

(Auszug aus einem Entscheid des Bundesrates vom 23. März 2005 [exe 2005.0354])

Krankenversicherung. Tarif für kassenpflichtige Leistungen von Pflegeheimen. Tarifschutz (Art. 44 KVG). Rechtsweg. Beschwerdelegitimation.

- Der Grundsatz des Tarifschutzes, wonach für Leistungen nach KVG keine über die vertraglich oder behördlich festgelegten Tarife und Preise hinausgehenden Vergütungen berechnet werden dürfen, ist auch dann anwendbar, wenn den Krankenversicherern wegen der fehlenden Kostentransparenz die Vergütung der Leistungen der Grundversicherung nicht vollständig auferlegt werden kann (E. 2.5.3).

- Das Bundesrecht bestimmt nicht, wer für die nicht von den Versicherern gedeckten Kosten für Pflegeleistungen aufzukommen hat. Eine allfällige diesbezügliche kantonale Regelung stellt autonomes kantonales Recht dar, und den Betroffenen stehen dagegen die entsprechenden Rechtsmittel zur Verfügung. Wird ein nicht gedeckter Betrag für Pflegeleistungen zu den Hotelleriekosten gerechnet, so können diese unter Berufung auf den Tarifschutz bestritten werden (E. 2.5.3).

- Die Tarife für Pflegeleistungen und für Hotelleriekosten sind unabhängig voneinander nach den jeweils anwendbaren Grundsätzen und nur in Bezug auf die entsprechenden Leistungen zu bestimmen. Die Änderung der Höhe eines Tarifs darf nicht zu einer entsprechenden Anpassung des anderen führen. Demnach, und angesichts der Möglichkeit einer direkten Anfechtung der Hotellerierechnungen, vermag die faktisch mit einer Erhöhung der Tarife für Pflegeleistungen erwartete Verminderung dieser Rechnungen kein Rechtsschutzinteresse der Pflegeheimbewohner an der Anfechtung der Tarife nach KVG zu begründen (E. 2.6.3).

Assurance-maladie. Tarif pour les prestations d'établissements médico-sociaux (EMS) relevant de l'assurance obligatoire des soins. Protection tarifaire (art. 44 LAMal). Voies de droit. Qualité pour recourir.

- Le principe de la protection tarifaire, selon lequel il ne peut être exigé de rémunération plus élevée que les tarifs et les prix fixés par convention ou par l'autorité compétente pour des prestations fournies en application de la LAMal, s'applique également lorsqu'en raison du manque de transparence des coûts, l'entier des frais pour les prestations relevant de l'assurance obligatoire des soins ne peut être mis à la charge des assureurs (consid. 2.5.3).

- Le droit fédéral ne règle pas qui doit supporter les frais pour les prestations de soins qui ne sont pas couverts par les assureurs. Une éventuelle réglementation cantonale à ce sujet constitue du droit cantonal autonome, et les voies de droit correspondantes sont ouvertes pour les personnes concernées. Si un montant non couvert se rapportant à des prestations de soins est facturé avec les coûts socio-hôtelières d'un EMS, il est possible de contester ceux-ci en invoquant la protection tarifaire (consid. 2.5.3).

- Les tarifs pour les prestations de soins et pour les coûts socio-hôtelières doivent être fixés de manière indépendante suivant les principes respectivement applicables et uniquement en rapport avec les prestations concernées. Une modification de l'un des tarifs ne doit pas conduire à une adaptation de l'autre. Par conséquent, et compte tenu de la possibilité de contester directement les factures d'hôtellerie, la diminution de fait de ces factures qui peut être liée à une augmentation des tarifs pour les prestations de soins ne suffit pas à fonder un intérêt digne de protection des résidents en EMS leur permettant de contester ces tarifs (consid. 2.6.3).

Assicurazione contro le malattie. Tariffa per prestazioni obbligatorie di case di cura. Protezione tariffale (Art. 44 LAMal). Via di ricorso. Legittimazione ricorsuale.

- Il principio della protezione tariffale, secondo cui i rimborsi sulla base della LAMal non possono essere superiori alle tariffe ed ai prezzi fissati per convenzione o dall'autorità, è applicabile anche quando, a causa della mancanza della trasparenza dei costi, non è possibile addebitare l'intero rimborso delle prestazioni alle casse malati (consid. 2.5.3).

- Il diritto federale non stabilisce chi debba assumere i costi per prestazioni di cura che non sono coperte dagli assicuratori. In questo contesto, un'eventuale regolamentazione cantonale costituisce diritto cantonale autonomo e gli interessati dispongono quindi dei relativi rimedi giuridici. Se un importo per prestazioni di cura non è coperto e viene inserito fra i costi alberghieri, questi ultimi possono essere contestati invocando la protezione tariffale (consid. 2.5.3).

- Le tariffe per prestazioni di cura e per i costi alberghieri devono essere determinati in modo indipendente secondo i rispettivi principi applicabili e solo in relazione alle relative prestazioni. La modifica di una tariffa non può portare al relativo adeguamento dell'altra. Per questo motivo, e tenuto conto della possibilità di un'impugnazione diretta delle fatture per i costi alberghieri, la prevedibile riduzione di tali fatture in seguito all'aumento delle tariffe per le prestazioni di cura non conferisce agli ospiti delle case di cura un interesse giuridico degno di protezione ad impugnare le tariffe secondo la LAMal (consid. 2.6.3).

Zusammenfassung des Sachverhalts:

A. S. ist bei der X. krankenversichert. Sie befindet sich seit dem 10. Januar 2003 im Alterszentrum A. zur Pflege. Die Einstufung ergab eine Pflegebedürftigkeit von 62 Punkten gemäss dem Bewohnerinnen-Einstufungs- und Abrechnungssystem (BESA), was im zentralen System des Kantons Bern der Stufe 6 entspricht.

B. Am 20. Januar 2003 schloss santésuisse, Die Schweizer Krankenversicherer (nachfolgend: santésuisse), handelnd durch die Geschäftsstelle santésuisse Bern, mit dem Verband Bernischer Alterseinrichtungen (VBA) einen Vertrag betreffend die Abgeltung der gemäss Bundesgesetz vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG, SR 832.10) kassenpflichtigen Leistungen mittels einer Vollpauschale.

C. S. verlangte am 16 Mai 2003 eine beschwerdefähige Verfügung betreffend die von der X. zu übernehmenden Kosten. Am 17. Oktober 2003 erliess die X. die verlangte Verfügung. Darin führte sie im Wesentlichen aus, Abrechnungsgrundlage sei der Vertrag zwischen santésuisse und dem VBA. Die gegen diese Verfügung erhobene Einsprache vom 24. Oktober 2003 wies sie mit Einspracheentscheid vom 13. November 2003 ab.

S. führte gegen diesen Einspracheentscheid am 17. November 2003 Beschwerde beim Verwaltungsgericht des Kantons Bern und beantragte, es sei festzustellen, dass sämtliche von ihr beanspruchten Pflegeleistungen unter Art. 25 KVG und Art. 7 der Krankenpflege-Leistungsverordnung vom 29. September 1995 (KLV, SR 832.112.31) fallen und von der X. zu tragen seien; die Pflegeleistungen seien betragsmässig festzulegen. Die Beschwerde wurde vom Verwaltungsgericht des Kantons Bern mit Urteil vom 31. März 2004 abgewiesen, soweit darauf eingetreten wurde. In der Begründung führte das Gericht aus, die Beschwerdegegnerin schulde nicht die Vergütung der effektiven Pflegekosten, sondern der Pauschalen, welche in Art. 50 KVG vorgesehen seien und auf dem Vertrag vom 20. Januar 2003 beruhen. Es sei nicht Sache des Gerichts, in das weite Ermessen einzugreifen, das den Vertragsparteien beim Abschluss von Tarifverträgen zustehe. Es bestehe kein Grund, im zu beurteilenden Einzelfall vom Vertrag abzuweichen.

S. erhob am 29. April 2004 gegen das Urteil vom 31. März 2004 Verwaltungsgerichtsbeschwerde beim Eidgenössischen Versicherungsgericht (EVG). Das EVG sistierte das Verfahren mit Verfügung vom 16. September 2004, weil der Entscheid des Bundesrates im vorliegenden Verfahren das zu fällende Urteil beeinflussen könne.

D. Vor der Genehmigung der Pflegeheimverträge für die Jahre 2003 und 2004 zwischen dem VBA und santésuisse holte der Regierungsrat eine Empfehlung der Preisüberwachung ein. Diese reichte die Empfehlung am 1. Dezember 2003 ein.

E. Der Regierungsrat des Kantons Bern (nachfolgend: Regierungsrat) genehmigte den Tarifvertrag vom 20. Januar 2003 mit Beschluss vom 3. März 2004.

F. Gegen diesen Genehmigungsbeschluss erhob S. am 16. März 2004 beim Bundesrat Beschwerde mit dem Antrag, er sei wegen Verletzung des KVG aufzuheben.

Aus den Erwägungen:

1. Gegen Beschlüsse der Kantonsregierungen über Tarife der obligatorischen Krankenpflegeversicherung kann nach Art. 53 Abs. 1 in Verbindung mit den Art. 46 Abs. 4, Art. 47, Art. 48 Abs. 1-3, Art. 49 Abs. 7 und Art. 55 KVG beim Bundesrat Beschwerde erhoben werden. Die Verwaltungsgerichtsbeschwerde an das Eidgenössische Versicherungsgericht ist gegen Verfügungen über Tarife unzulässig (Art. 129 Abs. 1 Bst. b des Bundesrechtspflegegesetzes vom 16. Dezember 1943 [OG], SR 173.110). Der Ausschluss der Verwaltungsgerichtsbeschwerde gilt allerdings nur insoweit, als der angefochtene Akt den Erlass oder die Genehmigung eines Tarifs als Ganzes zum Gegenstand hat oder unmittelbar einzelne Tarifbestimmungen als solche angefochten werden (vgl. BGE 116 V 130, S. 133); dagegen ist die Verwaltungsgerichtsbeschwerde zulässig gegen Verfügungen, welche die Anwendung eines Tarifs im Einzelfall betreffen.

Die vorliegende Beschwerde richtet sich gegen die Festsetzung eines generellen Tarifs und nicht gegen dessen Anwendung im Einzelfall. Der Bundesrat ist daher zur Behandlung der Beschwerde zuständig.

2.1. Das Beschwerdeverfahren richtet sich gemäss Art. 53 KVG nach dem Bundesgesetz vom 20. Dezember 1968 über das Verwaltungsverfahren (VwVG, SR 172.021). Zur Beschwerde berechtigt ist demnach, wer durch die angefochtene Verfügung berührt ist und ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Änderung hat (Art. 48 VwVG). Das Interesse kann sowohl rechtlicher als auch bloss tatsächlicher Art sein und braucht mit dem Interesse, das durch die vom Beschwerdeführer als verletzt bezeichnete Norm geschützt wird, nicht übereinzustimmen. Der Beschwerdeführer muss durch den angefochtenen Entscheid stärker als jedermann betroffen sein und in einer besonderen, beachtenswerten, nahen Beziehung zur Streitsache stehen (VPB 65.114). Durch diese Anforderungen soll die Popularbeschwerde ausgeschlossen werden. Ihnen kommt deshalb eine besondere Bedeutung zu, wenn nicht der Verfügungsadressat im materiellen Sinn, sondern ein Dritter den Entscheid anfehlt. Ist auch in einem solchen Fall ein unmittelbares Berührtsein, eine spezifische Beziehungsnähe gegeben, so hat der Beschwerdeführer ein ausreichendes Rechtsschutzinteresse daran, dass der angefochtene Entscheid aufgehoben oder abgeändert wird. Dieses Interesse besteht im praktischen

Nutzen, den die erfolgreiche Beschwerde dem Beschwerdeführer eintragen würde (BGE 120 Ib 379 E. 4b). Kein schützenswertes Interesse stellt die rein theoretische Entscheidung einer Rechtsfrage dar (Alfred Kölz / Isabelle Häner, Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes, 2. Aufl., Zürich 1998, Rz. 539, mit Hinweisen)

Die besondere Beziehungsnähe ist vom Beschwerdeführer selbst darzulegen, da sich die Begründungspflicht auch auf die Frage der Beschwerdebefugnis erstreckt. Dabei genügt die Behauptung allein, jemand sei von einem Rechtsakt berührt, nicht, um die Beschwerdeberechtigung zuzuerkennen. Die Betroffenheit und somit ein schutzwürdiges Interesse muss aufgrund des konkreten Sachverhaltes glaubhaft erscheinen (VPB 62.26 E. 2.b, VPB 61.22 E. 1.c).

2.2. Bezüglich des schutzwürdigen Interesses macht die Beschwerdeführerin geltend, das Verwaltungsgericht des Kantons Bern habe sich in seinem Entscheid vom 31. März 2004 nicht materiell mit dem Fall auseinandergesetzt sondern auf den vorliegend bestrittenen Vertrag verwiesen und diesen ohne Prüfung als richtig taxiert. Der Entscheid könne deshalb kein Argument für die Rechtmässigkeit des Tarifvertrags darstellen. Die Beschwerdelegitimation von S. sei einerseits durch die Tatsache erstellt, dass sie als Patientin in einer vom Tarifvertrag betroffenen Alterseinrichtung lebe und mit Verwaltungsgerichtsbeschwerde die vom Krankenversicherer erbrachte Leistung in Frage gestellt habe. Ihre Betroffenheit werde jedoch noch zusätzlich mit dem Verwaltungsgerichtsentscheid vom 31. März 2004 manifest, da das Verwaltungsgericht die Abweisung ihrer Beschwerde vor allem damit begründe, dass der zur Diskussion stehende Tarifvertrag rechtens sei und deshalb nicht geprüft werden müsse, ob in ihrem konkreten Fall das KVG verletzt werde oder nicht.

Der Regierungsrat weist darauf hin, dass die Beschwerdeführerin bereits in einem verwaltungsrechtlichen Beschwerdeverfahren gegen ihre Krankenkasse verlangt habe, diese habe sämtliche von ihr beanspruchten Pflegeleistungen zu tragen. Das Verwaltungsgericht des Kantons Bern habe vorfrageweise das Argument der Beschwerdeführerin geprüft, der Vertrag zwischen Versicherern und Leistungserbringern verletze die Vorschriften des KVG. Das verwaltungsgerichtliche Verfahren hätte der Beschwerdeführerin erlaubt, die von ihr geltend gemachten Ansprüche direkt einzufordern, wenn sie mit ihrem Rechtsbegehren durchgedrungen wäre. Somit sei zumindest in Zweifel zu ziehen, ob die Beschwerdeführerin noch ein hinreichendes Rechtsschutzinteresse habe, die Genehmigung des Tarifvertrages anzufechten.

2.3. In ihren Ausführungen betreffend die Beschwerdelegitimation führt die Beschwerdeführerin lediglich die verlangte Prüfung der Rechtmässigkeit des Tarifs und ihre Eigenschaft als Bewohnerin einer vom Tarifvertrag erfassten Alterseinrichtung an. Die Überprüfung des Tarifs stellt eine theoretische Frage dar, die als solche gemäss der oben dargestellten Rechtsprechung kein praktisches Interesse zu begründen vermag. Desgleichen kann aufgrund der Eigenschaft der Beschwerdeführerin als

Heimbewohnerin allenfalls auf eine gewisse Beziehungsnähe zum streitigen Tarif, nicht jedoch ohne weiteres auf ein praktisches Interesse an dessen Anfechtung geschlossen werden.

2.4. Weiter ist deshalb zu prüfen, ob sich aus den übrigen Vorbringen der Beschwerdeführerin ein praktischer Nutzen an der Gutheissung der Beschwerde ergibt.

Die Beschwerdeführerin beantragt die Aufhebung des angefochtenen Genehmigungsbeschlusses. Sie macht geltend, der Wechsel der Instrumente zur Beurteilung der Pflege- und Betreuungsbedürftigkeit verletze das KVG, der Tarifschutz werde nicht eingehalten und bei der Bemessung der Tarife für die Hotellerieleistungen würden das Kostendeckungs- und das Äquivalenzprinzip nicht eingehalten. Weiter rügt sie, das im Vertrag vorgesehene Tarifsystem und die entsprechenden Tarife würden zu einer Unterdeckung der gesetzlich festgelegten Leistungen führen. Der Vertrag verletze zudem verfassungsmässige Rechte der Heimbewohner, indem er die Überprüfung der Tarife im Einzelfall nicht zulasse. Die Beschwerdeführerin führt aus, es sei selbstverständlich, dass hier nicht die von den Heimbewohnern zu erbringenden Hotellerieleistungen Gegenstand seien. Da aber bei der Gesamtleistung eines Alterspflegeheims gerade die Aufteilung zwischen KVG-Leistungen und «Hotellerieleistungen» die entscheidende Problematik sei, ohne deren klare Aufschlüsselung gemäss der neuen Verordnung vom 3. Juli 2002 über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler und Pflegeheime in der Krankenversicherung (VKL, SR 832.104) nicht festgestellt werden könne,

ob die Krankenversicherer ihrer Leistungspflicht gemäss KVG nachkommen, müssten bei der Genehmigung des vorliegenden Tarifvertrags die Gesamtleistungen der Alterspflegeheime in einem ersten Schritt analysiert werden, so dass anschliessend festgestellt werden könne, welche Leistungen im Detail KVG- beziehungsweise Hotellerieleistungen seien und wie hoch die Kosten der jeweiligen Kategorie ausfallen würden. Im Alterspflegebereich bestehe eine Deckungslücke von rund 1 Mrd. Franken. Diese stehe bei der vorliegenden Beschwerde im Vordergrund, nicht die konkret vorgenommene Einstufung in eine Pflegestufe. Die Heimbewohner und Heimbewohnerinnen würden durch den Vertrag massiv benachteiligt.

Der Stellungnahme des Regierungsrates ist zu entnehmen, dass die Heimbewohnerinnen und Heimbewohner gemäss den im Kanton Bern geltenden Tarifregelungen der Gesundheits- und Fürsorgedirektion nach Berücksichtigung der Krankenkassenleistungen grundsätzlich die vollen restlichen Betriebskosten zu übernehmen haben. Eine Deckungslücke im Bereich der versicherungspflichtigen Leistungen der Pflegeheime würde für die Beschwerdeführerin insofern einen Nachteil darstellen, als ihr bei grösserer Deckung der Pflegeleistungen durch die Krankenversicherer allenfalls ein entsprechend kleinerer Betrag mit den Hotelleriekosten in Rechnung gestellt würde. So rügt sie denn auch insbesondere eine Verletzung des Tarifschutzes sowie die Missachtung des Kostendeckungs- und Äquivalenzprinzips bei der Bemessung der Hotelleriekosten. Ein anderes Interesse ist den Akten nicht zu entnehmen; insbesondere macht die Beschwerdeführerin nicht geltend, eine Lücke in der Deckung der kassenpflichtigen Leistungen führe zu einer Verschlechterung der Qualität der erbrachten Leistungen.

Im Folgenden ist deshalb zu prüfen, ob die Beschwerdeführerin aufgrund dieses möglichen praktischen Nutzens zur Beschwerde berechtigt ist.

2.5. Es stellt sich zunächst die Frage, ob das Interesse, für einen von der Krankenkasse nicht gedeckten, für Pflegeleistungen gemäss KVG anfallenden Betrag nicht aufkommen zu müssen, auch auf anderem Weg verfolgt werden kann.

2.5.1. Im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung werden Tarife und Preise in Verträgen zwischen Versicherern und Leistungserbringern vereinbart oder in den vom Gesetz bestimmten Fällen von der zuständigen Behörde festgesetzt (Art. 43 Abs. 4 KVG). Die Tarifverträge bedürfen der Genehmigung durch die zuständige Kantonsregierung oder, wenn sie in der ganzen Schweiz gelten sollen, durch den Bundesrat (Art. 46 Abs. 4 KVG). Die Genehmigung hat konstitutive Wirkung (Botschaft vom 6. November 1991 über die Revision der Krankenversicherung, BBl 1992 I 93 ff., 180; Gebhard Eugster, Krankenversicherung, in: Ulrich Meyer-Blaser, Soziale Sicherheit / inhaltliche Koordination und Verantwortung, Basel 1998, 2. Teil, S. 161).

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

Bei 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. 6 und 7 von Art. 49 sind sinngemäss anwendbar (Art. 50 KVG). Obwohl die Pflegeheime als stationäre Leistungserbringer gelten, werden somit die vom Heim erbrachten Pflegeleistungen, die in Art. 7 KLV aufgeführt werden, zu den ambulanten Leistungen gezählt. Sie umfassen nicht die so genannten Hotelleriekosten (Aufenthalt und Verpflegung), welche nicht der Grundversicherung aufgelegt 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.

2.5.3. 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. Bei der Einführung der Rahmentarife von Art. 9a KLV hat der Bundesrat den Kantonsregierungen mitgeteilt, die Übernahme der nicht gedeckten Kosten durch die Kantone für einen vorübergehenden Zeitraum von ein paar Jahren stelle eine angemessene und willkommene Geste dar. Es besteht jedoch keine Verpflichtung der Kantone, die durch die Krankenversicherer nicht gedeckten Kosten zu übernehmen (Rechtsprechung und Verwaltungspraxis zur Kranken- und Unfallversicherung [RKUV] 5/2001 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. Wird ein nicht gedeckter Betrag für Pflegeleistungen zu den Hotelleriekosten gerechnet, so können diese unter Berufung auf den Tarifschutz bestritten werden.

Die Beschwerdeführerin kann somit ihr allfälliges Interesse, einen von den Krankenversicherern nicht gedeckten Betrag für Pflegeleistungen gemäss KVG nicht mit den Hotelleriekosten tragen zu müssen, durch Anfechtung der Tarife oder Rechnungen für die Hotelleriekosten unter Berufung auf den Tarifschutz durchsetzen.

2.6. Zu prüfen ist sodann, ob die Beschwerdeführerin ein hinreichendes Interesse an der Anfechtung des streitigen Tarifs hat, obwohl sie eine allfällige Verletzung des Tarifschutzes auf anderem Weg geltend machen kann.

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 hiezu eine Kostenstellenrechnung und eine Leistungsstatistik (Art. 49 Abs. 6 KVG). Der Bundesrat hat die Anforderungen an diese Instrumente in der VKL 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). Die VKL ist am 1. Januar 2003 in Kraft getreten (Art. 17). Den Spitälern und Pflegeheimen sollte es demnach möglich sein, für das Jahr 2004 die ersten Kostenrechnungen und Leistungsstatistiken im Sinn des KVG zu erstellen und diese Dokumente ab dem 30. April 2005 zur Verfügung zu stellen. Es kann somit erwartet werden, dass die entsprechenden Daten von den Tarifpartnern ab den Verhandlungen für das Jahr 2006 als Grundlage verwendet werden oder früher, sofern sie verfügbar sind.

Art. 59a 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. 9a 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 KVG verfügen.

Bis zum Vorliegen der Daten der Kostenrechnung oder entsprechender Grundlagen, welche im Kanton Bern nach den unbestrittenen Ausführungen des Regierungsrates, der *santésuisse* und des VBA im Zeitpunkt der Tarifverhandlungen nicht vorlagen, müssen die Tarife somit die Rahmentarife von Art. 9a KLV berücksichtigen.

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 Heimbewohnerinnen und Heimbewohner zu vereinbaren (Bundesgerichtsentscheid 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 (Bundesgerichtsentscheid 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.

Unter diesen Umständen, und in Anbetracht der Möglichkeit einer direkten Anfechtung der Rechnung für die Hotelleriekosten, vermag der indirekte praktische Nutzen, den die Beschwerdeführerin an der Gutheissung ihrer Beschwerde geltend machen könnte, kein hinreichendes Rechtsschutzinteresse zu begründen. Das Erfordernis der Beschwerdelegitimation ist demnach nicht erfüllt und auf die Beschwerde ist nicht einzutreten.

Dokumente des Bundesrates