

## Schiedsgericht in Sozialversicherungsstreitigkeiten des Kantons Bern

**Urteil vom 9. August 2021**

Vorsitzender Verwaltungsrichter Schwegler  
Fachrichter Fürsprecher Cadotsch und Fürsprecher und Notar Kurt  
Gerichtsschreiber Germann

**Spital A. \_\_\_\_\_ AG**

vertreten durch Fürsprecher und Notar B. \_\_\_\_\_ und/oder Frau Rechts-  
anwältin C. \_\_\_\_\_

Klägerin

gegen

**Visana AG (BAG Nr. 1555)**

Juristischer Dienst, Weltpoststrasse 19, 3000 Bern 15

Beklagte

betreffend Klage vom 1. Februar 2021



## **Sachverhalt:**

### **A.**

Mit Gesuch vom 10. Juni 2020 stellte die Spital A. \_\_\_\_\_ AG beim Schiedsgericht in Sozialversicherungsstreitigkeiten des Kantons Bern den Antrag auf Durchführung einer Vermittlungsverhandlung und beantragte mit nachgebesserter Eingabe vom 6. Juli 2020, es sei die Visana AG zu verpflichten, ihr aus 25 akutgeriatrischen Fällen aus dem Jahr 2019 die Leistungen der akutgeriatrischen Behandlung von Fr. 73'039.59 und aus acht akutgeriatrischen Fällen aus dem Jahr 2020 die Leistungen der akutgeriatrischen Behandlung von Fr. 17'329.62 zu bezahlen (Verfahren SCHG/2020/448). In der Folge erzielten die Parteien an der Vermittlungsverhandlung vom 2. November 2020 keine Einigung. Der Spital A. \_\_\_\_\_ AG wurde mit Urteil vom selben Tag die Klagebewilligung erteilt (Akten der Spital A. \_\_\_\_\_ AG [act. I], 3).

### **B.**

Mit Eingabe vom 1. Februar 2021 (Verfahren SCHG/2021/102) reichte die Spital A. \_\_\_\_\_ AG (nachfolgend Klägerin), vertreten durch Fürsprecher und Notar B. \_\_\_\_\_ und Rechtsanwältin C. \_\_\_\_\_, gegen die Visana AG (nachfolgend Beklagte) Klage ein (pag. 2-9). Sie stellte das folgende Rechtsbegehren:

Die Beklagte sei zu verurteilen, der Klägerin den Betrag von Fr. 91'779.-- zuzüglich Zins zu 5% seit 6. Juli 2020 zu bezahlen.

Unter Kosten- und Entschädigungsfolgen

In der Begründung machte sie zusammengefasst geltend, die Beklagte sei verpflichtet, der Klägerin die im Bereich geriatrische Akutrehabilitation erbrachten Leistungen nach Massgabe der SwissDRG-Fallpauschalen (Diagnosis Related Group) gemäss den Positionen A95A-G (Geriatrische Akutrehabilitation) zu entschädigen.

Mit Klageantwort vom 6. April 2021 (pag. 20-30) stellte die Beklagte die folgenden Rechtsbegehren:

1. Die Klage vom 1. Februar 2021 sei vollumfänglich abzuweisen.
2. Eventualiter, soweit das Schiedsgericht die Klage gutheisst, ist der Anspruch mit der Forderung der Beklagten in der Höhe von Fr. 8'550.40 zzgl. Zins von 5% seit 11. August 2020 zu verrechnen.
3. Alles unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zulasten der Klägerin.

In der Begründung macht die Beklagte im Wesentlichen geltend, da die Behandlung nicht unter fachärztlicher Behandlungsleitung eines Schwerpunkträgers Geriatrie erfolgt sei, könne die Klägerin nicht nach Massgabe der SwissDRG-Codes A95A-G fakturieren. In Bezug auf das Eventualbegehren bringt die Beklagte vor, sie habe in fünf Fällen aufgrund der Umkodierung mehr als den ursprünglich in Rechnung gestellten Betrag bezahlt. Der Betrag in der Höhe von Fr. 8'550.40 sei im Falle ihres Unterliegens mit dem (von ihr bestrittenen) eingeklagten Betrag zu verrechnen, womit ein allfälliger Forderungsbetrag von Fr. 79'456.55 verbleibe.

Mit Replik vom 25. Mai 2021 (pag. 41-45) modifizierte die Klägerin ihr Rechtsbegehren wie folgt:

Die Beklagte sei zu verurteilen, der Klägerin einen Betrag von Fr. 79'456.55 zuzüglich Zins zu 5% seit 6. Juli 2020 zu bezahlen.

Unter Kosten- und Entschädigungsfolgen

In der Begründung hält die Klägerin im Wesentlichen an den klageweise vorgebrachten Standpunkten fest.

Mit Duplik vom 16. Juni 2021 (pag. 48-50) passte die Beklagte die Rechtsbegehren wie folgt an:

1. Die Klage vom 1. Februar 2021 sei vollumfänglich abzuweisen.
2. Eventualiter, soweit das Schiedsgericht die Klage gutheisst, ist der Anspruch mit dem seit 11. August 2020 bis 25. Mai 2021 aufgelaufenen Zins von 5% auf der von der Klägerin in der Replik vom 25. Mai 2021 anerkannten Forderung von Fr. 8'550.40, sich belaufend auf Fr. 336.15, zu verrechnen.
3. Alles unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zulasten der Klägerin.

In der Begründung bestätigte die Beklagte das in der Klageantwort Vorgebrachte.

Mit prozessleitender Verfügung vom 30. Juni 2021 (pag. 52 f.) schloss der Instruktionsrichter das Beweisverfahren und den Schriftenwechsel. Gleichzeitig gab er den Parteien die Besetzung des Schiedsgerichts im vorliegenden Verfahren bekannt.

## **Erwägungen:**

### **1.**

#### **1.1**

**1.1.1** Gemäss Art. 89 Abs. 1 des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (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 vom 6. Juni 2000 betreffend die Einführung der Bundesgesetze über die Kranken-, die Unfall- und die Militärversicherung [EG KUMV; BSG 842.11]).

**1.1.2** Im vorliegenden Verfahren ist eine Streitigkeit zwischen einer Leistungserbringerin und einem Krankenversicherer zu beurteilen, weshalb das Schiedsgericht sachlich zuständig ist. Ferner hat die Klägerin ihren Sitz in Bern, womit auch die örtliche Zuständigkeit gegeben ist (Art. 89 Abs. 2 KVG). Schliesslich sind die Rechtsvertreter der Klägerin ordnungsgemäss bevollmächtigt (act. I 1; Art. 15 des kantonalen Gesetzes vom 23. Mai 1989 über die Verwaltungsrechtspflege [VRPG; BSG 155.21]). Auf die form- (Art. 46 Abs. 2 EG KUMV i.V.m. Art. 32 Abs. 2 und 3 VRPG) und – mit Blick auf die Klagebewilligung vom 2. November 2020 (act. I 3) – fristgerecht eingereichte Klage vom 1. Februar 2021 (Art. 45 Abs. 3 EG KUMV) ist somit einzutreten.

**1.2** Die Bestimmungen des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) finden gemäss Art. 1 Abs. 2 lit. e KVG beim Verfahren vor dem kantonalen Schiedsgericht (Art. 89 KVG) keine Anwendung. Das KVG schreibt vor, dass das Verfahren einfach und rasch zu sein und das Schiedsgericht die für den Entscheid erheblichen Tatsachen unter Mitwirkung der Parteien festzustellen hat, wobei es die notwendigen Beweise erhebt und in der Beweiswürdigung frei ist (Art. 89 Abs. 5 KVG). Der Kanton regelt das Weitere (Art. 89 Abs. 5 Halbsatz 1 KVG). Das Klageverfahren richtet sich vorbehältlich abweichender Regelungen des EG KUMV (Art. 46 Abs. 2 EG KUMV) nach dem VRPG.

**1.3** Im Klageverfahren ergibt sich der Streitgegenstand einzig aus den Rechtsbegehren der Klage, und allenfalls, soweit zulässig, der Widerklage (vgl. BGE 135 V 23 E. 3.1 S. 26). Innerhalb des Streitgegenstands ist das Schiedsgericht in Sozialversicherungsstreitigkeiten in Durchbrechung der Dispositionsmaxime an die Begehren der Parteien nicht gebunden (vgl. Art. 46 Abs. 2 EG KUMV i.V.m. Art. 84 Abs. 3 VRPG). Das Gericht würdigt die Vorbringen der Parteien in tatsächlicher und rechtlicher Hinsicht nach pflichtgemäsem Ermessen. Es kann unter Wahrung des rechtlichen Gehörs zu Ungunsten der klagenden Partei entscheiden oder dieser mehr zusprechen, als sie verlangt hat (Art. 46 Abs. 2 EG KUMV i.V.m. Art. 92 Abs. 1 und 3 Satz 2 VRPG).

Streitig und zu prüfen ist – gemäss replicando modifiziertem Rechtsbegehren (pag. 42) – ob die Beklagte der Klägerin für Behandlungen im Rahmen geriatrischer Akut Rehabilitation für das Jahr 2019 sowie den Zeitraum vom 1. Januar bis 26. August 2020 (vgl. pag. 6 f.; pag. 24, Rz. 20) den Betrag von Fr. 79'456.55 zuzüglich Zins zu 5% seit 6. Juli 2020 erstatten muss und dabei insbesondere die Frage, ob die Abgeltung nach Massgabe der Positionen A95A-G (Geriatrische Akut Rehabilitation) gemäss Fallpauschalen-Katalog SwissDRG-Versionen 8.0 und 9.0 zu erfolgen hat.

**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. 56 Abs. 4 des kantonalen Gesetzes vom 11. Juni 2009 über die Organisation der Gerichtsbehörden und der Staatsanwaltschaft [GSOG; BSG 161.1]; vgl. auch Art. 89 Abs. 4 Sätze 2 und 3 KVG).

## **2.**

### **2.1**

**2.1.1** Die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) übernimmt die Kosten für die Leistungen gemäss den Art. 25-31 nach Massgabe der in den Art. 32-34 festgelegten Voraussetzungen (Art. 24 Abs. 1 KVG). Zur Tätigkeit zu Lasten der OKP sind die Leistungserbringer zugelassen, welche die Voraussetzungen nach den Art. 36-40 erfüllen (Art. 35 Abs. 1 KVG).

**2.1.2** Anstalten oder deren Abteilungen, die der stationären Behandlung akuter Krankheiten oder der stationären Durchführung von Massnahmen der medizinischen Rehabilitation dienen (Spitäler), sind gemäss Art. 39 Abs. 1 KVG zugelassen, wenn sie die in lit. a-f aufgelisteten Kriterien erfüllen. Nach lit. d erfolgt die Zulassung der Spitäler u.a., wenn sie der von einem oder mehreren Kantonen gemeinsam aufgestellten Planung für eine bedarfsgerechte Spitalversorgung entsprechen. Damit besteht eine bundesrechtliche Pflicht zur Spitalplanung für den Bereich der OKP. Die Spitalplanung selbst liegt jedoch in der ausschliesslichen Zuständigkeit der Kantone und wird durch kantonales Recht geregelt (BGE 125 V 448 E. 3b S. 454). Im Kanton Bern ist nach Art. 6 Abs. 1 des Spitalversorgungsgesetzes vom 13. Juni 2013 (SpVG; BSG; 812.11) die Gesundheits-, Sozial- und Integrationsdirektion (GSI; vormals Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern GEF) für die Planung der Versorgung der Bevölkerung mit Leistungen nach Art. 2, so u.a. betreffend die Spitalversorgung (vgl. Art. 2 Abs. 1 lit. a SpVG), zuständig.

## **2.2**

**2.2.1** Die Leistungserbringer erstellen ihre Rechnungen nach Tarifen oder Preisen (Art. 43 Abs. 1 KVG). Der Tarif ist eine Grundlage für die Berechnung der Vergütung; er kann namentlich pauschale Vergütungen vorsehen (Pauschaltarif [Abs. 2 lit. c]). Der Pauschaltarif kann sich auf die Behandlung je Patient oder Patientin (Patientenpauschale) oder auf die Versorgung je Versichertengruppe (Versichertenpauschale) beziehen. Versichertenpauschalen können prospektiv aufgrund der in der Vergangenheit erbrachten Leistungen und der zu erwartenden Bedürfnisse festgesetzt werden (prospektives Globalbudget [Abs. 3]). Bei Fallpauschalen wird die Gesamtheit der medizinischen Leistungen, welche für die Behandlung einer Erkrankung mit bestimmter Diagnose notwendig sind, mit einem pauschalen Betrag abgegolten (GEBHARD EUGSTER, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum KVG, 2. Auflage, 2018, Rz. 1 zu Art. 49).

**2.2.2** Nach Art. 49 Abs. 1 KVG vereinbaren die Vertragsparteien für die Vergütung der stationären Behandlung einschliesslich Aufenthalt und Pflegeleistungen in einem Spital (Art. 39 Abs. 1) Pauschalen. In der Regel sind Fallpauschalen festzulegen. Die Pauschalen sind leistungsbezogen und beruhen auf gesamtschweizerisch einheitlichen Strukturen. Die Vertragsparteien können vereinbaren, dass besondere diagnostische oder therapeutische Leistungen nicht in der Pauschale enthalten sind, sondern getrennt in Rechnung gestellt werden. Die Spitaltarife orientieren sich an der Entschädigung jener Spitäler, welche die tarifierte obligatorisch versicherte Leistung in der notwendigen Qualität effizient und günstig erbringen. Nach Abs. 2 setzen die Tarifpartner gemeinsam mit den Kantonen eine Organisation ein, die für die Erarbeitung und Weiterentwicklung sowie die Anpassung und Pflege der Strukturen zuständig ist. Zur Finanzierung der Tätigkeiten kann ein kostendeckender Beitrag pro abgerechnetem Fall erhoben werden. Die Spitäler haben der Organisation die dazu notwendigen Kosten- und Leistungsdaten abzuliefern. Fehlt eine derartige Organisation, so wird sie vom Bundesrat für die Tarifpartner verpflichtend eingesetzt. Die von der Organisation erarbeiteten Strukturen sowie deren Anpassungen werden von den Tarifpartnern dem Bundesrat zur Genehmigung unterbrei-

tet. Können sich diese nicht einigen, so legt der Bundesrat die Strukturen fest.

**2.3** Die Vereinbarung der stationären Pauschalen erfolgt auf zwei Ebenen:

**2.3.1** Die erste Ebene bildet der Vertrag über die Tarifstruktur (WALDNER/EGLI, Basler Kommentar Krankenversicherungsgesetz/Krankenversicherungsaufsichtsgesetz, 2020, N. 10 zu Art. 49 KVG). Für den Bereich der akutstationären Behandlungen hat die SwissDRG AG, die Organisation der Tarifpartner i.S.v. Art. 49 Abs. 2 KVG, die Tarifstruktur SwissDRG entwickelt. SwissDRG kommt bei allen stationären Akut-Aufenthalten in Akutspitälern, Akutabteilungen und Geburtshäusern sowie allen stationären Palliativbehandlungen zur Anwendung (WALDNER/EGLI, a.a.O., N. 31 zu Art. 49 KVG). Bei einer SwissDRG-Vergütung wird jeder Patient eines Spitals einer Fallgruppe zugeteilt. Die dabei massgebenden Informationen sind die Hauptdiagnose sowie die Nebendiagnosen nach der Diagnoseklassifikation ICD-10 GM und die chirurgischen und diagnostischen Eingriffe nach der Schweizerischen Operationsklassifikation CHOP (nachfolgend CHOP) sowie weitere Faktoren wie das Alter, das Geschlecht, die Austrittsart, das Geburtsgewicht (bei Neugeborenen) und die Beatmungstunden (bei intensivmedizinischen Patienten [GEBHARD EUGSTER, Krankenversicherung, in: Soziale Sicherheit, SBVR Bd. XIV, 3. Aufl. 2016, S. 713 Rz. 1021]).

**2.3.2** Auf der zweiten Ebene erfolgt die Vereinbarung von Pauschalen in den Tarifverträgen im engeren Sinne (WALDNER/EGLI, a.a.O., N. 11 zu Art. 49 KVG). Die Tarifpartner (Versicherer und Spitäler) bestimmen für jedes Spital (allenfalls jede Spitalgruppe und/oder alle Spitäler einer gleichen Versorgungsstufe) einen Basispreis. Dieser bezeichnet den Betrag, der für einen Behandlungsfall bezahlt wird, dessen Kostengewicht 1.0 beträgt. Der Vergütungsbetrag für einen bestimmten Fall wird berechnet, indem das Kostengewicht der SwissDRG, welcher der betreffende Fall zugeteilt ist, mit dem Basispreis multipliziert wird (EUGSTER, a.a.O., S. 714 Rz. 1025). Dabei ist die genehmigte Tarifstruktur gemäss dem Vertrag auf der ersten Ebene auf dieser zweiten Ebene zum integralen Vertragsbestandteil zu erheben,

was eine Voraussetzung für die Genehmigungsfähigkeit des Tarifvertrages i.e.S. bildet (WALDNER/EGLI, a.a.O., N. 11 zu Art. 49 KVG).

Vorliegend regelt der zwischen verschiedenen Leistungserbringern – darunter der Klägerin – und diversen Versicherern – so auch der Beklagten – im März bzw. Juni 2018 unterzeichnete und ab 1. Januar 2018 gültige Tarifvertrag Nr. 10.500.1459A (act. I 8) die Leistungsabgeltung nach SwissDRG für akutstationäre Behandlungen.

### **3.**

#### **3.1**

**3.1.1** Es ist unbestritten und steht fest, dass die Klägerin im hier streit betroffenen Zeitraum (vgl. E. 1.3 vorne) gestützt auf die Verfügung des Regierungsrats vom 8. Mai 2019 in Bezug auf die beiden Standorte ... und ... einen an keine Befristungen, Auflagen und Bedingungen geknüpften Leistungsauftrag für Akutgeriatrie (GER Akutgeriatrie Kompetenzzentrum) hatte (act. I 4 E. 2.11.1.1 S. 14-16 sowie Anhang S. 50). Die Klägerin hat denn auch in den Jahren 2019 und 2020 unter der fachlichen Verantwortung des Chefarztes der Allgemeinen Inneren Medizin Patienten im Rahmen einer geriatrischen Akutrehabilitation stationär betreut (vgl. pag. 4, Rz. 4; pag. 27, Rz. 34 f.). Dieser verfügte jedoch unbestrittenermassen bis zum 26. August 2020 nicht über den Schwerpunkttitel Geriatrie (Erteilung am 27. August 2020, vgl. pag. 24, Rz. 20), welcher Umstand – was ebenso ausser Streit steht – nicht die Zulässigkeit der Leistungserbringung an sich, sondern allein die Frage beschlägt, welchem Kostengewicht der SwissDRG die in Rechnung gestellten Leistungen zuzurechnen respektive nach welchen SwissDRG-Positionen diese zu fakturieren sind (pag. 4, Rz. 5; pag. 6 f.; pag. 26, Rz. 29; pag. 49, Rz. 46).

**3.1.2** Während die Klägerin die SwissDRG-Positionen A95A-G (Geriatrische Akutrehabilitation) als relevante Abrechnungsgrundlage erachtet, beruft sich die Beklagte auf die Massgeblichkeit der CHOP und macht geltend, die Codierung mit deren Prozedurencodes sei für alle schweizerischen Spitäler einheitlich festgehalten worden und obligatorisch. Die Spitä-

ler seien von Gesetzes wegen verpflichtet sich nach den gemäss Richtlinien des Bundesamtes für Statistik (BFS) gültigen vorgegebenen Klassifikationen zu richten und das Kodierungshandbuch zu verwenden, das der offizielle Leitfaden der Kodierrichtlinien in der Schweiz sei. Die Klägerin sei nicht berechtigt, die fraglichen Behandlungen mit der CHOP 93.89.9x "geriatrische-frührehabilitative Komplexbehandlung" zu kodieren, da sie das Mindestmerkmal Punkt 4, Behandlungsteam: Behandlung durch ein in Geriatrie spezialisiertes Team unter fachärztlicher Behandlungsleitung eines Schwerpunkträgers Geriatrie (FMH), nicht erfülle (pag. 28, Rz. 41 f.). Indem die CHOP-Mindestmerkmale nicht erfüllt seien, habe die Klägerin auch nicht nach den SwissDRG-Positionen A95A-G abrechnen dürfen (pag. 49, Rz. 46 f.).

Demgegenüber verweist die Klägerin darauf, dass die damalige GEF (heute GSI) in Ziffer 4.2.30 der "Anforderungen und Erläuterungen des Kantons Bern zuhanden der Listenspitäler und Listengeburtshäuser zu den Leistungsaufträgen gemäss den Spitalplanungsleistungsgruppen Akutsomatik" (nachfolgend Anforderungen und Erläuterungen SPLG Akutsomatik BE; Version 2017\_02.00 [act. I 5]) die Leistungserbringer vorübergehend von der Erfüllung des Merkmals der Leistung unter der Leitung eines Facharztes Schwerpunkt Geriatrie entbunden habe (pag. 8, Rz. 16). Damit habe der Kanton die Klägerin mit dem Leistungsauftrag auch ermächtigt, die entsprechenden Leistungen gegenüber dem Kanton und den Versicherern unter dem Titel geriatrische Akuterehabilitation gemäss den Mindestmerkmalen der CHOP zur Position 93.89.9 (vgl. pag. 5, Rz. 7) abzurechnen (pag. 8, Rz. 13). Die Beklagte sei folglich verpflichtet, der Klägerin die im Bereich geriatrische Akuterehabilitation erbrachten Leistungen nach Massgabe der SwissDRG-Positionen A95A-G zu entschädigen (vgl. pag. 9, Rz. 19).

### **3.2**

**3.2.1** Die CHOP wird zur Verschlüsselung von Operationen und Behandlungen verwendet. Die Verantwortung für die Erstellung der Klassifikation liegt beim BFS. Im Rahmen der Medizinischen Statistik werden jährlich in allen Krankenhäusern und Kliniken der Schweiz sämtliche stationäre Spitalaufenthalte erfasst. Die Erhebung umfasst unter anderem die Dia-

gnosen und Behandlungen jeder Patientin und jedes Patienten. Um diese Informationen weiterverarbeiten zu können, werden sie kodiert. Dazu werden die ICD-10-GM für die Diagnosen und die CHOP für die Behandlungen verwendet. Die Kodierung der Diagnosen und Behandlungen unterliegt präzisen Richtlinien. Der Bereich Medizinische Kodierung und Klassifikationen des BFS redigiert, überprüft und passt diese Richtlinien allenfalls an, pflegt die genannten Klassifikationen und unterstützt alle, die sich mit der Kodierung befassen (vgl. <[www.bfs.admin.ch/bfs](http://www.bfs.admin.ch/bfs)> -> Statistiken finden -> Kataloge und Datenbanken -> Publikationen; ferner Anhang Ziffer 62 der Verordnung vom 30. Juni 1993 über die Durchführung von statistischen Erhebungen des Bundes [Statistikerhebungsverordnung; SR 431.012.1]). Diese Daten bilden insbesondere auch die Grundlage zur Anwendung und Weiterentwicklung der SwissDRG-Tarifstruktur (vgl. E. 2.3.1 vorne; [www.swissdrg.org](http://www.swissdrg.org) -> akutsomatik -> datenerhebung -> medizinische-statistik).

Der (hier allein interessierende) CHOP-Code 93.89.9x (Geriatrische Akut-rehabilitation, nach Anzahl Behandlungstage) bestimmt in den Versionen 2019 und 2020 unter Mindestmerkmal Punkt 4, Behandlungsteam, was folgt: "Behandlung durch ein in Geriatrie spezialisiertes Team unter fachärztlicher Behandlungsleitung eines Schwerpunktträgers Geriatrie (FMH)" (act. II 11 f.).

**3.2.2** Zwischen November 2016 und März 2017 überprüfte eine aus Vertretern der Spitalverbände von "die-spitaeler.be" und vom "Verband der Privatspitäler des Kantons Bern (VPSB)" einerseits und der GEF andererseits bestehende Arbeitsgruppe (ASLA) im Auftrag des Berner Regierungsrates die für die Ausgestaltung der Leistungsaufträge der Berner Spitäler bis anhin massgeblichen Anforderungen der Zürcher Leistungsgruppensystematik (vgl. Faktenblatt der GEF vom 3. Juli 2017 [act. II 4] S. 2). Dabei bestand der Auftrag der ASLA darin, die Zürcher Anforderungen punktuell an Berner Verhältnisse anzupassen respektive Berner Anforderungen als Grundlage für die Spitalliste Akutsomatik 2019 des Kantons Bern zu entwickeln (vgl. act. I 4 E. 2.4 S. 8). Jedoch wurden die Zürcher Anforderungen nicht grundsätzlich bestritten. Um die Vergleichbarkeit der Planungen unter den Kantonen nicht zu gefährden, wurden die Anforderungen des Kantons

Zürich, die gemäss der ASLA unverändert bleiben sollten, auch unverändert übernommen. Insbesondere waren die ICD- und CHOP-Kataloge des Kantons Zürich von den Änderungen ausgeschlossen und wurden für die Spitalliste Akutsomatik Bern als weiterhin verbindlich erachtet (a.a.O.; vgl. auch act. I 5 Ziff. 1 S. 4). Schliesslich wurden insgesamt 24 Empfehlungen zur Anpassung der Zürcher Leistungsgruppensystematik abgegeben. Auf dieser Basis errichtete die damalige GEF die neue Berner Leistungsgruppensystematik (act. II 4 S. 2 f.), deren Ausgestaltung in den Anforderungen und Erläuterungen SPLG Akutsomatik BE (act. I 5) erfolgte. Ihr Zweck bestand und besteht darin, die gesetzlichen und planerischen Grundlagen, welche der Spitalliste Akutsomatik des Kantons Bern zugrunde liegen, zuhanden der Listenspitäler und Listengeburtshäuser des Kantons Bern zu erläutern (act. I 5 Ziff. 2.1 S. 6).

In Bezug auf die hier interessierenden "Anforderungen an ein Kompetenzzentrum Akutgeriatrie" (Version 2017\_02.00) wurde in Ziff. 4.2.30 (act. I 5 S. 23 f.) festgehalten, pro akutgeriatisches Bett müsse künftig eine "Fachärztin oder ein Facharzt Geriatrie oder Allgemeinmedizin mit Schwerpunkt Geriatrie" mindestens im zeitlichen Umfang von fünf Stellenprozenten verfügbar sein. Folglich müssten Spitäler mit 20 akutgeriatischen Betten über einen oder mehrere Fachärztinnen oder Fachärzte Geriatrie oder Allgemeinmedizin mit Schwerpunkt Geriatrie mit insgesamt mindestens 100 Stellenprozenten verfügen. Weiter wurde (in dunkelroter Schrift und damit in Abweichung zu den Zürcher Anforderungen [vgl. Ziff. 4 S. 10]) festgehalten, im Kanton Bern seien zum heutigen Zeitpunkt noch nicht genügend Fachärztinnen und Fachärzte Allgemeine Innere Medizin inkl. Schwerpunkt Geriatrie vorhanden. Um diesem Umstand Rechnung zu tragen, könnten die fachärztlichen Anforderungen für den Leistungsauftrag GER Akutgeriatrie Kompetenzzentrum auch mit dem Leistungsauftrag BP Basispaket erfüllt werden. Neben dem Facharztstitel "Allgemeine Innere Medizin, inkl. Schwerpunkt Geriatrie" könne die Leistung deshalb auch von Fachärztinnen und Fachärzten Allgemeine Innere Medizin erbracht werden (S. 24).

**3.3** Wie die Beklagte zutreffend ins Feld führt (pag. 22, Rz. 8), geht es somit vorliegend um die Frage, ob die in den Anforderungen und Erläuterungen SPLG Akutsomatik BE (act. I 5) festgehaltene Erleichterung die

betroffenen Spitäler dazu berechtigt, für die geriatrische Akutrehabilitation nach Massgabe der CHOP 93.89.9x kodieren respektive gemäss den SwissDRG-Positionen A95A-G abrechnen zu dürfen. Dies ist – mit der Beklagten – zu verneinen:

**3.3.1** Die Abrechnung von Leistungen nach SwissDRG setzt das Vorliegen eines kantonalen Leistungsauftrags voraus, welcher die betroffene Behandlung abdeckt (WALDNER/EGLI, a.a.O., N. 31 zu Art. 49 KVG). Dies ändert jedoch nichts daran, dass zwischen der Spitalplanung und dem auf kantonaler Ebene erteilten Leistungsauftrag einerseits (vgl. E. 2.1.2 und E. 3.2.2 vorne) und den bundesrechtlich geregelten einheitlichen Tarifstrukturen zur Abgeltung der erbrachten Leistungen (vgl. E. 2.2 f. vorne) andererseits zu unterscheiden ist. Aufgrund dessen werden die Leistungen gesamtschweizerisch über die Regionen und Grenzen der Spitaltypen und -kategorien hinaus vergleichbar und transparent (GEBHARD EUGSTER, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum KVG, 2. Auflage, 2018, Rz. 4 zu Art. 49). Mit andern Worten soll das SwissDRG-System für alle Kantone und alle Versicherten rechtsgleich über die ganze Schweiz die Leistungsabrechnung regeln.

**3.3.2** Wie dargelegt (vgl. E. 2.3.1 vorne), wird bei einer SwissDRG-Vergütung jeder Patient eines Spitals einer Fallgruppe zugeteilt. Dabei dienen als massgebende Informationen u.a. auch die chirurgischen und diagnostischen Eingriffe gemäss CHOP. Auch bilden deren entsprechenden Prozedurencodes eine notwendige Grundlage zur Weiterentwicklung der SwissDRG-Tarifstruktur (vgl. E. 3.2.1 vorne).

Der hier relevante CHOP-Code 93.89.9x (Geriatrische Akutrehabilitation, nach Anzahl Behandlungstagen – in den vorliegend massgebenden Fassungen von 2019 und 2020; vgl. act. II 11 f.) setzt unter "Mindestmerkmal Punkt 4, Behandlungsteam" die Behandlung durch ein in Geriatrie spezialisiertes Team unter fachärztlicher Behandlungsleitung eines Schwerpunktträgers Geriatrie (FMH) voraus. Auch im DRG-System wurde eine entsprechende Prozedur unter dem Begriff "Geriatrische Akutrehabilitation" definiert (in den SwissDRG-Versionen 1.0-7.0 noch als "geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung" bezeichnet; vgl. dazu DANIEL GROB, Das DRG-System: Chance oder Risiko für hochbetagte Spitalpatientinnen? In

HILL 2011 II Nr. 1). Sowohl in grundsätzlicher wie auch in konkreter Hinsicht folgt daraus, dass die Abrechnung nach einer bestimmten SwissDRG-Position die vorgängige Erbringung der zugrundeliegenden Leistungen nach Massgabe der schweizweit einheitlichen Kriterien voraussetzt. Diese werden u.a. von den ICD-10 und der CHOP definiert (vgl. E. 2.3.1 und 3.2.1 vorne). Mit diesen Regelungen soll gerade nicht die Leistungserbringung an sich, sondern die nach normativen Kriterien überprüfbare Leistungserbringung abgegolten werden. Die einzelnen Vorgaben, insbesondere wie das für die hier zur Diskussion stehenden Leistungen zuständige Behandlungsteam zusammengesetzt sein muss, damit nach Massgabe der CHOP-Position 93.89.9x kodiert und in der Folge auf der Grundlage der entsprechenden SwissDRG-Position abgerechnet werden darf, sind damit nicht abhängig von kantonalen Regelungen. Insoweit trifft die Losung der Klägerin, Leistungsauftrag und Abrechnung seien untrennbar verbunden (pag. 8, Rz. 14), in dieser Absolutheit nicht zu bzw. sie gilt nur unter dem Vorbehalt der Einhaltung der bundesweit gültigen Kriterien, hier insbesondere der Kodierung von Behandlungen nach Massgabe der CHOP (vgl. E. 3.2.1 vorne). Dies muss gerade dann gelten, wenn – wie vorliegend – die Anforderungen an die Zusammensetzung des Behandlungsteams unterschritten wurden, steht doch ausser Frage, dass die Klägerin die fachliche Verantwortung im Bereich der akutgeriatrischen Rehabilitation im hier relevanten Zeitraum (bis am 26. August 2020) einem Facharzt der Allgemeinen Inneren Medizin zugewiesen hatte, welcher nicht über den Weiterbildungstitel Schwerpunkt Geriatrie verfügte (pag. 4, Rz. 4). Die entsprechende, grundsätzlich drei Jahre dauernde Weiterbildung (vgl. [www.sgaim.ch](http://www.sgaim.ch)->Weiterbildung->Schwerpunkt Geriatrie) bildet jedoch offenkundig eine wichtige (qualitative) Voraussetzung für den Umgang mit den spezifischen Anforderungen, welche sich in Zusammenhang mit der geriatrischen Akutrehabilitation stellen, andernfalls es der Aufnahme des Mindestmerkmals Punkt 4 in der CHOP, an welchem auch 2018 ausdrücklich festgehalten wurde (vgl. Rundschreiben für Kodiererinnen und Kodierer: 2018 /Nr. 2 [act. II 8] Ziff. 3.6 S. 4), nicht bedurft hätte. Nichts Anderes folgt aus den Anforderungen und Erläuterungen SPLG Akutsomatik BE der GEF (Version 2017\_02.00), welche klar die Wichtigkeit der Fachleitung durch einen Geriater betont und weiter festhält, dass Spitäler mit 20 akutgeriatrischen Betten über einen oder mehrere Fachärzte Geriatrie oder

Allgemeinmedizin mit Schwerpunkt Geriatrie verfügen *müssen* (act. I 5 Ziff. 4.2.30 S. 24). Die (vorübergehende) Reduktion der fachlichen Anforderungen im Zusammenhang mit der Aufnahme auf die Spitalliste durch Zulassung von Ärzten, die ausschliesslich über den Facharzttitel der Allgemeinen Inneren Medizin verfügen, ist denn auch einzig dem begrenzten Angebot an Fachärzten mit dem Schwerpunkttitel Geriatrie geschuldet. Daraus lässt sich jedoch nicht auf eine abrechnungsrelevante Äquivalenz der Leistungserbringung dergestalt schliessen, dass die Leistungen ungeachtet der Erfüllung der CHOP-Kriterien kodiert und in der Folge in Rechnung gestellt werden dürften. Denn angesichts der Tatsache, dass (u.a.) die CHOP Grundlage zur Anwendung und Weiterentwicklung der (bundesweit massgeblichen) SwissDRG bildet, wäre ein solches Vorgehen nicht mit den bundesrechtlichen Vorgaben an die Kantone betreffend Erhebung der medizinischen Statistik, welche zwingend die korrekte Verschlüsselung der Behandlungen nach Massgabe der CHOP vorsieht (Anhang 62 der Statistikerhebungsverordnung; vgl. E. 3.2.1 vorne), vereinbar. Folglich muss die kodierte mit der effektiv erbrachten Leistung übereinstimmen, ansonsten auch die in Art. 127 Abs. 1 SpVG vorgesehene vergleichende Überprüfung der Leistungen der Spitäler kaum möglich wäre. Zudem hätte das von der Klägerin postulierte Vorgehen eine Wettbewerbsverzerrung gegenüber denjenigen Institutionen zur Folge, welche die kostenrelevanten Vorgaben einhalten – dies verbunden mit der Gefahr, dass diese Institutionen ihrerseits ihre Versorgungsqualität entsprechend (negativ) anpassen.

**3.3.3** Aus dem Dargelegten folgt, dass selbst wenn die kantonalen Behörden anlässlich der Erteilung des kantonalen Leistungsauftrags vom 8. Mai 2019 (act. I 4) der Auffassung gewesen wären, dass die Klägerin trotz fehlender Erfüllung der Kriterien gemäss CHOP-Code 93.89.9x entsprechend hätte kodieren und in der Folge fakturieren dürfen (vgl. jedoch E. 3.4.1 hinten), die Klägerin daraus nichts zu ihren Gunsten ableiten könnte, da es dem Kanton versagt ist, eine für die Beklagte massgebliche Ausnahme bei der Leistungsvergütung zu machen.

**3.4** Auch anderweitig ergibt sich keine Grundlage, welche es der Klägerin erlaubt, im streitigen Zeitraum (vgl. E. 1.3 vorne) trotz fehlender Erfül-

lung der massgeblichen Kriterien gemäss den SwissDRG-Positionen A95A-G zu fakturieren:

**3.4.1** So war der mit Verfügung des Regierungsrates vom 8. Mai 2019 (act. I 4) erteilte Leistungsauftrag für Akutgeriatrie (GER Akutgeriatrie Kompetenzzentrum) in Bezug auf die beiden Standorte ... und ... zwar an keine Befristungen, Auflagen und Bedingungen geknüpft (vgl. E. 3.1.1 vorne). Jedoch wurde unter Bezugnahme auf die Anforderungen und Erläuterungen SPLG Akutsomatik BE (vgl. E. 3.4.2 sogleich) ausdrücklich festgehalten, dass die ICD- und CHOP-Kataloge des Kantons Zürich von den Anpassungen der Zürcher Anforderungen an Berner Verhältnisse (vgl. E. 3.2.2 vorne) ausgenommen respektive Letztere für die Spitalliste Akutsomatik Bern weiterhin verbindlich sind (act. I 4 E. 2.4 S. 8).

**3.4.2** Nichts Anderes folgt aus den Grundlage der Verfügung des Regierungsrates vom 8. Mai 2019 (act. I 4) bildenden Anforderungen und Erläuterungen SPLG Akutsomatik BE, welche ausschliesslich die Voraussetzungen der Leistungserbringung betreffen, wohingegen sie keine von den allgemeinen Anforderungen abweichende Regelung betreffend die Abrechnung der Leistungen enthalten respektive sich in Bezug auf die für eine bestimmte Leistung anwendbaren Tarifpositionen nicht äussern, auch nicht im hier massgeblichen Kontext der Akutgeriatrie (vgl. act. I 5 Ziff. 4.2.30 S. 23 f.). Namentlich aber wird in der Einleitung ausdrücklich festgehalten, dass die ICD- und CHOP-Kataloge des Kantons Zürich von den Änderungen ausgeschlossen sind (Ziff. 1 S. 4) respektive (u.a.) die ICD- und CHOP-Kataloge Grundlage für die Spitalliste Akutsomatik des Kantons Bern bilden (Ziff. 2.1 S. 6).

**3.4.3** Schliesslich bezieht sich der Tarifvertrag Nr. 10.500.1459A vom 1. Januar 2018 (act. I 8) in Art. 2 Abs. 2 bei der Leistungsabgeltung "nach SwissDRG" zwar auf die "erteilten kantonalen Leistungsaufträge", wie die Klägerin insoweit zutreffend geltend macht (pag. 5, Rz. 9). Durch die unmissverständliche Bezugnahme auf das SwissDRG-System ist jedoch klar dargetan, dass die Leistungsabgeltung nur in dessen Rahmen und damit auch allein unter der Voraussetzung der Erfüllung der massgeblichen CHOP-Positionen erfolgen kann (vgl. E. 2.3.2 vorne). Dies verdeutlicht Art. 5: In dessen Abs. 1 wird ausdrücklich festgehalten, dass die Vergütung der

Leistungen auf Basis der vom Bundesrat genehmigten gesamtschweizerisch einheitlichen Tarifstruktur für stationäre akutsomatische Leistungen gemäss Art. 49 Abs. 1 KVG (SwissDRG) erfolgt. Ferner bestimmt Abs. 2 lit. c dieser Bestimmung, dass – falls der vorliegende Tarifvertrag keine ausdrückliche Regelung enthält – insbesondere die Bestimmungen der Regelwerke Fallpauschalenkatalog der SwissDRG AG inklusiv Abrechnungsgrouper, Diagnosen- und Prozedurenklassifikation gelten. Wie gezeigt, stellt der Umstand, wonach Art. 2 Abs. 2 des Tarifvertrags auf den Leistungsauftrag des Kantons verweist, keine – und schon gar nicht eine "ausdrückliche" – Grundlage für ein Abweichen von den bundesweit geltenden Kodierungs- und Abrechnungsregeln dar. Demnach kann die Klägerin auch aus dem Tarifvertrag vom 1. Januar 2018 nichts zu ihren Gunsten ableiten.

**3.5** Zusammenfassend hat die Klägerin die Vorgaben gemäss CHOP-Code 93.89.9x (Geriatrische Akutrehabilitation, nach Anzahl Behandlungstage) – soweit das Mindestmerkmal Punkt 4, Behandlungsteam (Behandlung durch ein in Geriatrie spezialisiertes Team unter fachärztlicher Behandlungsleitung eines Schwerpunkträgers Geriatrie ([FMH]) – im streitbetreffenen Zeitraum (vgl. E. 1.3 vorne) nicht vollumfänglich erfüllt. Die Beklagte hat folglich zu Recht die Abgeltung nach Massgabe der SwissDRG-Positionen A95A-G verweigert. Damit ist die Klage auf entsprechende Kostenübernahme abzuweisen.

## **4.**

### **4.1**

**4.1.1** Für das Vermittlungs- und das Klageverfahren werden Kosten erhoben (Art. 47 Abs. 1 EG KUMV). Die Kosten richten sich gemäss Art. 47 Abs. 3 EG KUMV nach Art. 52 des Dekrets vom 24. März 2010 betreffend die Verfahrenskosten und die Verwaltungsgebühren der Gerichtsbehörden und der Staatsanwaltschaft (Verfahrenskostendekret, VKD; BSG 161.12). Sie werden für das Klageverfahren (SCHG/2021/102) auf Fr. 3'000.-- festgesetzt und bei diesem Ausgang des Verfahrens der unterliegenden Kläge-

rin (Art. 46 Abs. 2 EG KUMV i.V.m. Art. 109 Abs. 1 VRPG) auferlegt und dem von ihr geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe entnommen.

**4.1.2** Bei diesem Verfahrensausgang hat die Klägerin keinen Anspruch auf Verlegung der von ihr im Verfahren SCHG/2020/448 auferlegten Kosten von Fr. 2'000.-- an die Beklagte (Art. 45 Abs. 4 EG KUMV i.V.m. Art. 207 Abs. 2 der Schweizerischen Zivilprozessordnung vom 19. Dezember 2008 (ZPO; SR 272)). Die von der Klägerin zu tragenden Gesamtkosten belaufen sich somit auf Fr. 5'000.--, wovon die Klägerin bereits Fr. 2'000.-- (Verfahren SCHG/2020/448) beglichen hat.

**4.2** Bei diesem Ausgang des Verfahrens hat die Klägerin keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung. Trotz Obsiegens hat auch die Beklagte keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung, da den Parteien, die durch angestellte Juristen vertreten sind, praxisgemäss kein Anspruch auf eine Parteientschädigung zusteht (Entscheid des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG, heute BGer] vom 25. Januar 2006, K 46/04, E. 7).

#### **Demnach entscheidet das Schiedsgericht:**

1. Die Klage wird abgewiesen.
2. Die Verfahrenskosten von Fr. 3'000.-- (SCHG/2021/102) werden der Klägerin zur Bezahlung auferlegt und dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe entnommen.
3. Es werden keine Parteientschädigungen zugesprochen.

4. Zu eröffnen (R):

- Fürsprecher und Notar B. \_\_\_\_\_ und Rechtsanwältin C. \_\_\_\_\_  
z.H. der Klägerin
- Visana AG
- Bundesamt für Gesundheit

Namens des Schiedsgerichts:

Der Vorsitzende:

Der Gerichtsschreiber:



**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.