VPB 58.50

(Entscheid des Bundesrates vom 7. April 1993)

Krankenversicherung. Vertrag betreffend die stationäre Behandlung von Kassenpatienten auf der allgemeinen Abteilung eines Kantonsspitals. Massnahmen von 1991 gegen die Kostensteigerung.

Art. 4 BV. Treu und Glauben.

Kein Verstoss durch den Umstand, dass der Kantonalverband mit der Unterzeichnung des ausgehandelten Vertrags bis nach dem Inkrafttreten der Massnahmen gewartet hat.

Art. 1 Abs. 1 dBB 1991. Beschränkung der Tariferhöhung.

Unter den Begriff der Versicherten fallen vorliegend nur die im Kanton wohnhaften Versicherten. Berechnung der zulässigen Erhöhung der Tagespauschale.

Assurance-maladie. Convention concernant le traitement stationnaire des assurés des caisses-maladie en division commune d'un hôpital cantonal. Mesures de 1991 contre le renchérissement.

Art. 4 Cst. Bonne foi.

Aucune violation du fait que la fédération cantonale des caisses-maladie a attendu l'entrée en vigueur des mesures avant de signer la convention conclue.

Art. 1er al. 1er AFU 1991. Limitation de l'augmentation du tarif.

Sous le terme d'assurés, on entend en l'espèce seulement les assurés domiciliés dans le canton. Calcul de l'augmentation admissible du forfait journalier.

Assicurazione contro le malattie. Convenzione concernente il trattamento stazionario degli assicurati di casse malati nel reparto comune di un ospedale cantonale. Provvedimenti del 1991 contro l'aumento dei costi.

Art. 4 Cost. Buona fede.

Nessuna violazione per il fatto che la federazione cantonale delle casse malati abbia atteso l'entrata in vigore dei provvedimenti prima di firmare la convenzione concordata.

Art. 1 cpv. 1 DFU 1991. Limitazione dell'aumento delle tariffe.

Con il termine di assicurati vanno qui intesi soltanto gli assicurati domiciliati nel Cantone. Calcolo dell'aumento ammissibile dell'importo forfettario giornaliero (diaria).

I

A. Nachdem das Kantonsspital am 28. Juni 1991 den alten Vertrag vom 20. Dezember 1983 gekündigt hatte, schlossen das Kantonsspital Nidwalden und der Kantonalverband Nidwaldner Krankenkassen (im folgenden: Kantonalverband) am 12. September 1991 einen neuen Vertrag betreffend die stationäre Behandlung von Krankenkassenpatienten auf der allgemeinen Abteilung des Kantonsspitals; im Anhang 1 dieses Vertrages wurde die gemäss Art. 7 des Vertrages zu ermittelnde Tagespauschale für Erwachsene, Kinder und versicherte kranke Säuglinge auf Fr. 256. festgesetzt. Der Regierungsrat des Kantons Nidwalden (im folgenden: Regierungsrat) genehmigte den Vertrag am 16. Dezember 1991.

Am 14. Dezember 1991 trat der Bundesbeschluss über befristete Maßnahmen gegen die Kostensteigerung in der Krankenversicherung vom 13. Dezember 1991 (dBB 1991, AS 1991 2604 ff.) in Kraft.

Daraufhin teilte das Konkordat der Schweizerischen Krankenkassen dem Kantonalverband am 20. Dezember 1991 mit, der Regierungsrat hätte den Vertrag vom 12. September 1991 nicht genehmigen dürfen, weil er dem dBB 1991 widerspreche.

B. Am 10. Januar 1992 erhob der Kantonalverband beim Bundesrat Beschwerde gegen den Genehmigungsbeschluss des Regierungsrates vom 16. Dezember 1991. Er beantragte die Aufhebung des Beschlusses des Regierungsrates sowie entweder die Festsetzung der Tagespauschale durch den Bundesrat oder die Rückweisung der Sache an die Vorinstanz.

Der Kantonalverband machte geltend, die Taxerhöhung dürfe nach dBB 1991 nur 7.6% betragen, was zur alten Tagespauschale von Fr. 215. einen Zuschlag von Fr. 16.34 ergebe. Rechne man dazu noch Fr. 8.66 für den Einbau zusätzlicher Leistungen, ergebe sich eine neue Tagespauschale von Fr. 240..

C. Auf Gesuch des Regierungsrates vom 24. Februar 1992 mit Einverständnis des Kantonalverbands vom 3. März 1992 wurde das Beschwerdeverfahren durch die Instruktionsbehörde des Bundesrates bis zum Abschluss der in der Zwischenzeit zwischen dem Kantonalverband und dem Regierungsrat aufgenommenen Verhandlungen sistiert.

D. Am 4. April 1992 teilte der Regierungsrat der Instruktionsbehörde des Bundesrates mit, dass die Verhandlungen zu keinem Ergebnis geführt hätten, und reichte seine Vernehmlassung zur Beschwerde ein.

Er machte geltend, der neue Vertrag sehe entgegen dem früheren die Berechnung der Tagespauschale nach dem MTK (Medizinaltarifkommission)-Modell vor, was zu einem fast doppelt so hohen Betrag als Berechnungsgrundlage führe; neu sei zudem ein fester Kostendeckungssatz der Tagespauschale von 55% festgelegt. Die Tagespauschale enthalte nun auch Leistungen, die früher separat verrechnet worden seien. Schliesslich habe auch die Zahl der Krankenkassen zugenommen; für die neu angeschlossenen Kassen ergebe dies geringere Aufwendungen für Spitalaufenthalte. Insgesamt sei daher festzustellen, dass sich die beiden Verträge nicht miteinander vergleichen liessen. Es verstosse gegen Treu und Glauben, dass der

Kantonalverband den Vertragsabschluss bis nach dem Erlass des dBB 1991 hinausgezögert habe.

Sollte die Erhöhung der Tarife auf der Basis des alten Vertrags berechnet werden, so müsste auch hinsichtlich der Leistungen auf diesen abgestellt werden. Massgeblich wären dann die durchschnittlichen Behandlungskosten je versicherte Person und Jahr. Demnach hätten die Behandlungskosten nicht im gesetzlich maximal zulässigen Umfang zugenommen; die Zahlen per 1992 basierten auf dem Voranschlag, aktualisiert aufgrund der Patientenstatistik für das erste Quartal 1992. Es ergebe sich so eine Tagespauschale von Fr. 248.64.

Der dBB 1991 gebiete im übrigen auch die Berücksichtigung von kostenreduzierenden Massnahmen wie hier die Abnahme der Anzahl Pflegetage.

E. In der Folge verlangte die Instruktionsbehörde des Bundesrates auf Wunsch des EDI von den Parteien die Vorlage weiterer Unterlagen, worauf das EDI am 17. August 1992 seinen Amtsbericht einreichte.

Es stellte fest, der Anstieg der Behandlungskosten liege weniger als einen Drittel über dem Anstieg des Landesindexes der Konsumentenpreise (LIKP), so dass der alte Tarif von Fr. 215. um Fr. 7.66 erhöht werden dürfe. Dazu komme noch die Integration von bisher separat vergüteten Pflichtleistungen von Fr. 8.66, was für die Kantonseinwohner einen neuen Tarif von Fr. 231.32, aufgerundet Fr. 231.35, ergebe.

Auszugehen sei beim Vergleich der Entwicklung der Behandlungskosten in der Grundversicherung mit dem Grenzwert LIKP + 1/3 vom kantonalen Zahlenmaterial. Ein erweitertes Leistungsangebot sei grundsätzlich nicht zu berücksichtigen; hier gehe es indes um die Integrierung von bisher separat verrechneten Pflichtleistungen, was einen Zuschlag erlaube. Da die letzten verfügbaren Zahlen die Jahresrechnung und die Betriebsstatistik 1991 seien, gelte 1990 als Basisjahr; zu vergleichen seien dabei die Kosten pro behandelten versicherten Kantonseinwohner. Der Einfluss ausserkantonaler Tarife auf die Gesamtkosten sei hier nicht zu berücksichtigen.

Das EDI stellt dabei folgende Berechnungen an:

...[14]

Das EDI ging von einer Veränderung des LIKP 1990/1991 von (128.7 121.6) 100/121.6, das heisst 5.84% aus, errechnete als Grenzwert für den Anstieg der Kosten pro versicherte Person, bis zu dem eine Tariferhöhung möglich ist, 5.84% 4/3, das heisst 7.79% und den Anstieg der Kosten pro versicherte Person 1990/1991 mit 4.08%. Der höchste mit dem dBB 1991 konforme Tarif (ohne Umstrukturierung) beträgt nach EDI demnach Fr. 222.66 (215/104.08 107.79). Dies bedeutet eine Tariferhöhung von 3.56% ([222.66 215] 100/215).

F. Der Regierungsrat erklärte am 21. September 1992, die früher separat vergüteten Leistungen betrügen nicht bloss Fr. 8.66, sondern Fr. 10.26; die Fr. 8.66 hätten Bestandteil einer später nicht gewählten Verhandlungsvariante dargestellt.

Gehe man wie das EDI von den Kosten für die Kantonseinwohner aus, so müsse von der Zahl der versicherten Patienten im Kantonsspital und nicht der Gesamtzahl der Versicherten im Kanton ausgegangen werden. Aufgrund dieser Ausgangslage gelange man zu einer maximal zulässigen Tariferhöhung um 7.27%, zuzüglich Fr. 10.27 für bisher separat verrechnete Leistungen. Subeventualiter werde daher beantragt, den Betrag der Tagespauschale auf Fr. 241.65 festzusetzen.

Die vom EDI aufgezeigte Berechnung lasse für 1992 nur eine Erhöhung im Umfang der Teuerung 1990/1991 zu, welche bereits für die Erhöhung 1991 massgebend gewesen sei. Bei genauer Betrachtung werde die Teuerung eines Jahres auf zwei Jahre aufgeteilt, was mit dem dBB nicht vereinbar sei.

...

II

1.1. Nach Art. 22quinquies des BG vom 13. Juni 1911 über die Krankenversicherung (KUVG, SR 832.10) in Verbindung mit Art. 99 Bst. a und b sowie Art. 129 Abs. 1 Bst. a und b OG) und Art. 73 Abs. 1 Bst. c VwVG kann gegen die von der Kantonsregierung aufgrund von Art. 22 22quater KUVG getroffenen Verfügungen innert 30 Tagen Beschwerde an den Bundesrat erhoben werden (Maurer Alfred, Schweizerisches Sozialversicherungsrecht, Bd. II, Besonderer Teil, S. 369; Boner Kilian / Holzherr Werner, Schweizerische Juristische Kartothek [SJK], 1318, Krankenversicherung IV, Rechtspflege, S. 8).

1.2. Die Vertragsgenehmigung (Art. 22quater Abs. 5 KUVG) durch den Regierungsrat stellt zwar kantonales Recht dar, doch kommt diesem keine selbständige Bedeutung zu; es wird bloss Bundesrecht vollzogen (Gygi Fritz, Bundesverwaltungsrechtspflege, Bern 1983, 2. Aufl., S. 91; Saladin Peter, Das Verwaltungsverfahrensrecht des Bundes, Basel 1979, S. 77 ff., Nr. 10.61 und 10.62; BGE 112 Ib 165 f., BGE 115 Ib 168 sowie BGE 118 Ib 131 und Zeitschrift des bernischen Juristenvereins [ZBJV] 1992, S. 640 ff.).

1.3. Der Beschwerdeführer ist durch die angefochtene Verfügung des Regierungsrates berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Anfechtung. Er ist daher nach ständiger Rechtsprechung in Wahrung der Interessen seiner Mitglieder zur «Verbandsbeschwerde» berechtigt (Art. 48 Bst. a VwVG; VPB 41.28, VPB 42.96, VPB 43.23, VPB 43.46, VPB 44.22, VPB 45.64, VPB 48.45, VPB 48.46; Gygi, a.a.O., S. 159 ff.; Saladin, a.a.O., S. 178 ff., Nr. 20.333).

Auf die im übrigen form- und fristgerecht eingereichte Beschwerde ist daher einzutreten.

2. Gegenstand der Beschwerde ist der vom Regierungsrat am 16. Dezember 1991 genehmigte Vertrag zwischen dem Kantonsspital Nidwalden und dem Beschwerdeführer vom 12. September 1991. Im einzelnen geht es hauptsächlich um die neue Tagespauschale; Anhang 1 des Vertrages setzte diese für Erwachsene, Kinder und versicherte kranke Säuglinge auf Fr. 256. fest. Inbegriffen in dieser Tagespauschale sind nach Art. 8 des Vertrages Verköstigung, Unterkunft und Pflege.

Gemäss Art. 12 Abs. 2 Ziff. 2 KUVG haben die Leistungen der Krankenpflegeversicherung bei Aufenthalt in einer Heilanstalt mindestens die ärztliche Behandlung, einschliesslich der anerkannten Heilanwendungen, der Arzneimittel und Analysen nach den Taxen der allgemeinen Abteilung, sowie einen täglichen Mindestbeitrag an die übrigen Kosten der Krankenpflege zu umfassen.

Eine Einzeltarifierung der Leistungen ist nicht notwendig; gemäss der Rechtsprechung des Bundesrates sind auch Voll- und Teilpauschalen zulässig (VPB 45.64, VPB 47.53, VPB 48.45). Dies gilt sowohl für Verträge zwischen Kassen und Spitälern als auch für Tarife der Kantonsregierungen im vertragslosen Zustand (Art. 22quater Abs. 3 KUVG).

3. Der Regierungsrat wirft dem Beschwerdeführer vor, er habe dadurch gegen Treu und Glauben (Art. 4 BV) verstossen, dass er die Unterzeichnung des am 12. September 1992 abgeschlossenen Vertrages bis nach dem Inkrafttreten des dBB vom 13. Dezember 1991 hinausgezögert habe. Er habe damit das Vertrauen des Vertragspartners, der Spitalkommission des Kantonsspitals Nidwalden, rechtsmissbräuchlich verletzt.

Dass der Beschwerdeführer keinen Vertrag unterzeichnen wollte, bevor er nicht abschätzen konnte, welche Auswirkungen der geplante dBB auf den Vertrag haben könnte, stellt keine Verletzung des Grundsatzes von Treu und Glauben dar. Eine solche könnte allenfalls dann angenommen werden, wenn nachgewiesen wäre, dass der Vertrag unterzeichnet wurde, obwohl man bereits wusste, dass die darin enthaltene Tagespauschale mit dem dBB nicht im Einklang stand und später mit dieser Rüge angefochten werden könne. Vorliegend fehlen indes konkrete Hinweise für eine solche Annahme.

Der Vorwurf der Verletzung des Grundsatzes von Treu und Glauben ist somit nicht begründet.

4. Der Bundesrat überprüft, ob der Regierungsrat mit der Genehmigung des Vertrages nicht Gesetz und Billigkeit verletzt hat und die im Vertrag enthaltene Tagespauschale wirtschaftlich tragbar ist (VPB 48.47).

Da der vorliegende Tarif nach dem 14. Dezember 1991 erlassen worden ist, findet auch der dBB 1991 Anwendung, welcher die Tarife und Preise für Leistungen der Krankenversicherung beschränkt.

Der dBB 1991 legt indes nur eine obere Limite für Tarifanpassungen fest, ohne die vorne umschriebenen Grundsätze über die Festlegung beziehungsweise Überprüfung von Tarifen aufzuheben (BBl 1991 IV 923). Ergibt sich, dass ein Tarif den dBB verletzt, erübrigt sich eine weitere Überprüfung desselben auf Übereinstimmung mit Gesetz und Billigkeit sowie auf wirtschaftliche Tragbarkeit.

Nach dem dBB 1991 dürfen die Tarife und Preise nur soweit erhöht werden, dass der Anstieg der durchschnittlichen Behandlungskosten je versicherte Person und Jahr voraussichtlich höchstens einen Drittel über dem Anstieg des Landesindexes der Konsumentenpreise (LIKP) liegt. Wenn nach den letzten verfügbaren Angaben der Anstieg der Behandlungskosten je versicherte Person und Jahr bereits um mehr als einen Drittel über der Entwicklung des LIKP liegt, untersagt die zuständige Behörde eine Erhöhung der Tarife und Preise (Art. 1 Abs. 1 dBB 1991).

Art. 1 Abs. 1 Satz 1 darf nicht isoliert betrachtet werden; er stellt zusammen mit Satz 2 eine Einheit dar. Die Bedeutung von Satz 2 ist jene, dass wenn die dort umschriebenen Voraussetzungen erfüllt sind eine Tariferhöhung untersagt bleibt. Dies bestätigt auch die Botschaft des Bundesrates, welche festhält, dass im äussersten Fall eine Erhöhung ausgeschlossen sei (BBl 1991 IV 923). Die Bestimmung soll die Entwicklung der Behandlungskosten senken.

5. Das EDI hat folgende Berechnung der maximal zulässigen Tariferhöhungen angestellt:

Die Veränderung des LIKP 1990/1991 betrage (128.7 121.6)100/121.6, das heisst 5.84%, der Grenzwert für den Anstieg der Kosten pro versicherte Person, bis zu dem eine Tariferhöhung möglich ist, 5.84% 4/3, das heisst 7.79%. Damit ergebe sich ein Anstieg der Kosten pro versicherte Person 1990/1991 von 4.08%.

Der höchste mit dem dBB 1991 konforme Tarif (ohne Umstrukturierung) betrage demnach Fr. 222.66 (215/104.08107.79). Dies bedeute eine Tariferhöhung von 3.56% ([222.66 215]100/215). Dazu komme noch die Integration von bisher separat vergüteten Pflichtleistungen von Fr. 8.66, was für die Kantonseinwohner einen neuen Tarif von Fr. 231.32, aufgerundet Fr. 231.35, ergebe.

Das EDI (beziehungsweise das Bundesamt für Sozialversicherung [BSV]) ist nicht nur anerkannte Fachinstanz, es übt auch die Aufsicht über die Kassen gemäss Art. 33 KUVG aus (Art. 5 der Verordnung V vom 2. Februar 1965 über die Krankenversicherung betreffend die Anerkennung von Krankenkassen und Rückversicherungsverbänden sowie ihre finanzielle Sicherheit, SR 832.121). Insofern es nur um fachtechnische Feststellungen seiner Experten ginge, sähe der Bundesrat daher keinen Anlass, sich deren Urteil nicht anzuschliessen; vorliegend geht es indes in erster Linie um die Beantwortung von Rechtsfragen, die der Bundesrat mit voller Kognition überprüft.

6. Der Regierungsrat geht mit dem EDI davon aus, dass für die Beurteilung der zulässigen Taxerhöhung auf die Entwicklung der den Kassen erwachsenden Kosten für die auf der allgemeinen Abteilung des Kantonsspitals Nidwalden behandelten versicherten Kantonseinwohner abzustellen ist; entgegen dem EDI ist nach dem Regierungsrat von den dort behandelten Patienten und nicht von den versicherten Kantonseinwohnern auszugehen.

Der Beschwerdeführer dagegen will bei der Berechnung der Taxerhöhung auch die ihm durch ausserkantonale Hospitalisationen von Nidwaldner Versicherten erwachsenden Kosten erfasst wissen. Mit anderen Worten sollen alle den Kassen für Pflichtleistungen an Nidwaldner Versicherte in der Grundversicherung entstehenden Kosten erfasst sein.

6.1. Art. 1 Abs. 1 dBB 1991 selbst spricht nur von der Zahl der Versicherten, ohne diesen Begriff näher zu präzisieren.

Aus dem Gegenstand des vorliegenden Beschwerdeverfahrens, welcher nach Art. 22quater Abs. 3 und 5 KUVG ausschliesslich die Genehmigung des Tarifs eines bestimmten Spitals ist, hier des Kantonsspitals Nidwalden, ergibt sich bereits klar, was vorliegend unter «Versicherten» zu verstehen ist.

Da hier nicht abschliessend über die von den Kassen zu erbringenden Leistungen, sondern über die von den Kassen für die stationäre Behandlung von Kassenpatienten auf der allgemeinen Abteilung am Kantonsspital Nidwalden zu leistende Tagespauschale zu befinden ist, fallen die Kosten für medizinisch notwendige ausserkantonale Hospitalisationen von Nidwaldner Versicherten ausser Betracht.

Für diese Auslegung spricht auch Art. 19bis KUVG, der die Wahl der Heilanstalten und die Kostenübernahme regelt. Er geht nämlich davon aus, dass die Kassen Verträge mit Heilanstalten, den sogenannten Vertragsspitälern, abschliessen; dabei handelt

es sich in der Regel um kantonale Heilanstalten; Art. 19bis Abs. 2 KUVG verweist ja für die von den Kassen zu übernehmenden Taxen auf die Heilanstalten am Wohnort des Versicherten oder in dessen Umgebung. Auch der Referenztarif in Art. 19bis Abs. 3 KUVG enthält einen entsprechenden Verweis. Die Ausnahme nach Art. 19bis Abs. 5 KUVG, wonach sich der Versicherte aus medizinischen Gründen in eine andere Heilanstalt begeben könne, führt zu keinem anderen Ergebnis; für solche Fälle können die Kassen mit ausserkantonalen Spitälern Vereinbarungen abschliessen.

Im übrigen will der dBB 1991 am Verfahren und an den Zuständigkeiten des KUVG für die Festlegung und Genehmigung von Tarifen nichts ändern (BBl 1991 IV 923). Unter die Versicherten im Sinne des dBB 1991 fallen daher vorliegend nur die im Kanton Nidwalden wohnhaften Versicherten.

Nicht massgebend ist demnach gemäss Art. 1 Abs. 1 dBB 1991 die Zahl derjenigen Versicherten, welche tatsächlich Leistungen hier in der Heilanstalt in Anspruch genommen haben. Die Rüge, es werde von unterschiedlichen Berechnungsgrundlagen ausgegangen, ist unberechtigt: der dBB 1991 stellt auf den voraussichtlichen Anstieg der durchschnittlichen Behandlungskosten ab. Dies erfordert einen auf Konstanten beruhenden, von Schwankungen der Patientenzahl unabhängigen Vergleich; mit dem Abstellen auf die durchschnittlichen Kosten ist diesem Erfordernis des dBB 1991 Rechnung getragen.

Indem man bei der Berechnung der massgeblichen Kostensteigerung von den Tagestaxen 1990 ausgeht, welche ihrerseits den Spitalaufwand als Basis haben, wird den Kosten Rechnung getragen, welche den Kassen ausgehend von den hier massgeblichen versicherten Kantonseinwohnern auf der allgemeinen Abteilung des Kantonsspitals tatsächlich entstehen (vgl. auch Veröffentlichungen der Schweizerischen Kartellkommission und des Preisüberwachers, 2/1993, Krankenkassen und Tarifverträge, S. 159).

Der Bundesrat sieht daher keinen Anlass, den vom EDI vorgelegten Berechnungen über den Anstieg der durchschnittlichen Behandlungskosten pro versicherten Kantonseinwohner nicht zu folgen.

6.2. Finanzierungsfragen sowie das zwischenkantonale Tarifgeschehen stehen hier nicht zum Entscheid. Es entspricht diesbezüglich auch Sinn und Zweck des dBB 1991, im Rahmen der Beurteilung eines bestimmten Spitaltarifs bei der Berechnung der Kostensteigerung nach Art. 1 Abs. 1 dBB 1991 die den Kassen durch ausserkantonale Hospitalisationen entstehenden Kosten nicht zu berücksichtigen.

6.3. Der Regierungsrat rügt schliesslich, bei genauer Betrachtungsweise werde die Teuerung eines Jahres auf zwei Jahre aufgeteilt, was mit dem dBB 1991 nicht vereinbar sei.

Der dBB 1991 erlaubt nicht generell Teuerungszuschläge in einem bestimmten Umfang, sondern macht sie von bestimmten Kostenentwicklungen abhängig. Ausgangspunkt bei diesen Berechnungen ist die Kostensteigerung in der letzten aufgrund vorliegender Daten überprüfbaren Periode, womit vorliegend das Jahr 1990 als Basisjahr gegeben ist. Übersteigen die Kostensteigerungen ein bestimmtes Mass, ist eine Tarifanpassung verboten. Die hier aufgrund dieser Bestimmungen vorgenommenen Berechnungen des EDI welchen sich der Bundesrat angeschlossen hat stützen sich nicht nur auf den Wortlaut des dBB, sie tragen auch Sinn und Zweck desselben Rechnung.

7. Sinn und Zweck des dBB 1991, nämlich die Begrenzung der Kosten in der Krankenversicherung, gebieten, allfällige Leistungserweiterungen bei der Bestimmung der zulässigen Taxerhöhung nicht zu berücksichtigen. Der Botschaft des Bundesrates ist diesbezüglich zu entnehmen, dass der dBB 1991 das Problem der Mengenausweitung nicht übersehen hat. Durch den Zuschlag von einem Drittel, welcher der Erhöhung des LIKP zugerechnet werden kann, ist in einem vom Gesetzgeber abschliessend festgelegten Umfang eine Mengenausweitung berücksichtigt worden (BBl 1991 IV 923).

Der dBB 1991 erlaubt keine Ausnahmeregelungen, welche sich einseitig auf die Taxen, nicht aber auch auf die Prämien auswirken; dies ergibt sich aus der dem dBB eigenen Verknüpfung von Taxen und Prämien und ist angesichts des kurzen Geltungsbereichs des dBB der davon betroffenen Partei auch zumutbar.

Während ein Leistungsausbau bei der Bestimmung der zulässigen Tariferhöhung mithin nicht zu berücksichtigen ist, rechtfertigt sich im vorliegenden Fall ein Zuschlag, weil bisher separat verrechnete Leistungen neu in die Tagespauschale integriert worden sind.

Was die Berechnung dieses Zuschlages betrifft, so liegt keine Anerkennung des Betrages von Fr. 8.66 durch den Regierungsrat vor. Der Beschwerdeführer hat in seiner Stellungnahme vom 26. Mai 1992 den Betrag vom Fr. 10. als zutreffend bezeichnet. Vergleicht man Art. 9 der Verträge vom 20. Dezember 1983 und vom 12. September 1991, ist ohne weiteres erkennbar, dass sich die Unterschiede nicht in den in Variante B (der Vertragsverhandlungen) angeführten Punkten erschöpfen. Die vom Regierungsrat angeführten Kategorien von zusätzlich verrechenbaren Leistungen sind demgegenüber nachvollziehbar. Die Berechnungen des Regierungsrates sind indes nicht auf die hier massgeblichen versicherten Kantonseinwohner bezogen, so dass sich noch entsprechende Korrekturen aufdrängten.

Aufgrund des Antrages des EDI, nur einen Zuschlag von Fr. 8.66 zu gestatten, des grundsätzlichen Einverständnisses des Beschwerdeführers zu einem Zuschlag von Fr. 10. und der Wahrscheinlichkeit, dass sich wegen der hier angewandten Berechnungsgrundlage (vgl. vorne, E. 6) noch ein Abzug von dem vom Kanton angegebenen Betrag von Fr. 10.27 ergeben dürfte, hält es der Bundesrat für angezeigt, diesen Zuschlag pauschal auf Fr. 10. festzusetzen.

8. Die Beschwerde ist demzufolge teilweise gutzuheissen und die Tagespauschale für die stationäre Behandlung von versicherten Kantonseinwohnern auf der allgemeinen Abteilung des Kantonsspitals Nidwalden in Abänderung des Beschlusses des Regierungsrates vom 16. Dezember 1991 auf Fr. 232.70 festzusetzen.

Der Vorinstanz werden nach Art. 63 Abs. 2 VwVG keine Verfahrenskosten auferlegt. Dem nicht durch einen Anwalt vertretenen Beschwerdeführer ist keine Parteientschädigung zuzusprechen; er hat nicht dargetan, dass ihm durch die Beschwerdeführung «verhältnismässig hohe Kosten» erwachsen sind.

[14] Vgl. die wiedergegebene Tabelle in Erwägung 5.
[15] Kantonsspital Nidwalden: Jahresberichte 1990 und 1991. und VESKA-Statistiken 1990 und 1991.
[16] Konkordat der Schweizerischen Krankenkassen: Tagestaxen in Heilanstalten, Stand 1. März 1990 resp. 1. März 1991.
[17] Konkordat der Schweizerischen Krankenkassen: Behandlungsfallstatistik 1990, 1991.

[18] Bundesamt für Statistik: Landesindex der Konsumentenpreise, Tab. 7a, S. 26.

Dokumente des Bundesrates