVGE 2014/36 E. 17). Unter den oben aufgeführten Aspekten ist auch die Bestimmung der benchmarking-relevanten Betriebskosten der Kinderspitäler nicht zu beanstanden. Hingegen bedarf die Ausscheidung der Kosten der Forschung und universitären Lehre einer besonderen Prüfung.

9.

9.1 Nach Art. 49 Abs. 3 Bst. b KVG dürfen die Fallpauschalen keine Kostenanteile für Forschung und universitären Lehre enthalten. Die Kosten dieser Leistungen sind daher bei der Bestimmung der benchmarking-relevanten Betriebskosten auszuscheiden. Die Spitäler sind verpflichtet, die Kosten der OKP-pflichtigen Leistungen transparent auszuweisen. Dies ist nur möglich, wenn auch die Kosten für nicht OKP-pflichtige Leistungen transparent ausgeschieden werden (vgl. BVGE 2014/3 E. 6.4). Zur Ausscheidung der Kosten für gemeinwirtschaftliche Leistungen sind die tatsächlichen Kosten der Forschung und universitären Lehre möglichst realitätsnahe zu ermitteln oder datenbasiert abzuschätzen. Den Spitälern steht es nicht frei, ob sie die Kosten für Forschung und universitäre Lehre ausscheiden wollen oder einen normativen Abzug bevorzugen (BVGE 2014/3 E. 6.4.4). Nicht relevant für die Ausscheidung dieser Kostenanteile ist die Höhe der unter diesem Titel empfangenen Leistungsvergütung, welche die

Spitäler vom Kanton oder anderen Stellen erhalten (Urteil BVGE 2014/36 E 16.1.6).

9.2 Universitäre Kinderspitäler unterscheiden sich von Allgemeinspitälern und Erwachsenenspitälern im Wesentlichen durch ihren Forschungs- und Lehrauftrag, durch Besonderheiten der Kindermedizin sowie aufgrund ihrer Stellung am Ende der medizinischen Versorgungskette. Währenddem der besondere Versorgungsauftrag (Endversorgerstellung) und die Besonderheiten der Kindermedizin unter Umständen höhere Tarife rechtfertigen können, dürfen die erheblichen Kosten der Forschung und universitären Lehre nicht in die Tarife einfliessen. Wenn dem KISPI – mit dem Ziel, die durch die Endversorgerstellung oder Besonderheiten der Kindermedizin bedingten Mehrkosten zu ermitteln – ein Benchmarking in einer eigenen Kategorie zugestanden wird, muss die Abgrenzung der Kosten der Forschung und universitären Lehre besonders hohen Anforderungen standhalten. Nur wenn diese Kosten gesetzeskonform, realitätsnahe, und vollständig ausgeschieden wurden, kann das separierte Benchmarking tauglich sein, Tarifdifferenzierungen gegenüber Grundversorgerspitälern zu rechtfertigen.

10.
In der Folge ist zu prüfen, ob die Kosten der Forschung und universitären Lehre sachgerecht ermittelt und bundesrechtskonform ausgeschieden wurden.

10.1 Im angefochtenen Beschluss führt die Vorinstanz aus, die Kosten- und Leistungsdaten der universitären Kinderspitäler respektive -kliniken lägen detailliert und transparent im Format ITAR-K vor und seien nach einheitlichem Standard REKOLE® erhoben worden. Sie seien für das Benchmarking geeignet. Sämtliche Universitätsspitäler hätten eine Kostenträgerrechnung eingeführt, was die datenbasierte Ausscheidung der Kosten der Forschung und universitären Lehre ermögliche. Zur Ermittlung der benchmarking-relevanten Kosten könne auf die in den Rechnungen der Spitäler ausgewiesenen Kosten abgestellt werden. In ihrer Vernehmlassung führt die Vorinstanz aus, das KISPI habe die Kostenrechnung eingeführt. Diese sei von der GD in einem aufwändigen Verfahren geprüft worden. Weder die Preisüberwachung noch die tarifsuisse hätten im Verwaltungsverfahren diese Daten bestritten. Es würden keine Anhaltspunkte bestehen, dass die Daten falsch seien.

Tarifsuisse macht geltend, das KISPI könne keine effektiven leistungsbasierten Daten für Forschung, universitäre Lehre und andere gemeinwirtschaftliche Leistungen präsentieren. Die Empfehlungen des BFS seien nicht umgesetzt worden. Die Vorinstanz habe in rechtswidriger Weise nicht festgestellt, welche Leistungen unter dem Titel Forschung und universitäre Lehre erbracht, und welche Kosten dadurch verursacht worden seien.

Die Beschwerdegegnerin führt in ihrer Vernehmlassung aus, die Kosten der Forschung und universitären Lehre des KISPI seien vollständig erhoben worden. Sie habe die entsprechenden Personalkosten auf der Grundlage einer im Jahr 2009 durchgeführten Tätigkeitsanalyse ermittelt. Die Raumkosten habe sie aufgrund einer Analyse der für die Forschung und universitäre Lehre benötigten Fläche ausgeschieden. Soweit möglich habe sie weitere Kosten direkt dem Bereich Forschung und universitäre Lehre zugewiesen. Auch ein Anteil der indirekten Kosten sei dem Bereich Lehre und Forschung zugewiesen worden. Da die Erträge für Forschung und universitäre Lehre von der Gesundheitsdirektion kostenbasiert festgelegt würden, bildeten diese die effektiven Kosten ab. Die Kostenausscheidung sei bereits im Vorverfahren ausführlich dargestellt und belegt, aber nie bemängelt worden. Bei den Anforderungen an die Datenqualität und die Transparenz müsse die Verhältnismässigkeit gewahrt werden.

Die Preisüberwachung führt in ihrer Stellungnahme aus, die Empfehlungen des BFS zur Berechnung der Kosten der Forschung und universitären Lehre würden nicht mit den Definitionen gemäss der VKL arbeiten, und sowohl die Beschwerdegegnerin als auch die Vorinstanz hätten diese Kosten nicht VKL-konform erhoben.

Das BAG weist in seiner Stellungnahme darauf hin, dass die Ausscheidung der Kosten der Forschung und universitären Lehre aufgrund tatsächlicher Ermittlungen grundsätzlich möglich und anzustreben sei. Zu den entsprechenden Kosten des KISPI äussert sich das BAG jedoch nicht explizit.

10.2 Der angefochtene Beschluss selbst enthält keine Angaben zur Höhe der für Forschung und universitäre Lehre ausgeschiedenen Kosten. Das Berechnungsformular der GD zur Herleitung der engeren Betriebskosten und der CMI-bereinigten Fallkosten für den stationären Bereich des KISPI (Beilage 2 zum angefochtenen Beschluss; im Folgenden: GD-Fallkosten-Herleitung) zeigt, dass für den gesamten DRG-Bereich *Erträge* im Zusammenhang mit der Lehre und Forschung in der Höhe von CHF 15'967'104.- ausgeschieden wurden. Welche *Kosten* der Forschung und universitären

Lehre ausgeschieden wurden, ist jedoch auch aus diesem Anhang zum angefochtenen Beschluss nicht ersichtlich. Gemäss Kostenträgerausweis nach REKOLE® und Formular ITAR-K des KISPI 2012 (Beilage 4 zur Eingabe des KISPI vom 15. März 2012 im Vorverfahren [Beilage 3 zu BVGer C-2259/2013 act. 22]) wurde auf dem Kostenträger «Forschung + Lehre» nach der internen Leistungsverrechnung ein Betrag von CHF 15'805'518.- (gemessen an den Gesamtkosten des KISPI 8.49%) ausgeschieden.

10.3 Zur Bestimmung der Tarife sind die Kosten der Forschung und universitären Lehre entsprechend den spezifischen Vorschriften von Art. 49 Abs. 3 Bst. b KVG und Art. 7 VKL auszuscheiden. Die Bestimmung des Betrages zur Finanzierung der Lehre und Forschung durch die Kantone oder andere Stellen hat demgegenüber nicht zwingend nach den gleichen Regeln zu erfolgen. Die unter dem Titel «Lehre + Forschung» empfangenen Leistungsvergütungen der Kantone oder anderer Stellen sind daher nicht massgebend für die Ausscheidung der Kostenanteile im Zusammenhang mit der Tarifbestimmung (vgl. E. 9 und BVGE 2014/36 E 16.1.6), selbst wenn sie aufgrund effektiver Kostendaten festgelegt wurden.

10.4 Die Ausscheidung der Kosten der Forschung und universitären Lehre erfolgte nach Angaben der Beschwerdegegnerin aufgrund einer direkten Zuweisung auf die entsprechenden Kostenträger (Sachaufwand, allgemeiner Betriebsaufwand), aufgrund des Raumbedarfs (Anlagenutzung), aufgrund einer Aufschlüsselung der Tätigkeiten (Personalkosten) oder aufgrund eines Prozentsatzes (Overhead-Kosten). Gemäss dem Dokument «Lehre und Forschung 2010» (Beilage 9 zur Eingabe des KISPI vom 15. März 2012 im Vorverfahren [Beilage 3 zu BVGer C-2259/2013 act. 22]) betragen die Personalkosten CHF 12'811'024.- (Besoldungen: CHF 10'544'467.-, Sozialleistungen: 1'982'120.-, Personalnebenkosten: 284'437.-) von insgesamt CHF 16'776'438.- (Kosten der Lehre und Forschung inkl. Rehabilitation). Die sachgerechte Ausscheidung der Personalkosten für Forschung und universitäre Lehre fällt daher besonders ins Gewicht.

10.5 Zu prüfen ist, ob die Kosten der Forschung und universitären Lehre entsprechend den Vorschriften der VKL (Art. 7 VKL) abgegrenzt wurden, wobei den Personalkosten besondere Bedeutung zuzumessen ist.

10.5.1 Als Kosten für die universitäre Lehre im Sinne von Art. 49 Abs. 3 Bst. b KVG gelten laut Art. 7 Abs. 1 VKL die Aufwendungen für die theore-

tische und praktische Ausbildung der Studierenden eines im Medizinalberufegesetz vom 23. Juni 2006 (MedBG, SR 811.11) geregelten Medizinalberufes bis zum Erwerb des eidgenössischen Diploms (Bst. a) und die Weiterbildung der Studierenden nach Bst. a bis zur Erlangung des eidgenössischen Weiterbildungstitels (Bst. b). Dazu gehören auch die indirekten Kosten sowie die Aufwendungen, die durch von Dritten finanzierte Lehrtätigkeiten verursacht werden (Abs. 3). Die Rechtsprechung geht von einem weiten Begriff der Lehre und Forschung aus. Ein Abzug für Lehre ist immer vorzunehmen, wenn Angestellte gemäss Pflichtenheft zumindest während eines Teils ihrer Arbeitszeit als Ausbildnerin oder Ausbildner tätig sind (BVGE 2014/3 E. 6.1.4, 2014/36 E. 16.1.2 und BVGE 2012/18 E. 11.2). Nach der Rechtsprechung sind nur die Kosten für *erteilte* universitäre Weiterbildung als gemeinwirtschaftliche Leistungen auszuscheiden (BVGE 2014/3 E. 6.6.3 und 2014/36 E. 16.1.2). Demgegenüber verursacht der Aufwand der Personen, welche weitergebildet werden (empfangene Lehre) keine zusätzlich auszuweisenden Kosten, da davon auszugehen ist, dass er bereits mit der leistungsentsprechenden Entlohnung kompensiert ist (BVGE 2014/36 E. 16.1.2). Auszuscheiden sind auch Mehrkosten, welche bei gemischten Tätigkeiten durch die universitäre Aus- und Weiterbildung anfallen (Kuppelproduktion; vgl. BVGE 2014/36 E. 16.2.3). Die von Art. 49 Abs. 3 Bst. b KVG erfasste universitäre Lehre umfasst nach Art. 7 Abs. 1 VKL nicht nur die Aus- und Weiterbildung von Ärztinnen und Ärzten, sondern auch diejenige anderer universitärer Medizinalberufe (z.B. Chiropraktorinnen und Chiropraktoren und die Spitalpharmazie).

10.5.2 Die Kosten für die Forschung umfassen die Aufwendungen für systematische schöpferische Arbeiten und experimentelle Entwicklung zwecks Erweiterung des Kenntnisstandes sowie deren Verwendung mit dem Ziel, neue Anwendungsmöglichkeiten zu finden. Darunter fallen Projekte, die zur Gewinnung wissenschaftlicher Erkenntnisse sowie zur Verbesserung der Prävention, der Diagnostik und Behandlung von Krankheiten ausgeführt werden (Art. 7 Abs. 2 VKL). Als Kosten für die Forschung gelten auch die indirekten Kosten sowie die Aufwendungen, die durch von Dritten finanzierte Forschungstätigkeiten verursacht werden (Art. 7 Abs. 3 VKL). Zu diesen Kosten gehören somit sämtliche Kosten, welche beim Spital durch Forschung seiner Mitarbeiter entstehen. Nach dem Wortlaut von Art. 49 Abs. 3 Bst. b KVG sind im Bereich der Forschung sowohl die Kosten der universitären wie auch der nicht-universitären Aktivitäten auszuscheiden (vgl. BVGE 2014/36 E. 16.1.3; 2014/3 E. 6.1.2).

10.5.3 Aus dem Dokument «Lehre und Forschung 2010» ist ersichtlich welche Gesamtbeträge für Besoldungen, Sozialleistungen und Personalnebenkosten dem Kostenträger «Lehre und Forschung» zugewiesen wurden. Detaillierte Angaben dazu, welche Kosten welcher Tätigkeiten in diesen Kostenträger überführt wurden, lassen sich diesem Dokument nicht entnehmen. Insbesondere fehlen Informationen zu folgenden Aspekten:

– Definition, Abgrenzung und Zuordnung der Tätigkeitsbereiche,

– Kosten der jeweiligen Tätigkeitsbereiche (Forschung, Ausbildung, Weiterbildung, Fortbildung),

– Zuordnungspraxis bezüglich erteilter und erhaltener Lehre,

– Umgang mit Tätigkeiten, welche nicht einfach einem Bereich zugeordnet werden können (gemischte Tätigkeiten, Kuppelproduktion),

– Einbezug der Kosten der Aus- und Weiterbildung in nicht-ärztlichen universitären Medizinalberufen.

Auch aus den weiteren Akten ist die Herleitung der dem Kostenträger «Lehre und Forschung» zugewiesenen Personalkosten nicht ersichtlich. Aufgrund der vorhandenen Akten kann daher nicht abschliessend beurteilt werden, welche Kosten dem Kostenträger «Lehre und Forschung» zugewiesen wurden und welche nicht.

10.5.4 Nach Angabe der Beschwerdegegnerin basiert die Ausscheidung der Personalkosten auf einer Tätigkeitsanalyse. Mit der im Jahr 2009 für alle Mitarbeiter in den Abteilungen des KISPI individuell durchgeführten Analyse seien Daten über die Forschungs- und Lehrtätigkeiten gewonnen worden. Diese Daten seien in der Personaldatenbank hinterlegt und würden die Grundlage zur Aufschlüsselung des Lohnaufwandes und des Sozialversicherungsaufwandes auf die verschiedenen Kostenträger bilden. Die Ergebnisse der Tätigkeitsanalyse sind in den Akten nicht enthalten. Angaben zur angewendeten Methode fehlen fast vollständig. Lediglich die folgenden Dokumente enthalten Hinweise zur Methode der Tätigkeitsanalyse:

– «Wegleitung für die Zuteilung der persönlichen Arbeitszeit in Versorgung bzw. Forschung und Lehre» vom 23. April 2010 (Beilage 2 zur Eingabe des KISPI vom 15. März 2012 im Vorverfahren [Beilage 3 zu BVGer C-2259/2013 act. 22]);

– «Anteil Beschäftigung Forschung und Lehre UZH» (Beilage 2 zur Eingabe des KISPI vom 15. März 2012 im Vorverfahren [Beilage 3 zu BVGer C-2259/2013 act. 22]):

In der Wegleitung für die Zuteilung der persönlichen Arbeitszeit werden die vier Tätigkeitsbereiche medizinische Versorgung, Forschung generell, Ausbildung, Weiterbildung und Fortbildung unterschieden und beschrieben. Bei der Aus-, Weiter- und Fortbildung erfolgt je eine Unterteilung in die Kategorien erhaltene und erteilte Lehre. Für die so definierten Tätigkeitsbereiche wird bestimmt, ob sie der Kostenstelle «Versorgung» einerseits oder «Forschung und Lehre» andererseits zuzuteilen sind. Verschiedene Tätigkeiten, deren Kosten nach Art. 7 VKL der Forschung und universitären Lehre zuzuteilen wären, sind gemäss dieser Wegleitung der Versorgung zuzuteilen. Dazu gehören die Betreuung und Anleitung von Unterassistenten während der Anstellung am Kinderspital (erteilte praktische Ausbildung), die Weiterbildung und Supervision von Assistenzärzten (erteilte praktische und theoretische Weiterbildung) und die nicht-universitäre Forschung.

Im Dokument «Anteil Beschäftigung Forschung und Lehre UZH» wird für eine Auswahl von neun Beschäftigten die Zuweisung von Tätigkeitsanteilen auf die Kostenstellen «Lehre und Forschung» aufgezeigt. Sämtliche Beispiele zeigen, dass die erteilte Aus- und Weiterbildung nicht dieser Kostenstelle zugewiesen wurde.

10.5.5 Zur Bestimmung der indirekten Kosten für Lehre und Forschung verwendet die Beschwerdegegnerin einen Prozentsatz von 13.14 % der Personalkosten. Die Höhe des Prozentsatzes wurde im Rahmen des Allokationsmodells der medizinischen Fakultät der Universität Zürich vom 30. Juli 2010 (Beilage 8 zur Eingabe des KISPI vom 15. März 2012 im Vorverfahren [Beilage 3 zu BVGer C-2259/2013 act. 22]) bestimmt. Das Allokationsmodell dient nach dessen Zielsetzung als Basis für die leistungsabhängige Abgeltungsregelung zwischen Universität und universitären Spitälern. Die Weiterbildung, die Fortbildung, die im Namen der Universität erbrachten Dienstleistungen und die Krankenversorgung wurden vom Allokationsmodell ausdrücklich ausgenommen. Die im Rahmen des Allokationsmodelles ermittelten Kostenanteile decken sich nicht mit den Kosten, welche gemäss Art. 49 Abs. 3 KVG in Verbindung mit Art.7 VKL zur Bestimmung der Tarife auszuscheiden sind. Ob die Bestimmung der indirekten Kosten den Vorgaben der VKL entspricht, lässt sich somit nicht beurteilen.

10.5.6 Die vorliegenden Verfahrensakten enthalten keine Unterlagen, die ausreichend transparent und nachvollziehbar zeigen, wie das KISPI die Kosten der Forschung und universitären Lehre ermittelt, bestimmt und ausgeschieden hat. Insbesondere ist nicht ersichtlich, wie die Tätigkeitsanalyse durchgeführt wurde, welche Ergebnisse dabei resultierten, wie die konkrete Abgrenzung der Tätigkeiten der medizinischer Versorgung einerseits und der Forschung und universitären Lehre andererseits erfolgte und wie sich die ausgeschiedenen Kosten der Forschung und universitären Lehre konkret zusammensetzen. Es bestehen verschiedene Hinweise darauf, dass die Tätigkeitsanteile und die indirekten Kosten nicht entsprechend den Vorgaben der VKL ermittelt wurden. Weder der Kostenträgerausweis nach REKOLE® noch das Formular ITAR-K des KISPI oder die GD-Fallkosten-Herleitung zeigen Hinweise, dass eine Korrektur hinsichtlich der VKL-konformen Ausscheidung der Aus- und Weiterbildungskosten oder der Kosten der nicht-universitären Forschung erfolgte.

10.6 Dazu, wie die Kosten der Forschung und universitären Lehre des KISPI ermittelt, berechnet und ausgeschieden worden sind, äussert sich auch die Vorinstanz nicht explizit. Aus den Akten ist nicht ersichtlich, was die von der Vorinstanz erwähnte Überprüfung der Kostenträgerrechnung konkret umfasste. Insbesondere ist nicht ersichtlich, dass die Vorinstanz die der Trennungsrechnung des KISPI zugrunde liegende Methode oder die Tätigkeitsanalyse überprüft hat. Im angefochtenen Beschluss und in ihrer Vernehmlassung nimmt die Vorinstanz lediglich Bezug auf die Ermittlung der Kosten der Forschung und universitären Lehre des USZ.

10.7 Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die Ausscheidung der Kosten der Forschung und universitären Lehre des KISPI in verschiedener Hinsicht nicht ausreichend transparent erfolgte. Verschiedene Umstände lassen darauf schliessen, dass die Aufschlüsselung bezüglich der ärztlichen Weiterbildung und der nichtuniversitären Forschung nicht rechtskonform erfolgte. Die Vorinstanz hat bei der Ausscheidung der Kosten der Forschung und universitären Lehre auf die Angaben des KISPI abgestellt. Eine Überprüfung der Ausscheidung der Kosten der Forschung und universitären Lehre entsprechend den vorliegend besonders hohen Anforderungen (vgl. E. 7 und 9) ist nicht erfolgt. Der Sachverhalt erweist sich als unvollständig abgeklärt.

10.8 Eine vertiefte Prüfung der Trennungsrechnung durch das Gericht wäre zur Ermittlung eines Referenzwertes für Kinderspitäler nicht zielführend, da – wie zu zeigen ist – auch die Ermittlung der Kostendaten der übrigen Vergleichsspitäler nicht transparent erfolgte.

11.
In der Folge ist die Ermittlung der benchmarking-relevanten Basisfallwerte der Vergleichsspitäler zu prüfen.

11.1 Das Benchmarking der universitären Kinderspitäler und -kliniken erfolgte unter vier Spitälern, und die Vorinstanz hat zur Bestimmung des Referenzwertes auf die schweregradbereinigten Kosten des zweitgünstigsten Spitals abgestellt. Sie verglich die benchmarking-relevanten Kosten des KISPI mit den entsprechenden Kosten des UKBB und der Kinderkliniken des Inselspitals sowie des CHUV und stützte sich dabei auf Zahlen gemäss der Tabelle «Fallkosten der ausserkantonalen, benchmarkrelevanten Spitäler 2010» (Beilage 2 zum angefochtenen Beschluss). Zur Ermittlung der benchmarking-relevanten Kosten dieser universitären Vergleichsspitäler führte die Vorinstanz aus, es sei nicht ersichtlich, weshalb diese Kosten nicht korrekt ermittelt sein sollten, und verwies auf die REKOLE®-Zertifizierung dieser Kostenrechnungen.

11.2 Informationen dazu, wie die benchmarking-relevanten Kosten der Vergleichsspitäler ermittelt wurden, und insbesondere wie deren Kosten der Forschung und universitären Lehre ausgeschieden wurden, sind im angefochtenen Beschluss und dessen Beilage nicht ersichtlich. Die Transparenz, welche zur Beurteilung der hohen Anforderungen an die Daten notwendig wäre, ist vorliegend nicht gegeben (vgl. E. 7 und 9), und es bestehen keine Hinweise dafür, dass die Vorinstanz die Bestimmung der benchmarking-relevanten Betriebskosten dieser Spitäler mit der notwendigen Sorgfalt überprüft hat. Der Hinweis auf die REKOLE®-Zertifizierung genügt nicht, da die Zertifizierung die Richtigkeit der Ausscheidung für universitäre Lehre und Forschung nicht gewährleistet. Gemäss der vom Spitalverband H+ herausgegebenen Checkliste für die Zertifizierung ist die Prüfung des Kostenträgers Forschung und universitäre Lehre bei der REKOLE®-Zertifizierung nicht prüfungsrelevant (Karin Alexandra Salzmann, REKOLE® Zertifizierungsrichtlinien, Version 2.0 Juli 2014, Checkliste S. 7; vgl. REKOLE®-Handbuch, Ziff. 9.11). Die Fachkommission Rechnungswesen des Spitalverbandes H+ entscheid, dass die Ermittlung der Kosten der Forschung und universitären Lehre folgend den Empfehlungen gemäss REKOLE®-Handbuch erst ab 1. Januar 2018 zertifizierungsrelevant werden

sollen (H+, REK-Entscheid zu Antrag 11_002, < http://www.hplus.ch/de/servicenav/ueber_uns/fachkommissionen/rechnungswesen_rek_rekoler_experten_kommission/rek_entscheide/ >).

11.3 Sowohl hinsichtlich der Transparenz der Kostenermittlung wie auch bei der Bestimmung der benchmarking-relevanten Betriebskosten zeigen sich Mängel. Den erhöhten Anforderungen an die Kostenermittlung in dieser kleinen Vergleichsgruppe von universitären Kinderspitälern und -kliniken (vgl. E. 7) genügt das Vorgehen der Vorinstanz nicht.

12.
Zusammenfassend kann Folgendes festgehalten werden: Idealtypisch sind spezifischen Leistungen, die im Zusammenhang mit der Behandlung von Kindern erforderlich sind, durch die Tarifstruktur abzubilden, und die Differenzierung der Leistungsunterschiede über die Basisfallwerte ist grundsätzlich systemwidrig. Der Entscheid der Vorinstanz, für das KISPI einen differenzierten Basisfallwert festzusetzen, ist in der Einführungsphase des neuen Rechts vertretbar. Ein separates Benchmarking ist zur Bestimmung des differenzierten Tarifs des KISPI nicht zwingend erforderlich, aber auch nicht grundsätzlich unzulässig. Diesfalls gelten bei der Ermittlung der benchmarking-relevanten Kosten aller universitären pädiatrischen Vergleichsspitäler besonders hohe Anforderungen. Insbesondere die Ausscheidung der Kosten der Forschung und universitären Lehre genügt diesen Anforderungen im angefochtenen Beschluss nicht.

Da ein bundesrechtskonformer Wirtschaftlichkeitsvergleich im Sinne von Art. 49 Abs. 1 Satz 5 KVG nicht erfolgte, ist der angefochtene Festsetzungsbeschluss betreffend den Basisfallwert für das KISPI aufzuheben. Eine Festsetzung des Basisfallwertes durch das Gericht, wie von den Beschwerdeführerinnen beantragt, wäre aus verschiedenen Gründen nicht sachgerecht. Für die Festsetzung des Basisfallwertes sind ergänzende Abklärungen zum Sachverhalt notwendig. Solche sind im Beschwerdeverfahren nur in besonderen Fällen angezeigt (BVGE 2014/3 E. 1.5.4 und 2014/36 E. 1.5.3). Ausserdem sind bei der Tariffestsetzung verschiedene Ermessensfragen zu entscheiden, wofür primär die Kantonsregierung und nicht das Bundesverwaltungsgericht zuständig ist (BVGE 2014/3 E. 10.4 i.V.m. E.3.2.7 und 10.1.4). Gegen ein reformatorisches Urteil spricht zudem, dass das Bundesverwaltungsgericht als einzige Gerichtsinstanz ur-

teilt (vgl. Art. 83 Bst. r BGG) und die Parteien daher gegen den Festsetzungsbeschluss kein Rechtsmittel ergreifen könnten, was mit Blick auf die in Art. 29*a* BV verankerte Rechtsweggarantie problematisch erschiene.

13.
Im angefochtenen Beschluss setzte die Vorinstanz für unbewertete DRG gemäss Anlage 1 des Fallpauschalen-Katalogs SwissDRG - mit Ausnahme von Leistungen, für die ein von der zuständigen Behörde genehmigter Tarifvertrag vorliegt - eine Tagespauschale fest. Da die Behandlungen in diesen Bereichen hauptsächlich am USZ erfolgen, orientierte sich die Vorinstanz bei deren Berechnung am Basisfallwert des USZ. Ausgehend von einer durchschnittlichen Aufenthaltsdauer der Patientinnen und Patienten am USZ von 6.8 vollen Tagen und einem durchschnittlichen Kostengewicht von 1.524 berechnete die Vorinstanz für die Pauschale einen Betrag von CHF 2'533.- (CHF 11'300.- [Basisfallwert des USZ] x 1.5240 [Kostengewicht] / 6.8 [durchschnittliche Aufenthaltsdauer: 7.8 Tage; für Ein- und Austrittstag wird insgesamt nur eine Pauschale verrechnet]).

13.1 Die Einkaufsgemeinschaft tarifsuisse beantragt die Aufhebung des Beschlusses betreffend dieser Tagespauschale und deren Festsetzung bei höchstens CHF 2'006.-. Zur Begründung wird geltend gemacht, die festgesetzte Tagespauschale für unbewertete Fallgruppen sei unwirtschaftlich, da der für das USZ festgelegte Basisfallwert, von welchem sie abgeleitet werde, unwirtschaftlich sei.

13.2 Das Vorgehen der Vorinstanz, die Höhe der Tagespauschale mit der gewählten Rechnungsmethode vom Basisfallwert des USZ abzuleiten, wird von tarifsuisse nicht bestritten. Mit Urteil C-2255/2013 hat das BVGer den Entscheid über die Festsetzung des Basisfallwertes des USZ aufgehoben und die Sache zur erneuten Durchführung des Festsetzungsverfahrens an die Vorinstanz zurückgewiesen. Bei einer Anpassung des Basisfallwertes des USZ wäre in der Konsequenz auch der Wert der Tagespauschale anzupassen, weshalb auch der Beschluss über die Tagespauschale des KISPI aufzuheben und zur erneuten Durchführung des Festsetzungsverfahrens an die Vorinstanz zurückzuweisen ist.

14.
Zusammenfassend ist Folgendes festzuhalten:

Die Beschwerdeanträge 1 und 2 der tarifsuisse sind teilweise gutzuheissen. Die Dispositiv-Ziffern I und III (Beschlüsse zur Festsetzung des Basisfallwertes und der Tagespauschale des KISPI) sind für die Einkaufsgemeinschaft tarifsuisse aufzuheben. Soweit eine Tariffestsetzung durch das Gericht beantragt wird, ist die Beschwerde abzuweisen. Die Sache ist zur Neubeurteilung im Sinne der Erwägungen an die Vorinstanz zurückzuweisen.

15.
Zu befinden ist abschliessend über die Verfahrenskosten und allfällige Parteientschädigungen.

15.1 Das Bundesverwaltungsgericht auferlegt die Verfahrenskosten in der Regel der unterliegenden Partei. Unterliegt diese nur teilweise, so werden die Verfahrenskosten ermässigt (Art. 63 Abs. 1 VwVG). Den Vorinstanzen werden keine Verfahrenskosten auferlegt (Art. 63 Abs. 2 VwVG). Die Spruchgebühr richtet sich nach Umfang und Schwierigkeit der Streitsache, Art der Prozessführung und finanzieller Lage der Parteien (vgl. Art. 63 Abs. 4bis VwVG; zur Qualifikation als vermögensrechtliche Streitigkeit vgl. BVGE 2010/14 E. 8.1.3). Das für die Kostenverteilung massgebende Ausmass des Unterliegens ist aufgrund der gestellten Rechtsbegehren zu beurteilen (MICHAEL BEUSCH, in: Auer/Müller/Schindler [Hrsg.], Kommentar zum Bundesgesetz über das Verwaltungsverfahren [VwVG], 2008, Rz. 13 zu Art. 63). Dabei ist auf das materiell wirklich Gewollte abzustellen (MOSER/BEUSCH/KNEUBÜHLER, a.a.O., Rz. 4.43).

15.2 Tarifsuisse obsiegt, soweit die Aufhebung des Tariffestsetzungsbeschlusses bezüglich des KISPI beantragt ist. Sie unterliegt, soweit die Festsetzung des Basisfallwertes durch das Gericht beantragt ist.

15.3 Das vorliegende Beschwerdeverfahren C-6392/2014 wurde vom Beschwerdeverfahren C-2259/2013 abgetrennt. Die Verfahrenskosten im abgetrennten Verfahren werden auf CHF 4'000.- festgelegt und sind von den Beschwerdeführerinnen und der Beschwerdegegnerin je hälftig zu tragen. Im (von C-2259/2013 abgetrennten) Verfahren C-6392/2014 hat die Beschwerdeführerin keinen Kostenvorschuss geleistet. Den Parteien sind somit je CHF 2'000.- in Rechnung zu stellen.

15.4 Gemäss Art. 64 Abs. 1 VwVG hat die obsiegende Partei Anspruch auf eine Parteientschädigung für die ihr erwachsenen notwendigen und verhältnismässig hohen Kosten (vgl. auch Art. 7 ff. des Reglements vom

21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht [VGKE, SR 173.320.2]). Obsiegt die Partei nur teilweise, so ist die Parteientschädigung entsprechend zu kürzen (Art. 7 Abs. 2 VGKE). Die Entschädigung wird der Körperschaft oder autonomen Anstalt auferlegt, in deren Namen die Vorinstanz verfügt hat, soweit sie nicht einer unterliegenden Gegenpartei auferlegt werden kann (Art. 64 Abs. 2 VwVG).

15.5 Vorliegend sind die Beschwerdeführer und der Beschwerdegegner im gleichen Umfang als obsiegend bzw. unterliegend zu betrachten, weshalb die Parteientschädigungen wettgeschlagen werden können.

16.
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 C-6392/2014 der Einkaufsgemeinschaft tarifsuisse wird teilweise gutgeheissen. Im Verhältnis der durch tarifsuisse vertretenen Versicherungen und dem KISPI werden die Dispositiv-Ziffern I. 2 (Festsetzung des Basisfallwertes des KISPI) sowie die Dispositiv-Ziffer III (Festsetzung der Tagespauschale für unbewertete DRG) aufgehoben. Die Sache wird zur erneuten Durchführung des Festsetzungsverfahrens im Sinne der Erwägungen an die Vorinstanz zurückgewiesen. Im Übrigen wird die Beschwerde abgewiesen.

2.
Den Beschwerdeführerinnen werden Verfahrenskosten in der Höhe von CHF 2'000.- auferlegt. Dieser Betrag ist innert 30 Tagen zu bezahlen.

3.
Der Beschwerdegegnerin werden Verfahrenskosten in der Höhe von CHF 2'000.- zur Bezahlung auferlegt. Dieser Betrag ist innert 30 Tagen zu bezahlen.

4.
Es werden keine Parteientschädigungen zugesprochen.

5.
Dieses Urteil geht an:

– die Beschwerdeführerinnen (Gerichtsurkunde; Beilage Einzahlungsschein)
– die Beschwerdegegnerin (Gerichtsurkunde; Beilage Einzahlungsschein)
– die Vorinstanz (Ref-Nr. RRB 278/2013; Gerichtsurkunde)
– die Preisüberwachung (Einschreiben)
– das Bundesamt für Gesundheit (Einschreiben)

Die vorsitzende Richterin:	Der Gerichtsschreiber:
Franziska Schneider	Tobias Merz

Versand: