

200 09 1351 SCHG und
200 11 624 SCHG (2)
STC/TOZ/SEE

Schiedsgericht in Sozialversicherungsstreitigkeiten des Kantons Bern

Urteil vom 17. April 2014

in der Besetzung von:

Vorsitzende Verwaltungsrichterin Stirnimann
Mitglieder Fürsprecher und Notar Kurt und Fürsprecher Cadotsch
Gerichtsschreiberin Tomic

Groupe Mutuel

Rechtsdienst, Rue des Cèdres 5, 1920 Martigny

vertreten durch Rechtsanwalt Dr. A. _____, Rechtsanwalt B. _____, C. _____

Rechtsanwälte

Klägerin



gegen

Klinik D. _____

vertreten durch Rechtsanwalt Dr. E. _____

Beklagte

betreffend zwei Klagen vom 30. Dezember 2009 und 28. Juni 2011

Sachverhalt:

A.

Mit 11 Beschlüssen wies der Regierungsrat des Kantons Bern (Regierungsrat) am 20. September 2006 die Gesuche der Krankenkassen KPT Krankenkasse, der Concordia, der Assura assurance-maladie et accidents, der Association Groupe Mutuel, der Caisse Maladie Hotela, der Kolping Krankenkasse AG, der Supra Caisse-Maladie und der Atupri Krankenkasse auf Festsetzung der stationären Tarife in den allgemeinen Abteilungen von 11 Privatspitälern - darunter auch die Klinik D._____ (Klinik bzw. Beklagte) - ab, soweit sich diese auf den Zeitraum vom 1. Januar 2005 bis 30. September 2006 bezogen. Gleichzeitig setzte er für diese Betroffenen ab dem 1. Oktober 2006 den Tarif gemäss den von ihm bereits genehmigten Tarifvertrag zwischen santésuisse Bern und dem Verband der Privatspitäler des Kantons Bern fest. Dagegen erhoben die Krankenkassen Beschwerde beim Bundesrat und beantragten im Hauptantrag die Aufhebung der angefochtenen Beschlüsse. Die Sache sei in allen 11 Fällen an den Regierungsrat zurückzuweisen mit der Anweisung, es seien die stationären Tarife für das Jahr 2005 je Spital gestützt auf die noch zu ermittelnden Kosten festzusetzen. Im dadurch initiierten Beschwerdeverfahren zwischen den Krankenversicherern und den 11 Privatspitälern hiess der Bundesrat die Beschwerde mit Entscheid vom 30. Januar 2008 gut und wies die Sache zur Neuurteilung im Sinne seiner Erwägungen an den Regierungsrat zurück. Diesen wies er weiter an, dafür zu sorgen, dass binnen 12 Monaten ab Eröffnung seines Entscheids zwischen den betroffenen Krankenversicherern und Spitälern ein genehmigter oder festgesetzter Tarif für die Behandlung in der allgemeinen Abteilung vorliege (Entscheid des Bundesverwaltungsgerichts [BVGer] vom 6. Juli 2012, C-5550/2010, lit. A [Sachverhalt]; Akten der Groupe Mutuel [act. IA SCHG/2009/1351] 1).

Da die daraufhin geführten Tarifverhandlungen gescheitert waren (BVGer C-5550/2010, lit. B [Sachverhalt]), setzte der Regierungsrat mit Beschluss Nr. ... vom 30. Juni 2010 den Tarif für die stationäre Behandlung zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung in der Klinik D._____ im Verhältnis zu den oben aufgeführten Krankenversicherer (zusätzlich die

SanaTop Versicherungen AG) für die Zeit vom 1. Januar 2005 bis 31. Dezember 2009 auf Fr. 1'136.-- pro Tag (inkl. Arztleistungen) fest (Akten der Groupe Mutuel [act. I SCHG/2011/624] 5). Die von der Klinik D. _____ dagegen erhobene Beschwerde hiess das Bundesverwaltungsgericht mit Entscheid vom 6. Juli 2012, C-5550/2010 (act. IA SCHG/2009/1351 1), insofern gut, als der angefochtene Regierungsratsbeschluss vom 30. Juni 2010 aufgehoben wurde, in Bezug auf den zwischen der Klinik D. _____ und der SanaTop festgesetzten Tarif die Sache zur weiteren Abklärung und zum neuen Tarifentscheid an den Regierungsrat zurückgewiesen und in Bezug auf die übrigen Krankenversicherer eine ab dem 1. Januar 2005 geltende Tagespauschale in der Höhe von Fr. 1'161.-- (inkl. Arztleistungen) festgesetzt wurde. Im Übrigen wurde die Beschwerde im Sinne der Erwägungen abgewiesen.

B.

Mit Eingabe vom 30. Dezember 2009 stellte die Groupe Mutuel, vertreten durch Rechtsanwalt Dr. iur. A. _____ und Rechtsanwältin F. _____, C. _____ Rechtsanwälte, beim Schiedsgericht in Sozialversicherungsstreitigkeiten des Kantons Bern Klage mit folgenden Rechtsbegehren (Verfahren SCHG/2009/1351):

1. Die Beklagte sei zu verurteilen, der Klägerin CHF 235'041.-- zzgl. Verzugszins von 5 % seit Klageanhebung zu bezahlen.
2. Unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zu Lasten der Beklagten.

Sie begründete ihre Beschwerde hauptsächlich damit, dass die Beklagte die in der Zeit vom 1. Januar 2005 bis 31. Dezember 2008 erbrachten Leistungen gegenüber den der Klägerin angeschlossenen Krankenversicherern zu einem nicht genehmigten Tarif abgerechnet habe. Aus der Differenz zwischen dem nicht genehmigten und dem vom Regierungsrat des Kantons Bern noch festzulegenden Tarif für diese Periode entstünden den Krankenversicherern Rückforderungsansprüche gegenüber der Beklagten. Diese Rückforderungsansprüche verwirkten mit dem Ablauf von fünf Jahren nach der Entrichtung der einzelnen Leistung. Da für einzelne Ansprüche ab dem 1. Januar 2010 die Verwirkung drohe, würden diese hier-

mit klageweise geltend gemacht. Die Rückerstattung der Forderungen für das Jahr 2009 werde ausdrücklich vorbehalten. Die geltend gemachten Rückforderungsansprüche stützten sich mangels Vorliegens eines vom Regierungsrat des Kantons Bern festgesetzten Tarifs vorläufig auf die Preisempfehlungen des Preisüberwachers unter Berücksichtigung der Teuerung.

Mit prozessleitender Verfügung vom 5. Januar 2010 stellte die neutrale Vorsitzende fest, dass der Bundesrat mit Entscheid vom 30. Januar 2008 den Regierungsrat angewiesen habe, dafür zu sorgen, dass binnen 12 Monaten ab Eröffnung seines Entscheids zwischen den betroffenen Krankenversicherern und Spitälern ein genehmigter oder festgesetzter Tarif für die Behandlung in der allgemeinen Abteilung vorliege. Die neutrale Vorsitzende sistierte das Verfahren SCHG/2009/1351 bis zum Vorliegen eines Tariffestsetzungsentscheids.

Mit Zuschrift vom 8. März 2013 informierte die Groupe Mutuel, vertreten durch Rechtsanwältin G._____, C._____ Rechtsanwälte, das Schiedsgericht dahingehend, dass die Parteien seit der Eröffnung des Bundesverwaltungsgerichtsentscheids vom 6. Juli 2012 (BVGer C-5550/2010) in Vergleichsverhandlungen stünden, wobei sich keine Einigung abzeichne. Die Klägerin werde voraussichtlich in den nächsten Wochen die Wiederaufnahme des Verfahrens beantragen.

Mit Eingabe vom 8. Mai 2013 stellte die Groupe Mutuel, vertreten durch Rechtsanwalt Dr. iur. A._____ und Rechtsanwältin G._____, C._____ Rechtsanwälte, folgende Rechtsbegehren:

1. Die Beklagte sei zu verurteilen, der Klägerin CHF 243'651.60 zzgl. Verzugszins von 5 % seit 31.12.2009 zu bezahlen.
2. Die Verfahren SCHG/2009/1351 und SCHG/2011/624 seien zu vereinigen.
3. Unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zu Lasten der Beklagten.

Zur Begründung führte sie im Wesentlichen aus, dass die Beklagte die in der Zeit vom 1. Januar 2005 bis 31. Dezember 2008 (Verfahren SCHG/2009/1351) und in der Zeit vom 1. Januar 2009 bis 31. Dezember 2009 (SCHG/2011/624) erbrachten Leistungen gegenüber den der Klägerin

angeschlossenen Krankenversicherern zu einem nicht genehmigten Tarif abgerechnet habe. Aus der Differenz zwischen dem nicht genehmigten und dem vom Regierungsrat bzw. vom Bundesverwaltungsgericht nun rechtskräftig festgelegten Tarif für diese Periode seien den Krankenversicherern Rückforderungsansprüche gegenüber der Beklagten entstanden. Die Klägerin habe sich diese Ansprüche abtreten lassen. Mit der Klageeinreichung per 31. Dezember 2009 habe die Klägerin die absolute Verwirkungsfrist von fünf Jahren für die Rückforderungsansprüche 2005 bis 2008 unterbrochen. Mit der Klageeinreichung vom 28. Juni 2011 sei die relative Verwirkungsfrist von einem Jahr seit dem Regierungsratsbeschluss vom 30. Juni 2010 unterbrochen worden. Die Fristen zur Rückerstattung der Forderungen für die Entrichtung der einzelnen Leistungen seien somit gewahrt.

C.

Mit Eingabe vom 28. Juni 2011 stellte die Groupe Mutuel, vertreten durch Rechtsanwalt Dr. iur. H. _____ und Rechtsanwältin G. _____, C. _____ Rechtsanwälte, beim Schiedsgericht in Sozialversicherungsstreitigkeiten des Kantons Bern Klage mit folgenden Rechtsbegehren (SCHG/2011/624):

1. Die Beklagte sei zu verurteilen, der Klägerin CHF 115'715.55 zzgl. Verzugszins von 5 % seit Klageanhebung zu bezahlen.
2. Unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zu Lasten der Beklagten.

Sie begründete ihre Beschwerde im Wesentlichen damit, dass die Beklagte die in der Zeit vom 1. Januar 2009 bis 31. Dezember 2009 erbrachten Leistungen gegenüber den der Klägerin angeschlossenen Krankenversicherern zu einem nicht genehmigten Tarif abgerechnet habe. Aus der Differenz zwischen dem nicht genehmigten und dem vom Regierungsrat des Kantons Bern festgelegten, jedoch angefochtenen Tarif für diese Periode entstünden den Krankenversicherern Rückforderungsansprüche gegenüber der Beklagten. Diese Rückforderungsansprüche wirkten mit dem Ablauf eines Jahres seit deren Kenntnis und mit Ablauf von fünf Jahren nach der Entrichtung der einzelnen Leistung. Der vom Regierungsrat am 30. Juni 2010 festgesetzte Tarif sei nicht rechtskräftig. Die einjährige Verwirkungs-

frist habe deshalb noch gar nicht zu laufen begonnen. Da die Klägerin diesen Tarif anerkannt hätte, gehe sie bei ihren Berechnungen für den Rückforderungsanspruch von diesem Tarif aus. Um ihrer Ansprüche nicht verlustig zu gehen, würden die Rückforderungsansprüche für das Jahr 2009 hiermit klageweise geltend gemacht. Die Anpassung des geltend gemachten Anspruchs für das Jahr 2009 werde aber ausdrücklich vorbehalten.

Mit prozessleitender Verfügung vom 4. Juli 2011 stellte die neutrale Vorsitzende fest, dass der Regierungsratsbeschluss vom 30. Juni 2010 angefochten worden und das Verfahren derzeit vor Bundesverwaltungsgericht hängig sei. Sie sistierte das Verfahren SCHG/2011/624 bis zum Vorliegen eines Tariffestsetzungsentscheids.

Mit Zuschrift vom 8. März 2013 informierte die Groupe Mutuel, vertreten durch Rechtsanwältin G._____, C._____, Rechtsanwälte, das Schiedsgericht dahingehend, seit dem Bundesverwaltungsgerichtsentscheid vom 6. Juli 2012 (BVGer C-5550/2010) stünden die Parteien betreffend die Verfahren SCHG/2009/1351 und SCHG/2011/624 in Vergleichsverhandlungen, wobei sich keine Einigung abzeichne. Die Klägerin werde voraussichtlich in den nächsten Wochen die Wiederaufnahme der beiden Verfahren beantragen.

Mit Eingabe vom 8. Mai 2013 stellte die Groupe Mutuel, vertreten durch Rechtsanwalt Dr. iur. A._____, und Rechtsanwältin G._____, C._____, Rechtsanwälte, folgende Rechtsbegehren:

1. Die Beklagte sei zu verurteilen, der Klägerin CHF 112'314.80 zzgl. Verzugszins von 5 % seit 28.06.2011 zu bezahlen.
2. Die Verfahren SCHG/2009/1351 und SCHG/2011/624 seien zu vereinigen.
3. Unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zu Lasten der Beklagten.

Zur Begründung führte sie im Wesentlichen aus, dass die Beklagte die in der Zeit vom 1. Januar 2005 bis 31. Dezember 2008 (Verfahren SCHG/2009/1351) und in der Zeit vom 1. Januar 2009 bis 31. Dezember 2009 (SCHG/2011/624) erbrachten Leistungen gegenüber den der Klägerin angeschlossenen Krankenversicherern zu einem nicht genehmigten Tarif abgerechnet habe. Aus der Differenz zwischen dem nicht genehmigten und

dem vom Regierungsrat bzw. vom Bundesverwaltungsgericht nun rechtskräftig festgelegten Tarif für diese Periode seien den Krankenversicherern Rückforderungsansprüche gegenüber der Beklagten entstanden. Die Klägerin habe sich diese Ansprüche abtreten lassen. Mit der Klageeinreichung per 31. Dezember 2009 habe die Klägerin die absolute Verwirkungsfrist von fünf Jahren für die Rückforderungsansprüche 2005 bis 2008 unterbrochen. Mit der Klageeinreichung vom 28. Juni 2011 sei die relative Verwirkungsfrist von einem Jahr seit dem Regierungsratsbeschluss vom 30. Juni 2010 unterbrochen worden. Die Fristen zur Rückerstattung der Forderungen für die Entrichtung der einzelnen Leistungen seien somit gewahrt.

D.

Mit prozessleitender Verfügung vom 14. Mai 2013 nahm die neutrale Vorsitzende die Verfahren SCHG/2009/1351 (Rückforderung pro 2005 - 2008) sowie SCHG/2011/624 (Rückforderung pro 2009) wieder auf und vereinigte die beiden Klageverfahren.

Mit Klageantwort vom 25. Juli 2013 stellte die Beklagte, vertreten durch Rechtsanwalt Dr. iur. E. _____, die folgenden Rechtsbegehren:

1. Die Klage für die Forderung aus dem Jahr 2005 sei höchstens im Umfang von CHF 48'085.05 zuzusprechen.
2. Die Klage für die Forderung aus dem Jahr 2006 sei höchstens im Umfang von CHF 40'189.45 zuzusprechen.
3. Die Klagen für die Jahre 2007 bis 2009 seien zurzeit abzuweisen.

Eventuell: Das Verfahren sei für die Forderungen betreffend die Jahre 2007 bis 2009 zu sistieren.

Subeventuell:

Die Klage für die Forderung aus dem Jahr 2007 sei höchstens im Umfang von CHF 65'422.10 zuzusprechen.

Die Klage für die Forderung aus dem Jahr 2008 sei höchstens im Umfang von CHF 44'443.05 zuzusprechen.

Die Klage für die Forderung aus dem Jahr 2009 sei höchstens im Umfang von CHF 111'539.85 zuzusprechen.

- unter Kostenfolge -

Zur Begründung führte sie hauptsächlich aus, dass die Verwirkung für die Rückerstattung für die Jahre 2005 bis 2008 nur betreffend Rechnungen für

276 Tage unterbrochen worden sei; die Rückerstattungspflicht bestehe höchstens im Umfang der 276 Tagespauschalen. Für die Jahre 2007 bis 2009 werde ein markanter Anstieg der Kosten geltend gemacht. Gemäss eigener Berechnung müsse die Tagespauschale von Fr. 1'161.-- auf Fr. 1'445.-- hinaufgesetzt werden.

Mit Replik vom 8. Oktober 2013 hielt die Klägerin, vertreten durch Rechtsanwalt Dr. iur. A._____, und Rechtsanwalt B._____, C._____ Rechtsanwälte, an den am 8. Mai 2013 gestellten Anträgen fest.

Mit Duplik vom 20. Dezember 2013 hielt die Beklagte an den in der Klageantwort gestellten Rechtsbegehren fest.

Aufforderungsgemäss reichten die Rechtsvertreter der Parteien am 27. Januar 2014 ihre Kostennoten ein.

Erwägungen:

1.

1.1 Gemäss Art. 89 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung vom 18. März 1994 (KVG; SR 832.10) sind Streitigkeiten zwischen Versicherern und Leistungserbringern durch ein Schiedsgericht zu entscheiden. Die Kantone können die Aufgaben des Schiedsgerichts dem kantonalen Versicherungsgericht übertragen (Art. 89 Abs. 4 Satz 3 Halbsatz 1 KVG), was der Kanton Bern getan hat (Art. 40 des kantonalen Gesetzes betreffend die Einführung der Bundesgesetze über die Kranken-, die Unfall- und die Militärversicherung vom 6. Juni 2000 [EG KUMV; BSG 842.11]). Weiter regelt das Bundesrecht, dass das Schiedsgericht auch zuständig ist, wenn die versicherte Person die Vergütung schuldet (System des Tiersgarant). In diesem Fall vertritt ihr Versicherer sie auf eigene Kosten (Art. 89 Abs. 3 KVG).

1.2 Vorliegend ist eine Streitigkeit zwischen einem Versicherer (als Tiers payant, Art. 42 Abs. 2 Satz 2 KVG) und einem Leistungserbringer betreffend die Anwendung eines Tarifs für stationäre Behandlungen zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu beurteilen, weshalb die sachliche Zuständigkeit des Schiedsgerichts gegeben ist (BGE 131 V 191 E. 2 S. 193). Die ständige Einrichtung des Leistungserbringers liegt im Kanton Bern, womit auch die örtliche Zuständigkeit zu bejahen ist (Art. 89 Abs. 2 KVG). Da die Klage auch den Formvorschriften (Art. 46 Abs. 2 EG KUMV i.V.m. Art. 32 Abs. 2 und 3 des kantonalen Gesetzes über die Verwaltungsrechtspflege vom 23. Mai 1989 [VRPG; BSG 155.21]) entspricht, ist auf die Klage einzutreten.

1.3 Im Bereich des für das Schiedsgericht anwendbaren Klageverfahrens ergibt sich der Streitgegenstand einzig aus den Rechtsbegehren der Klage (vgl. BGE 135 V 23 E. 3.1 S. 26).

Streitig und zu prüfen sind die klageweise geltend gemachten Rückerstattungsansprüche für die Jahre 2005 bis 2009 und deren allfällige Verwirkung (vgl. E. 3.1 hiernach).

1.4 Das Schiedsgericht in Sozialversicherungsstreitigkeiten urteilt in Dreierbesetzung. Es besteht aus einem Mitglied einer Abteilung des Verwaltungsgerichts als neutralem Vorsitzenden und je einer Vertreterin oder einem Vertreter der betroffenen Versicherer und Leistungserbringer. Diese werden von der oder dem neutralen Vorsitzenden bezeichnet (Art. 89 Abs. 4 Sätze 2 und 3 KVG, Art. 56 Abs. 4 des kantonalen Gesetzes vom 11. Juni 2009 über die Organisation der Gerichtsbehörden und der Staatsanwaltschaft [GSOG; BSG 161.1]).

2.

2.1 Vorbehältlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen sind in zeitlicher Hinsicht grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgeblich, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 132 V 215 E. 3.1.1 S. 220). Massgebend sind somit Gesetzes- und Verordnungsbestimmungen in den vom

1. Januar 2005 bis 31. Dezember 2009 in Kraft gestandenen Fassungen (vgl. BVGer C-5550/2010, E. 5.6).

2.2 Die obligatorische Krankenpflegeversicherung übernimmt nach Art. 24 KVG die Kosten für die Leistungen gemäss den Art. 25 bis 31 nach Massgabe der in den Art. 32 bis 34 festgelegten Voraussetzungen. Die Grundversicherung übernimmt u.a. die Kosten für die Leistungen, die der Diagnose oder Behandlung einer Krankheit und ihrer Folgen dienen, wobei die Untersuchungen, Behandlungen und Pflegemassnahmen ambulant, bei Hausbesuchen, stationär, teilstationär oder in einem Pflegeheim durchgeführt werden können (Art. 25 Abs. 1 und Abs. 2 lit. a KVG), sowie die ärztlich oder unter den vom Bundesrat bestimmten Voraussetzungen von Chiropraktoren oder Chiropraktorinnen verordneten Analysen, Arzneimittel und der Untersuchung oder Behandlung dienenden Mittel und Gegenstände (Art. 25 Abs. 2 lit. b KVG).

2.3 Gemäss Art. 43 KVG erstellen die Leistungserbringer ihre Rechnungen nach Tarifen oder Preisen (Abs. 1). Der Tarif ist die Grundlage für die Berechnung der Vergütung; er kann namentlich einen Zeittarif oder einen Pauschaltarif vorsehen (Abs. 2 lit. a und c). Tarife und Preise werden 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 (Abs. 4).

2.4 Parteien eines Tarifvertrages sind einzelne oder mehrere Leistungserbringer oder deren Verbände einerseits sowie einzelne oder mehrere Versicherer oder deren Verbände andererseits (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). 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). Die Kantonsregierung kann im vertragslosen Zustand nach der Auflösung eines bestehenden Vertrags entweder nach Abs. 1 selbst einen Tarif festsetzen oder nach Abs. 3 den Vertrag um ein Jahr verlängern (vgl. BVGer C-5550/2010, E. 5.7).

2.5 Nach Art. 49 Abs. 1 KVG (in der bis 31. Dezember 2008 geltenden Fassung [vor Inkrafttreten der Spitalfinanzierungsrevision]) vereinbarten die Vertragsparteien für die Vergütung der stationären Behandlung einschliesslich Aufenthalt in einem Spital (im Sinne von Art. 39 Abs. 1 KVG) Pauschalen. Dabei kann es sich um Tagespauschalen, Fallpauschalen, Teilpauschalen (z.B. eine Tagespauschale und eine Fallpauschale für die Arzthonorare) oder Versichertenpauschalen handeln (vgl. BVGer C-5550/2010, E. 5.9).

3.

3.1 Das Bundesverwaltungsgericht hat mit Entscheid vom 6. Juli 2012 (act. IA SCHG/2009/1351 1) den Tarif für die stationäre Behandlung zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung in der Klinik D._____ für die Zeit vom 1. Januar 2005 bis 31. Dezember 2009 auf Fr. 1'161.-- pro Tag (inkl. Arztleistungen) festgesetzt (BVGer C-5550/2010, E. 7.5 und 23). Bezüglich der Geltungsdauer hielt es fest, dass es den Parteien - auch den Krankenversicherern - (unter dem Vorbehalt des Rechtsmissbrauchs) freistehe, für einen Zeitpunkt nach dem 1. Januar 2005 unter Berufung auf veränderte Verhältnisse eine neue Tarifrunde einzuleiten, Vertragsverhandlungen aufzunehmen und eine entsprechende Vereinbarung vom Regierungsrat genehmigen zu lassen oder beim Scheitern der Verhandlungen die hoheitliche Festsetzung eines neuen Tarifs aufgrund veränderter Umstände zu beantragen. Würden hingegen keine Verhandlungen aufgenommen bzw. kein entsprechend neuer Tarif genehmigt oder hoheitlich festgelegt, bleibe der ab dem 1. Januar 2005 geltende Tarif bis zum 31. Dezember 2009 in Kraft (vgl. BVGer C-5550/2010, E. 7.6).

3.2 Die Beklagte macht eine tarifrelevante Veränderung der Verhältnisse ab dem Jahr 2007 bzw. eine Tagespauschale von mindestens Fr. 1'445.10

ab dem Jahr 2007 geltend; sie stehe diesbezüglich mit den Krankenversicherern in Verhandlung (vgl. Klageantwort, S. 4 f. Ziff. 5).

Aus den vorliegenden Akten ergeben sich keine Anhaltspunkte dafür, dass - unter Berufung auf veränderte Verhältnisse - konkrete Vertragsverhandlungen mit den Krankenversicherern aufgenommen worden wären oder bei deren Scheitern ein neues Tariffestsetzungsverfahren eingeleitet worden wäre. Entsprechende Hinweise sind auch aus dem E-Mail-Verkehr zwischen der Klägerin und der Beklagten vom 23. Januar und 26. Februar 2013 (Akten der Klägerin [act. IB SCHG/2009/1351] 1 f.) nicht ersichtlich. Hinzu kommt, dass die Beklagte nicht substantiiert dargelegt hat - und somit nicht nachgewiesen ist -, inwiefern die Verhältnisse zwischen dem Jahr 2005 und dem Jahr 2007 in relevanter Weise verändert haben sollen. Die von der Beklagten vorliegend ins Recht gelegte Berechnung „Tagespauschale ab 2007“ (Akten der Beklagten [act. IIA SCHG/2009/1351] 2) enthält keine Faktoren, welche nicht bereits im Verfahren BVGer C-5550/2010 bekannt gewesen wären. So bildeten genau die von der Beklagten verwendeten Zahlen die Grundlage für die Berechnungen des Preisüberwachers (vgl. Anhang zum Schreiben an das Bundesamt für Justiz vom 26. April 2007; Akten der Klägerin [act. I SCHG/2009/1351] 6); dabei stimmen die Anzahl Pflgetage (4'011), Anzahl Fälle (933) und der Betrag der Anlagenutzungskosten (Fr. 552'252.--) überein. Der Preisüberwacher errechnete daraus für die allgemeine Abteilung eine Fallpauschale für die Spitalleistungen von Fr. 2'852.62 resp. für die Arztleistungen von Fr. 1'548.--. Von diesen Berechnungen hatte das Bundesverwaltungsgericht Kenntnis (vgl. BVGer C-5550/2010, E. 16.7). Vor diesem Hintergrund kann von einer Veränderung der Verhältnisse keine Rede sein. Damit bleibt der ab 1. Januar 2005 geltende Tarif (Tagespauschale von Fr. 1'161.--) bis zum 31. Dezember 2009 in Kraft (vgl. BVGer C-5550/2010, E. 7.6).

3.3 Als Zwischenergebnis ist festzuhalten, dass die Vergütung der Kosten für die stationären Behandlungen (allgemeine Abteilung) in der Klinik D. _____ in der Zeit vom 1. Januar 2005 bis 31. Dezember 2009 nach dem vom Bundesverwaltungsgericht am 6. Juli 2012 festgesetzten Tarif, Tagespauschale von Fr. 1'161.--, zu erfolgen hat.

Zu prüfen ist nachfolgend, ob bezüglich des genannten Zeitraums eine Rückerstattungspflicht dem Grundsatz nach besteht.

4.

4.1 Das am 1. Januar 1996 in Kraft getretene KVG enthält (vorbehältlich des hier nicht interessierenden Art. 56 Abs. 2 KVG betreffend die Rückforderung von Leistungen wegen unwirtschaftlicher Behandlung) - ebenso wie das bis 31. Dezember 1995 gültig gewesenen KUVG - keine Bestimmung über die Rückerstattung nicht geschuldeter Leistungen. Aufgrund dieser fehlenden gesetzlichen Regelung war bis zur Einführung des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom 6. Oktober 2000 (ATSG; SR 830.1) wie schon unter dem alten Recht (BGE 125 V 183 E. 2c S. 186 mit Hinweisen) die Rückerstattungs- und Erlassordnung von Art. 47 Abs. 1 AHVG sinngemäss anwendbar (BGE 126 V 23 E. 4a mit Hinweisen; GEBHARD EUGSTER, Krankenversicherung, in ULRICH Meyer [Hrsg.], Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Band XIV, Soziale Sicherheit, 2. Aufl. 2007, S. 615 N. 651). Diese Bestimmung wurde mit Inkrafttreten des ATSG am 1. Januar 2003 aufgehoben (Anhang ATSG Ziff. 7, AS 2002 S. 3371).

Die Rückerstattung hat ihre gesetzliche Grundlage neu in Art. 25 ATSG. Absatz 1 dieser Bestimmung, wonach unrechtmässig bezogene Leistungen zurückzuerstatten sind (Satz 1), entspricht dem bis am 31. Dezember 2002 in Kraft gewesenen aArt. 47 Abs. 1 AHVG. Mit anderen Worten sind die nach dem ATSG für die Rückerstattung massgeblichen Grundsätze aus der früheren Regelung und Rechtsprechung hervorgegangen (BGE 130 V 318 E. 5.2 S. 319; GEBHARD EUGSTER, a.a.O., S. 615 Rz. 651). Die bisher ergangene Rechtsprechung zur Rückerstattung ist damit im Grundsatz weiterhin anwendbar.

4.2 Aufgrund der Akten steht fest und ist unbestritten, dass die Beklagte bei der Rechnungstellung für die im massgeblichen Zeitraum erfolgten stationären Behandlungen der bei der Klägerin versicherten Personen einen höheren Tarif als den vom Bundesverwaltungsgericht festgelegten Tarif angewandt hat. Weiter steht unbestrittenermassen fest, dass die Klägerin

diese Rechnungen - jeweils unter Vorbehalt einer Rückforderung (bzw. unter Vorbehalt eines Vertragsabschlusses) - vollumfänglich beglichen hat. Mit den erfolgten Vergütungen entstanden somit Rückforderungsansprüche. Die von der Klägerin als nicht tarifkonform erfassten Leistungsabrechnungen betreffen insgesamt 163 Fälle; auf einige Versicherte entfallen teilweise mehrere Abrechnungen (act. IA SCHG/2009/1351 2 ff.). Die Klägerin hat die nicht korrekte Abrechnungsweise der Beklagten ausführlich dargelegt, indem sie die fraglichen Abrechnungen im Detail ausgewertet hat. Jeder beanstandeten Abrechnung vorangestellt ist eine Zusammenstellung aller - in der massgeblichen Zeit - verrechneten Beträge und eine Aufstellung der zu Unrecht vergüteten Beträge (vgl. Rechnungen; act. IA SCHG/2009/1351 4) unter jeweiliger Angabe des Differenzbetrages zu Gunsten der Klägerin (act. IA SCHG/2009/1351 2 f.). Hierbei wurden die verrechneten Tarifpositionen „mitgegebene Medikamente“ und „Hotel-Komfort Zweibettzimmer“ - zu Recht - jeweils von den Rechnungsbeträgen abgezogen, da diese durch die Tagespauschale für die stationäre Behandlung zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nicht gedeckt werden. Daran vermag - entgegen der Auffassung der Beklagten (vgl. Klageantwort, S. 5 Ziff. 6) - nichts zu ändern, dass die erwähnten Medikamentenkosten dennoch über die obligatorische Krankenpflegeversicherung (separat) abgerechnet werden können, falls sie kassenpflichtig sind. Des Weiteren wurde vom Rückforderungsbetrag der Qualitätsbeitrag von Fr. 12.-- pro Patient abgezogen (insgesamt Fr. 1'956.-- [163 x Fr. 12.--]; act. IA SCHG/2009/1351 3), da dieser nicht zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung geht. Dies wird von der Beklagten denn zu Recht auch nicht beanstandet (vgl. Klageantwort, S. 5 f. Ziff. 6). Die von der Klägerin aufgestellte Berechnung der Rückforderungssumme von insgesamt Fr. 355'966.40 (2005 bis 2008: Fr. 243'651.60; 2009: Fr. 112'314.80) ist gestützt auf die vollständig eingereichten Rechnungen (act. IA SCHG/2009/1351 4) detailliert und nachvollziehbar, weshalb darauf abzustellen ist. Im Übrigen weicht der von der Klägerin errechnete Rückforderungsbetrag (vor Abzug der Qualitätsbeiträge) von Fr. 357'922.40 (act. IA SCHG/2009/1351 3) nur marginal vom Rückforderungsbetrag der Beklagten von Fr. 357'918.-- (act. IIA SCHG/2009/1351] 1) ab. Diese Differenz von Fr. 4.40 ist primär auf die Rundung des Differenzbetrages zurückzuführen; die Klägerin hat jeweils auf den Frankenbetrag gerundet.

4.3 Im Sinne eines weiteren Zwischenergebnisses ist somit festzuhalten, dass bezüglich des Zeitraums vom 1. Januar 2005 bis 31. Dezember 2009 grundsätzlich ein Rückforderungsanspruch der Klägerin von insgesamt Fr. 355'966.40 (für 2005 bis 2008: Fr. 243'651.60; für 2009: Fr. 112'314.80) gegenüber der Beklagten besteht.

5.

Zu prüfen ist im Folgenden die Frage der Verwirkung.

5.1 Gemäss (dem analog anzuwendenden) Art. 25 Abs. 2 Satz 1 ATSG erlischt der Rückforderungsanspruch mit dem Ablauf eines Jahres, nachdem die Versicherungseinrichtung davon Kenntnis erhalten hat, spätestens aber mit dem Ablauf von fünf Jahren nach der Entrichtung der einzelnen Leistung. Diese Bestimmung entspricht dem bisherigen Recht von aArt. 47 Abs. 2 AHVG (UELI KIESER, Kommentar zum ATSG, 2. Aufl. 2009, Art. 25 N. 38; vgl. E. 4.1 hiervor). Bei dieser Frist handelt es sich um eine Verwirkungsfrist, die immer und von Amtes wegen zu berücksichtigen ist (Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 4. Februar 2014, 9C_517/2013, 9C_521/2013, E. 4.1).

5.2 Wie die Verwirkungsfrist zu wahren ist, bestimmt sich nach allgemeiner zivilprozessualer, auch im Rahmen der ursprünglichen Verwaltungspflege geltender Regel nach Bundesrecht (Entscheid des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG; heute BGer] vom 24. April 2003, K 9/00, E. 2.2).

5.2.1 Nach der Rechtsprechung wird der Eintritt der Verwirkung gehemmt, wenn innerhalb eines Jahres nach Kenntnis der Grundlage für die geltend gemachte Rückforderung die Klage beim Schiedsgericht eingereicht wird (vgl. BGer K 9/00, E. 2.2.1).

5.2.2 Hinsichtlich der Anforderungen an die Formulierung des Begehrens als Frage des Bundesrechts gilt der Grundsatz, dass eine auf Geldzahlung gerichtete Klage zu beziffern ist. Diese Regel gilt unter anderem nicht, wenn erst das Beweisverfahren die Grundlagen für die rechnerische Be-

stimmung des eingeklagten Anspruchs liefert (BGer K 9/00, E. 2.2.2; vgl. DANIEL WILLISEGGER, in Basler Kommentar, Schweizerische Zivilprozessordnung, 2. Aufl. 2013, Art. 221 ZPO N. 19).

5.3 Mit Entscheid BVGer C-5550/2010 hat das Bundesverwaltungsgericht den hier anzuwendenden Tarif festgesetzt. Ab diesem Zeitpunkt (Entscheid vom 6. Juli 2012) resp. dem Eröffnungszeitpunkt hatte die Klägerin konkrete Kenntnis von Bestand und Umfang des Rückerstattungsanspruchs (vgl. E. 5.2.1 hiavor). Mit den Eingaben vom 8. Mai 2013 (Verfahren SCHG/2009/1351 [Rückforderung pro 2005 - 2008] sowie SCHG/2011/624 [Rückforderung pro 2009]) war die einjährige relative Verwirkungsfrist gemäss Art. 25 Abs. 2 ATSG (vgl. E. 5.1 hiavor) somit gewahrt. Auch die fünfjährige absolute Verwirkungsfrist wurde mit der Klageeinreichung vom 30. Dezember 2009 (Verfahren SCHG/2009/1351) resp. 28. Juni 2011 (Verfahren SCHG/2011/624) eingehalten (vgl. E. 5.1 hiavor). Daran vermag nichts zu ändern, dass die Klägerin die Rückforderung - ursprünglich (mit den Klageeingaben vom 30. Dezember 2009 und 28. Juni 2011) - auf insgesamt Fr. 350'756.55 (Fr. 235'041.-- + Fr. 115'715.55) beziffert hat, da sich die genaue Höhe des Rückforderungsanspruchs erst nach Eröffnung des Entscheids BVGer C-5550/2010 ermitteln liess; nach Wiederaufnahme des Verfahrens hat die Klägerin die Rückforderungssumme gestützt auf den vom Bundesverwaltungsgericht festgelegten Tarif konkret berechnet und auf Fr. 355'966.40 (Fr. 243'651.60 + Fr. 112'314.80; vgl. mit Eingaben vom 8. Mai 2013) beziffert. Das Bezifferungsgebot wurde damit eingehalten (vgl. E. 5.2.2 hiavor). Weiter schadet mit Blick auf die Wahrung der Verwirkungsfrist nicht, dass die Rechtsbegehren hinsichtlich der ursprünglichen Höhe der Rückforderungssumme von Fr. 350'756.55 geändert bzw. nach oben korrigiert wurden, kann doch das Schiedsgericht gemäss Art. 92 Abs. 3 VRPG der klagenden Partei mehr zusprechen, als sie verlangt hat (MERKLI/AESCHLIMANN/HERZOG, Kommentar zum bernischen VRPG, 1997, Art. 92 N. 7 f.). Dies umso mehr, als nach Vorliegen des bundesverwaltungsgerichtlichen Tarifs die korrekt berechnete Rückforderungssumme schliesslich geltend gemacht wurde.

Nach dem Ausgeführten sind die Rückforderungsklagen somit rechtzeitig erfolgt bzw. die geltend gemachten Rückforderungsansprüche von insgesamt Fr. 355'966.40 nicht verwirkt.

5.4 Für den geschuldeten Betrag von Fr. 355'966.40 beantragt die Klägerin die Zusprache eines Verzugszinses von 5 % seit Fälligkeit (seit dem 31. Dezember 2009 für den Betrag von Fr. 243'651.60 [für 2005 bis 2008] resp. seit dem 29. Juni 2011 für den Betrag von Fr. 112'314.80 [für 2009]; vgl. Replik, S. 2).

Grundlage für die Entschädigungen der erbrachten Leistungen bilden in erster Linie Tarifverträge zwischen den Versicherern und den Leistungserbringern (Art. 46 KVG; Entscheid des EVG vom 15. November 2006, K 4/06, E. 3.1). Im vorliegenden Fall fehlt es für den hier massgebenden Zeitraum vom 1. Januar 2005 bis 31. Dezember 2009 an einem Tarifvertrag (BVGer C-5550/2010, lit. A und B [Sachverhalt]). Sodann bildet weder Art. 26 ATSG im Verhältnis zwischen sozialer Krankenversicherung und Leistungserbringer eine Grundlage für die Verpflichtung von Leistungen von Verzugszinsen, noch besteht analog zu Art. 104 Abs. 1 des Schweizerischen Obligationenrechts (OR; SR 220) eine Verzugszinspflicht (BGE 139 V 82 E. 3 S. 83 ff.). Gemäss bundesgerichtlicher Praxis ist - beim Fehlen einer tarifvertraglichen Verzugszinsregelung - die Auferlegung von Verzugszinsen im Sozialversicherungsrecht sowie in schiedsgerichtlichen Forderungsstreitigkeiten nur ausnahmsweise und in Einzelfällen gerechtfertigt. Eine Verzugszinspflicht wird in Fällen bejaht, bei denen das Rechtsempfinden in besonderer Weise berührt wird (EVG K 4/06, E. 4.1). Dies ist namentlich der Fall, wenn einer Partei trölerisches, widerrechtliches oder schuldhaftes Verhalten vorzuwerfen ist oder wenn sie das Verfahren unnötig verlängert und dadurch die Auszahlung von bereits anerkannten Ansprüchen verzögert (EVG K 4/06, E. 4.2). In casu sind keine besonderen Umstände im Sinne der Rechtsprechung, welche eine ausnahmsweise Auferlegung von Verzugszinsen rechtfertigen würden, auszumachen. Verzugszinsen auf dem geschuldeten Betrag sind folglich nicht zuzusprechen.

6.

6.1 Für das Klageverfahren werden Kosten erhoben. Die Kosten richten sich gemäss Art. 47 Abs. 3 EG KUMV nach dem Dekret betreffend die Verfahrenskosten und die Verwaltungsgebühren der Gerichtsbehörden und der Staatsanwaltschaft vom 24. März 2011 (Verfahrenskostendekret, VKD; BSG 161.12) und werden auf Fr. 6'000.-- festgesetzt. Bei diesem Ausgang des Verfahrens - die Klägerin unterliegt einzig im Nebenpunkt der Verzugszinsen und obsiegt im Hauptpunkt - sind sie vollumfänglich der Beklagten aufzuerlegen (Art. 46 Abs. 2 EG KUMV i.V.m. Art. 109 Abs. 1 VRPG) und in diesem Umfang aus dem Vorschuss der Klägerin gedeckt. Die Beklagte hat der Klägerin ihren Vorschuss in der Höhe von Fr. 6'000.-- zu ersetzen.

6.2 Die obsiegende Klägerin hat Anspruch auf Ersatz ihrer Parteikosten (Art. 109 Abs. 1 VRPG). Gemäss Art. 104 Abs. 1 VRPG umfassen die Parteikosten den durch die berufsmässige Parteivertretung anfallenden Aufwand. Die Bemessung des Parteikostenersatzes richtet sich nach den Vorschriften der Anwaltsgesetzgebung. Gestützt auf Art. 41 Abs. 1 und 4 des kantonalen Anwaltsgesetzes vom 28. März 2006 (KAG; BSG 168.11) bemisst sich der Parteikostenersatz in sozialversicherungsrechtlichen Klage- und Beschwerdeverfahren ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses, wobei der Tarifrahmen von Art. 13 der Verordnung vom 17. Mai 2006 über die Bemessung des Parteikostenersatzes (Parteikostenverordnung, PKV; BSG 168.811) zur Anwendung gelangt.

Art. 13 PKV bestimmt, dass in sozialversicherungsrechtlichen Klage- und Beschwerdeverfahren das Honorar Fr. 400.-- bis Fr. 11'800.-- pro Instanz beträgt. Gemäss Art. 16 PKV („Zuschläge“) sind in Verwaltungsrechtssachen die Art. 9 und 10 PKV anwendbar. Da Art. 13 PKV sich im 3. Abschnitt „Tarif in Verwaltungsrechtssachen“ befindet, ist davon auszugehen, dass Art. 16 auch in sozialversicherungsrechtlichen Klage- und Beschwerdeverfahren zur Anwendung gelangt. Nach Art. 9 PKV wird ein Zuschlag von bis zu 100 % auf das Honorar gewährt bei Verfahren, die besonders viel Zeit und Arbeit beanspruchen, wie namentlich bei schwieriger und zeitraubender Sammlung oder Zusammenstellung des Beweismaterials, bei grossem Aktenmaterial oder umfangreichem Briefwechsel, wenn ein we-

sentlicher Teil des Aktenmaterials oder des Briefwechsels in einer anderen als der Gerichtssprache vorliegt, oder bei besonders komplexen tatsächlichen oder rechtlichen Verhältnissen. Mangels entsprechender Regelung in Art. 13 hingegen nicht zur Anwendung gelangen die Zuschläge von Art. 11 Abs. 2 und 12 Abs. 2 PKV, m.a.W. vermögen bedeutende vermögensrechtliche Interessen in sozialversicherungsrechtlichen Klage- und Beschwerdeverfahren keinen Zuschlag zu rechtfertigen.

Rechtsanwälte B. _____ und Dr. iur. A. _____ machen in der Kostennote vom 27. Januar 2014 ein Honorar von Fr. 25'029.-- geltend. Mit Blick auf die Schriftenwechsel in den beiden Verfahren SCHG/2009/1351 sowie SCHG/2011/624 sowie den Umstand, dass im vorliegenden Verfahren mit eher komplexen tatsächlichen und rechtlichen Verhältnissen ein höherer Zeit- und Arbeitsaufwand als üblich geboten erscheint, ist vom Maximum des Tarifrahmens von Fr. 11'800.-- auszugehen und ein Zuschlag gemäss Art. 16 i.V.m. Art. 9 PKV von 90 % zu gewähren (Fr. 10'620.--), womit ein Honorar von total Fr. 22'420.-- resultiert. Hinzu kommen Auslagen in der Höhe von Fr. 675.-- sowie Mehrwertsteuer von 8 % (auf Fr. 23'095.--) von Fr. 1'848.--, womit die Parteientschädigung auf total Fr. 24'943.-- festgesetzt wird. Diesen Betrag hat die Beklagte der Klägerin zu ersetzen.

Demnach entscheidet das Schiedsgericht:

1. Die Beklagte wird verurteilt, der Klägerin den Betrag von Fr. 355'966.40 zu bezahlen.
2. Die Verfahrenskosten von Fr. 6'000.-- werden der Beklagten auferlegt und in diesem Umfang aus dem Vorschuss der Klägerin gedeckt. Die Beklagte hat der Klägerin ihren Vorschuss in der Höhe von Fr. 6'000.-- zu ersetzen.

3. Die Beklagte hat der Klägerin die Parteikosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 24'943.-- (inkl. Auslagen und MWSt.), zu ersetzen.
4. Zu eröffnen (R):
 - Rechtsanwalt Dr. A. _____ und Rechtsanwalt B. _____ z.H. der Klägerin
 - Dr. E. _____ z.H. der Beklagten
 - Bundesamt für Gesundheit

Namens des Schiedsgerichts:

Die Vorsitzende:

Die Gerichtsschreiberin:

Rechtsmittelbelehrung

Gegen dieses Urteil kann innert 30 Tagen seit Zustellung der schriftlichen Begründung beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten gemäss Art. 39 ff., 82 ff. und 90 ff. des Bundesgesetzes vom 17. Juni 2005 über das Bundesgericht (BGG; SR 173.110) geführt werden.