



Urteil vom 10. Dezember 2014

Besetzung

Richterin Franziska Schneider (Vorsitz),
Richter Beat Weber, Richterin Madeleine Hirsig-Vouilloz,
Richter Daniel Stufetti, Richter Vito Valenti,
Gerichtsschreiber Michael Rutz.

Parteien

A._____, Trägerschaft der **B.**_____
Klinik,
vertreten durch Dr. iur. Marc Helfenstein, Rechtsanwalt,
Beschwerdeführerin,

gegen

- 1. Medizinaltarif-Kommission UVG (MTK),**
- 2. Bundesamt für Sozialversicherungen BSV,**
Geschäftsfeld Invalidenversicherung, Rechtsdienst,
- 3. SUVA Abteilung Militärversicherung,**
alle vertreten durch SUVA Rechtsabteilung,
Beschwerdegegnerinnen,

Eidgenössisches Departement des Innern EDI,
Vorinstanz.

Gegenstand

Festsetzung des Tarifs der **B.**_____
Klinik für die
obligatorische UV, IV und MV ab Juli 2009.

Sachverhalt:**A.**

Die B._____ Klinik (nachfolgend: Klinik) in C._____ ist eine (bis 31. Dezember 2011 öffentlich subventionierte) Privatklinik, die unter anderem stationäre Behandlungen von Patienten der Unfall-, Militär- und Invalidenversicherung (nachfolgend: UV/MV/IV) durchführt. Die in diesem Zusammenhang erbrachten Leistungen wurden ihr bis 30. Juni 2009 gestützt auf einen mit den eidgenössischen Sozialversicherern abgeschlossenen Tarifvertrag vom 21. Januar 2005 abgegolten. Nachdem die Verhandlungen zwischen der Klinik und der Medizinaltarif-Kommission UVG (nachfolgend: MTK) zum Abschluss eines neuen Tarifvertrags gescheitert waren, wandte sich die Klinik am 14. Dezember 2009 an den Bundesrat mit dem Ersuchen um Festsetzung des Tarifs ab 1. Juli 2009 für die Behandlung von stationären UV/MV/IV-Patienten mit einer diagnosebezogenen Fallpauschale gemäss Patientenklassifikationssystem All Patient Diagnosis Related Groups (APDRG) Version 5.1 und einem Basispreis von Fr. 9'481.– (Akten des Eidgenössischen Departements des Innern [nachfolgend: act.] 1).

B.

Die Klinik und die MTK einigten sich am 23. Dezember 2009 für die Zeit vom 1. Juli 2009 bis und mit 31. Januar 2010 auf eine provisorische Übergangsregelung, welche die Behandlung von Patienten in der Klinik trotz fehlendem Tarifvertrag ermöglichen sollte (act. 3). Dabei wurde ein provisorischer Basispreis von Fr. 6'679.– (APDRG Version 3.2) mit Ausgleichsvorbehalt vereinbart. In der Folge konnten sich die Klinik und die eidgenössischen Sozialversicherer der Unfallversicherung, vertreten durch die MTK, der Invalidenversicherung, vertreten durch das Bundesamt für Sozialversicherungen (BSV), sowie der Militärversicherung, vertreten durch die Schweizerische Unfallversicherungsanstalt (SUVA), am 29. Januar 2010 auch für die Zeit ab 1. Februar 2010 bis zum Entscheid des Bundesrats, längstens aber bis 31. Dezember 2011 auf einen provisorischen Basispreis von Fr. 8'700.– (APDRG Version 5.1) mit Ausgleichspflicht einigen (act. 5).

C.

C.a Nachdem zunächst das Generalsekretariat des Eidgenössischen Departements des Innern (nachfolgend: EDI oder Vorinstanz) das Instruktionsverfahren geführt hatte, übertrug es am 12. März 2010 die Durchführung der nächsten Verfahrensschritte dem Bundesamt für Gesundheit

(BAG), Sektion Unfallversicherung, Unfallverhütung und Militärversicherung (act. 6). Im Rahmen des vom BAG durchgeführten Anhörungsverfahrens nahm die MTK am 20. Mai 2010 Stellung und beantragte, dass der Antrag der Klinik abzuweisen und ein Basispreis für die stationäre Behandlung ab 1. Juli 2009 bis 31. Dezember 2010 nach APDRG Version 5.1 und ab 1. Januar 2011 nach APDRG Version 6.0 von Amtes wegen festzusetzen sei (act. 11). Den Anträgen und Ausführungen der MTK schlossen sich das BSV am 20. Mai 2010 (act. 12) und die SUVA am 2. Juni 2010 (act. 13) vollumfänglich an. Am 17. August 2010 reichte die Klinik durch ihren Rechtsvertreter eine Stellungnahme ein und hielt am beantragten Basispreis fest (act. 17).

C.b In der Folge konsultierte das BAG am 29. Oktober 2010 die eidgenössische Preisüberwachung (act. 18), worauf diese nach Einforderung weiterer Unterlagen dem Bundesrat am 29. April 2011 empfahl, den strittigen Basispreis ab 1. Juli 2009 auf maximal Fr. 7'816.– festzusetzen (act. 43). Die MTK teilte mit Schreiben vom 15. Juni 2011 mit, dass sie im Ergebnis mit dem von der Preisüberwachung empfohlenen Basispreis nach APDRG Version 5.1 einverstanden sei (act. 47). Die Klinik beanstandete mit Schreiben vom 27. Juni 2011 die Berechnung der Preisüberwachung und verlangte deren Korrektur (act. 50). Daraufhin nahm die Preisüberwachung am 22. August 2011 zur Kritik der Klinik Stellung und hielt an ihrer Empfehlung vom 29. April 2011 fest (act. 52).

C.c Mit Verfügung vom 12. Dezember 2011 (act. 56) setzte das EDI nach Durchführung einer Ämterkonsultation den Basispreis für die Behandlung von stationären UV/MV/IV-Patienten durch die Klinik mit Wirkung ab dem 1. Juli 2009 gestützt auf die Empfehlung des Preisüberwachers auf Fr. 7'816.– fest und ordnete an, dass dieser Basispreis bis zum Abschluss einer neuen Vereinbarung durch die Vertragsparteien im Sinne einer DRG-Fallpauschale gelte.

D.

Da die Übergangsvereinbarung vom 29. Januar 2010 am 31. Dezember 2011 auslief, schlossen die Parteien im Sinne einer Übergangslösung für das Jahr 2012 am 16. Dezember 2011 auf der Grundlage der Tarifstruktur SwissDRG einen Tarifvertrag ab (Akten im Beschwerdeverfahren [nachfolgend: B-act.] 1/7). Dabei wurde vereinbart, den von der Regierung des jeweiligen Kantons genehmigten oder festgesetzten, für das jeweilige Spital beziehungsweise die jeweilige Spitalategorie tiefsten Basispreis gemäss Krankenversicherungsgesetz anzuwenden. Falls noch kein geneh-

migter oder festgesetzter Basispreis vorliegen sollte, komme der von der jeweiligen Kantonsregierung festgesetzte provisorische Basisstarif gemäss Krankenversicherungsgesetz zur Anwendung.

E.

Gegen die Verfügung des EDI vom 12. Dezember 2011 erhob die A._____ (nachfolgend: Beschwerdeführerin) als Trägerschaft der Klinik durch ihren Rechtsvertreter mit Eingabe vom 27. Januar 2012 (Poststempel) Beschwerde beim Bundesverwaltungsgericht und beantragte, dass der Tarif für stationäre UV/MV/IV-Patienten der Klinik mit einer DRG-Fallpauschale mit Wirkung ab 1. Juli 2009 gemäss APDRG Version 5.1 und einem Basispreis 1.0 von Fr. 9'481.– und mit Wirkung ab 1. Januar 2011 in der mit der APDRG Version 6.0 korrespondierenden Höhe festzusetzen sei (B-act. 1).

F.

Der mit Zwischenverfügung vom 2. Februar 2012 bei der Beschwerdeführerin eingeforderte Kostenvorschuss in der Höhe von Fr. 4'000.– (B-act. 2) wurde am 13. Februar 2012 geleistet (B-act. 4).

G.

Mit Vernehmlassung vom 28. März 2012 beantragte die Vorinstanz die Abweisung der Beschwerde (B-act. 10).

H.

In einer gemeinsamen Beschwerdeantwort vom 27. April 2012 beantragten die Beschwerdegegnerinnen, alle vertreten durch die Rechtsabteilung der SUVA, dass auf die Beschwerde mangels Zuständigkeit des Bundesverwaltungsgerichts nicht einzutreten sei, eventualiter sei sie abzuweisen (B-act. 12). Weiter beantragten sie, dass der Beschwerde die aufschiebende Wirkung zu entziehen sei.

I.

Mit verfahrensleitender Verfügung vom 25. Mai 2012 wurde der Bundesrat eingeladen, zur Frage Stellung zu nehmen, ob er sich im vorliegenden Verfahren als zuständig erachte (B-act. 13). Daraufhin teilte das Bundesamt für Justiz am 7. Juni 2012 mit, dass aus seiner Sicht der Bundesrat zur Behandlung der vorliegenden Beschwerde nicht zuständig sei, sondern das Bundesverwaltungsgericht über die Beschwerde zu befinden habe (B-act. 14).

J.

In der Replik vom 16. Juli 2012 hielt die Beschwerdeführerin an ihren Begehren fest und beantragte, dass das Gesuch um Entzug der aufschiebenden Wirkung der Beschwerde abzuweisen sei (B-act. 19).

K.

Mit Duplik vom 17. August 2012 bestätigten die Beschwerdegegnerinnen die bereits gestellten Rechtsbegehren und hielten an ihren tatsächlichen und rechtlichen Darlegungen in der Eingabe vom 27. April 2012 fest (B-act. 21).

L.

Die Vorinstanz verzichtete am 28. August 2012 auf das Einreichen einer weiteren Stellungnahme und hielt an den bisher gestellten Anträgen fest (B-act. 22).

M.

Mit verfahrensleitender Verfügung vom 30. August 2012 wurde der Schriftenwechsel abgeschlossen (B-act. 23).

N.

Die Beschwerdeführerin reichte am 20. Dezember 2012 durch ihren Rechtsvertreter eine Stellungnahme und neue Beweismittel ein (B-act. 25), welche den übrigen Verfahrensbeteiligten am 11. Januar 2013 zugestellt wurden (B-act. 26).

O.

Mit Teilentscheid und Zwischenverfügung vom 3. Dezember 2013 (B-act. 29) ist das Bundesverwaltungsgericht auf die Beschwerde eingetreten und hat die Zuständigkeit des EDI zum Erlass der angefochtenen Verfügung bejaht. Überdies wurde das Gesuch der Beschwerdegegnerinnen um Entzug der aufschiebenden Wirkung der Beschwerde abgewiesen und im Sinn einer vorsorglichen Massnahme wurde – unter dem Vorbehalt einer abweichenden vertraglichen Vereinbarung zwischen den Parteien – angeordnet, dass ab 1. Januar 2013 für die Dauer des Beschwerdeverfahrens als provisorischer Basispreis (100 %) für stationäre Behandlungen von UV/MV/IV-Patienten in der Klinik der vom Regierungsrat des Kantons Zürich im stationären Bereich der Akutsomatik festgesetzte provisorische Tarif von Fr. 9'500.– (RRB 278/2013 und RRB 1493/2011) gilt. Der Teilentscheid und die Zwischenverfügung wurden nicht angefochten.

P.

Mit Schreiben vom 23. Januar 2014 teilten die Beschwerdegegnerinnen mit, dass sie sich mit der Beschwerdeführerin ab Einführung von SwissDRG, das heisse sowohl für das Jahr 2012 wie auch für die Jahre 2013/2014, auf definitive Tarife verständigt hätten. Die Phase des umstrittenen Tarifs beschränke somit ausschliesslich die Zeit ab 1. Juli 2009 bis 31. Dezember 2011 (B-act. 33). Die Beschwerdeführerin bestätigte diese Ausführungen mit Schreiben vom 5. Februar 2014 (B-act. 34).

Q.

Mit Instruktionsverfügung vom 13. Mai 2014 wurden die Beschwerdegegnerinnen aufgefordert, das Spitaltaxmodell der MTK mit den dazu nötigen Erklärungen einzureichen und die Praxis zu erläutern, wonach die eidgenössischen Sozialversicherer bei innerkantonalen Fällen nur 80 % der anrechenbaren Betriebskosten zu tragen haben (B-act. 37). Die Beschwerdegegnerinnen nahmen daraufhin am 16. Juni 2014 Stellung und gaben entsprechende Unterlagen zu den Akten (B-act. 38). Die Beschwerdeführerin reichte hierzu am 15. Juli 2014 eine Stellungnahme ein (B-act. 40). Die Vorinstanz liess sich innert der angesetzten Frist nicht vernehmen.

R.

Mit Instruktionsverfügung vom 25. September 2014 wurde die Vorinstanz aufgefordert, dem Bundesverwaltungsgericht die sich nicht in den Vorakten befindenden Beilagen 5 bis 40 zum Tariffestsetzungsbegehren der Beschwerdeführerin vom 14. Dezember 2009 einzureichen (B-act. 42). Die eingeforderten Aktenstücke wurden am 30. September 2014 von der Beschwerdeführerin selbst eingereicht (BVGer-act. 45).

S.

Auf den weiteren Inhalt der Akten sowie der Rechtsschriften ist – soweit erforderlich – in den nachfolgenden Erwägungen einzugehen.

Das Bundesverwaltungsgericht zieht in Erwägung:

1.

Mit unangefochten gebliebenem Teilentscheid vom 3. Dezember 2013 (BVGE 2013/58) ist das Bundesverwaltungsgericht auf die Beschwerde vom 27. Januar 2012 gegen die Verfügung der Vorinstanz vom 12. Dezember 2011 eingetreten.

2.

Anfechtungsobjekt und damit Begrenzung des Streitgegenstandes des vorliegenden Beschwerdeverfahrens (BGE 136 II 457 E. 4.2) bildet die angefochtene Verfügung vom 12. Dezember 2011, mit welcher die Vorinstanz im Rahmen eines Tariffestsetzungsverfahrens nach Art. 56 Abs. 3 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung vom 20. März 1981 (UVG, SR 832.20), Art. 26 Abs. 3 des Bundesgesetzes über die Militärversicherung vom 19. Juni 1992 (MVG, SR 833.1) und Art. 27 Abs. 3 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung vom 19. Juni 1953 (IVG, SR 831.20) gestützt auf die Empfehlung der Preisüberwachung vom 29. April 2011 mit Wirkung ab dem 1. Juli 2009 einen Basispreis in der Höhe von Fr. 7'816.– für die stationäre Behandlung von Patienten der UV/MV/IV in der Klinik festgesetzt hat. Die Gültigkeit des festgesetzten Basispreises wurde bis zum Abschluss einer neuen Vereinbarung beschränkt. Die Verfahrensbeteiligten haben sich für die Jahre 2012 bis 2014 auf definitive Tarife auf der Basis der Tarifstruktur SwissDRG geeinigt, weshalb der umstrittene Tarif vom 1. Juli 2009 bis am 31. Dezember 2011 zur Anwendung gelangt. Strittig und vom Bundesverwaltungsgericht zu prüfen ist insbesondere die Höhe des festgesetzten Tarifs und in diesem Zusammenhang auch das von der Vorinstanz zugrundegelegte Tarifberechnungsmodell.

3.

3.1 Die Beschwerdeführerin kann im Rahmen des Beschwerdeverfahrens die Verletzung von Bundesrecht unter Einschluss des Missbrauchs oder der Überschreitung des Ermessens, die unrichtige oder unvollständige Feststellung des rechtserheblichen Sachverhalts sowie die Unangemessenheit des Entscheids beanstanden (Art. 49 des Bundesgesetzes über das Verwaltungsverfahren vom 20. Dezember 1968 [VwVG, SR 172.021]).

3.2 Das Bundesverwaltungsgericht ist gemäss dem Grundsatz der Rechtsanwendung von Amtes wegen nicht an die Begründung der Be-

gehren der Parteien gebunden (Art. 62 Abs. 4 VwVG). Es kann die Beschwerde auch aus anderen als den geltend gemachten Gründen gutheissen oder den angefochtenen Entscheid im Ergebnis mit einer Begründung bestätigen, die von jener der Vorinstanz abweicht (vgl. BVGE 2009/65 E. 2.1).

3.3 Nach den allgemeinen intertemporalrechtlichen Regeln sind in materiellrechtlicher Hinsicht diejenigen Bestimmungen anwendbar, die bei der Erfüllung des zu Rechtsfolgen führenden Sachverhalts Geltung haben (BGE 130 V 329 E. 2.3). Vorliegend ist eine Verfügung der Vorinstanz vom 12. Dezember 2011 angefochten, welche die Spitaltaxen vom 1. Juli 2009 (bis 31. Dezember 2011) festlegt. Folglich sind diejenigen Bestimmungen massgebend, die in diesem Zeitraum in Kraft standen.

3.4 Nach der Rechtsprechung hat auch eine Rechtsmittelbehörde, der volle Kognition zusteht, in Ermessensfragen einen Entscheidungsspielraum der Vorinstanz zu respektieren. Sie hat eine unangemessene Entscheidung zu korrigieren, kann aber der Vorinstanz die Wahl unter mehreren angemessenen Lösungen überlassen (BGE 133 II 35 E. 3). Das Bundesverwaltungsgericht hat daher nur den Entscheid der unteren Instanz zu überprüfen und sich nicht an deren Stelle zu setzen (vgl. BGE 126 V 75 E. 6). Insbesondere dann, wenn die Ermessensausübung, die Anwendung unbestimmter Rechtsbegriffe oder die Sachverhaltswürdigung hoch stehende, spezialisierte technische, wissenschaftliche oder wirtschaftliche Kenntnisse erfordert, ist eine Zurückhaltung des Gerichts bei der Überprüfung vorinstanzlicher Bewertungen angezeigt (vgl. BGE 135 II 296 E. 4.4.3, 133 II 35 E. 3, 128 V 159 E. 3b/cc). Es stellt daher keine unzulässige Kognitionsbeschränkung dar, wenn das Gericht – das nicht als Fachgericht ausgestaltet ist – nicht ohne Not von der Auffassung der Vorinstanz abweicht, soweit es um die Beurteilung technischer, wissenschaftlicher oder wirtschaftlicher Spezialfragen geht, in denen die Vorinstanz über ein besonderes Fachwissen verfügt (vgl. BGE 139 II 185 E. 9.3, 135 II 296 E. 4.4.3, 133 II 35 E. 3 mit Hinweisen; BVGE 2010/25 E. 2.4.1 mit weiteren Hinweisen). Dies gilt jedenfalls, soweit die Vorinstanz die für den Entscheid wesentlichen Gesichtspunkte geprüft und die erforderlichen Abklärungen sorgfältig und umfassend durchgeführt hat (BGE 139 II 185 E. 9.3, 138 II 77 E. 6.4).

3.5 Im Bereich der Tariffestsetzungen gilt es zusätzlich zu beachten, dass die zuständige Behörde die Preisüberwachung zunächst anhören (vgl. Art. 14 Abs. 1 des Preisüberwachungsgesetzes [PüG, SR 942.20])

und zudem begründen muss, wenn sie deren Empfehlung nicht folgt (Art. 14 Abs. 2 PüG). Die Vorinstanz hat vor der Festsetzung des umstrittenen Tarifs die Preisüberwachung konsultiert und ist deren Empfehlung gefolgt. Nach der Rechtsprechung des Bundesrates im Bereich der Tariffestsetzung in der Krankenversicherung kommt den Empfehlungen der Preisüberwachung ein besonderes Gewicht zu, weil die auf Sachkunde gestützte Stellungnahme bundesweit einheitliche Massstäbe bei der Tariffestsetzung setzt (vgl. RKUV 1997 KV 16 S. 343 E. 4.6). Diese Praxis ist auch auf Tariffestsetzungen im UV/MV/IV-Bereich übertragbar. Das Bundesverwaltungsgericht auferlegt sich praxismässig dann eine Zurückhaltung, wenn der Entscheid der Vorinstanz – wie hier – mit den Empfehlungen der Preisüberwachung übereinstimmt (BVGE 2010/25 E. 2.4.2, 2012/18 E. 5.4).

3.6 Weicht die Tariffestsetzungsbehörde hingegen von den Empfehlungen der Preisüberwachung ab, kommt weder der Ansicht der Preisüberwachung noch derjenigen der Vorinstanz generell ein Vorrang zu (Urteil des BVGer C-7967/2008 vom 13. Dezember 2008 E. 2.4.2; STAFFELBACH/ENDRASS, Der Ermessensspielraum der Behörden im Rahmen des Tariffestsetzungsverfahrens nach Art. 47 in Verbindung mit Art. 53 KVG, Zürich etc. 2006 Rz. 231). Nach dem Willen des Gesetzgebers obliegt es – trotz Anhörungs- und Begründungspflicht gemäss Art. 14 PüG – der Festsetzungsbehörde, bei vertragslosem Zustand den Tarif festzusetzen (vgl. im Bereich des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung vom 18. März 1994 [KVG, SR 832.10] auch RKUV 2004 KV 265 S. 2 E. 2.4; RUDOLF LANZ, Die wettbewerbspolitische Preisüberwachung, in: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Band XI, Allgemeines Aussenwirtschafts- und Binnenmarktrecht, 2. Aufl. 2007, N 113). Das Gericht hat in diesen Fällen namentlich zu prüfen, ob die Vorinstanz die Abweichung in nachvollziehbarer Weise begründet hat. Im Übrigen unterliegen die verschiedenen Stellungnahmen – auch der weiteren Verfahrensbeteiligten – der freien Beweiswürdigung beziehungsweise Beurteilung durch das Bundesverwaltungsgericht (BVGE 2012/18 E. 5.4, 2010/25 E. 2.4.3).

4.

4.1 Die Beschwerdeführerin rügt in formeller Hinsicht eine Verletzung ihres Anspruchs auf rechtliches Gehör, weil die Vorinstanz die Begründungspflicht missachtet habe. Sie macht geltend, dass sich die Begründung der angefochtenen Verfügung im Wesentlichen auf die Feststellung beschränke, dass die Tarifempfehlung der Preisüberwachung nicht zu

beanstanden sei und übernommen werden könne. Mit den vorgebrachten Argumenten habe sich die Vorinstanz jedoch nicht auseinandergesetzt.

4.2 Das rechtliche Gehör nach Art. 29 Abs. 2 der Bundesverfassung der Schweizerischen Eidgenossenschaft (BV, SR 101) verlangt, dass die Behörde die Vorbringen des vom Entscheid in seiner Rechtsstellung Betroffenen auch tatsächlich hört, prüft und in der Entscheidungsfindung berücksichtigt. Daraus folgt die Verpflichtung der Behörde, ihren Entscheid zu begründen. Dabei ist es nicht erforderlich, dass sie sich mit allen Parteistandpunkten einlässlich auseinandersetzt und jedes einzelne Vorbringen ausdrücklich widerlegt. Vielmehr kann sie sich auf die für den Entscheid wesentlichen Punkte beschränken. Die Begründung muss so abgefasst sein, dass sich der Betroffene über die Tragweite des Entscheids Rechenschaft geben und ihn in voller Kenntnis der Sache an die höhere Instanz weiterziehen kann. In diesem Sinne müssen wenigstens kurz die Überlegungen genannt werden, von denen sich die Behörde hat leiten lassen und auf die sich ihr Entscheid stützt (BGE 134 I 83 E. 4.1 mit Hinweisen).

4.3 Eine Verletzung der Begründungspflicht ist hier nicht ersichtlich, ergibt sich aus der Begründung der angefochtenen Verfügung doch klar, wie der umstrittene Tarif berechnet wurde. Die Vorinstanz verweist in ihrer Begründung auf die beiden Stellungnahmen der Preisüberwachung und gibt deren Inhalt ausführlich wieder. Nicht entscheidend ist, dass sich in der Begründung kaum eigenständige Überlegungen der Vorinstanz finden, zumal sie die Einschätzung der Preisüberwachung als Fachbehörde vollumfänglich übernommen hat (siehe dazu oben E. 3.5). Einer sachgerechten Anfechtung der Verfügung vom 12. Dezember 2011 stand jedenfalls nichts im Weg, weshalb der Vorwurf der Verletzung des rechtlichen Gehörs unbegründet ist.

5.

Eine versicherte Person hat im UV/MV/IV-Bereich unter den gegebenen versicherungsspezifischen Voraussetzungen Anspruch auf Behandlung, Verpflegung und Unterkunft in der allgemeinen Abteilung eines Spitals (Art. 10 Abs. 1 Bst. c UVG; Art. 17 Abs. 3 MVG; Art. 14 Abs. 1 f. IVG). Die dabei erbrachten Leistungen werden den (zugelassenen) Leistungserbringern durch die Sozialversicherungen aufgrund der massgeblichen Tarife vergütet (Art. 56 Abs. 1 UVG i.V.m. Art. 69a der Verordnung über die Unfallversicherung vom 20. Dezember 1982 [UVV, SR 832.202]; Art. 26 Abs. 1 MVG i.V.m. Art. 14 Abs. 2-4 der Verordnung über die Militärversi-

cherung vom 10. November 1993 [MVV, SR 833.11]; Art. 27 IVG; vgl. BEATRICE GROSS HAWK, Leistungserbringer und Tarife in verschiedenen Sozialversicherungszweigen, in: Recht der Sozialen Sicherheit, 2014, S. 1213 Rz. 34.18; Naturalleistungsprinzip).

6.

Im Folgenden sind zunächst die Rechtsnormen darzulegen, welche die Zulassung der Leistungserbringer zur Tätigkeit zulasten der eidgenössischen Sozialversicherer UV, MV und IV regeln.

6.1 Art. 53 UVG regelt unter dem Titel «Eignung» die Frage, wer für die Unfallversicherung tätig sein darf. Geeignet und damit zugelassen ist, wer die Befugnis besitzt, für die Unfallversicherung im Rahmen der entsprechenden gesetzlichen Bestimmungen selbständig zu handeln (vgl. ALFRED MAURER, Schweizerisches Unfallversicherungsrecht, 2. Aufl. 1989, S. 518). Nach Art. 53 Abs. 2 UVG legt der Bundesrat die Voraussetzungen fest, unter denen die Heil- und Kuranstalten sowie die medizinischen Hilfspersonen und Laboratorien zur selbständigen Tätigkeit für die Unfallversicherung zugelassen werden. Der Bundesrat ist diesem Auftrag mit Erlass von Art. 68 UVV nachgekommen. Gemäss Art. 68 Abs. 1 UVV gelten als Heilanstalten inländische Anstalten oder Abteilungen von solchen, die der stationären Behandlung von Krankheiten oder Unfallfolgen dienen, unter dauernder ärztlicher Leitung stehen, über das erforderliche fachgemäss ausgebildete Pflegepersonal und über zweckentsprechende medizinische Einrichtungen verfügen. Dem Versicherten steht nach Art. 68 Abs. 3 UVV die Wahl unter den Heil- und Kuranstalten, mit denen ein Zusammenarbeits- und Tarifvertrag abgeschlossen wurde, im Rahmen der Artikel 48 und 54 des Gesetzes frei.

Die versicherte Person kann unter jenen Heilanstalten frei wählen, die den Eignungserfordernissen gemäss Art. 53 UVG entsprechen (vgl. Art. 10 Abs. 2 UVG; Botschaft zum UVG, BBl 1976 III 204) und folglich die in Art. 68 UVV umschriebenen Anforderungen erfüllen. Die versicherte Person kann sich zwar auch in einer Heilanstalt behandeln lassen, mit der kein Tarif- oder Zusammenarbeitsvertrag abgeschlossen wurde. Aus Art. 15 Abs. 2 UVV ergibt sich aber, dass die Unfallversicherung in einem solchen Fall nur beschränkt leistungspflichtig wird, da sie nur jene Kosten zu übernehmen hat, die ihr entstanden wären, wenn die versicherte Person in der allgemeinen Abteilung des nächstgelegenen entsprechenden Vertragsspitals behandelt worden wäre (vgl. MAURER, a.a.O., S. 287 f.).

6.2 Für die Militärversicherung hat der Bundesrat durch Verordnung die Voraussetzungen festzulegen, unter denen die Heil-, Kur- oder Pflegeanstalten und Institutionen für teilstationären Aufenthalt, die Abklärungsstellen sowie die medizinischen Hilfspersonen und die Laboratorien zur selbständigen Tätigkeit für die Militärversicherung zugelassen werden (Art. 22 Abs. 3 MVG). Gestützt darauf bestimmt Art. 11 Abs. 1 MVV, dass als Heilanstalten nach Artikel 22 Absatz 3 des Gesetzes inländische Anstalten oder deren Abteilungen gelten, die der stationären oder teilstationären Behandlung von Gesundheitsschädigungen dienen, wenn sie unter dauernder ärztlicher Leitung stehen, über das erforderliche, fachgemäss ausgebildete Pflegepersonal und über zweckentsprechende medizinische Einrichtungen verfügen (Art. 11 Abs. 1 MVV). Die Zulassung im Bereich der Militärversicherung folgt weitgehend dem Modell der Unfallversicherung (Botschaft zum MVG, BBl 1990 III 232).

6.3 Im Bereich der Invalidenversicherung steht nach Art. 26^{bis} IVG der versicherten Person die Wahl frei unter den medizinischen Hilfspersonen, den Anstalten und Werkstätten sowie den Betrieben des allgemeinen Arbeitsmarktes, die Eingliederungsmassnahmen durchführen, und den Abgabestellen für Hilfsmittel, wenn sie den kantonalen Vorschriften und den Anforderungen der Versicherung genügen (Abs. 1). Der Bundesrat kann nach Anhören der Kantone und der zuständigen Organisationen Vorschriften für die Zulassung der in Absatz 1 genannten Personen und Stellen erlassen (Abs. 2). Der Bundesrat hat die Zuständigkeit zum Erlass von Zulassungsvorschriften gemäss Art. 24 Abs. 1 der Verordnung über die Invalidenversicherung vom 17. Januar 1961 (IVV, SR 831.201) dem EDI übertragen, das in Bezug auf Heilanstalten jedoch keine entsprechenden Vorschriften erlassen hat. Nach Art. 27 Abs. 1 IVG ist der Bundesrat befugt, mit der Ärzteschaft, den Berufsverbänden der Medizinalpersonen und der medizinischen Hilfspersonen sowie den Anstalten und Werkstätten, die Eingliederungsmassnahmen durchführen, Verträge zu schliessen, um die Zusammenarbeit zu regeln und die Tarife festzulegen, wobei er die Zuständigkeit gemäss Art. 24 Abs. 2 IVV an das BAG delegiert hat. Für Personen und Stellen, die Eingliederungsmassnahmen durchführen, ohne einem bestehenden Vertrag beizutreten, gelten die vertraglich festgelegten beruflichen Bedingungen als Mindestanforderungen der Versicherung im Sinne von Artikel 26^{bis} Absatz 1 IVG und die festgesetzten Tarife als Höchstansätze im Sinne der Artikel 21^{quater} Absatz 1 Buchstabe c und 27 Absatz 3 IVG (Art. 24 Abs. 3 IVV). Das Bestehen eines Zusammenarbeitsvertrages ist somit nicht zwingende Voraussetzung der Leistungspflicht der Invalidenversicherung (vgl. ULRICH

MEYER, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, 2. Aufl. 2010, S. 264 und S. 267).

7.

In Bezug auf das Tarifwesen im UV/MV/IV-Bereich enthalten die entsprechenden Gesetze und Verordnungen folgende Bestimmungen:

7.1 Für die Unfallversicherung bestimmt Art. 56 Abs. 1 UVG unter dem Titel «Zusammenarbeit und Tarife», dass die Versicherer mit den Medizinalpersonen sowie den Heil- und Kuranstalten vertraglich die Zusammenarbeit regeln und die Tarife festlegen können. Sie können die Behandlung der Versicherten ausschliesslich den am Vertrag Beteiligten anvertrauen. Wer die Bedingungen erfüllt, kann dem Vertrag beitreten. Gemäss Art. 56 Abs. 2 UVG sorgt der Bundesrat für die Koordination mit den Tarifordnungen anderer Sozialversicherungszweige und kann diese anwendbar erklären. Er ordnet die Vergütung für Versicherte, die sich in eine Heilanstalt ohne Tarifvereinbarung begeben. Besteht kein Vertrag, so erlässt der Bundesrat nach Anhören der Parteien die erforderlichen Vorschriften (Art. 56 Abs. 3 UVG). Für alle Versicherten der Unfallversicherung sind die gleichen Taxen zu berechnen (Art. 56 Abs. 4 UVG), weshalb es unzulässig ist, die Taxen nach Einkommens- oder Vermögensverhältnissen abzustufen (Botschaft zum UVG, BBI 1976 III 205; MAURER, a.a.O., S. 529). Nach BÜHLMANN sind ebensowenig Abstufungen nach örtlichen Gesichtspunkten (z.B. Stadt/Land) zulässig (THOMAS A. BÜHLMANN, Die rechtliche Stellung der Medizinalpersonen im Bundesgesetz über die Unfallversicherung vom 20. März 1981, 1985, S. 168).

Art. 15 UVV legt fest, dass die versicherte Person Anspruch auf Behandlung, Verpflegung und Unterkunft in der allgemeinen Abteilung einer Heilanstalt (Art. 68 Abs. 1), mit der ein Zusammenarbeits- und Tarifvertrag abgeschlossen wurde, hat (Abs. 1). Begibt sich die versicherte Person in eine andere als die allgemeine Abteilung oder in eine andere Heilanstalt, so übernimmt die Versicherung die Kosten, die ihr bei der Behandlung in der allgemeinen Abteilung dieser oder der nächstgelegenen entsprechenden Heilanstalt nach Absatz 1 erwachsen wäre (Abs. 2). Die Zusammenarbeits- und Tarifverträge zwischen den Versicherern und Ärzten, Zahnärzten, Chiropraktoren und medizinischen Hilfspersonen müssen nach Art. 70 Abs. 1 UVV auf gesamtschweizerischer Ebene abgeschlossen werden. Diese Bestimmung gilt nicht für Heil- und Kuranstalten, weshalb für diese regional verschiedene Tarife vereinbart werden können, die überdies nach der Art der Anstalt differenziert werden dürfen (MAURER,

a.a.O., S. 527 Fn. 1367a). Mit Heil- und Kuranstalten bilden die regionalen und individuellen Verträge die Regel (SCARTAZZINI/HÜRZELER, Bundessozialversicherungsrecht, 4. Aufl. 2012, S. 523 Rz. 193). Kommt jedoch kein Vertrag nach Artikel 56 Absatz 1 UVG zustande, so ist nach der Verordnung über die Tarife der Heil- und Kuranstalten in der Unfallversicherung (SR 832.206.2) die mit der SUVA vereinbarte Zusammenarbeits- und Tarifordnung massgebend. Art. 71 Abs. 1 UVV bestimmt ferner, dass die Tarife nach Artikel 70 Absatz 1 – welcher jedoch die Heil- und Kuranstalten nicht erwähnt – nach Grundsätzen auszugestaltet sind, die auch für andere Sozialversicherungszweige Anwendung finden können. Das Departement kann Richtlinien aufstellen.

7.2 Die Militärversicherung kann mit den Medizinalpersonen, Anstalten, Institutionen für teilstationären Aufenthalt, Abklärungsstellen und Laboratorien vertraglich die Zusammenarbeit regeln und die Tarife festlegen. Sie kann die Behandlung der Versicherten ausschliesslich den am Vertrag Beteiligten anvertrauen. Wer die Bedingungen erfüllt, kann dem Vertrag beitreten (Art. 26 Abs. 1 MVG). Der Bundesrat regelt durch Verordnung die Koordination mit den Tarifordnungen anderer Sozialversicherungen, die er für anwendbar erklären kann. In gleicher Weise ordnet er die Vergütung für Versicherte, die sich in eine Heilanstalt ohne Tarifvereinbarung begeben (Art. 26 Abs. 2 MVG). Besteht kein Vertrag, so erlässt der Bundesrat nach Anhören der Parteien die erforderlichen Bestimmungen (Art. 26 Abs. 3 MVG). Für alle Versicherten der Militärversicherung sind die gleichen Taxen zu berechnen (Art. 26 Abs. 4 MVG). Art. 26 Abs. 2 und 3 MVG entsprechen inhaltlich den Normen von Art. 56 Abs. 2 und 3 UVG (Botschaft zum MVG, BBl 1990 III 265).

Die Tarife nach Artikel 26 des Gesetzes sind nach Grundsätzen auszugestalten, die auch für andere Sozialversicherungszweige Anwendung finden können. Das Departement kann Richtlinien aufstellen (Art. 14 Abs. 1 MVV). Die Zusammenarbeits- und Tarifverträge nach Artikel 26 des Gesetzes zwischen der Militärversicherung und den Ärzten, Zahnärzten, Chiropraktoren und medizinischen Hilfspersonen sind auf gesamtschweizerischer Ebene abzuschliessen. Diese Bestimmung nennt wie Art. 70 Abs. 1 UVV die Heil- und Kuranstalten nicht. Weiter bestimmt Art. 14 Abs. 2 MVV, dass Versicherte, die sich in eine Heilanstalt ohne Tarifvereinbarung begeben, Vergütungen erhalten, wie sie für eine vergleichbare Heilanstalt mit Tarifvereinbarung entrichtet werden. Vorbehalten bleiben Notfälle.

7.3 Für den Bereich der Invalidenversicherung legt Art. 27 Abs. 1 IVG fest, dass der Bundesrat befugt ist, mit der Ärzteschaft, den Berufsverbänden der Medizinalpersonen und den medizinischen Hilfspersonen sowie den Anstalten und Werkstätten, die Eingliederungsmassnahmen durchführen, Verträge zu schliessen, um die Zusammenarbeit mit den Organen der Versicherung zu regeln und die Tarife festzulegen. Soweit kein Vertrag besteht, kann der Bundesrat die Höchstbeträge festsetzen, bis zu denen den Versicherten die Kosten der Eingliederungsmassnahmen vergütet werden (Art. 27 Abs. 3 IVG). Nach Art. 24 Abs. 2 IVV (in der bis 31. Dezember 2011 geltenden Fassung) werden die Verträge gemäss Artikel 27 IVG vom Bundesamt abgeschlossen. Für Heilanstalten, die Eingliederungsmassnahmen durchführen, ohne einem bestehendem Vertrag beizutreten, gelten die festgesetzten Tarife als Höchstsätze im Sinn von Art. 27 Absatz 3 IVG (Art. 24 Abs. 3 IVV).

8.

8.1 Im UV/MV/IV-Tarifwesen gilt der Grundsatz, dass die Leistungserbringer mit den Versicherern Tarifverträge abschliessen, wobei weitgehend Tarifautonomie herrscht. Die drei eidgenössischen Sozialversicherer schliessen in der Regel gemeinsam die Verträge mit den Spitälern ab (< www.zmt.ch > Wir über uns > Portrait MTK/ZMT, abgerufen am 27.10.2014). Die Tarifautonomie gilt als Leitmotiv, und im Gegensatz zur Krankenversicherung (vgl. Art. 46 Abs. 4 KVG) unterliegen die von den Parteien ausgehandelten Tarife nicht der Genehmigung durch eine Behörde (vgl. SANDRA SCHNEIDER, Tarifbildung im schweizerischen Gesundheitswesen, in: Soziale Sicherheit 2/2001, S. 60).

8.2 Es ist unumstritten, dass die Tarifverhandlungen zwischen der Beschwerdeführerin und den Beschwerdegegnerinnen gescheitert sind, weshalb ab 1. Juli 2009 (bis 31. Dezember 2011) keine Vereinbarung im Sinn von Art. 56 Abs. 1 UVG, Art. 26 Abs. 1 MVG und Art. 27 Abs. 1 IVG vorliegt und daher ein vertragsloser Zustand herrscht.

9.

Zu prüfen ist im Folgenden, nach welchen Normen der einschlägigen Gesetze und Verordnungen der anwendbare Tarif zu bestimmen ist.

9.1 Die Zuständigkeit des Bundesrates zur hoheitlichen Festsetzung eines Tarifs nach gescheiterten Vertragsverhandlungen ist im Zug der Totalrevision der Bundesrechtspflege gestützt auf Art. 47 Abs. 6 des Regie-

rungs- und Verwaltungsorganisationsgesetzes vom 21. März 1997 (RVOG, SR 172.010, in Kraft seit 1. Januar 2007) auf das in der Sache zuständige EDI übergegangen, soweit eine Verfügung zu treffen ist, die der Beschwerde an das Bundesverwaltungsgericht unterliegt (vgl. den unangefochten gebliebenen Teilentscheid C-529/2012 vom 3. Dezember 2013, BVGE 2013/58 E. 5). Mangels spezialgesetzlicher Ausnahmebestimmung ist diese Voraussetzung im vorliegenden Fall grundsätzlich erfüllt.

9.2 Im Gegensatz zum KVG enthalten das UVG, das MVG und das IVG keine inhaltlichen Vorgaben zur Bemessung der Tarife (vgl. auch die Antwort des Bundesrates vom 29. Mai 2013 auf die Interpellation von Ständerat Urs Schwaller, 13.3117). Es fehlen generell-abstrakte Grundsätze zur Tarifordnung und zur Kostenermittlung für die Leistungsabgeltung, und zwar sowohl auf Gesetzes- wie auch auf Verordnungsebene. Auch aus den Materialien ergeben sich keine konkreten Hinweise auf im vertragslosen Zustand anzuwendende Tarifstrukturen, Tarifberechnungsmodelle oder Tarifgestaltungsgrundsätze. In den Botschaften zum UVG, MVG und IVG finden sich diesbezüglich keine Ausführungen. Der Bundesrat wird aber immerhin gesetzlich verpflichtet, die Tarifordnungen der verschiedenen Sozialversicherer zu koordinieren (Art. 43 Abs. 7 KVG, Art. 56 Abs. 2 UVG, Art. 26 Abs. 2 MVG; siehe auch nicht publizierte Entscheidung des Bundesrats vom 27. März 1985 E. 2 [act. 12/4]; vgl. GROSS HAWK, a.a.O., S. 1216 Rz. 34.26). Eine Koordination der Tarifordnungen der verschiedenen Sozialversicherungszweige dient nicht nur der Rechtssicherheit, sondern trägt auch zu einer Verminderung des administrativen Aufwandes der Tarifpartner bei (vgl. dazu auch Botschaft zum UVG, BBl 1976 III 205). In der Praxis stützen sich die vertraglich vereinbarten Entschädigungen der UV/MV/IV-Leistungserbringer für medizinische Heilbehandlungen auf die gleichen Tarifstrukturen, die im Krankenversicherungsrecht gelten (vgl. GROSS HAWK, a.a.O., S. 1216 Rz. 34.27).

9.3 Bei dieser Ausgangslage hat die Vorinstanz zur Bemessung der Höhe des umstrittenen Tarifs die Tarifordnung des KVG analog herangezogen. In der angefochtenen Verfügung wird ausgeführt, dass die Preisüberwachung den Tarif anhand der Praxis zu den KVG-Tarifen, jedoch unter Berücksichtigung der Besonderheiten des UV/MV/IV-Bereichs ermittelt habe. Dieses Vorgehen sei angemessen, zumal sich auch das bisherige «Spitaltaxmodell SDK/MTK» am Recht der Krankenversicherung orientiert habe. Die Preisüberwachung führt hierzu aus, dass im Gegensatz zur Krankenversicherung eine Tariffestsetzung durch den Bundesrat als

Erstinstanz im UV/IV/MV-Bereich erst selten vorgekommen sei. Daraus folge, dass im UV/IV/MV-Bereich die Tarife in der Regel Resultat von Verhandlungen und der Anwendung des «Spitaltaxmodell SDK/MTK» seien und deshalb kaum eine gerichtliche Tarfberechnungspraxis existiere. Da die von der gleichen Institution erbrachten Spitalleistungen für UV/IV/MV-Patienten ähnlich seien wie diejenigen für KVG-Patienten und in diesem Bereich seit mehreren Jahren eine Tarfberechnungspraxis existiere, sei auf die Praxis zum KVG-Tarifrecht abzustellen, wobei aber die Besonderheiten des UV/IV/MV-Bereichs berücksichtigt würden.

9.4 Es erscheint zwar durchaus sachgerecht, die Medizinaltarife im Bereich der UV/MV/IV nicht nach einem anderen Modell zu berechnen, als im Tarifrecht der Krankenversicherung. Die öffentliche Hand ist bei der Tarifierung jedoch nicht frei. Auch in diesem Bereich gelten für sie die allgemeinen Grundprinzipien des staatlichen Handelns. So muss sich die Tarifordnung auf eine gesetzliche Grundlage stützen können (vgl. MARTIN BRUNNSCHWEILER, Aktuelle Rechtsprobleme der Tarifgestaltung in öffentlichen und öffentlich subventionierten Spitälern, in: Jusletter vom 16. Mai 2005, S. 2). Diese muss sodann genügend bestimmt sein, so dass das Handeln der Behörde im Einzelfall voraussehbar und rechtsgleich ist. Eine Blankettermächtigung, die der Behörde völlig freie Hand lässt und sie dazu ermächtigt, von Fall zu Fall zu entscheiden, ist unzulässig (vgl. dazu HÄFELIN/MÜLLER/UHLMANN, Allgemeines Verwaltungsrecht, 6. Aufl. 2010, S. 87 Rz. 386). Liegt ein vertragsloser Zustand vor, so liegt es gemäss der oben dargestellten gesetzlichen Konzeption am Bundesrat, in generell-abstrakter Weise die Grundsätze der Tarifbestimmung zu regeln. Im Mittelpunkt der vom Bundesrat zu erlassenden Vorschriften steht die Tarifordnung (vgl. BÜHLMANN, a.a.O., S. 179; siehe auch Votum Hürlimann im Rahmen der parlamentarischen Beratungen zur Einführung des UVG, AB 1979 S. 257-259). Dabei wird der Bundesrat zuvor die Versicherungsträger und die jeweils interessierten Verbände der Medizinalpersonen und Heilanstalten anhören (Botschaft zum UVG, BBl 1976 III 205; so auch die Antwort des Bundesrates vom 29. Mai 2013 auf die Interpellation von Ständerat Urs Schwaller, 13.3117). Soll hingegen die Tarifordnung des KVG zur Anwendung gelangen, so ist das zumindest auf Verordnungsebene festzulegen (so ausdrücklich Art. 26 Abs. 2 MVG). Gestützt auf die generell-abstrakten Grundsätze hat dann die Vorinstanz mittels Verfügung einen konkreten Tarif im engeren Sinn, das heisst die Höhe des Taxpunktwertes oder des Basisfallwertes im konkreten Einzelfall (vgl. Urteil des BVGer C-4168/2014 vom 23. Oktober 2014 E. 2.3), festzulegen. Dieser ist beim Bundesverwaltungsgericht mittels Beschwerde anfechtbar

(BVGE 2013/58 E. 2), nicht jedoch die durch den Bundesrat zu erlassende generell-abstrakte Regelung (vgl. BVGE 2011/61 E. 5.4.2.1). Der Bundesrat ist diesbezüglich aber wie erwähnt (siehe E. 9.2) nicht tätig geworden, weshalb es an der nötigen generell-abstrakten Grundlage für die Verfügungsmässige Festsetzung des Tarifs im engeren Sinn im vorliegenden Fall fehlt.

9.5 Weiter fällt auf, dass im Gegensatz zum Recht der Krankenversicherung auch der Grad der Kostendeckung durch die eidgenössischen Sozialversicherer im UV/MV/IV-Bereich nicht gesetzlich geregelt ist. Nach dem Entscheid des Bundesrates vom 27. März 1985, in dem festgehalten wurde, dass die Spitäler im UVG-Bereich keinen Anspruch auf vollkostendeckende Taxen haben, wurde offenbar gestützt auf einen Beschluss der Schweizerischen Sanitätsdirektorenkonferenz (heute: Gesundheitsdirektorenkonferenz) aus dem Jahr 1987 ein Kostendeckungsgrad von 80 % der anrechenbaren Betriebskosten für die innerkantonalen Patienten und von 100 % der anrechenbaren Betriebs- und Investitionskosten (Anlagenutzungskosten) für die ausserkantonalen Patienten festgelegt (vgl. SVPK/MTK Spitaltaxmodell für Privatspitäler, Nr. 5 der Schriftenreihe der Medizinaltarif-Kommission UVG [MTK], 1995, S. 8 f; vgl. auch Stellungnahme des Bundesrates vom 5. September 2007 zur Motion von Nationalrat Walter Müller «Keine höheren Spitaltarife und Spitalkosten für die Patienten der Invalidenversicherung» vom 21. Juni 2007, 07.3430). Die Berechnung der Preisüberwachung stützt ebenfalls darauf ab, dass die Pauschale 80 % der anrechenbaren Kosten für die Behandlung der innerkantonalen und die vollen anrechenbaren Kosten für die Behandlung der ausserkantonalen Patienten zu decken hat. Zu ergänzen ist, dass Art. 14^{bis} IVG, in Kraft seit 1. Januar 2013, für den vorliegend zu beurteilenden Zeitraum nicht anwendbar ist. Nach dieser Bestimmung wird die Kostenvergütung für stationäre Behandlungen im Sinne von Art. 14 Absätze 1 und 2, die in einem nach Art. 39 KVG zugelassenen Spital erbracht werden, zu 80 % durch die Versicherung und zu 20 % durch den Wohnkanton der versicherten Person geleistet.

9.6 Der Mangel der fehlenden generell-abstrakten Regelung der Tarifgestaltungsgrundsätze kann nicht durch die Vorinstanz mittels analoger Anwendung der KVG-Tarifgrundsätze im Rahmen der angefochtenen Verfügung behoben werden. Sie ist gestützt auf Art. 47 Abs. 6 RVOG lediglich für die verfügungsweise Festlegung der Höhe des Tarifs im engeren Sinn zuständig. Der Delegationsautomatismus nach Art. 47 Abs. 6 RVOG greift nur in Bereichen, in denen eine Verfügung zu erlassen ist. Die Festlegung

der Eckwerte für die Tarifgestaltung hat aber wie erwähnt in generell-abstrakter Form in dem dafür vorgesehenen Verfahren und unter Einbezug der Tarifpartner zu geschehen und ist Aufgabe des Bundesrats. Dieser erlässt seine rechtsetzenden Erlasse in Form der Verordnung (vgl. THOMAS SÄGESSER, Handkommentar zum Regierungs- und Verwaltungsorganisationsgesetz, 2007, N 26 zu Art. 7). Die Übertragung von rechtsetzenden Befugnissen vom Bundesrat an ein Departement hat nach Massgabe von Art. 48 Abs. 1 RVOG zu erfolgen, wonach der Bundesrat unter Berücksichtigung der Tragweite der Rechtssätze die Zuständigkeit zum Erlass von Rechtssätzen auf die Departemente übertragen kann (Art. 48 Abs. 1 RVOG). Eine solche Delegation in Form einer Verordnung oder eines Beschlusses des Bundesrates (vgl. SÄGESSER, a.a.O., N 15 f. zu Art. 48) liegt hier jedoch nicht vor.

9.7 Weiter kann auch die im Rahmen der laufenden Revision des Unfallversicherungsgesetzes vorgesehene Vereinheitlichung der Tarife der Unfall- und der Krankenversicherung die fehlende generell-abstrakte Regelung nicht ersetzen. Gemäss dieser Revisionsvorlage soll im Hinblick auf eine bessere Koordination der Medizinaltarife in den verschiedenen Sozialversicherungszweigen im UVG verankert werden, dass die Tarife auf den gleichen Strukturen basieren müssen wie in der Krankenversicherung. Der neue Art. 56 Abs. 4 UVG soll vorsehen, dass für die Vergütung der stationären Behandlung die Versicherer mit den Spitälern Pauschalen vereinbaren. Die Pauschalen sind leistungsbezogen und beruhen auf den nach Artikel 49 KVG für die obligatorische Krankenpflegeversicherung festgesetzten, 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. Laut der Botschaft des Bundesrates sei es den Spitälern nicht zuzumuten, je nach Sozialversicherung, für welche sie Leistungen erbringen, nach unterschiedlichen Strukturen abzurechnen. Allerdings soll es den Vertragspartnern möglich sein, den besonderen Bedürfnissen der obligatorischen Unfallversicherung Rechnung zu tragen. Demnach soll die Abrechnung spezieller diagnostischer oder therapeutischer Leistungen getrennt von den Fallpauschalen in Rechnung gestellt werden können. Weiter wird die heutige Ordnungsregelung betreffend die Behandlung von Versicherten, welche sich in ein Spital ohne Vertrag oder in eine andere als die allgemeine Abteilung begeben, im Gesetz verankert. Um die Koordination mit dem KVG zu fördern, wird die Formulierung des Artikels 44 Absatz 1 KVG betreffend Tarifschutz

übernommen (vgl. Botschaft zur Änderung des UVG vom 30. Mai 2008, BBl 2008 5430 f.).

9.8 In Bezug auf die Grundsätze zur Tarifgestaltung kann auch nicht von einer übereinstimmenden Auffassung der Beschwerdeparteien ausgegangen werden. In ihren Eingaben vom 16. Juni 2014 beziehungsweise vom 15. Juli 2014 vertreten sie die Auffassung, es habe auf vertraglicher Ebene nie ein verbindliches Tarifierungssystem gegeben, was der Grund für die im Streit liegenden Differenzen sei (B-act. 38 und 40). Die Beschwerdegegnerinnen haben zudem im vorinstanzlichen Verfahren in ihrer Stellungnahme vom 20. Mai 2010 eventualiter beantragt, dass der Bundesrat zunächst verbindliche Eckwerte für die Berechnung des Basispreises im System einer DRG-Pauschale festlege (act. 11). Die Beschwerdeführerin beruft sich darauf, dass die Parteien im Rahmen der Tarifverhandlungen immer vom bisherigen «Neidhard-Modell» ausgegangen seien, bis die Beschwerdegegnerinnen das Berechnungsmodell einseitig abgeändert hätten. Diese bestreiten jedoch die Existenz eines «Neidhard-Modells». Auch bei dem von der Preisüberwachung und den Verfahrensbeteiligten verschiedentlich erwähnten «Spitalthaxmodell SDK/MTK» für öffentliche und öffentlich subventionierte Spitäler handelt es sich gemäss den Erläuterungen der Beschwerdegegnerinnen – etwa im Unterschied zum Spitalthaxmodell SVPK/MTK für Privatspitäler aus dem Jahr 1994 – nicht um ein abgeschlossenes, in einem Dokument niedergeschriebenes Vertragswerk, weshalb es auch nicht zu den Akten gegeben werden konnte (B-act. 38). Daraus wird auch deutlich, dass hier zur Festsetzung beziehungsweise Überprüfung des umstrittenen Tarifs keine von den Tarifpartnern akzeptierten Eckwerte zur Tarifberechnung vorliegen. Der Vollständigkeit halber ist letztlich darauf hinzuweisen, dass auch die Verordnung über die Tarife der Heil- und Kuranstalten in der Unfallversicherung (siehe E. 7.1) keine Rechtsgrundlage für die Tariffestsetzung im vorliegenden Fall bildet, fehlt es doch gerade an einer mit der SUVA vereinbarten Zusammenarbeits- und Tarifordnung.

9.9 Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die Grundsätze für die Ermittlung des umstrittenen Tarifs fehlen, die zumindest auf Verordnungsstufe generell-abstrakt festgelegt werden müssten. Es fehlt dem Gericht damit an einer generell-abstrakten Grundlage, um die Rechtmässigkeit des durch die Vorinstanz mittels Verfügung festgelegten Tarifs zu prüfen. Ebenso fehlt der Vorinstanz die generell-abstrakte Regelung der Tarifermittlungsgrundsätze in Form gesetzlicher beziehungsweise verordnungsmässiger Erlasse, um den konkreten Tarif im Einzelfall mittels Ver-

fügung festzusetzen. Solche Grundsätze können weder als zwischen den Parteien (stillschweigend) vereinbart gelten, noch hat die Revisionsvorlage zu Art. 56 UVG diesbezüglich eine verbindliche Vorwirkung, noch liegt der Erlass entsprechender generell-abstrakter Erlasse in der Zuständigkeit des Gerichts. Vielmehr hat der Gesetz- beziehungsweise der Verordnungsgeber die generell-abstrakten Tarifiermittlungsgrundsätze im vertragslosen Zustand zu regeln, ehe die Vorinstanz einen Tarif im Einzelfall mittels Verfügung festsetzen kann. Die angefochtene Verfügung ist daher aufzuheben und die Beschwerde in diesem Sinne gutzuheissen. Soweit weitergehend, ist sie abzuweisen. Mangels Vertrags und festgesetzten Tarifs kommt folglich die Regelung zur Anwendung, wonach den versicherten Personen (lediglich) diejenigen Kosten zu erstatten sind, die entstanden wären, wenn sie sich in der allgemeinen Abteilung des nächstgelegenen Vertragsspitals hätten behandeln lassen (Art. 15 Abs. 2 UVV; Art. 14 Abs. 2 MVV).

10.

10.1 Das Bundesverwaltungsgericht auferlegt die Verfahrenskosten in der Regel der unterliegenden Partei. Unterliegt diese nur teilweise, so werden die Verfahrenskosten ermässigt (Art. 63 Abs. 1 VwVG). Keine Verfahrenskosten werden Vorinstanzen oder beschwerdeführenden und unterliegenden Bundesbehörden auferlegt; anderen als Bundesbehörden, die Beschwerde führen und unterliegen, werden Verfahrenskosten auferlegt, soweit sich der Streit um vermögensrechtliche Interessen von Körperschaften oder autonomen Anstalten dreht (Art. 63 Abs. 2 VwVG). Die Spruchgebühr richtet sich nach Umfang und Schwierigkeit der Streitsache, Art der Prozessführung und finanzieller Lage der Parteien (Art. 63 Abs. 4^{ter} Satz 1 VwVG; ferner Art. 63 Abs. 5 VwVG i.V.m. mit Art. 2 Abs. 1 des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht [VGKE, SR 173.320.2]). Unter Berücksichtigung dieser Kriterien sind die Verfahrenskosten vorliegend – unter Einschluss des Teilentscheids vom 3. Dezember 2013 – gesamthaft auf Fr. 8'000.– festzusetzen.

Das für die Kostenverteilung massgebende Ausmass des Unterliegens ist aufgrund der gestellten Rechtsbegehren zu beurteilen (MICHAEL BEUSCH, in: Kommentar zum Bundesgesetz über das Verwaltungsverfahren [VwVG], 2008, Rz. 13 zu Art. 63), wobei auf das materiell wirklich Gewollte abzustellen ist (MOSER/BEUSCH/KNEUBÜHLER, Prozessieren vor dem Bundesverwaltungsgericht, 2. Aufl. 2013, Rz. 4.43). Die Beschwerdefüh-

lerin beantragte die Festsetzung eines höheren Basispreises und damit implizit auch die Aufhebung der angefochtenen Verfügung. Die Aufhebung der angefochtenen Verfügung infolge Fehlens einer generell-abstrakten Grundlage hinsichtlich der anwendbaren Tarifordnung ist daher als teilweises Obsiegen der Beschwerdeführerin zu betrachten, weshalb ihr reduzierte Kosten von Fr. 2'000.– aufzuerlegen sind. Dieser Betrag ist dem geleisteten Kostenvorschuss zu entnehmen, und der Restbetrag von Fr. 2'000.– ist ihr nach Eintritt der Rechtskraft dieses Urteils zurückzuerstatten. Die Beschwerdegegnerinnen beantragten Nichteintreten, eventualiter die Abweisung der Beschwerde (und somit die Bestätigung des von der Vorinstanz festgesetzten Basispreises). Da diesen Anträgen nicht gefolgt wird, rechtfertigt es sich, den Beschwerdegegnerinnen 1 (MTK) und 3 (SUVA, Abteilung Militärversicherung) vom verbleibenden Betrag von Fr. 6'000.– ebenfalls reduzierte Verfahrenskosten in der Höhe von insgesamt Fr. 2'000.– aufzuerlegen (Art. 63 Abs. 2 zweiter Satzteil VwVG). Der Beschwerdegegnerin 2 (BSV) sind als Bundesbehörde trotz ihres diesbezüglichen Unterliegens keine Verfahrenskosten aufzuerlegen (Art. 63 Abs. 2 zweiter Satzteil VwVG). Gleiches gilt für die Vorinstanz (EDI), die den angefochtenen Tarif ohne generell-abstrakte Rechtsgrundlage verfügt hat. Die einschlägigen Verfahrenskosten von Fr. 4'000.– sind daher auf die Gerichtskasse zu nehmen, wovon Fr. 3'000.– auf die Vorinstanz und Fr. 1'000.– auf die Beschwerdegegnerin 2 fallen.

10.2 Die Beschwerdeinstanz kann der ganz oder teilweise obsiegenden Partei von Amtes wegen oder auf Begehren eine Entschädigung für ihr erwachsene notwendige und verhältnismässig hohe Kosten zusprechen (Art. 64 Abs. 1 VwVG und Art. 7 Abs. 1 VGKE).

Die Beschwerdeführerin ist bei diesem Verfahrensausgang als teilweise obsiegend zu betrachten, weshalb sie Anspruch auf eine reduzierte Parteientschädigung hat (Art. 7 Abs. 2 VGKE). Da keine Kostennote eingereicht wurde, ist die Entschädigung aufgrund der Akten festzusetzen (Art. 14 Abs. 2 Satz 2 VGKE). Unter Berücksichtigung des Verfahrensausgangs, des gebotenen und aktenkundigen Aufwands, der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des vorliegend zu beurteilenden Verfahrens ist eine Parteientschädigung zu drei Viertel von Fr. 3'000.– (inkl. Auslagen und Mehrwertsteuer; Art. 9 Abs. 1 in Verbindung mit Art. 10 Abs. 2 VGKE) angemessen. Bei diesem Verfahrensausgang, und mit Blick darauf, dass die Vorinstanz das Beschwerdeverfahren verursacht hat, indem sie trotz fehlender generell-abstrakter Grundlage hinsichtlich der anwendbaren Tarifordnung den angefochtenen Tarif fest-

gesetzt hat, erscheint es gerechtfertigt, die Parteientschädigung in Abweichung vom Grundsatz von Art. 64 Abs. 2 VwVG je zur Hälfte der Vorinstanz und den Beschwerdegegnerinnen, die sich mit selbständigen Begehren am Verfahren beteiligt haben, aufzuerlegen (Art. 64 Abs. 2 und 3 VwVG; vgl. Urteile des BGer 2C_753/2013 vom 10. Mai 2013 E. 3.5 und 9C_68/2012 vom 30. März 2012 E. 3.1; KASPAR PLÜSS, in: Kommentar VRG, 3. Auflage 2014, § 17 N. 99). Die Beschwerdegegnerinnen haben keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung, da ihren Anträgen nicht gefolgt wird (Art. 64 Abs. 1 VwVG und Art. 7 Abs. 1 und 2 VGKE). Die unterliegende Vorinstanz hat ebenfalls keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 64 Abs. 1 VwVG und Art. 7 Abs. 1 VGKE, je e contrario; Art. 7 Abs. 3 VGKE).

Demnach erkennt das Bundesverwaltungsgericht:

1.

Die Beschwerde wird dahingehend gutgeheissen, dass die angefochtene Verfügung vom 12. Dezember 2011 aufgehoben wird. Im Übrigen wird die Beschwerde abgewiesen.

2.

Die Verfahrenskosten werden auf Fr. 8'000.– festgesetzt.

Der Beschwerdeführerin werden Verfahrenskosten im Umfang von Fr. 2'000.– auferlegt. Dieser Betrag wird dem geleisteten Kostenvorschuss entnommen, und der Restbetrag von Fr. 2'000.– wird nach Eintritt der Rechtskraft dieses Urteils zurückerstattet.

Den Beschwerdegegnerinnen 1 und 3 werden ebenfalls Verfahrenskosten im Umfang von insgesamt Fr. 2'000.– auferlegt. Dieser Betrag ist innert 30 Tagen nach Eintritt der Rechtskraft des vorliegenden Urteils zu Gunsten der Gerichtskasse zu überweisen. Die Zustellung des Einzahlungsscheins erfolgt mit separater Post.

Die restlichen Verfahrenskosten in der Höhe von Fr. 4'000.– werden auf die Gerichtskasse genommen.

3.

Der Beschwerdeführerin wird eine Parteientschädigung von Fr. 3'000.– (inkl. Auslagen und Mehrwertsteuer) zugesprochen. Diese wird je zur Hälfte der Vorinstanz und den Beschwerdegegnerinnen auferlegt.

4.

Dieses Urteil geht an:

- die Beschwerdeführerin (Gerichtsurkunde; Beilage: Formular Zahladresse)
- die Beschwerdegegnerinnen (Gerichtsurkunde)
- die Vorinstanz (Gerichtsurkunde)
- die Preisüberwachung (Kopie zur Kenntnis)

Die vorsitzende Richterin:

Der Gerichtsschreiber:

Franziska Schneider

Michael Rutz

Rechtsmittelbelehrung:

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen nach Eröffnung beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten geführt werden (Art. 82 ff., 90 ff. und 100 des Bundesgerichtsgesetzes vom 17. Juni 2005 [BGG, SR 173.110]). Die Rechtsschrift ist in einer Amtssprache abzufassen und hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift zu enthalten. Der angefochtene Entscheid und die Beweismittel sind, soweit sie der Beschwerdeführer in Händen hat, beizulegen (Art. 42 BGG).

Versand: