23

Auszug aus dem Urteil der Abteilung III
i. S. Erbengemeinschaft von A., bestehend aus B. und C. gegen
santésuisse, Koordinationskonferenz Leistungserbringer Pflege
und Regierungsrat des Kantons Zürich
C-413/2008 vom 4. Juni 2010

Krankenversicherung. Genehmigung von Tarifverträgen mit Pflegeheimen. Beschwerdelegitimation.

Art. 48 Abs. 1 VwVG. Art. 44, Art. 46 Abs. 4 und Art. 50 KVG.

Kein Rechtsschutzinteresse an der Anfechtung des Tarifs für Leistungen nach KVG aufgrund der in Pflegeheimen in Rechnung gestellten Hotelleriekosten (Aufenthalt und Verpflegung); Bestätigung der Praxis des Bundesrates (E. 2.5–2.6.4).

Assurance-maladie. Approbation de conventions tarifaires conclues avec des établissements médico-sociaux. Qualité pour recourir.

Art. 48 al. 1 PA. Art. 44, art. 46 al. 4 et art. 50 LAMal.

Négation d'un intérêt digne de protection à contester un tarif pour des prestations au sens de la LAMal sur la base des coûts hôteliers facturés (hébergement et nourriture); confirmation de la jurisprudence du Conseil fédéral (consid. 2.5–2.6.4).

Assicurazione malattie. Approvazione di convenzioni tariffali con case di cura. Legittimazione ricorsuale.

Art. 48 cpv. 1 PA. Art. 44, art. 46 cpv. 4 e art. 50 LAMal.

Assenza di un interesse degno di protezione ad impugnare la tariffa per delle prestazioni ai sensi della LAMal in base ai costi alberghieri (vitto e alloggio) fatturati nelle case di cura; conferma della prassi del Consiglio federale (consid. 2.5–2.6.4).

Mit Beschluss vom 5. Dezember 2007 genehmigte der Regierungsrat des Kantons Zürich (nachfolgend: Vorinstanz) den Vertrag zwischen der Koordinationskonferenz Leistungserbringer Pflege (KLP) und santésuisse, Die Schweizer Krankenversicherer (nachfolgend: santésuisse) vom 1. April 2007 betreffend Entschädigung von Pflichtleistungen gemäss Bundesgesetz vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG,

SR 832.10) in den Alters- und Pflegeheimen des Kantons Zürich (nachfolgend: Pflegeheimvertrag).

Gegen diesen Beschluss erhob die Erbengemeinschaft von A., bestehend aus B. und C. (nachfolgend: Beschwerdeführerinnen), mit Eingabe vom 19. Januar 2008 Beschwerde beim Bundesverwaltungsgericht (BVGer) und beantragte sinngemäss die Aufhebung des Genehmigungsbeschlusses.

Mit Stellungnahmen vom 27. und 31. März 2008 sowie 29. April 2008 beantragten santésuisse, die Vorinstanz und die KLP das Nichteintreten auf die Beschwerde.

Das BVGer tritt auf die Beschwerde nicht ein.

Aus den Erwägungen:

2. Im Folgenden ist zu prüfen, ob die Beschwerdeführerinnen zur Beschwerdeführung befugt sind. Sollte dies nicht zutreffen, so ist auf die Beschwerde – ohne Prüfung der materiellrechtlichen Rügen – nicht einzutreten.

2.1 Als Erbengemeinschaft bilden die Beschwerdeführerinnen eine notwendige Streitgenossenschaft. Sie dürfen Prozesshandlungen grundsätzlich nur gemeinsam und übereinstimmend vornehmen (Vera Marantelli-Sonanini/Said Huber, in: Bernhard Waldmann/Philippe Weissenberger [Hrsg.], Praxiskommentar VwVG, Zürich 2009, Art. 6 N 11), was vorliegend geschehen ist.

2.2 Die Beschwerdelegitimation in Verfahren vor dem BVGer bestimmt sich nach Art. 48 des Bundesgesetzes vom 20. Dezember 1968 über das Verwaltungsverfahren (VwVG, SR 172.021; vgl. Art. 37 des Verwaltungsgerichtsgesetzes vom 17. Juni 2005 [VGG, SR 173.32]). Nach Abs. 1 dieser Bestimmung ist zur Beschwerde berechtigt, wer vor der Vorinstanz am Verfahren teilgenommen hat oder keine Möglichkeit zur Teilnahme erhalten hat (Bst. a); durch die angefochtene Verfügung besonders berührt ist (Bst. b); und ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Änderung hat (Bst. c). Dieses Interesse kann rechtlicher oder auch bloss tatsächlicher Natur sein und braucht mit dem Interesse, das durch die vom Beschwerdeführer als verletzt bezeichneten Normen geschützt wird, nicht übereinzustimmen. Immerhin muss der Rechtssuchende durch den angefochtenen Entscheid stärker als jedermann betroffen sein und in einer besonderen, beachtenswerten, nahen Beziehung zur Streitsache stehen. Diese Legitimationsvoraussetzungen sollen die

Popularbeschwerde ausschliessen. Ihnen kommt dann eine besondere Bedeutung zu, wenn – wie im vorliegenden Verfahren – nicht der Verfügungsadressat, sondern ein Dritter den Entscheid anficht. Nur wenn der Dritte unmittelbar von der angefochtenen Verfügung berührt ist, wenn also eine besondere Beziehungsnähe zum Streitgegenstand gegeben ist, kann er ein schutzwürdiges Interesse daran haben, dass der angefochtene Entscheid aufgehoben oder abgeändert wird. Die beschwerdeführende Partei muss durch den angefochtenen Akt persönlich und unmittelbar einen Nachteil erleiden. Ein bloss mittelbares oder ausschliesslich allgemeines öffentliches Interesse berechtigt – ohne die erforderliche Beziehungsnähe zur Streitsache selber – nicht zur Verwaltungs- oder Verwaltungsgerichtsbeschwerde (BVGE 2007/20 E. 2.4.1 S. 231 f.).

2.3 Das Rechtsschutzinteresse muss grundsätzlich aktuell sein. Dies bedeutet, dass der durch den Entscheid erlittene Nachteil im Zeitpunkt der Urteilsfällung noch bestehen muss (BGE 131 II 670 E. 1.2 mit Hinweisen, BGE 128 II 34 E. 1b; vgl. auch Isabelle Häner, in: Christoph Auer/Markus Müller/Benjamin Schindler [Hrsg.], Kommentar zum Bundesgesetz über das Verwaltungsverfahren [VwVG], Zürich 2008, Rz. 21 f. zu Art. 48), was vorliegend ohne Weiteres zutrifft.

2.4 Die Beschwerdeführerinnen beantragen sinngemäss die Aufhebung des angefochtenen Genehmigungsbeschlusses. Sie machen insbesondere geltend, die mittels Genehmigung des Pflegeheimvertrags festgesetzten Tarife lägen weit unter den tatsächlichen Kosten für die Pflege. Da ihnen die nicht gedeckten kassenpflichtigen Leistungen in Form von nicht kassenpflichtigen Betreuungsleistungen verrechnet worden seien, seien sie finanziell geschädigt worden. Damit rügen sie insbesondere eine Verletzung des Tarifschutzes.

2.5 Gemäss Art. 24 KVG übernimmt die obligatorische Krankenversicherung die Kosten für die in Art. 25 bis Art. 31 KVG aufgezählten Leistungen. Diese umfassen namentlich die Untersuchungen, Behandlungen und Pflegemassnahmen, die ambulant, bei Hausbesuchen, stationär oder in einem Pflegeheim durchgeführt werden, sowie die ärztlich oder unter bestimmten Voraussetzungen von Chiropraktoren oder Chiropraktorinnen verordneten Analysen, Arzneimittel und der Untersuchung oder Behandlung dienenden Mittel und Gegenstände (Art. 25 KVG).

Beim Aufenthalt in einem Pflegeheim vergütet der Versicherer die gleichen Leistungen wie bei ambulanter Krankenpflege und bei Krankenpflege zu Hause. Er kann mit dem Pflegeheim pauschale Vergütungen vereinbaren. Die Abs. 7 und 8 von Art. 49 KVG sind sinngemäss anwendbar (Art. 50 KVG). Obwohl die Pflegeheime als stationäre Leis-

tungserbringer gelten, werden somit die vom Heim erbrachten Pflegeleistungen, die in Art. 7 der Krankenpflege-Leistungsverordnung vom 29. September 1995 (KLV, SR 832.112.31) aufgeführt werden, zu den ambulanten Leistungen gezählt. Sie umfassen nicht die sogenannten Hotelleriekosten (Aufenthalt und Verpflegung), welche nicht der Grundversicherung auferlegt werden können.

Die Leistungsbereiche der Pflege nach KVG und der Hotellerie werden demnach separat in Rechnung gestellt. Die Heimbewohner, die für die Hotelleriekosten aufzukommen haben, können deren Berechnung beim Vorliegen einer entsprechenden Regelung abstrakt und in jedem Fall konkret auf dem entsprechenden Rechtsweg anfechten.

Gemäss Art. 44 KVG müssen sich die Leistungserbringer an die vertraglich oder behördlich festgelegten Tarife und Preise halten und dürfen für Leistungen nach diesem Gesetz keine weitergehenden Vergütungen berechnen (Tarifschutz). Dieser Grundsatz ist auch dann anwendbar, wenn den Krankenversicherern wegen der fehlenden Kostentransparenz die Vergütung der Leistungen der Grundversicherung nicht vollständig auferlegt werden kann. Die nicht gedeckten Kosten dürfen nicht den Versicherten in Rechnung gestellt werden. Es obliegt somit den Leistungserbringern, ihre Leistungen mit einer geringeren Entschädigung zu erbringen, oder den Gemeinwesen, zur Vervollständigung der Finanzierung der Pflegeheime Subventionen zu entrichten (Kranken- und Unfallversicherung: Rechtsprechung und Verwaltungspraxis 5/2001 S. 471).

Das Bundesrecht bestimmt nicht, wer für die nicht von den Krankenversicherern gedeckten Kosten aufzukommen hat. Die Kantone können diesbezüglich eine Regelung erlassen. Eine solche Regelung stellt autonomes kantonales Recht dar, und den Betroffenen stehen dagegen die entsprechenden Rechtsmittel zur Verfügung.

Die Beschwerdeführerinnen können daher ihr allfälliges Interesse, einen von den Krankenversicherern nicht gedeckten Betrag für Pflegeleistungen gemäss KVG nicht mit den Hotelleriekosten tragen zu müssen, durch Anfechtung der Hotelleriekosten unter Berufung auf den Tarifschutz durchsetzen (vgl. Entscheid des Bundesrats vom 23. März 2005, veröffentlicht in Verwaltungspraxis der Bundesbehörden [VPB] 69.100 E. 2.5).

2.6 Zu prüfen ist somit, ob die Beschwerdeführerinnen ein hinreichendes Interesse an der Anfechtung des streitigen Tarifs haben, obwohl sie eine allfällige Verletzung des Tarifschutzes auf einem anderen Weg geltend machen können.

2.6.1 Bei der Berechnung der Tarife für die Leistungen der obligatorischen Grundversicherung müssen die Grundsätze des KVG berücksichtigt werden.

Die Spitäler ermitteln ihre Kosten und erfassen ihre Leistungen nach einheitlicher Methode; sie führen hierzu eine Kostenstellenrechnung und eine Leistungsstatistik (Art. 49 Abs. 7 KVG). Der Bundesrat hat die Anforderungen an diese Instrumente in der Verordnung vom 3. Juli 2002 über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler, Geburtshäuser und Pflegeheime in der Krankenversicherung (VKL, SR 832.104) festgelegt. Die Kostenstellenrechnung und die Leistungsstatistik sind jeweils für das Kalenderjahr zu erstellen und ab dem 30. April des folgenden Jahres bereitzustellen (Art. 9 Abs. 5 und Art. 12 Abs. 4 VKL).

Art. 59*a* der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV, SR 832.102) sieht vor, dass das Eidgenössische Departement des Innern (EDI) Rahmentarife für die Leistungen nach Art. 7 KLV festlegen kann, wenn die Kostenberechnungen ungenügend sind. Das EDI hat von dieser Zuständigkeit Gebrauch gemacht und die KLV um Art. 9*a* ergänzt, welcher am 1. Januar 1998 in Kraft getreten ist. Dieser sieht in Abs. 2 einen Rahmentarif vor, der bei der Tariffestsetzung nicht überschritten werden darf, solange die Pflegeheime nicht über eine einheitliche Kostenrechnung im Sinne von Art. 49 Abs. 6 (recte: Abs. 7) und Art. 50 KVG verfügen.

Bis zum Inkrafttreten einer neuen Regelung für die Kostenübernahme der Leistungen der Krankenpflege zu Hause, ambulant oder im Pflegeheim dürfen in Abweichung von Art. 25 Abs. 2 Bst. a KVG die auf Grund von Art. 104*a* KVG vom Departement festgesetzten Rahmentarife nicht überschritten werden (vgl. Bundesgesetz über die Krankenversicherung [KVG] [Pflegetarife], Verlängerung vom 20. Dezember 2006, AS 2006 5767; Parlamentarische Initiative [06.427] Verlängerung des dringlichen Bundesgesetzes vom 8. Oktober 2004 über die Krankenversicherung [Pflegetarife] Bericht der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Ständerats vom 29. Mai 2006, BBl 2006 I 7555, 7563).

2.6.2 Die Hotellerietarife können entweder in einem kantonalen Erlass oder vertraglich zwischen den Pflegeheimen und den Heimbewohnerinnen und Heimbewohnern festgelegt werden. In beiden Fällen dürfen in Anwendung von Art. 44 KVG nur die Kosten der effektiven Hotellerieleistungen berechnet werden. Selbst vertraglich ist es nicht gestattet, die Vergütung von versicherungspflichtigen Leistungen durch die Heim-

bewohnerinnen und Heimbewohner zu vereinbaren (Urteil des Bundesgerichts [BGer] 2P.25/2000, 2P.101/1999 und 2P.311/1999 vom 12. November 2002 E. 8.2).

2.6.3 Die Tarife für Pflegeleistungen und für Hotellerieleistungen sind demnach unabhängig voneinander nach den jeweils anwendbaren Grundsätzen und nur in Bezug auf die entsprechenden Leistungen zu bestimmen. Es ist nicht zulässig, von einem Gesamtbetrag für beide Leistungsarten auszugehen und die Tarife so abzustimmen, dass dieser im Ergebnis gedeckt wird (Urteil des BGer 2P.25/2000, 2P.101/1999 und 2P.311/1999 vom 12. November 2002 E. 8.2).

Eine Änderung der Höhe eines Tarifs darf somit nicht zu einer entsprechenden Anpassung des anderen führen. Selbst wenn ein solcher Zusammenhang zwischen den beiden Tarifarten faktisch in gewissem Ausmass bestehen kann, handelt es sich grundsätzlich um zwei unabhängige Grössen. Ein höherer oder tieferer Tarif für die versicherungspflichtigen Leistungen führt demnach nicht ohne Weiteres zu einer Herabsetzung oder Erhöhung der berechneten Hotelleriekosten.

2.6.4 Unter diesen Umständen, und in Anbetracht der Möglichkeit einer direkten Anfechtung der Rechnung für die Hotelleriekosten, vermag der indirekte praktische Nutzen, den die Beschwerdeführerinnen an der Gutheissung ihrer Beschwerde geltend machen könnten, kein hinreichendes Rechtsschutzinteresse zu begründen. Das Erfordernis der Beschwerdelegitimation ist demnach nicht erfüllt und auf die Beschwerde ist nicht einzutreten (vgl. hierzu auch den Entscheid des Bundesrats vom 23. März 2005, veröffentlicht in VPB 69.100 E. 2.6).