

Auszug aus dem Protokoll des Regierungsrates des Kantons Zürich

Sitzung vom 9. April 2014

462. Krankenversicherung (Genehmigung von Tarifverträgen und Festsetzung der stationären Tarife ab 2012 in den Bereichen Palliative Care, akutsomatische Versorgung Abhängigkeitskranker und Rehabilitation)

1. Ausgangslage

Am 1. Januar 2012 traten die revidierten Gesetzesbestimmungen zur Spitalfinanzierung in Kraft (Änderungen des Krankenversicherungsgesetzes [KVG] vom 21. Dezember 2007, AS 2008 2049). Gemäss Art. 49 KVG haben die Tarifpartner für die Vergütung stationärer Behandlungen in einem Spital Pauschalen zu vereinbaren. In der Regel sind Fallpauschalen festzulegen. Die Pauschalen sind leistungsbezogen, beruhen auf gesamtschweizerisch einheitlichen Strukturen und müssen seit 1. Januar 2012 neu auch einen Investitionsanteil enthalten. Vor dem Hintergrund unterschiedlicher Gesetzesauslegung durch Bundesrat, Preisüberwachung und Kantone konnten nur wenige Tarifverträge rechtzeitig ausgehandelt werden. Der Regierungsrat legte deshalb mit Wirkung ab 1. Januar 2012 für alle Spitäler provisorische Tarife fest (RRB Nrn. 1493/2011 und 1578/2011). In der Folge hat er mit Beschluss vom 13. März 2013 endgültig über die Höhe der auf der gesamtschweizerischen Tarifstruktur SwissDRG (DRG = Diagnosis Related Groups) beruhenden Fallpauschalen entschieden (RRB Nr. 278/2013). Vom Geltungsbereich der Fallpauschalen ausgenommen hat er dabei die Tarife für Leistungen der Leistungsgruppe PAL (Palliative Care Kompetenzzentrum) in den Spitälern Kantonsspital Winterthur, Spital Bülach, Spital Affoltern und Klinik Susenberg sowie der Leistungsgruppe AVA (akutsomatische Versorgung Abhängigkeitskranker) im Spital Sene-Egge. Im vorliegenden Verfahren muss nun endgültig auch über die Tarife dieser akutsomatischen Leistungen entschieden werden. Ebenso ist über die Tarife im Bereich Rehabilitation zu entscheiden.

Die Aufgabe des Kantons beschränkt sich auf die Prüfung und Genehmigung der Tarifverträge zwischen Leistungserbringern und Versicherern. Scheitern die Vertragsverhandlungen oder entsprechen die ausgehandelten Tarife nicht den gesetzlichen Rahmenbedingungen, hat der Regierungsrat die Tarife hoheitlich festzusetzen.

Die Spitäler und Versicherer konnten je für sich die Verhandlungen führen oder sich zu Vertragsgemeinschaften zusammenschliessen. Im Kanton Zürich verhandelte der Verband Zürcher Krankenhäuser (VZK) für die meisten Zürcher Listenspitäler auf der einen Seite, während auf der

anderen Seite der Grossteil der Versicherer durch tarifsuisse oder die Einkaufsgemeinschaft der Krankenversicherer Helsana/Sanitas/KPT (HSK) vertreten ist.

2. Verfahrensgeschichte

Im April 2011 forderte die Gesundheitsdirektion die Tarifpartner auf, bis Ende September 2011 die Tarifverträge zur Genehmigung einzureichen. Mit Schreiben vom 4. November 2011 setzte sie den Tarifpartnern eine letzte Frist, um Tarifverträge zur Genehmigung einzureichen oder – für den Fall des Scheiterns der Vertragsverhandlungen – um Anträge für die hoheitliche Tariffestsetzung zu stellen. Im Laufe des Novembers 2011 wurden die ersten Verträge eingereicht und Festsetzungsbegehren gestellt. Im Februar 2012 forderte die Gesundheitsdirektion die Tarifpartner auf, zu den eingegangenen Anträgen Stellung zu nehmen und – soweit weder Verträge zur Genehmigung eingereicht noch Festsetzungsanträge gestellt worden waren – Festsetzungs- und Genehmigungsanträge zu stellen. Gleichzeitig wurden die Tarifpartner darauf hingewiesen, dass die einzelnen Tarife im Quervergleich mit den Tarifen bzw. den zugrunde liegenden Kosten weiterer Spitäler zu beurteilen seien und deshalb eine Bündelung der Genehmigungs- und Festsetzungsverfahren für die verschiedenen Zürcher Listenspitäler unerlässlich sei. Zudem wurden die Tarifpartner eingeladen, weitere Daten gemäss detaillierten Vorgaben der Gesundheitsdirektion einzureichen. Dieser Aufforderung kamen die Tarifpartner im März 2012 nach.

Nach Art. 14 des Preisüberwachungsgesetzes müssen die Tarife vor dem endgültigen Genehmigungs- oder Festsetzungsentscheid des Regierungsrates der Preisüberwachung vorgelegt werden. Die Gesundheitsdirektion lud demgemäss die Preisüberwachung im Sommer 2012 ein, zu den von den Tarifpartnern beantragten Tarifen Stellung zu nehmen bzw. eine Empfehlung abzugeben. Im Laufe des Verfahrens gingen weitere Tarifverträge für die Jahre 2012, 2013 und 2014 bei der Gesundheitsdirektion ein. Diese wurden der Preisüberwachung umgehend nachgereicht.

Ende November 2012 teilte die Preisüberwachung mit, dass sie auf Empfehlungen zu den Tarifen 2012 für Rehabilitation, PAL und AVA grundsätzlich verzichte. Anfang April 2013 nahm die Preisüberwachung zu den zwischen der RehaClinic AG und tarifsuisse sowie HSK vereinbarten Verträgen für Tarife ab 2013 Stellung. Sie empfahl, für die RehaClinic Standort Kilchberg die Tarife für die neurologische Rehabilitation für die Dauer bis zur Einführung einer gesamtschweizerischen Tarifstruktur im Bereich der Rehabilitation oder alternativ bis Ende 2016 auf Fr. 570 pro Tag für leichte, Fr. 680 für mittlere und Fr. 788 für schwere Fälle festzusetzen. Für die RehaClinic Standort Zollikerberg empfahl

die Preisüberwachung eine Einheitspauschale von Fr. 492 pro Tag analog zum Tarif für muskuloskelettale Rehabilitation in der RehaClinic Standort Bad Zurzach. Im Sommer 2013 verzichtete die Preisüberwachung auf die Abgabe einer Empfehlung einerseits zu den Tarifverträgen zwischen der Klinik Susenberg und tarifsuisse (Leistungsgruppen Rehabilitation und PAL) und andererseits zu den Tarifverträgen zwischen dem Sune-Egge und tarifsuisse sowie HSK (Leistungsgruppe AVA). Ebenso verzichtete die Preisüberwachung mit Schreiben vom 17. Februar 2014 und 13. März 2014 auf die Abgabe einer Empfehlung zu den von den Tarifpartnern vereinbarten Tarifen ab 1. Januar 2014.

Im Dezember 2012 wurde den Tarifpartnern Frist zur Einreichung von Schlussstellungen gesetzt. Diese gingen im Januar 2013 ein. Auf die Empfehlung der Preisüberwachung betreffend die RehaClinic Standorte Zollikerberg folgte ein reger Schriftwechsel zur Frage der Vergleichbarkeit mit anderen Leistungserbringern bis Herbst 2013.

Bei Tarifverträgen zwischen Verbänden sind zusätzlich zur Preisüberwachung diejenigen Organisationen anzuhören, welche die Interessen der Versicherten vertreten (Art. 43 Abs. 4 KVG). Die Schweizerische Stiftung SPO Patientenschutz und der Dachverband der Schweizerischen Patientenstellen (DSVP) wurden deshalb mit Schreiben vom 6. August 2012 eingeladen, bis zum 31. August 2012 zu den Tariffestsetzungsbegehren der Tarifpartner Stellung zu nehmen. Sie liessen sich nicht vernehmen.

Alle eingegangenen Verträge und Stellungnahmen sind in Beilage 1 zu diesem Beschluss zusammengefasst. Auf die einzelnen Parteivorbringen wird, soweit für den Entscheid erforderlich, im Rahmen der nachfolgenden Erwägungen eingegangen.

3. Grundsätze der Tarifierung

3.1 Allgemeine Grundsätze und Tarifstruktur

Die allgemeinen Grundsätze zur Tariffindung entweder mittels Verträgen oder im hoheitlichen Festsetzungsverfahren sind in Art. 43 KVG festgehalten. 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). Nach Art. 46 Abs. 4 KVG bedürfen kantonale Tarifverträge der Genehmigung durch den Regierungsrat. Dieser hat zu prüfen, ob der Tarifvertrag mit dem Gesetz und dem Gebot der Wirtschaftlichkeit und Billigkeit in Einklang steht. Widerspricht ein Tarifvertrag diesen Vorgaben, kann er nicht genehmigt werden bzw. es liegt kein rechtsgültiger Tarifvertrag und somit ein tarifloser Zustand vor. Kommt zwischen Leis-

tungserbringern und Versicherern kein (genehmigungsfähiger) Tarifvertrag zustande, setzt die Kantonsregierung nach Anhörung der Beteiligten den Tarif fest (Art. 47 Abs. 1 KVG). Weicht die Kantonsregierung von den Empfehlungen der Preisüberwachung ab, hat sie dies zu begründen (Art. 14 Abs. 2 Preisüberwachungsgesetz).

Für Tarife in Spitälern, wozu auch Einrichtungen für die Durchführung von Massnahmen der medizinischen Rehabilitation gehören (Art. 39 Abs. 1 KVG), gelten insbesondere die in Art. 49 KVG festgelegten Grundsätze. Für die Vergütung stationärer Behandlungen sieht das Gesetz leistungsbezogene Pauschalen vor. Im akutsomatischen Bereich haben sich die Tarifparteien und die Kantone gestützt auf Art. 49 Abs. 2 KVG auf ein DRG-Fallpauschalensystem geeinigt. Leistungen von Spitälern in ausgewählten Bereichen (wie beispielsweise PAL und AVA) können vom Anwendungsbereich der SwissDRG-Fallpauschalen ausgenommen werden, soweit die Kosten und Leistungen transparent ausgeschieden werden (vgl. Regeln und Definitionen zur Fallabrechnung unter SwissDRG, Kapitel 2.1 Anwendungsbereich, Stand 19. April 2011, SwissDRG AG). Für die Bereiche der Rehabilitation und Psychiatrie einschliesslich Suchtbehandlung liegt noch keine gesamtschweizerisch einheitliche Tarifstruktur im Sinne von Art. 49 Abs. 1 KVG vor. In diesen Bereichen sind einstweilen in Anlehnung an die bisherigen Tarifstrukturen Tagespauschalen festzulegen.

3.2 Rechtsgrundlagen für die Genehmigung und Festsetzung von Spitaltarifen

Vorliegend geht es um die Genehmigung von Tarifverträgen mit Spitälern und um die Festsetzung von Spitaltarifen. Die einschlägigen rechtlichen Bestimmungen dazu finden sich in erster Linie im Abschnitt «Tarife und Preise» des KVG (Art. 43–53 KVG).

- Nach Art. 43 KVG sind die Spitaltarife in Verträgen zwischen Versicherern und Leistungserbringern zu vereinbaren oder in den vom Gesetz bestimmten Fällen von der zuständigen Behörde festzusetzen. Dabei ist «auf eine betriebswirtschaftliche Bemessung und eine sachgerechte Struktur der Tarife zu achten» (Abs. 4). Die Vertragspartner und die zuständigen Behörden haben ferner darauf zu achten, dass «eine qualitativ hoch stehende und zweckmässige gesundheitliche Versorgung zu möglichst günstigen Kosten erreicht wird» (Abs. 6).
- Gemäss Art. 46 Abs. 4 KVG bedarf ein Tarifvertrag zwischen Leistungserbringern und Versicherern der Genehmigung durch die zuständige Kantonsregierung oder den Bundesrat. Dabei wird geprüft, ob der Tarifvertrag «mit dem Gesetz und dem Gebot der Wirtschaftlichkeit und Billigkeit in Einklang steht». Mit der Prüfung der Billigkeit soll verhindert werden, dass einseitige, unter Druck zustande gekommene

Abreden rechtswirksam werden. Einzelne Leistungserbringer sollen nicht ohne sachlichen Grund bevorzugt oder benachteiligt werden. Die Rechte und Interessen der Versicherten sollen nicht beeinträchtigt werden (vgl. Entscheid des Bundesverwaltungsgerichtes [BVGer] vom 11. Dezember 2013 im Verfahren C-5354/2011 / C-5432/2011, E. 4.3.1).

- Nach Art. 49 Abs. 1 KVG müssen sich die in Tarifverträgen vereinbarten Spitaltarife «an der Entschädigung jener Spitäler [orientieren], welche die tarifierte obligatorisch versicherte Leistung in der notwendigen Qualität effizient und günstig erbringen».
- Art. 47 KVG regelt das Vorgehen, wenn kein Tarifvertrag abgeschlossen worden ist. In diesem Fall hat die Kantonsregierung nach Anhören der Beteiligten den Tarif festzusetzen.

Da die Regelungen in ihrem Wortlaut unterschiedliche Anforderungen an die Wirtschaftlichkeit und die Qualität der medizinischen Leistungen stellen, stellt sich die Frage, in welchem Verhältnis die Bestimmungen zueinander stehen. Aus der Gesetzessystematik ergibt sich Folgendes: Art. 43 KVG steht zu Beginn des Abschnitts über die Tarife und Preise und ist mit Grundsatz überschrieben. Er gilt deshalb, soweit die nachfolgenden Bestimmungen keine abweichenden Regelungen enthalten. Der Gegenstand von Art. 46 KVG ist enger gefasst: Er regelt die Tarifverträge. Als *lex specialis* geht er Art. 43 KVG vor. Art. 49 KVG befasst sich mit den Tarifverträgen mit Spitälern im Besonderen. Seine Regelungen gehen deshalb als spezielleres Recht den Art. 43 und 46 KVG vor.

Für Tarifverträge mit Spitälern gelten somit folgende Vorgaben:

- In Verträgen vereinbarte Spitaltarife haben sich an der Entschädigung jener Spitäler zu orientieren, welche die Leistung in der notwendigen Qualität effizient und günstig erbringen (Art. 49 Abs. 1 KVG).
- Kann diese Regelung mangels «Orientierungspunkten» gemäss Art. 49 Abs. 1 KVG nicht angewendet werden, muss der vertraglich vereinbarte Tarif «mit dem Gesetz und dem Gebot der Wirtschaftlichkeit und Billigkeit» in Einklang stehen (Art. 46 Abs. 4 KVG).
- Lässt auch diese Regelung Fragen offen, gilt der Grundsatz, dass mit dem Tarifvertrag «eine qualitativ hoch stehende und zweckmässig gesundheitliche Versorgung zu möglichst günstigen Kosten» erreicht werden soll (Art. 43 Abs. 6 KVG).

Diese Vorschriften richten sich in erster Linie an die Tarifpartner, in zweiter Linie aber auch an die Kantonsregierungen anlässlich der Genehmigung der Verträge. Denn der Sinn der Genehmigungspflicht liegt gerade darin, die Vorschriften über die Tarifverträge zur Anwendung zu bringen.

Kommt zwischen den Tarifpartnern kein Tarifvertrag zustande, hat der Regierungsrat nach Art. 47 Abs. 1 KVG den Tarif festzusetzen. Dieser Artikel sagt nicht, welche Regeln der Regierungsrat bei der Festsetzung

zu beachten hat. Damit ist der Grundsatz von Art. 43 Abs. 6 anzuwenden, wonach «eine qualitativ hoch stehende und zweckmässige Versorgung zu möglichst günstigen Kosten» erreicht werden soll. Gemäss Literatur und Rechtsprechung ist bei der Festsetzung von Tarifen indessen auch Art. 46 Abs. 4 KVG zu beachten, wonach Tarife «mit dem Gesetz und den Geboten der Wirtschaftlichkeit und Billigkeit in Einklang» stehen (Daniel Staffelbach / Yves Endrass, in: Tomas Poledna [Hrsg.], forum Gesundheitsrecht, Der Ermessensspielraum der Behörden im Rahmen des Tariffestsetzungsverfahrens nach Art. 47 in Verbindung mit Art. 53 Krankenversicherungsgesetz, Zürich/Basel/Genf 2006, Ziff. 80; Urteil des BVGer vom 18. September 2013 im Verfahren C-4961/2010, E. 4.2). Gleiches muss für den neuen Art. 49 Abs. 1 KVG betreffend die Tarifverträge mit Spitälern gelten: Die dort vorgeschriebene Orientierung an der Entschädigung von Spitälern mit effizienter und günstiger Leistungserbringung ist auch bei der Tariffestsetzung zu beachten.

Zusammenfassend ergibt sich: Zu genehmigende oder hoheitlich festzusetzende Spitaltarife müssen folgende Voraussetzungen erfüllen:

- Sie müssen sich an der Entschädigung jener Spitäler orientieren, welche die tarifizierte obligatorisch versicherte Leistung in der notwendigen Qualität effizient und günstig erbringen (Art. 49 Abs. 1 KVG).
- Ist eine solche Orientierung nicht möglich bzw. stützt sich der Tarif auf eine spitalindividuelle Beurteilung, müssen die Spitaltarife so festgesetzt werden, dass sie mit dem Gebot der Wirtschaftlichkeit und Billigkeit in Einklang stehen (Art. 46 Abs. 4 KVG) und eine qualitativ hoch stehende und zweckmässige Gesundheitsversorgung zu möglichst günstigen Kosten gewährleisten (Art. 43 Abs. 6 KVG).

3.3 Spitalvergleiche als Voraussetzung für Leistungsfinanzierung

Einige Leistungserbringer sind der Auffassung, dass sich die Spitaltarife mit der Gesetzesänderung vom 21. Dezember 2007 nicht mehr an den Kosten des einzelnen Spitals zu orientieren haben, sondern dass grundsätzlich eine freie Preisfindung herrsche. Demgegenüber vertreten tarifsuisse und die Preisüberwachung den Standpunkt, mit der KVG-Revision 2007 habe sich an den früheren Tarifierungsgrundsätzen nichts geändert. Der Regierungsrat hat sich bereits in Beschluss Nr. 278/2013 betreffend Genehmigung und Festsetzung von Fallpauschalen nach SwissDRG eingehend mit dieser Frage auseinandergesetzt und kam zum Schluss, dass mit der neuen Spitalfinanzierung das frühere Kostenabgeltungsprinzip durch die Leistungsfinanzierung abgelöst worden sei, womit die Tarife ab dem 1. Januar 2012 grundsätzlich nicht mehr spitalindividuell festzulegen seien, sondern sich neu an den Kosten von effizienten und günstigen Spitälern zu orientieren hätten.

Denn Art. 49 Abs. 1 KVG setzt grundsätzlich einen Vergleich unter Spitälern voraus und verlangt, dass man sich bei der Festsetzung eines Spitaltarifs an einem oder mehreren effizient arbeitenden Spitälern zu orientieren hat. Sinnvollerweise werden diese den Orientierungspunkt bildenden Spitäler anhand eines Quervergleichs unter den Spitälern bestimmt. Es sind deshalb die Spitäler mit gleichen oder vergleichbaren Leistungen zu ermitteln, die über aussagekräftige und vergleichbare Daten verfügen. Liegt eine genügende Anzahl solcher Spitäler vor, wird das den Orientierungspunkt bildende Benchmarkspital sinnvollerweise beim 40. Perzentil festgelegt (vgl. RRB Nr. 278/2013).

Gemäss Art. 49 Abs. 1 KVG hat sich der zu bestimmende Spitaltarif an der Entschädigung des so bestimmten Benchmarkspitals zu orientieren. In einer ersten Annäherung ist unter Entschädigung das zu verstehen, was ein Spital für seine Leistungen bekommt. Wie viel das ist, soll gerade den Vorgaben von Art. 49 Abs. 1 KVG entsprechen. Bei der erstmaligen Beurteilung von Verträgen liegen aber noch keine auf Gesetzeskonformität geprüften Tarife vor. Dieser «normative Zirkelschluss» kann jedenfalls in der Anfangsphase des neuen Spitalfinanzierungssystems nicht aufgelöst werden. Für die Rechtsanwendung bedeutet dies, dass nicht auf die Entschädigung des Benchmarkspitals abzustellen ist, sondern auf die tarifrelevanten Kosten für die von ihm erbrachten Leistungen.

Konkret heisst das, dass die bereinigten Kosten der Vergleichsspitäler einander gegenübergestellt werden. Sodann wird das Spital des 40. Perzentils bestimmt; es bildet den Benchmark im Sinne von Art. 49 KVG, und seine Kosten dienen als Massstab für das effiziente und günstige Spital im Sinne des Art. 49 KVG und bestimmen den Preis.

Im Idealfall lassen sich die von den Spitälern erbrachten Leistungen nach einheitlichen Kriterien gruppieren, und die Kostenrechnung erfolgt nach einem standardisierten Verfahren. Können viele Spitäler in den Vergleich einbezogen werden, bei denen die Leistungen und Kosten vergleichbar sind, ist der Benchmark von grosser Validität: Der Tarif orientiert sich ausschliesslich an den Kosten des effizienten Spitals (Benchmark als Preis); die spitaleigenen Kosten eines Spitals, das nicht den Benchmark bildet, sind nicht direkt massgebend für die Bestimmung der Tarifhöhe. Ein solches Vorgehen setzt voraus, dass eine genügend grosse Anzahl Spitäler gleiche oder mittels Schweregradbereinigung vergleichbare Leistungen erbringt.

Im Unterschied zum Geltungsbereich des SwissDRG-Systems liegt für die Bereiche PAL, AVA und Rehabilitation noch keine Methode vor, mit der die unterschiedlichen Schweregrade der einzelnen Behandlungen sachgerecht abgebildet und bei der Tarifierung entsprechende Differenzierungen vorgenommen werden können. Deshalb können vorliegend

nur jene Spitäler direkt miteinander verglichen werden, die über einen vergleichbaren Leistungsauftrag verfügen und bei denen keine Indizien für unterschiedliche Schweregrade innerhalb des gleichen Leistungsauftrags vorliegen. Kann eine solche Vergleichsgruppe gebildet werden, so kann auch ausserhalb des SwissDRG-Geltungsbereichs die Leistungsfinanzierung konsequent umgesetzt werden.

Dieses Vorgehen versagt jedoch, wenn entweder keine anderen Spitäler über vergleichbare Leistungsaufträge verfügen oder aber wesentliche Indizien für unterschiedliche Schweregrade bei demselben Leistungsauftrag vorliegen. In diesen Fällen ist eine Orientierung an einem anderen Spital und damit eine reine Leistungsfinanzierung im Sinne von Art. 49 Abs. 1 KVG nicht möglich. Der für die Tarifierung massgebliche Leitgedanke von Art. 49 Abs. 1 KVG (Entschädigung von effizient, günstig und in der notwendigen Qualität erbrachten Leistungen) gilt jedoch auch hier; er lässt sich als Umschreibung der von Art. 46 Abs. 4 KVG geforderten Wirtschaftlichkeit verstehen. Dies bedeutet, dass auch bei Spitälern mit fehlender oder beschränkter Vergleichbarkeit zu prüfen ist, ob das zu beurteilende Spital als effizient und günstig im Sinne von Art. 49 Abs. 1 KVG zu beurteilen ist. Ein solches Vorgehen stützt sich vorzugsweise auf die spitalindividuellen Kosten und prüft diese auf deren Wirtschaftlichkeit.

3.4 Verschiedene Ansätze für Wirtschaftlichkeitsvergleiche

Einige Versicherer und Spitäler befürworten, für die Tariffestsetzung Verhandlungslösungen anderer Spitäler bzw. des Spitals gegenüber anderen Versicherern beizuziehen (Analogietarif). Andere Versicherer orientieren sich demgegenüber an den OKP-Tarifen unter der alten Spitalfinanzierung und rechnen die Tarife 2011 auf 100% Betriebskosten zuzüglich Anlagenutzungskosten hoch. Beide Methoden vermögen in einigen Fällen mangels Alternative sachgerecht sein und entsprechen früheren Empfehlungen der Preisüberwachung. Mangels Schweregradbereinigung oder ungenügender Anzahl vergleichbarer Spitäler ist es methodisch aber nicht sachgerecht, sich auf eine einzige Methode des Wirtschaftlichkeitsvergleichs zu beschränken. Vielmehr sollen die spitalindividuellen Ausgangslagen und Kosten in verschiedener Hinsicht kritisch geprüft und dabei folgende in Theorie und Praxis entwickelten Ansätze verwendet werden:

- *«Second Best»:* Bei einer geringen Anzahl vergleichbarer Spitäler kann das zweitgünstigste Spital als sachgerechter Massstab für Wirtschaftlichkeit betrachtet werden.
- *Grösstes Spital:* Bei wesentlichen Unterschieden in der Betriebsgrösse kann auch das grösste aller Spitäler als wirtschaftlich gelten, sofern dieses nicht gleichzeitig das teuerste darstellt.

- *Relation zu anderen Versorgungsstufen:* Die Fall- oder Tageskosten sollten dem Schweregrad oder der Versorgungsstufe folgen: Spitäler mit einfacheren Behandlungen bzw. tieferer Versorgungsstufe sollten tiefere Fall- oder Tageskosten haben als Spitäler mit schwereren Behandlungen bzw. höherer Versorgungsstufe.
- *Vergleich mit alternativen Tarifstrukturen:* Verrechnen andere Spitäler mit vergleichbarem Leistungsauftrag ihre Leistungen nach Swiss-DRG, ist ein Vergleich mit deren Benchmark-Tarifen unter Umrechnung auf die Tarifstruktur des betreffenden Spitals möglich.
- *Tarifvergleich:* Vergleiche mit vertraglich vereinbarten oder festgesetzten Tarifen anderer Spitäler oder anderen Versicherern können sachgerecht sein. Es dürfen aber keine Indizien vorliegen, wonach der Vergleichstarif wesentlich unter den Kosten des betreffenden Leistungserbringers liegt.
- *Intertemporaler Vergleich:* Die Kosten eines Spitals im betreffenden Jahr können mit jenen des Vorjahres verglichen werden. Die Preisüberwachung entwickelte diese Methode für jene Situationen, in denen ein Vergleich mit anderen Spitalern derselben oder anderer Versorgungsstufen nicht möglich ist. Eine jährliche Steigerung der Kosten pro Pfl egetag von 1,5% liegt im Rahmen dessen, was die Preisüberwachung noch für angemessen akzeptiert. Höhere Kostensteigerungen sind als unwirtschaftlich zu werten.

Die Tariffestsetzung für die Bereiche Palliative Care, akutsomatische Versorgung Abhängigkeitskranker und Rehabilitation muss sich demnach stärker auf die spitalindividuelle Wirtschaftlichkeitsbeurteilung unter Anwendung verschiedener methodischer Ansätze stützen, als dies bei einer für die ganze Schweiz einheitlichen Tarifstruktur der Fall wäre. Für spitalindividuelle Beurteilung besteht ein verhältnismässig grosser Ermessensspielraum; sie darf nicht als wissenschaftlich genau betrachtet werden und hat neben der Wirtschaftlichkeit auch die Versorgungssicherheit zu berücksichtigen.

3.5 Beurteilung der Genehmigungsfähigkeit

Gemäss KVG sind die Tarife in erster Linie in Verträgen zwischen Versicherern und Leistungserbringern zu vereinbaren (Art. 43 Abs. 4 KVG). Die Tarifpartner haben dabei die vertragsnotwendigen Elemente zu regeln, beispielsweise die Bezeichnung der tarifierten Leistungen oder die Baserates der Spitäler (vgl. Entscheid des BVGer vom 11. Dezember 2013 im Verfahren C-5354/2011 / C-5432/2011, E. 4.1.2). Zudem muss der Vertragsinhalt den gesetzlichen Vorschriften entsprechen. Die Tarifpartner haben bei den Verträgen beispielsweise «auf eine betriebswirtschaftliche und sachgerechte Struktur der Tarife zu achten» (Art. 43 Abs. 4 KVG) und eine «qualitativ hoch stehende und zweckmässige ge-

sundheitliche Versorgung zu möglichst günstigen Kosten» anzustreben (Art. 43 Abs. 6 KVG). Weiter sind gewisse wettbewerbsbeschränkende Abreden ausgeschlossen, so etwa Exklusivitäts- und Meistbegünstigungsklauseln (vgl. Art. 46 Abs. 3 KVG). Bei Tarifverträgen mit Spitälern im Besondern haben sich die Spitaltarife «an der Entschädigung jener Spitäler [zu orientieren], welche die tarifizierte obligatorische versicherte Leistung in der notwendigen Qualität effizient und günstig erbringen» (Art. 49 Abs. 1 KVG). Die Entschädigungen dürfen keine gemeinwirtschaftlichen Leistungen im Sinne von Art. 49 Abs. 3 KVG enthalten. Im Rahmen dieser gesetzlichen Schranken kann ein Tarifvertrag über den erwähnten Mindestinhalt hinaus weitere Punkte regeln; insoweit besteht für die Tarifpartner Vertragsfreiheit (BVGer, a. a. O., E. 4.1.2).

Die Genehmigungsbehörde kann einen Tarifvertrag genehmigen, teilweise genehmigen oder nicht genehmigen. Bei der Teilgenehmigung werden einzelne Vertragsteile, die gegen das Gesetz verstossen oder mit dem Gebot der Wirtschaftlichkeit und Billigkeit nicht in Einklang stehen, nicht genehmigt, die restlichen Teile des Vertrags aber schon. Die Teilgenehmigung ist zulässig, wenn anzunehmen ist, dass die Vertragspartner den Vertrag auch ohne die unzulässigen Vertragselemente abgeschlossen hätten (vgl. Entscheid des BVGer vom 17. Dezember 2009 im Verfahren C-536/2009 / C-569/2009 E. 5.1.4).

Bei einem Benchmark mit grosser Validität besteht nur ein geringer Ermessensspielraum für die Ermittlung des effizienten Spitals im Sinne von Art. 49 Abs. 1 KVG. In RRB Nr. 278/2013 wurden Tarifverträge genehmigt, sofern die vereinbarten Tarife um höchstens 2% von den behördlich geprüften und festgesetzten Pauschalen abwichen; stärkere Abweichungen waren zu begründen. Da bei der Wirtschaftlichkeitsbeurteilung für die Bereiche Palliative Care, akutsomatische Versorgung Abhängigkeitskranker und Rehabilitation kein solch valider Benchmark vorliegt und bei der Tariffestsetzung ein verhältnismässig grosser Ermessensspielraum besteht, ist dieser auch den Tarifpartnern bei den Vertragsverhandlungen einzuräumen. Es wäre deshalb nicht sachgerecht, für die zu genehmigenden Tarife zu verlangen, dass sie sich innerhalb einer prozentualen, an der Höhe der festzusetzenden Tarife ausgerichteten Bandbreite bewegen müssen. Ausgangspunkt der Wirtschaftlichkeitsprüfung nach Art. 46 Abs. 4 KVG sind hier vielmehr die ausgewiesenen Kosten eines Spitals. Liegen Hinweise für seine Unwirtschaftlichkeit vor, ist ein unter den Tarifpartnern vereinbarter Tarif dann als wirtschaftlich zu betrachten und zu genehmigen, wenn er in entsprechendem Mass unter den ausgewiesenen Kosten liegt, d. h., wenn der sogenannte Unwirtschaftlichkeitsabzug genügend gross ist. Bei der Festsetzung des Abzugs verfügen die Tarifpartner über einen beträchtlichen Ermessensspielraum.

Gibt es hingegen keinerlei Anzeichen für Unwirtschaftlichkeit eines Spitals, haben sich die Tarife an den Kosten des betreffenden Spitals zu orientieren.

3.6 Massgebendes Datenmaterial und Kostenermittlung

Um Wirtschaftlichkeitsvergleiche im genannten Sinn gestützt auf Kostendaten durchführen zu können, müssen nachfolgende Schritte vollzogen werden:

1. Bildung von Kategorien vergleichbarer Spitäler (Kapitel 3.6.1)
2. Ermittlung der tarifrelevanten Kosten (Kapitel 3.6.2)
3. Ermittlung des Benchmarks pro Kategorie oder, falls kein Benchmark möglich ist, Wirtschaftlichkeitsvergleich im Einzelnen (Kapitel 4).

3.6.1 Bildung von Kategorien vergleichbarer Spitäler

Für die Leistungen der Leistungsgruppen PAL und AVA wie auch im Bereich der Rehabilitation besteht keine für die ganze Schweiz einheitliche Tarifstruktur. Deshalb sind Wirtschaftlichkeitsvergleiche zwischen Leistungserbringern mit unterschiedlichem Leistungsauftrag oder zwischen unterschiedlichen Leistungsgruppen gemäss Zürcher Spitallisten Akutsomatik oder Rehabilitation 2012 nicht sachgerecht. Innerhalb derselben Leistungsgruppe besteht jedoch eine gewisse Vergleichbarkeit. Bei Spitälern mit verschiedenen Leistungsaufträgen sind Vergleiche nur möglich, soweit die Kosten- und Leistungsdaten den einzelnen Leistungsgruppen zugeordnet werden können. In diesem Sinne können nachfolgend aufgeführte Kategorien unterschieden werden, wobei für jede Leistungsgruppe zu prüfen ist, wieweit ein Vergleich vorgenommen werden kann und sachgerecht ist.

Kategorien vergleichbarer Spitäler (Leistungsgruppen gemäss Spitalliste 2012)	Spitäler
PAL (Palliative Care Kompetenzzentrum)	Kantonsspital Winterthur, Spital Bülach, Spital Affoltern, Klinik Susenberg
AVA (Akutsomatische Versorgung Abhängigkeitskranker)	Sune-Egge
Rehabilitation, muskuloskelettal	Zürcher Höhenklinik Wald * Universitätsklinik Balgrist RehaClinic Zollikerberg
Rehabilitation, Querschnittslähmung	Universitätsklinik Balgrist
Rehabilitation, neurologisch	Zürcher Höhenklinik Wald RehaClinic Kilchberg
Rehabilitation, internistisch-onkologisch	Zürcher Höhenklinik Wald * Klinik Susenberg
Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen	Kinderspital Zürich
Rehabilitation, div. Leistungsgruppen (kardiovaskulär, pulmonal)	Zürcher Höhenklinik Wald *

* nur in Kombination mit anderen Leistungsgruppen beurteilbar

3.6.2 Ermittlung der tarifrelevanten Kosten

3.6.2.1 Allgemeines

Die Kosten- und Leistungsdaten der Spitäler müssen zur Ermittlung der tarifrelevanten Kosten mit einer einheitlichen Methodik aufbereitet werden, um sie vergleichen zu können (Kostenträgerrechnung; stationäre Fälle 2010, engere Betriebskosten). Aufgrund der detaillierten Kostenträgerrechnungen der Zürcher Spitäler ist es dabei in den meisten Fällen möglich geworden, auf die tatsächlichen Kosten abzustellen. Nur dort, wo noch keine plausiblen Kostendaten vorliegen, sind, in Übereinstimmung mit der Lehre und Rechtsprechung, Abzüge vorzunehmen bzw. zulässig (sogenannte Normabzüge).

Dabei sind die Kosten jener Leistungen abzuziehen, die nicht von der Grundversicherung zu übernehmen sind. Bei einigen Abzügen bestehen unterschiedliche Auffassungen zur Ermittlung ihrer Höhe; darauf ist nachfolgend näher einzugehen.

Für die übrigen technischen Bereinigungen, welche die Gesundheitsdirektion zur Ermittlung der Fallkosten vornimmt, kann unmittelbar auf die Methodik gemäss Empfehlungen der GDK zur Wirtschaftlichkeitsprüfung vom 12. Juli 2012 verwiesen werden. Das Vorgehen im Detail findet sich in Beilage 2.

3.6.2.2 Abzüge für Überkapazitäten und Intransparenz

Gemäss aArt. 49 Abs. 1 KVG durften die von den Krankenversicherern zu finanzierenden Pauschalen höchstens 50% der anrechenbaren Kosten in der allgemeinen Abteilung eines Spitals decken. In der Praxis wurden deshalb bei unklaren Datenlagen grosszügige pauschale Abzüge vorgenommen, um sicherzustellen, dass die Tarife nie über die tatsächlichen Kosten für KVG-Leistungen zu liegen kamen; das Restdefizit war dann als Ergebnis der damaligen Objektsubventionierung von der öffentlichen Hand zu tragen. tarifsuisse möchte weiterhin unabhängig von der heutigen, von Kanton zu Kanton verschiedenen Datenlage grosszügige pauschale Abzüge vornehmen. Die Spitäler und die HSK-Versicherer lehnen ein solches Vorgehen als nicht mehr sachgerecht ab und verweisen auf die Wirtschaftlichkeitsvergleiche und den Benchmark als entsprechendes Korrektiv. Dieser Auffassung ist zu folgen. Im wettbewerblich ausgerichteten System der neuen Spitalfinanzierung und der Festlegung von Tarifen auf der Grundlage eines Benchmarks ist es nicht länger sachgerecht, spitalindividuelle Korrekturen für nicht vollständige Datentransparenz (Intransparenzabzüge) oder Unwirtschaftlichkeitsabzüge (Überkapazitätsabzüge) vor dem Benchmarking vorzunehmen. Eine entsprechende Korrektur erfolgt über den Wirtschaftlichkeitsvergleich.

3.6.2.3 Abzüge für Zusatzleistungen und kalkulatorische Zinsen auf dem Umlaufvermögen

Zur Bestimmung der relevanten Betriebskosten der OKP sind die Aufwendungen für über die Grundversicherungsleistungen hinausgehende Zusatzleistungen insbesondere bei Halbprivat- und Privatpatientinnen und -patienten abzuziehen. Dazu nimmt der Verband der Spitäler der Schweiz (H+) im ITAR-K-Modell standardmässig einen Abschlag von 0,3% auf den Nettobetriebskosten der Zusatzversicherten vor, während tarifsuisse an der alten Rechtsprechung zur defizitorientierten Spitalfinanzierung festhalten möchte und bei einem Anteil an Zusatzversicherten von 10–20% einen Abzug auf den Betriebskosten von 1% und bei einem Anteil von über 20% von 2% verlangt. Eine solche Orientierung am Gesamtergebnis mit stufenweisem normativem Abschlag ist überholt. Neu ist auch hier anhand der konkreten Leistungen vorzugehen. Nach den Berechnungen der Gesundheitsdirektion, die sich auf die Kostenträgerrechnungen des Jahres 2010 stützen, beträgt der Kostenunterschied in den Zürcher Spitälern zwischen ausschliesslich Grundversicherten auf der allgemeinen Abteilung und Halbprivatpatientinnen und -patienten durchschnittlich Fr. 800 pro Fall. Bei Privatpatientinnen und -patienten liegt der Wert bei durchschnittlich Fr. 1000 pro Fall. Auf diese tatsächlichen Werte ist abzustellen.

Darüber hinaus sind für die massgeblichen Betriebskosten der OKP auch die Arzthonorareinnahmen von Zusatzversicherten und die kalkulatorischen Zinsen auf dem Umlaufvermögen herauszurechnen, wobei in diesen Bereichen den Empfehlungen der Preisüberwachung (im Rahmen der SwissDRG-Fallpauschalen) zu folgen ist.

3.6.2.4 Gemeinwirtschaftliche Leistungen

Gemäss Art. 49 Abs. 3 KVG dürfen die Spitaltarife «keine Kostenanteile für gemeinwirtschaftliche Leistungen enthalten. Dazu gehören insbesondere: a. die Aufrechterhaltung von Spitalkapazitäten aus regionalpolitischen Gründen; b. die Forschung und universitäre Lehre.» Gemeinwirtschaftliche Leistungen sind somit Leistungen, an denen festgehalten wird, obwohl sie teilweise in Widerspruch zu den Geboten des KVG stehen, oder deren Erbringung nicht zu den Aufgaben der OKP zählen (vgl. Eugster Gebhard, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum KVG, Zürich 2010, Art. 49 KVG N. 7). Entsprechende Kosten sind – soweit in den stationären Kosten enthalten – herauszurechnen.

Die Vorgaben der Gesundheitsdirektion zur Kostenrechnung und insbesondere zur Kostenträgerrechnung sehen vor, dass gemeinwirtschaftliche Leistungen entweder in Nebenkostenstellen oder als gesonderte Kostenträgerstellen auszuweisen sind und deshalb nicht in die stationären Kosten der Patientinnen und Patienten einfließen dürfen. Entge-

gen der Darstellung von tarifsuisse liegen diese Leistungs- und Kostendaten bei den Zürcher Spitälern damit grundsätzlich vor und können bei den Spitälern eingesehen werden.

Eine Besonderheit stellen die Kosten für Forschung und universitäre Lehre dar. Nach Art. 7 Abs. 1 der Verordnung über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler, Geburtshäuser und Pflegeheime in der Krankenversicherung (VKL) umfassen die Kosten für die universitäre Lehre die Aufwendungen für die theoretische und praktische Ausbildung der Studierenden der Medizin bis zum Erwerb des eidgenössischen Diploms und die Weiterbildung dieser Personen bis zur Erlangung des eidgenössischen Weiterbildungstitels. Als Kosten für die Forschung gelten die Aufwendungen für systematische schöpferische Arbeiten und experimentelle Entwicklung zwecks Erweiterung des Kenntnisstandes sowie deren Verwendung mit dem Ziel, neue Anwendungsmöglichkeiten zu finden. Darunter fallen Projekte, die zur Gewinnung wissenschaftlicher Erkenntnisse sowie zur Verbesserung der Prävention, der Diagnostik und Behandlung von Krankheiten ausgeführt werden. Entsprechende Kosten sind – soweit in den stationären Kosten enthalten – herauszurechnen.

Nach der Rechtsprechung des Bundesrates zur bisherigen KVG-Bestimmung betreffend Abzug für «Lehre und Forschung» (aArt. 49 Abs. 1 KVG) sind die tatsächlichen Kosten für Lehre und Forschung abzuziehen, sofern diese bekannt sind; andernfalls sind normative Abschlagssätze anzuwenden (RKUV 2002 KV 220 E. 10.1, RKUV 1997 KV 16 S. 343 E. 8.2). Bei Einführung des KVG 1996 verfügten die Spitäler noch nicht über eine Leistungserfassung oder eine Kostenträgerrechnung. Zur Ermittlung der Kosten für Lehre und Forschung fehlten deshalb Datengrundlagen, weshalb bei Universitätsspitälern ein grosszügiger normativer Abschlag von 25% auf die Gesamtkosten vorgenommen wurde. Für die übrigen Spitäler erfolgte je nach Spitalgrösse ein pauschaler Abzug von 0–5% auf den Personalkosten. Diese Abzüge umfassten auch die Kosten der nicht-universitären Lehre wie beispielsweise die Ausbildung von Pflegefachpersonen. Im Rahmen der Revision der KVG-Spitalfinanzierung wurde der Begriff enger gefasst und auf die «universitäre» Lehre beschränkt.

Die nicht-universitären Spitäler sind an der Ausbildung der Studierenden der Medizin nicht beteiligt. Der Abzug für Forschung und universitäre Lehre bei nicht-universitären Spitälern kann deshalb mit der Weiterbildung der Ärztinnen und Ärzte bis zum Facharztstitel sowie allfälligen Forschungsaktivitäten begründet werden. Die Kosten für Forschungsprojekte müssen in der Kostenrechnung gesondert geführt werden und sind deshalb nicht in den tarifrelevanten Kosten enthalten. Die anfallenden Kosten der Weiterbildung hängen direkt von der Anzahl

Assistenzärztinnen und -ärzte ab, die sich zur Fachärztin oder zum Facharzt weiterbilden lassen, und sind deshalb nicht nach einem pauschalen Anteil an den Gesamtbetriebskosten festzulegen.

Was die Höhe dieses Anteils betrifft, gehen die Gesundheitsdirektion sowie die GDK davon aus, dass die geringere «Produktivität» von Assistenzärztinnen und -ärzten bereits mit der tieferen Entlohnung berücksichtigt ist. Deshalb dürfen auf den Löhnen bei der Ermittlung der tarifrelevanten Kosten keine Abzüge gemacht werden. Abzugsfähig sind demgegenüber unproduktive Kosten von Spitalanlagen und Personal, die bei der Weiterbildung von Assistenzärztinnen und -ärzten entstehen. Diese als «erteilte Weiterbildung» bezeichneten Kosten werden für nicht-universitäre Spitäler auf Fr. 10 000 bis Fr. 12 000 pro Assistenzärztin oder -arzt geschätzt. Dieser Betrag lässt sich aufgrund der grossen Unterschiede der Kostenintensität und Ertragssituation in den verschiedenen Fachrichtungen ärztlicher Weiterbildungen nicht im Detail und für jedes einzelne Spital nachweisen, entspricht jedoch den Beiträgen, wie sie den Kantonen von der GDK zur Entschädigung der nicht-universitären Spitäler für die unproduktiven Kosten der erteilten Weiterbildung empfohlen werden. Demgegenüber erachtet tarifsuisse einen Abzug von Fr. 30 000 als sachgerecht. Dieser Betrag stützt sich lediglich auf die Aussage eines einzigen, an einem Universitätsspital tätigen Arztes und kann deshalb nicht auf nicht-universitäre Spitäler übertragen werden. Es ist deshalb bei den nicht-universitären Spitälern bis auf weiteres mit einem Abzug von Fr. 10 000 pro Assistenzärztin oder -arzt zu verfahren.

Auch die Höhe des Abzugs für Forschung und universitäre Lehre an Universitätsspitalern ist umstritten. tarifsuisse bemängelt die Qualität der Kostenrechnungen und stellt sich auf den Standpunkt, dass ein normativer Abschlag von 23% sachgerecht sei. Ein Abschlag in dieser Höhe wäre aber eine blosser Ableitung des früheren Pauschalabschlags von 25% und erfolgte nicht datengestützt. Sämtliche Universitätsspitäler haben jedoch inzwischen die Kostenträgerrechnung eingeführt, was auch in diesem Bereich eine kostenbasierte Methodik ermöglicht.

Zwar trifft es zu, dass die von den Universitätsspitalern ausgewiesenen Werte aufgrund der hohen Komplexität nicht auf den Franken genau ermittelt werden können. Alle Schweizer Universitätsspitäler weisen jedoch für Forschung und universitäre Lehre Kosten zwischen 8 und 12% der Nettobetriebskosten (ambulant und stationär) aus, weshalb ein normativer Abschlag von 23% in jedem Fall zu hoch ist. Zudem wurden die Kostenrechnungen der Universitätsspitäler Zürich und Bern von einer unabhängigen Revisionsstelle geprüft und REKOLE-zertifiziert, sodass die Rechnungen eine hohe Validität aufweisen.

Bei dieser Sachlage ist zur Ermittlung der benchmarkrelevanten Kosten auf die von den universitären Spitälern in ihren Rechnungen ausgewiesenen Kosten für Forschung und universitäre Lehre abzustellen.

3.6.2.5 Zuschläge auf Betriebskosten 2010

Am 2. November 2011 legte der Bundesrat den Anteil an den Anlagenutzungskosten für 2012 auf 10% fest (Abs. 4 Schlussbestimmungen der KVV-Änderung vom 22. Oktober 2008 [revidierte Fassung vom 2. November 2011]). Diese Festlegung erfolgte im Rahmen der Einführung der Tarifstruktur SwissDRG. Bei der Ermittlung der SwissDRG-Fallpauschalen wurde deshalb ein entsprechender Zuschlag auf den engeren Betriebskosten von 10% hinzugerechnet (vgl. RRB Nr. 278/2013).

In den Bereichen Palliative Care, akutsomatische Versorgung Abhängigkeitskranker und Rehabilitation regelt das Gesetz die Anlagenutzungskosten nicht. Deshalb wäre grundsätzlich auf die tatsächlichen Kosten abzustellen, wie sie nach VKL von den Spitälern zu ermitteln sind. Liegt die Leistung jedoch an der Schnittstelle zur Akutsomatik und könnte anstelle von Tagesstarifen ebenfalls mit SwissDRG-Fallpauschalen abgerechnet werden, wie dies für die Bereiche Palliative Care und akutsomatische Versorgung Abhängigkeitskranker der Fall ist, drängt sich in Analogie zur Akutsomatik auf, auch in diesen beiden Bereichen die Anlagenutzungskosten mit einem Zuschlag von 10% zu berücksichtigen.

Im Bereich der Rehabilitation beträgt der Durchschnitt der Anlagenutzungskosten gemäss den Kostenträgerdaten 2010 (enthalten im Patientenrecord in der Somatik PRISMA 2010) ebenfalls rund 10%. Zur Ermittlung der tarifrelevanten Kosten oder bei einem intertemporalen Vergleich mit den Tarifen 2011 (welche die Anlagenutzungskosten noch nicht enthalten haben) im Bereich der Rehabilitation wäre deshalb ein normativer Wert von 10% zu veranschlagen.

Da die tarifrelevanten Kosten auf der Kostenrechnung 2010 beruhen, ist zusätzlich der Kostenentwicklung bis 2012 Rechnung zu tragen. Die Teuerung ist mit den für 2011 ausgewiesenen Werten für Lohnsteigerung (Nettolohnindex = +1%) und der allgemeinen Landesteuerung 2011 (LINKP = +0,2%) zu veranschlagen, wobei die Lohnsteigerung mit einem Anteil von 70% und die allgemeine Landesteuerung mit einem Anteil von 30% zu gewichten sind und sich somit insgesamt einen Zuschlag von 0,76% ergibt.

Einige Leistungserbringer schlagen weitere Zuschläge für Innovationen oder Qualitätssicherung vor. Derartige Zuschläge sind nicht sachgerecht, da sowohl Innovationen als auch Qualitätssicherung bereits 2010 erfolgten und entsprechend in den Kosten 2010 enthalten sind. Des Weiteren erachtet der VZK einen unternehmerischen Risikozuschlag bzw. eine Schwankungsreserve analog derjenigen der Versicherer von 1% als sachgerecht. Mit einem solchen Zuschlag sollen nach Auffassung des VZK die Spitäler ausreichend Eigenkapital bilden, um Schwankungen im Geschäftsverlauf ausgleichen zu können. Ein solch allgemeiner Zuschlag über die Eigenkapitalverzinsung hinaus ist mit dem Gesetz indessen nicht vereinbar.

Bei bisher öffentlichen und öffentlich subventionierten Zürcher Spitälern fallen aufgrund der ab Mitte 2010 greifenden strukturierten Besoldungsrevision weitere massgebliche Kosten an. Diese Kosten sind nur für die zweite Hälfte 2010 in die Kostenrechnungen 2010 eingeflossen. Da sie künftig während des gesamten Jahres anfallen, sind die Mehrkosten auf ein Jahr hochzurechnen und in die Tarife ab 1. Januar 2012 mit einzubeziehen. Nach dieser Hochrechnung veranschlagt der VZK hierfür 2%; er stützt sich dabei auf die Daten einiger, aber nicht aller Spitäler. Gestützt auf die der Gesundheitsdirektion von allen Spitälern vorliegenden Kostendaten 2010 sind die durchschnittlichen Mehraufwendungen der nicht-universitären Zürcher Spitäler jedoch auf 0,73% zu veranschlagen.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass bei einem Zürcher Spital ein Zuschlag von 11,49% (10% Anlagenutzung, 0,76% Teuerung und 0,73% Besoldungsrevision) auf die Werte 2010 oder 10,73% auf die Werte 2011 gerechtfertigt ist.

4. Tariffestsetzung und Genehmigung

4.1 Palliative Care

Spitäler oder Abteilungen mit Spezialisierungen auf Palliative Care können von der SwissDRG-Anwendung ausgenommen werden, falls sowohl ein entsprechender Leistungsauftrag vorliegt als auch die Kosten und Leistungen transparent ausgeschieden und ausgewiesen werden. Vor diesem Hintergrund stellte der Regierungsrat den betroffenen Spitälern mit Beschluss Nr. 1493/2011 frei, ab 1. Januar 2012 statt mit Fallpauschalen nach SwissDRG mittels Tagespauschalen abzurechnen.

Das Universitätsspital Zürich, das Spital Zollikerberg, das Spital Männedorf, das Kinderspital Zürich und das Paracelsus-Spital Richterswil entschieden sich für Fallpauschalen nach SwissDRG. Über deren Tariffhöhe hat der Regierungsrat bereits in Beschluss Nr. 278/2013 befunden. Demgegenüber entschieden sich das Kantonsspital Winterthur, das Spital Bülach, das Spital Affoltern und die Klinik Susenberg für Tagespauschalen. Diese sind deshalb zu verpflichten, mittels Tagespauschalen abzurechnen. Über die Höhe der Tagespauschalen ist im vorliegenden Beschluss zu befinden.

Insgesamt weist die Zürcher Spitalliste Akutsomatik 2012 neun Spitälern einen Leistungsauftrag für Palliative Care zu. Ein Benchmarking bezüglich Kosten pro Pflegetag ist zurzeit nicht möglich, weil erstens die meisten dieser Leistungsaufträge neu erteilt wurden und deshalb Erfahrungswerte fehlen und zweitens auch von keinen vergleichbaren ausserkantonalen Leistungserbringern Kosten- und Leistungsdaten vorliegen. Daher ist grundsätzlich auf die spitalindividuellen Kosten abzustellen und zu prüfen, ob diese als effizient im Sinne von Art. 49 Abs. 1 KVG beurteilt werden können.

Für das Kantonsspital Winterthur (KSW) und das Spital Affoltern wurden entsprechende Kosten- und Leistungsdaten mit durchschnittlichen Kosten von Fr. 1435 bzw. rund Fr. 1500 pro Pflege-tag eingereicht. Beide Leistungserbringer haben in ihren Eingaben eingestanden, dass ihre Leistungen noch nicht effizient erbracht werden. Ihre Kosten können deshalb nicht als Effizienzmassstab im Sinne des KVG dienen.

Mit Blick auf Verhandlungsergebnisse in anderen Kantonen konnten sich das KSW sowie der Verband Zürcher Krankenhäuser (VZK) als Vertreter des Spitals Affoltern mit der Einkaufsgemeinschaft HSK auf einen Tarif von Fr. 990 pro Pflege-tag einigen. Das Spital Bülach erklärte nachträglich den Beitritt zu diesem Tarifvertrag. Die Klinik Susenberg weist für Palliative Care und Rehabilitation eine Mischrechnung auf, weshalb über deren Mischtarif gesondert in Kapitel 4.3.4 zu befinden sein wird.

Da sich fünf Spitäler für eine Abrechnung von Palliative Care über SwissDRG entschieden haben, drängt sich ein Vergleich mit der SwissDRG-Fallpauschale für Schweregrad 1.0 (Baserate) auf. Hierbei ist auf die Daten des KSW abzustellen, da das KSW 2010 das einzige Spital mit einer gesonderten Abteilung für Palliative Care war und gleichzeitig über eine für einen Vergleich genügend hohe Anzahl Patientinnen und Patienten verfügt. Gemäss der medizinischen Statistik des Bundesamtes für Statistik verzeichnete das KSW 2010 176 Fälle in der Kategorie Palliative Care mit einer durchschnittlichen Aufenthaltsdauer von 19,4 Tagen und einem durchschnittlichen Kostengewicht gemäss SwissDRG Version 1.0 von 1,8421. Mit RRB Nr. 278/2013 wurde für das KSW eine Baserate von Fr. 9480 festgesetzt. Daraus ergibt sich ein Durchschnittsertrag pro Fall von Fr. 17 463 (= Fr. 9480 × 1,8421) und pro Tag von Fr. 900 (= Fr. 17 463 : 19,4). Es ist deshalb sachgerecht, im Festsetzungsverfahren mit tarifsuisse die Pauschale von Fr. 900 pro Pflege-tag für Palliative Care festzusetzen, während die vom KSW mit der Einkaufsgemeinschaft HSK und Assura/Supra vereinbarte Tagespauschale von Fr. 990 noch im Ermessen der Tarifpartner liegt und, da auch ein wesentlicher Abzug für Unwirtschaftlichkeit vorgenommen wurde, zu genehmigen ist.

4.2 Akutsomatische Behandlung Abhängigkeitskranker AVA

Das Spital Sune-Egge ist der einzige Leistungserbringer der Zürcher Spitalliste mit einem Leistungsauftrag für die Leistungsgruppe akut-somatische Versorgung Abhängigkeitskranker (AVA). Schweizweit ist kein vergleichbares Leistungsangebot bekannt. Daher ist grundsätzlich auf die spitalindividuellen Kosten abzustellen und zu prüfen, ob die Leistungen effizient im Sinne von Art. 49 Abs. 1 KVG erbracht worden sind.

Das Spital Sune-Egge weist in der Kostenrechnung 2010 für stationäre Akutpatientinnen und -patienten durchschnittliche Betriebskosten (ohne Anlagennutzungskosten) von Fr. 712 pro Pflage-tag aus. Neben dem Zuschlag auf den Betriebskosten von 2010 von 11,49% (für die Anlagennutzung, Teuerung und Besoldungsrevision) macht das Spital unter den Titeln Arztdienst und Administration Mehrkosten geltend, beziffert diese alleine für den Arztdienst mit insgesamt Fr. 491 617.55 bzw. Fr. 40 pro Pflage-tag. Dies ergibt insgesamt Kosten von Fr. 826 pro Pflage-tag. Hingegen liegen die vom Spital Sune-Egge für die Tariffestsetzung beantragten Tagespauschalen (Fr. 1000 für die ersten 20 Tage, Fr. 850 vom 21.–60. Tag, Fr. 750 vom 61.–90. Tag und von Fr. 575 ab dem 91. Tag) bei durchschnittlich Fr. 722 pro Pflage-tag (vgl. Schlussstellungnahme Sune-Egge) und damit deutlich unter den eigenen Kosten.

tarifsuisse und HSK halten entgegen, dass die Mehrkosten für Arztdienst und Administration auf einer Änderung der Kostenstruktur beruhen, die sich erst ab 2012 bemerkbar mache. Gemäss bisheriger Rechtspraxis seien für die Tariffindung jedoch die Kostendaten des jeweiligen Vorjahres massgebend. Die Mehrkosten könnten deshalb erst für die Tarife ab 2014 geltend gemacht werden.

Es trifft zu, dass gemäss altrechtlicher Rechtsprechung prospektive Mehrkosten grundsätzlich nicht in die Tarifikalkulation einflüssen. Hingegen können Mehrkosten aufgrund von gesetzlichen Änderungen geltend gemacht werden. Um solche Mehrkosten handelt es sich vorliegend: Bis Ende 2011 übernahm der Stadtärztliche Dienst der Stadt Zürich die ärztliche Leitung und den Bereitschaftsdienst gegen eine eher symbolische Entschädigung von jährlich Fr. 103 251. Aufgrund der Einführung der neuen Spitalfinanzierung auf den 1. Januar 2012 kündigte die Stadt Zürich die langjährige Vereinbarung. Zudem sehen die Auflagen zur Zürcher Spitalliste 2012 Akutsomatik die ständige Verfügbarkeit einer Ärztin oder eines Arztes vor Ort vor. Deshalb musste der Personalbestand von drei auf sechs Ärztinnen und Ärzte (davon zwei Assistenzärztinnen oder -ärzte) aufgestockt werden. Insoweit sind die Mehrkosten auf die neue Spitalfinanzierung zurückzuführen. Die vom Spital geltend gemachten Mehrkosten von Fr. 491 617 für den Ausbau des Arztdienstes sind deshalb anzurechnen, wobei ein Abzug von Fr. 20 000 (Fr. 10 000 pro Assistenzärztin oder -arzt) für universitäre Lehre und Forschung vorzunehmen ist. Nicht hinzuzurechnen sind die nicht realisierten Mehrkosten für die noch nicht besetzten Arztstellen sowie die Mehrkosten für die Anpassung der Administration. Teilt man die Mehrkosten von Fr. 471 617 durch die Anzahl der stationären Pflage-tage von Fr. 12 429, ergeben sich Zusatzkosten von gerundet Fr. 34 pro Pflage-tag. Nach dieser Berechnungsweise belaufen sich die Kosten somit auf Fr. 712 Betriebskosten plus Fr. 34 Zusatzkosten zuzüglich 11,49% für Anlagennutzungskosten, Teuerung und Besoldungsrevision, mithin insgesamt Fr. 832 pro Pflage-tag.

tarifsuisse und HSK beantragen, die Tagespauschale sei auf Fr. 600 bzw. Fr. 570 festzusetzen. Sie berufen sich dabei auf den bisherigen, auf einem Kostendeckungsgrad von 47,5% beruhenden Tarif von Fr. 215 pro Pflgetag, was umgerechnet auf 100% einem Tarif von Fr. 453 pro Pflgetag entspricht. Berücksichtige man die Teuerung sowie die neu anrechenbaren Anlagenutzungskosten, seien die beantragten Beträge angemessen.

Diese Argumentation überzeugt nicht. Zum einen handelt es sich um einen Tarifvertrag aus dem Jahr 2005, der aufgrund seines Alters für die Effizienz eines Spitals 2012 nicht massgeblich sein kann. Zum anderen tragen die Tarife aus dem Jahr 2005 den veränderten Umständen bezüglich Arztdienst keineswegs Rechnung. Demgegenüber beantragt das Spital Tarife von durchschnittlich Fr. 722 und gesteht damit ein, dass die ausgewiesenen Kosten von Fr. 832 nicht im vollen Umfang als effizient im Sinne von Art. 49 Abs. 1 KVG zu werten sind. Es liegen andererseits keine Gründe vor, weshalb die vom Spital beantragten Tarife von durchschnittlich Fr. 722 nicht effizient im Sinne des Gesetzes sein sollten.

Die Krankenversicherer haben diese Umstände erkannt und für 2013 und 2014 mit dem Spital Sune-Egge folgende Tarife (Tagespauschalen) vereinbart:

Behandlungstage	Tarife 2013/2014	
	HSK in Franken	tarifsuisse in Franken
1.–20. Tag	1 000	980
21.–60. Tag	850	830
61.–90. Tag	750	730
ab 91. Tag	575	555

Gewichtet man den Durchschnitt der mit der Einkaufsgemeinschaft HSK und mit tarifsuisse ausgehandelten Tarife mit den 2010 erbrachten, akutstationären Pflgetagen, ergeben sich gemäss nachfolgender Tabelle durchschnittliche Kosten pro Pflgetag von Fr. 712:

Behandlungstage	durchschnittliche Tarife 2013/2014 in Franken	total Pflgetage 2010, nur akut	Erlös in Franken
1.–20. Tag	990	1 204	1 191 960
21.–60. Tag	840	1 683	1 413 720
61.–90. Tag	740	712	526 880
ab 91. Tag	565	3 873	2 188 245
Total		7 472	5 320 805
			bzw. 712 pro Pflgetag

Zusammenfassend ergibt sich Folgendes: Nach inhaltlicher Bereinigung ergeben sich tarifrelevante Kosten von Fr. 832 pro Pfllegetag. Das Spital Sune-Egge macht jedoch deutlich tiefere Tarife von durchschnittlich Fr. 722 geltend. Dem stehen die wesentlich tieferen Anträge von tarifsuisse und HSK gegenüber, wonach die Tagespauschale bei Fr. 600 bzw. Fr. 570 festzusetzen ist. Offenbar hielten beide Tarifpartner ihre Standpunkte nicht für realistisch und durchsetzbar, sodass sie sich vertraglich für 2013 und 2014 auf Tagespauschalen einigten, die je nach Dauer der Behandlung zwischen Fr. 555 und Fr. 980 liegen und einen gewichteten Durchschnitt von Fr. 712 ergeben. Es bestehen keine Hinweise, dass diese Pauschalen nicht einer effizienten und günstigen Leistungserbringung durch das Spital entsprächen. Deshalb ist es sachgerecht, für die Tariffestsetzung ab 1. Januar 2012 auf den durchschnittlich vereinbarten Tarif 2013 abzustellen und für den 1.–20. Tag einen Tarif von Fr. 990, für den 21.–60. Tag von Fr. 840, für den 61.–90. Tag von Fr. 740 und ab dem 91. Tag von Fr. 565 festzusetzen. Die Tarifverträge zwischen dem Spital Sune-Egge und der Einkaufsgemeinschaft HSK bzw. tarifsuisse ab 1. Januar 2013 sind zu genehmigen.

4.3 Rehabilitation

4.3.1 Muskuloskelettale Rehabilitation

Die Zürcher Spitalliste Rehabilitation 2012 weist zehn Spitälern einen Leistungsauftrag für muskuloskelettale Rehabilitation zu. Drei von ihnen haben ihren Standort im Kanton Zürich: die Zürcher Höhenklinik Wald (ZHW), die Universitätsklinik Balgrist sowie die RehaClinic Zollikerberg. Nur für diese Kliniken sind vorliegend Tarife zu genehmigen oder festzusetzen.

Ein Benchmarking unter den zehn Spitälern ist gegenwärtig nicht möglich, weil für die ausserkantonalen Spitäler auf der Zürcher Spitalliste keine aussagekräftigen Kosten- und Leistungsdaten vorliegen und von den Parteien auch nicht eingereicht worden sind. Aber selbst ein Vergleich unter den drei Zürcher Rehabilitationskliniken ist zurzeit nicht möglich, denn die Universitätsklinik Balgrist und die RehaClinic Zollikerberg verfügen erst ab 2012 über einen entsprechenden Leistungsauftrag, weshalb Erfahrungswerte aus den Jahren 2010 oder 2011 fehlen.

Für die Zürcher Höhenklinik liegen keine differenzierten Kosten- und Leistungsdaten aus den Jahren 2010 oder 2011 vor, die ausschliesslich den Leistungsbereich der muskuloskelettalen Rehabilitation betreffen. Denn die ZHW verwendete bisher einen Mischtarif für sämtliche Leistungen der muskuloskelettalen, der kardiovaskulären, der pulmonalen sowie der internistisch-onkologischen Rehabilitation. Dieser Mischtarif wird im Kapitel 4.3.6 zu beurteilen sein.

Für die beiden anderen Kliniken wurden folgende Tarife zur Genehmigung eingereicht:

Leistungserbringer	Versicherer	Tagespauschalen	
		2012 in Franken	ab 2013 in Franken
RehaClinic Zollikerberg	HSK	500	540
	tarifsuisse	505	535
	Assura/Supra	505	540
Universitätsklinik Balgrist	HSK	515	–
	Assura/Supra	670	–

Die Preisüberwachung verzichtete auf Stellungnahme zu den Tarifen 2012 und empfahl für die Tarife 2013, höchstens den Tarif der RehaClinic Zurzach zu genehmigen. Deren vom Regierungsrat des Kantons Aargau genehmigte Tarife betragen Fr. 486 für 2012 und Fr. 494 für 2013. Diese Tarife können indessen nur bedingt auf die vorliegende Situation übertragen werden. Zum einen werden in der RehaClinic am Standort Zollikerberg zu einem einheitlichen Tarif auch geriatrische muskuloskelettale Patientinnen und Patienten behandelt, während am Standort Zurzach für diese Patientengruppe eine separate Tarifikategorie mit einem Tarif von rund Fr. 537 besteht. Zum anderen wiesen die Einkaufsgemeinschaft HSK und tarifsuisse darauf hin, dass dieser Tarif im schweizweiten Vergleich für 2013 eher günstig sei.

Im Rahmen des Festsetzungsverfahrens beantragte tarifsuisse, für die Universitätsklinik Balgrist eine Tagespauschale in «rechtmässiger Höhe» festzusetzen, ohne jedoch einen konkreten Antrag zu stellen noch entsprechende Kosten- und Leistungsdaten vergleichbarer Rehabilitationskliniken einzureichen. Mangels Substanziierung ist dieses Begehren nicht weiter zu behandeln.

Die Universitätsklinik Balgrist bringt ein, der mit HSK vereinbarte Tarif von Fr. 515 gründe auf einem Verhandlungsergebnis im Zusammenhang mit den Verhandlungen der Zusatzversicherungstarife. Finanziell notwendig wäre jedoch ein Tarif von Fr. 673 pro Tag. Dieses Argument vermag nicht zu überzeugen, weil Erfahrungswerte aus früheren Jahren der Universitätsklinik Balgrist fehlen und weder Budgetwerte noch erste Erfahrungszahlen aus dem Jahr 2012 für eine Wirtschaftlichkeitsbeurteilung tauglich sind. Ausserdem liegen keine Gründe vor, weshalb die Universitätsklinik Balgrist im Bereich der muskuloskelettalen Rehabilitation nicht mit denselben Tarifen von vergleichbaren Leistungsangeboten (z. B. der RehaClinic Zollikerberg oder weiteren ausserkantonalen Rehakliniken) wirtschaften kann.

Vor diesem Hintergrund ist es sachgerecht, die vertraglich vereinbarten Tarife zu genehmigen, soweit sie in der Bandbreite zwischen Fr. 500 und Fr. 540 liegen. Der Tarifvertrag der Universitätsklinik Balgrist mit Assura/Supra mit einer Tagespauschale von Fr. 670 hingegen ist als unwirtschaftlich zu beurteilen und deshalb nicht zu genehmigen.

Für die Krankenversicherer tarifsuisse und Assura/Supra weist die Universitätsklinik Balgrist ab dem 1. Januar 2012 einen tariflosen Zustand auf. Mit Blick auf den vertraglich vereinbarten Tarif der Universitätsklinik Balgrist mit der Einkaufsgemeinschaft HSK von Fr. 515 ist es sachgerecht, den Tarif für muskuloskelettale Rehabilitation für die Universitätsklinik Balgrist ab 1. Januar 2012 auf Fr. 515 pro Tag festzusetzen.

4.3.2 Rehabilitation Querschnittlähmung

Die Universitätsklinik Balgrist ist der einzige Leistungserbringer im Kanton Zürich mit einem Leistungsauftrag für Querschnittlähmung. Da von keinem vergleichbaren ausserkantonalen Leistungserbringer Kosten- und Leistungsdaten vorliegen, ist grundsätzlich auf die spitalindividuellen Kosten abzustellen und dabei zu prüfen, ob die damit finanzierten Leistungen effizient im Sinne von Art. 49 Abs. 1 KVG erbracht worden sind.

Gemäss den von der Universitätsklinik Balgrist geltend gemachten, auf der Kostenträgerrechnung beruhenden Kosten 2010 für den Nicht-DRG-Bereich betragen die durchschnittlichen Tageskosten Fr. 1232 (siehe Beilage 2). Unter Berücksichtigung des Zuschlagfaktors auf den Betriebskosten 2010 zu 2012 für Zürcher Spitäler von 11,49% (vgl. Kapitel 3.6.2.5) ergeben sich Fr. 1373 pro Tag. Dieser Wert liegt unter den Tarifen des Schweizerischen Paraplegikerzentrums Nottwil, das ein ähnliches Leistungsspektrum aufweist. Die Tagespauschalen für die Rehabilitation bei Querschnittlähmung betragen dort Fr. 1382 bis Fr. 1755.

tarifsuisse beantragte die Festlegung einer Tagespauschale in «rechtmässiger Höhe», ohne einen konkreten Antrag zu stellen und entsprechende Kosten- und Leistungsdaten vergleichbarer Rehabilitationskliniken einzureichen. Mangels Substanziierung ist dieses Begehren nicht weiter zu behandeln.

Damit liegen keine Anhaltspunkte vor, die Universitätsklinik Balgrist nicht als effizient im Sinne von Art. 49 Abs. 1 KVG zu beurteilen. Für die Rehabilitation von Querschnittgelähmten ist ab dem 1. Januar 2012 eine Tagespauschale von Fr. 1373 festzusetzen.

Mit der Einkaufsgemeinschaft HSK und mit Assura/Supra konnte sich die Universitätsklinik Balgrist für die Rehabilitation von Querschnittgelähmten auf eine Tagespauschale von Fr. 1399 einigen. Der vereinbarte Tarif liegt nur geringfügig über den ermittelten Kosten. Die Verträge sind daher zu genehmigen.

4.3.3 Neurologische Rehabilitation

Die Zürcher Spitalliste Rehabilitation 2012 weist neun Spitälern einen Leistungsauftrag für neurologische Rehabilitation zu, wobei nur deren zwei ihren Standort im Kanton Zürich haben: die RehaClinic Kilchberg und die Zürcher Höhenklinik Wald (ZHW). Nur deren Tarife sind zu beurteilen.

Trotz zahlreicher Leistungsaufträge ist ein Benchmarking unter den neun Leistungsangeboten gemäss Spitalliste zurzeit nicht möglich, weil für die ausserkantonalen Spitäler auf der Zürcher Spitalliste von keiner Partei aussagekräftige Kosten- und Leistungsdaten eingereicht worden sind. Selbst ein Vergleich der beiden Rehabilitationskliniken mit Standort im Kanton Zürich ist zurzeit nicht möglich: Zum einen verfügt die RehaClinic Kilchberg erst ab 2012 über einen entsprechenden Leistungsauftrag, weshalb Erfahrungswerte aus den Jahren 2010 oder 2011 fehlen. Zum anderen konnte die Zürcher Höhenklinik Wald mit Schreiben vom 23. November 2011 glaubhaft darlegen, dass sie in der neurologischen Rehabilitation im Vergleich zu anderen (ausserkantonalen) Kliniken Patientinnen und Patienten mit überdurchschnittlichem Schweregrad mit intensiveren und ausgedehnteren Therapien behandelt. Die ZHW konnte die überdurchschnittliche Schwere jedoch nicht quantifizieren. Mit Schreiben vom 14. Mai und 22. Mai 2013 betont die ZHW nochmals den überdurchschnittlichen Schweregrad ihrer Patientinnen und Patienten. Zahlenmaterial, mit dem eine klinikübergreifende, schweregradbereinigte Betrachtung möglich wäre (z.B. mittels FIM), hat die ZHW erneut nicht angeführt.

Für die neurologische Rehabilitation drängt sich deshalb eine spital-individuelle Betrachtung auf.

4.3.3.1 RehaClinic Kilchberg

Folgende Tarife wurden zur Genehmigung eingereicht:

Neurologische Rehabilitation RehaClinic Kilchberg

Versicherer	Schweregrad	Tagespauschalen (in Franken)	
		2012	ab 2013
HSK	einfach	551	570
	mittel	660	686
	schwer	765	796
tarifsuisse	einfach	640	570
	mittel	640	680
	schwer	640	788
Assura/Supra	einfach	551	570
	mittel	660	686
	schwer	765	796

Die Preisüberwachung verzichtete auf Stellungnahme zu den Tarifen 2012. Für die Tarife 2013 empfahl sie für die Dauer bis zur Einführung einer gesamtschweizerischen Tarifstruktur im Bereich der Rehabilitation oder alternativ bis Ende 2016 Fr. 570 pro Tag für leichte, Fr. 680 für mittlere und Fr. 788 für schwere Fälle festzusetzen. Da sämtliche Tarifverträge auf ähnlichen Tarifhöhen abgeschlossen wurden und kein Tarifvertrag von den Empfehlungen der Preisüberwachung wesentlich abweicht, sind alle Tarifverträge hinsichtlich der Tarifhöhe zu genehmigen. Eine Festsetzung erübrigt sich.

4.3.3.2 Zürcher Höhenklinik Wald (ZHW)

Für 2010 weist die ZHW Tageskosten von rund Fr. 835 aus. Unter Berücksichtigung des Zuschlagfaktors auf die Betriebskosten 2010 von 11,49% (vgl. Kapitel 3.6.2.5), ergeben sich für 2012 Tageskosten von rund Fr. 930. Die ZHW hat eine Tagespauschale von Fr. 933 beantragt. Die Versicherer fordern, die Tagespauschale auf höchstens Fr. 700 festzusetzen. Zum einen könnten die Kostendaten der ZHW und dabei insbesondere die Kostensteigerungen der letzten Jahre nicht nachvollzogen werden. Zum anderen sei die von der ZHW beantragte Pauschale von Fr. 930 im Vergleich mit Tarifabschlüssen mit anderen Rehabilitationskliniken für die neurologische Rehabilitation zu hoch; sie lasse sich nicht mit dem Gebot der Wirtschaftlichkeit vereinbaren.

Da die ZHW wie erwähnt nicht mit anderen Rehabilitationskliniken verglichen werden kann, ist ihre Effizienz mittels intertemporalen Vergleichs der Kosten pro Pflegetag zu prüfen. Für 2010 und 2011 haben sich der Verband Zürcher Krankenhäuser (VZK) und *santésuisse* für die ZHW (Abteilung Neurorehabilitation) auf eine Tagespauschale von Fr. 330 geeinigt, die der Regierungsrat mit Beschluss Nr. 1884/2010 genehmigte. Dieser Tarif beruhte auf einer Kostenbetrachtung (vgl. Beilage 2), wobei Abzüge für Anlagenutzungskosten zwischen Fr. 3000 und Fr. 10000 sowie Abzüge für nicht-universitäre Lehre getätigt wurden. Berücksichtigt man die im Rahmen der neuen Spitalfinanzierung tarifrelevanten Kosten, indem auf die erwähnten Abzüge verzichtet, einen Kostendeckungsgrad von 100% anstelle von 47% hinterlegt und die Anlagenutzungskosten mit einem Zuschlag von 10% berücksichtigt, ergibt dies tarifrelevante Kosten für 2011 von Fr. 795 pro Pflegetag. Berücksichtigt man den bei einem intertemporalen Vergleich üblichen Zuschlag von 1,5% pro Jahr (vgl. Kapitel 3.4), ergibt dies für 2012 Kosten pro Pflegetag von Fr. 807. Demzufolge wird für die neurologische Rehabilitation der ZHW ab dem 1. Januar 2012 eine Tagespauschale von Fr. 807 festgesetzt.

Mit tarifsuisse konnte sich die ZHW für die neurologische Rehabilitation rückwirkend für 2012 und 2013 auf eine Tagespauschale von Fr. 850 einigen. Später vereinbarten die beiden Tarifpartner für die Zeit ab 2014 eine Tagespauschale von Fr. 900. Nachdem die Tarifpartner bereits einen wesentlichen Abzug für Unwirtschaftlichkeit vorgenommen haben und keine Vergleichsangebote zur Verfügung stehen, liegen die erwähnten Verhandlungsergebnisse im Rahmen des Ermessens der Tarifpartner (vgl. Kapitel 3.5) und sind zu genehmigen.

4.3.4 Internistisch-onkologische Rehabilitation

Die ZHW und die Klinik Susenberg verfügen über einen Leistungsauftrag für internistisch-onkologische Rehabilitation im Kanton Zürich.

Von der ZHW liegen keine differenzierten Kosten- und Leistungsdaten aus den Jahren 2010 oder 2011 für den Leistungsbereich der internistisch-onkologischen Rehabilitation vor, weil die Tarifstruktur der ZHW bisher einen Mischtarif für sämtliche Leistungen der muskuloskelettalen, der kardiovaskulären, der pulmonalen sowie der internistisch-onkologischen Rehabilitation führte und eine Aufteilung bisher nicht erforderlich war. Auch von ausserkantonalen Leistungserbringern liegen keine Kosten- und Leistungsdaten für die internistisch-onkologische Rehabilitation vor. Der Mischtarif der ZHW wird im Kapitel 4.3.6 zu beurteilen sein.

Die Effizienz der Klinik Susenberg ist mit einer spitalindividuellen Kostenbetrachtung zu prüfen. Allerdings war die Klinik Susenberg nicht in der Lage, die Kosten der internistisch-onkologischen Rehabilitation von denjenigen der Leistungsgruppe Palliative Care gesondert auszuweisen. Der Antrag der Klinik Susenberg, alleine für internistisch-onkologische Rehabilitation (ohne Palliative Care) eine Tagespauschale von Fr. 750 festzusetzen, ist nicht genügend substantiiert und das Begehren nicht weiter zu behandeln.

Demzufolge kann bei der Festsetzung nicht auf die Kostendaten abgestützt werden und es drängt sich hier ein intertemporaler Tarifvergleich auf: Gemäss Vertrag zwischen der Stiftung Klinik Susenberg und santésuisse vom 1. Januar 2011 wurde für 2011 eine kostenbasierte Tagespauschale von Fr. 475 ausgehandelt und mit RRB Nr. 710/2011 genehmigt. Diese Tagespauschale deckte sämtliche gemäss KVG kassenpflichtigen Leistungen einschliesslich Anlagenutzungskosten ab. Berücksichtigt man den bei einem intertemporalen Vergleich üblichen Zuschlag von 1,5% pro Jahr (vgl. Kapitel 3.4), ergibt dies für 2012 berechnete Kosten pro Pflgetag von Fr. 482. Demzufolge wird für die internistisch-onkologische Rehabilitation der Stiftung Klinik Susenberg ab dem 1. Januar 2012 eine Tagespauschale von Fr. 482 festgesetzt.

Mit der Einkaufsgemeinschaft HSK hat sich die Stiftung Klinik Susenberg auf eine Tagespauschale ab 2012 von Fr. 750, mit der tarifsuisse auf eine Tagespauschale ab 2013 von Fr. 720 und ab 2014 von Fr. 740 geeinigt. Diese Tagespauschalen werden jedoch nicht nur für die internistisch-onkologische Rehabilitation angewendet, sondern auch für die Behandlung von Patientinnen und Patienten der Palliative Care. Für Letztere ist wie vorstehend ausgeführt eine Tagespauschale von Fr. 900 festzusetzen (vgl. Kapitel 4.1). Da die vertraglich vereinbarten Tarife im Sinne einer Mischrechnung zwischen den festzusetzenden Tarifen von Fr. 482 und Fr. 900 liegen und keine Gründe vorliegen, weshalb die vereinbarten Tarife nicht als effizient im Sinne von Art. 49 Abs. 1 KVG zu beurteilen wären, werden die Verträge genehmigt. Ab dem 1. Januar 2012 verfügt die Klinik Susenberg über zwei separate Leistungsaufträge und wird demzufolge die Kosten- und Leistungsdaten für Palliative Care und für internistisch-onkologische Rehabilitation in Zukunft gesondert ausweisen müssen.

4.3.5 Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen

Das Kinderspital Zürich ist gemäss Zürcher Spitalliste 2012 der einzige Leistungserbringer für die Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen. Das Kinderspital Zürich weist für 2010 Kosten von Fr. 865 aus. Da der Gesundheitsdirektion keine vergleichbaren Rehabilitationsangebote bekannt sind und keine Gründe vorliegen, weshalb das Kinderspital Zürich nicht als effizient im Sinne von Art. 49 Abs. 1 KVG zu beurteilen wäre, wird für die Rehabilitation am Kinderspital Zürich ab dem 1. Januar 2012 eine Tagespauschale von Fr. 865 festgesetzt.

Mit der Einkaufsgemeinschaft HSK konnte sich das Kinderspital Zürich ab 2012 auf eine Tagespauschale von Fr. 850 und ab 2014 auf eine Tagespauschale von Fr. 900 einigen. Diese Tagespauschalen liegen im Rahmen des Ermessens der Tarifpartner (vgl. Kapitel 3.5) und sind zu genehmigen.

4.3.6 Rehabilitation, verschiedene Leistungsgruppen ZHW

Die Tarifstruktur der ZHW sah bis 2011 einen Mischtarif für sämtliche Leistungen der muskuloskelettalen, kardiovaskulären, pulmonalen sowie der internistisch-onkologischen Rehabilitation vor. Die Tarifpartner möchten daran auch in Zukunft festhalten. Die ZHW beantragt, die Tagespauschale auf Fr. 599 festzusetzen. Die Versicherer fordern einen Betrag von höchstens Fr. 530. Sie begründen dies damit, dass die Kostendaten der ZHW und insbesondere die Kostensteigerung der letzten Jahre nicht nachvollzogen werden könnten. Zudem sei der von der ZHW geforderte Betrag im Vergleich zu andern Rehabilitationskliniken zu hoch und widerspreche deshalb dem Gebot der Wirtschaftlichkeit.

Dem Begehren der Tarifpartner, für die ZHW auch in Zukunft mit einem Mischtarif zu arbeiten, kann jedenfalls vorderhand entsprochen werden. Zur Festsetzung seiner Höhe kann nicht auf einen Vergleich mit andern Kliniken abgestellt werden: Erstens wird der von der ZHW verwendete Mischtarif in der erwähnten Zusammensetzung von keiner anderen Rehabilitationsklinik verwendet. Zweitens liegt der Schweregrad der Patientinnen und Patienten der ZHW über dem Durchschnitt. Zur Beurteilung der Effizienz gemäss Art. 49 Abs. 1 KVG ist daher ein intertemporaler Vergleich der spitalindividuellen Kosten vorzunehmen.

Für 2010 wies die ZHW Tageskosten von rund Fr. 560 auf. Wird ein Zuschlag von 11,49% hinzugerechnet (vgl. Kapitel 3.6.2.5), ergibt sich ein Betrag von rund Fr. 625. Dieser Betrag entspricht jedoch keiner effizienten Leistungserbringung: Für 2010 und 2011 haben sich der Verband Zürcher Krankenhäuser (VZK) und santésuisse für die ZHW auf einen Tarif geeinigt, den der Regierungsrat mit Beschluss Nr. 1884/2010 genehmigt hat. Diesem Tarif lag eine Herleitung gestützt auf die Kosten zugrunde, wobei diese noch Abzüge für Anlagenutzungskosten zwischen Fr. 3000 und Fr. 10000 sowie Abzüge für nicht-universitäre Lehre enthielten. Berücksichtigt man die für 2012 tarifrelevanten Kosten, indem auf die erwähnten Abzüge verzichtet, ein Kostendeckungsgrad von 100% anstelle von 47% hinterlegt und Anlagenutzungskosten mit einem Zuschlag von 10% berücksichtigt werden, ergibt dies tarifrelevante Kosten für 2011 von Fr. 571 pro Pflege-tag (vgl. Beilage 2). Berücksichtigt man den bei einem intertemporalen Vergleich üblichen Zuschlag von 1,5% pro Jahr (vgl. Kapitel 3.4), ergibt dies für 2012 berechnete Kosten pro Pflege-tag von Fr. 580. Demzufolge ist für die ZHW für alle Leistungsbereiche ausgenommen die Neurorehabilitation ab dem 1. Januar 2012 eine Tagespauschale von Fr. 580 festzusetzen. Ab dem 1. Januar 2012 verfügt die ZHW über separate Leistungsaufträge für die verschiedenen Rehabilitationsbereiche und wird demzufolge die Kosten- und Leistungsdaten für die verschiedenen Rehabilitationsbereiche gesondert ausweisen müssen. Dies wird Vergleiche mit anderen Rehabilitationskliniken zukünftig ermöglichen.

Mit tarifsuisse konnte sich die ZHW für die hier behandelten Rehabilitationsbereiche für 2012 und 2013 auf eine Tagespauschale von Fr. 569 und für die Zeit ab 2014 auf eine solche von Fr. 599 einigen. Nachdem die Tarifpartner einen Abzug für Unwirtschaftlichkeit vorgenommen haben, liegen die erwähnten Verhandlungsergebnisse im Rahmen des Ermessens der Tarifpartner (vgl. Kapitel 3.5). Die Verträge sind daher zu genehmigen.

4.4 Tarife für ausserkantonale und EU-EFTA-Patientinnen und -Patienten

Der VZK beantragt, für ausserkantonale und EU/EFTA-Einwohnerinnen und -Einwohner sei allgemein ein Zuschlag von 10% auf den Tarifen festzusetzen. Dieser Antrag wird vom VZK nicht weiter begründet. Für Schweizer Patientinnen und Patienten sieht das KVG zur Vergütung der Pflichtleistungen der OKP keine Differenzierung der Pauschalen nach den Herkunftskantonen vor. EU/EFTA-Patientinnen und -Patienten dürfen sodann gestützt auf die entsprechenden Bilateralen Abkommen gegenüber OKP-Versicherten in der Schweiz nicht diskriminiert werden (vgl. Art. 95a KVG). Somit ist ein Zuschlag auf den Tarifen für EU/EFTA-Patientinnen und -Patienten abzulehnen.

4.5 Modalitäten

4.5.1 Festzusetzende Modalitäten

Die für die operative Umsetzung der Tarife notwendigen weiteren Modalitäten (Rechnungsstellung, Datenübermittlung, Kostengutsprache, Fristen usw.) sind im KVG und seinen Ausführungsverordnungen (insbesondere Art. 42 KVG und Art. 59 und 59a KVV) hinreichend geregelt, weshalb keine zusätzlichen Festlegungen erforderlich sind. Hingegen fehlt eine schweizweite Definition des verrechenbaren Pflgetages: Entsprechend der bisherigen Praxis sind für Ein- und Austrittstag jeweils die ungekürzten Pauschalen festzusetzen. Für interne Verlegungen aus Akutstationen mit DRG-Vergütung in eine Palliative-Care-Abteilung desselben Spitals mit Tagespauschalen ist zwecks Verhinderung einer Doppelvergütung festzulegen, dass die Tagespauschalen für Palliative Care erst ab dem Tag verrechnet werden dürfen, an dem die obere Grenzverweildauer der zu verrechnenden DRGs auf der Akutstation erreicht worden wäre.

4.5.2 Nicht zu genehmigende Vertragsklauseln

Die zu beurteilenden Verträge enthalten teilweise gesetzeswidrige Vertragsklauseln. Diese sind von der Genehmigung auszunehmen oder nur unter Vorbehalt zu genehmigen. Es handelt sich um folgende Vertragsklauseln:

a) Tarifierung vor Vertragsgenehmigung

Die Genehmigung eines Tarifvertrages durch den Regierungsrat hat konstitutive Wirkung. Nicht genehmigte Tarife sind nichtig und können deshalb von den Tarifpartnern nicht angewendet werden. Dies gilt auch dann, wenn die Parteien im Vertrag vorsehen, dass der Tarif bereits vor der Genehmigung angewendet werden soll. Entsprechende Bestimmungen in den Verträgen sind deshalb nicht genehmigungsfähig.

b) Meistbegünstigungsklausel

Einzelne der zu genehmigenden Verträge sehen vor, dass der niedrigste vom Leistungserbringer mit einem anderen Versicherer vereinbarte und genehmigte Tarif angewendet werden soll, sofern er tiefer ist als der im Vertrag vereinbarte. Solche Meistbegünstigungsklauseln sind gemäss Art. 46 Abs. 3 Bst. d KVG nicht zulässig und daher nicht genehmigungsfähig. Ebenso wenig können Klauseln genehmigt werden, wonach nicht der vertraglich vereinbarte, sondern ein festgesetzter Tarif rückwirkend zur Anwendung kommen soll, sofern dieser tiefer ist als jener.

c) Datenübermittlung

Einige Verträge sehen vor, dass die Spitäler den Versicherern im Rahmen der Kostengutsprachen und bei den Rechnungstellungen den Diagnosecode mitzuteilen haben. Nach Art. 42 KVG muss der Leistungserbringer dem Schuldner eine detaillierte und verständliche Rechnung zustellen und ihm alle Angaben machen, die der Schuldner benötigt, um die Berechnung der Vergütung und die Wirtschaftlichkeit der Leistung überprüfen zu können (Abs. 3). Die Leistungserbringer haben auf der Rechnung die Diagnosen und Prozeduren nach den Klassifikationen in den jeweiligen vom zuständigen Departement herausgegebenen schweizerischen Fassungen codiert aufzuführen, wobei der Bundesrat ausführende Bestimmungen zur Erhebung, Bearbeitung und Weitergabe der Daten unter Wahrung des Verhältnismässigkeitsprinzips zu erlassen hat (Abs. 3^{bis}). Der Versicherer kann zusätzliche Auskünfte medizinischer Natur verlangen (Abs. 4), wobei er diese Angaben unter bestimmten Voraussetzungen ausschliesslich der Vertrauensärztin oder dem Vertrauensarzt des Versicherers zu machen hat (vgl. Abs. 5). Gemäss Art. 59 Abs. 1 KVV haben die Leistungserbringer auf ihren Rechnungen alle administrativen und medizinischen Angaben zu machen, die für die Überprüfung der Berechnung der Vergütung sowie der Wirtschaftlichkeit der Leistungen nach Art. 42 Abs. 2 und 3^{bis} KVG notwendig sind. Insbesondere sind die Diagnosen und Prozeduren anzugeben, die zur Berechnung des anwendbaren Tarifs notwendig sind. (Art. 59 Abs. 1 Bst. c KVV). Für den Bereich der Rehabilitation schreibt Art. 59a^{bis} KVV vor, dass das Departement ausführende Bestimmungen zur Erhebung, Bearbeitung und Weitergabe der Diagnosen und Prozeduren unter Wahrung des Verhältnismässigkeitsprinzips zu erlassen hat. Solche Ausführungsbestimmungen liegen zurzeit nicht vor. Noch vor Einführung von Art. 42 Abs. 3^{bis} KVG und der Neufassung von Art. 59 und Art. 59a^{bis} KVV hatte das Bundesverwaltungsgericht die Zulässigkeit der Übermittlung der Eintrittsdiagnosen bzw. der Eingriffscodes gemäss definierten medizinischen Standards zu beurteilen (BVGE 2009/24). Das Gericht kam zum Schluss, dass für die systematische Weitergabe der

Diagnose und des Eingriffscode mit der Eintrittsmeldung bzw. der Rechnungstellung eine genügende formell-gesetzliche Grundlage bestanden habe (E. 3.3.4.6) und diese Weitergabe in nicht anonymisierter Form an sich nicht als unverhältnismässig zu beurteilen sei (E. 4.4). Gleichwohl erachtete das Gericht die betreffenden Vertragsklauseln für unzulässig, denn es fehlten flankierende vertragliche Regelungen, um sicherzustellen, dass die Datenweitergabe so wenig wie möglich in das Selbstbestimmungsrecht der Patientinnen und Patienten eingreift (E. 5.1–E. 6). So enthielten die Verträge beispielsweise keine Regelungen darüber, wann ein begründeter Fall gemäss Art. 42 Abs. 5 KVG vorliegt, bei dem der Leistungserbringer die medizinischen Angaben nur der Vertrauensärztin oder dem Vertrauensarzt des Versicherers bekannt geben darf. Auch die Information der Patientinnen und Patienten über ihr Recht, zu verlangen, dass medizinische Daten nur der Vertrauensärztin oder dem Vertrauensarzt mitgeteilt werden, sei vertraglich nicht konkretisiert (E. 5.1.1–E. 5.1.3). Nicht geregelt seien ferner die Form und die Dauer der Datenaufbewahrung (E. 5.2) und die Beschränkung der Datenweitergabe auf den damit zu erreichenden Zweck (E. 5.3). Auch in den zu beurteilenden Verträgen fehlen solche konkreten flankierenden Massnahmen. Deshalb können die eingangs erwähnten Bestimmungen zur Datenweitergabe so nicht genehmigt werden. Ohne flankierende vertragliche Regelungen ist die Datenweitergabe nur im Umfang der früheren Kreisschreiben der Gesundheitsdirektion zulässig, solange der Bundesverordnungsgeber keine konkretisierenden Bestimmungen erlassen hat. Gemäss dem Kreisschreiben vom 2. Dezember 1997 dürfen die Leistungserbringer den Versicherern lediglich den ersten Buchstaben und die erste Zahl (insgesamt also zwei Stellen) nach ICD-10-GM (Internationales Diagnoseklassifikationssystem) bekannt geben. Mit Kreisschreiben vom 21. September 2004 wies die Gesundheitsdirektion darauf hin, dass diese Regelung nach wie vor gelte. Regelungen in den Verträgen, welche die Übermittlung von mehr als zwei Stellen des ICD-10GM-Codes vorsehen, sind ohne flankierende vertragliche Regelungen daher nicht genehmigungsfähig (vgl. RRB Nr. 1310/2012). Die Datenweitergabe an die Vertrauensärztin oder den Vertrauensarzt des Versicherers nach Art. 42 Abs. 5 KVG bleibt vorbehalten.

d) Kostenteiler

Die Aufteilung der Kosten zwischen dem Kanton und den Versicherern wird jährlich von den Kantonen für ihre Kantonseinwohnerinnen und -einwohner festgesetzt (Art. 41 Abs. 1^{bis} in Verbindung mit Art. 49a Abs. 2 KVG) und kann nicht in einer Vereinbarung zwischen den Versicherern und Leistungserbringern geregelt werden. Entsprechende Bestimmungen in den Verträgen sind daher weder notwendig noch zulässig. Sie sind daher nicht zu genehmigen.

e) Vertragsänderungen

Einige Verträge sehen vor, dass die Vertragsparteien die Verträge ändern können. Solche Änderungen sind der Genehmigungsbehörde vorzulegen. Sie sind nur gültig, wenn sie genehmigt werden. Später vorgenommene Vertragsanpassungen stehen demnach unter dem Vorbehalt der Genehmigung durch den Regierungsrat.

f) Rechnungskopie

Gemäss Art. 42 Abs. 3 KVG erhält die versicherte Person eine Kopie der Rechnung, die an den Versicherer gegangen ist. Bestimmungen, die vorsehen, dass der versicherten Person nur auf Wunsch eine Rechnungskopie zugestellt wird, sind deshalb unzulässig. Der versicherten Person ist immer eine Kopie zuzustellen.

g) Kündigungsfrist

Gemäss Art. 46 Abs. 5 KVG beträgt die Frist für die Kündigung eines Tarifvertrages mindestens sechs Monate. Einzelne Tarifverträge sehen eine Kündigungsfrist von lediglich drei Monaten vor. Diese Bestimmungen sind nicht genehmigungsfähig. Für solche Verträge gilt eine Kündigungsfrist von sechs Monaten.

h) Dahinfallen des Vertrages bei Verlust des Listenplatzes

Einzelne Verträge sehen vor, dass der Vertrag bei Verlust des Listenplatzes automatisch dahinfällt. Diese Bestimmungen verletzen Art. 46 Abs. 5 KVG, wonach die Frist für die Kündigung eines Tarifvertrages und damit auch sinngemäss für das Dahinfallen eines Vertrages mindestens sechs Monate beträgt. Solche Vertragsbestimmungen sind nicht zu genehmigen, denn einem Spital wird bei Entzug des Leistungsauftrags in der Regel eine Übergangsfrist von sechs Monaten gewährt, während der Leistungserbringer seine Leistungen weiterhin verrechnen darf. Auch für diese Übergangszeit ist eine tarifarische Grundlage erforderlich.

4.6 Vertragsgenehmigungen

4.6.1 Genehmigungsfähige Verträge

Folgende Tarifverträge entsprechen den in diesem Verfahren aufgestellten Regeln und können deshalb mit Ausnahme der dieser Liste nachgestellten Vorbehalte nach Art. 46 KVG genehmigt werden:

1. Vertrag zwischen der Zürcher Höhenklinik Wald und der tarifsuisse ag betreffend Tarife für stationäre Leistungen Rehabilitation gemäss KVG ab 1. Januar 2012.
2. Vertrag zwischen der Zürcher Höhenklinik Wald und der tarifsuisse ag betreffend Tarife für stationäre Leistungen Rehabilitation gemäss KVG ab 1. Januar 2014.
3. Vertrag zwischen der Uniklinik Balgrist und der Helsana Versicherungen AG betreffend Tarife für Paraplegie und Rehabilitation ab 1. Januar 2012.

4. Vertrag zwischen der Uniklinik Balgrist und der Sanitas Grundversicherungen AG betreffend Tarife für Paraplegie und Rehabilitation ab 1. Januar 2012.
5. Vertrag zwischen der Uniklinik Balgrist und der KPT Krankenkasse AG betreffend Tarife für Paraplegie und Rehabilitation ab 1. Januar 2012.
6. Vertrag zwischen der Uniklinik Balgrist und der Assura Kranken- und Unfallversicherung betreffend Tarife für Paraplegie und Rehabilitation ab 1. Januar 2012, mit Ausnahme der Tarife für muskuloskelettale Rehabilitation.
7. Vertrag zwischen der Uniklinik Balgrist und der SUPRA Krankenversicherung betreffend Tarife für Paraplegie und Rehabilitation ab 1. Januar 2012, mit Ausnahme der Tarife für muskuloskelettale Rehabilitation.
8. Vertrag zwischen der Stiftung Klinik Susenberg und der Helsana Versicherungen AG und Mitbeteiligte betreffend Tarife für Rehabilitation und Palliative Care ab 1. Januar 2012.
9. Vertrag zwischen der Stiftung Klinik Susenberg und der Sanitas Grundversicherungen AG betreffend Tarife für Rehabilitation und Palliative Care ab 1. Januar 2012.
10. Vertrag zwischen der Stiftung Klinik Susenberg und der KPT Krankenkasse AG betreffend Tarife für Rehabilitation und Palliative Care ab 1. Januar 2012.
11. Vertrag zwischen der Klinik Susenberg und der tarifsuisse ag betreffend Tarife für Rehabilitation und Palliative Care ab 1. Januar 2013.
12. Vertrag zwischen der Klinik Susenberg und der tarifsuisse ag betreffend Tarife für Rehabilitation und Palliative Care ab 1. Januar 2014.
13. Vertrag zwischen der RehaClinic AG und der Helsana Versicherungen betreffend Tarife ab 1. Januar 2012 für die Standorte Zollikerberg und Kilchberg.
14. Vertrag zwischen der RehaClinic AG und der Sanitas Grundversicherungen AG betreffend Tarife ab 1. Januar 2012 für die Standorte Zollikerberg und Kilchberg.
15. Vertrag zwischen der RehaClinic AG und der KPT Krankenkasse AG betreffend Tarife ab 1. Januar 2012 für die Standorte Zollikerberg und Kilchberg.
16. Vertrag zwischen der RehaClinic AG und der Assura Kranken- und Unfallversicherung sowie der SUPRA Krankenversicherung AG betreffend Tarife ab 1. Januar 2012 für die Standorte Zollikerberg und Kilchberg.
17. Vertrag zwischen der RehaClinic AG und der tarifsuisse ag betreffend Tarife ab 1. Januar 2012 für die Standorte Zollikerberg und Kilchberg.

18. Vertrag zwischen der RehaClinic AG und der Helsana Versicherungen betreffend Tarife ab 1. Januar 2013 für die Standorte Zollikerberg und Kilchberg.
19. Vertrag zwischen der RehaClinic AG und der Sanitas Grundversicherungen AG betreffend Tarife ab 1. Januar 2013 für die Standorte Zollikerberg und Kilchberg.
20. Vertrag zwischen der RehaClinic AG und der KPT Krankenkasse AG betreffend Tarife ab 1. Januar 2013 für die Standorte Zollikerberg und Kilchberg.
21. Vertrag zwischen der RehaClinic AG und der Assura Kranken- und Unfallversicherung sowie der SUPRA Krankenversicherung AG betreffend Tarife ab 1. Januar 2013 für die Standorte Zollikerberg und Kilchberg.
22. Vertrag zwischen der RehaClinic AG und der tarifsuisse ag betreffend Tarife ab 1. Januar 2013 für die Standorte Zollikerberg und Kilchberg.
23. Vertrag zwischen dem Kinderspital Zürich und der Helsana Versicherungen AG betreffend Tarife für Rehabilitation ab 1. Januar 2012.
24. Vertrag zwischen dem Kinderspital Zürich und der Sanitas Grundversicherungen AG betreffend Tarife für Rehabilitation ab 1. Januar 2012.
25. Vertrag zwischen dem Kinderspital Zürich und der KPT Krankenkasse AG betreffend Tarife für Rehabilitation ab 1. Januar 2012.
26. Vertrag zwischen dem Kinderspital Zürich und der Einkaufsgemeinschaft HSK betreffend Tarife für Rehabilitation ab 1. Januar 2014.
27. Vertrag zwischen der SWS – Sozialwerke Pfarrer Sieber für die Klinik Sune-Egge und der tarifsuisse ag betreffend Tarife ab 1. Januar 2013.
28. Vertrag zwischen der SWS – Sozialwerke Pfarrer Sieber für die Klinik Sune-Egge und der Helsana Versicherungen AG und Mitbeteiligte, der Sanitas Grundversicherungen AG und Mitbeteiligte sowie der KPT Krankenkasse AG und Mitbeteiligte betreffend Tarife ab 1. Januar 2013.
29. Vertrag zwischen dem Kantonsspital Winterthur und der Helsana Versicherungen AG und Mitbeteiligte betreffend Tarife für Palliative Care ab 1. Januar 2012.
30. Vertrag zwischen dem Kantonsspital Winterthur und der Sanitas Grundversicherungen AG betreffend Tarife für Palliative Care ab 1. Januar 2012.
31. Vertrag zwischen dem Kantonsspital Winterthur und der KPT Krankenkasse AG betreffend Tarife für Palliative Care ab 1. Januar 2012.
32. Vertrag zwischen dem Verband Zürcher Krankenhäuser und der Helsana Versicherungen AG betreffend Tarife für Palliative Care im Spital Affoltern ab 1. Januar 2012.

33. Vertrag zwischen dem Verband Zürcher Krankenhäuser und der Sanitas Grundversicherungen AG betreffend Tarife für Palliative Care im Spital Affoltern ab 1. Januar 2012.
34. Vertrag zwischen dem Verband Zürcher Krankenhäuser und der KPT Krankenkasse AG betreffend Tarife für Palliative Care im Spital Affoltern ab 1. Januar 2012.

4.6.2 Nicht genehmigungsfähige Tarifverträge

Folgende Vereinbarungen widersprechen insbesondere dem Wirtschaftlichkeitsgebot im Sinne von Art. 46 Abs. 4 KVG und sind deshalb nicht zu genehmigen (vgl. Kapitel 4.3.1):

1. Vertrag zwischen der Uniklinik Balgrist und der Assura Kranken- und Unfallversicherung betreffend Tarife für Paraplegie und Rehabilitation ab 1. Januar 2012 in Bezug auf die Tarife für muskuloskelettale Rehabilitation.
2. Vertrag zwischen der Uniklinik Balgrist und der SUPRA Krankenversicherung betreffend Tarife für Paraplegie und Rehabilitation ab 1. Januar 2012 in Bezug auf die Tarife für muskuloskelettale Rehabilitation.

Für diese zwischen den erwähnten Tarifpartnern abzurechnenden Leistungen liegt somit ein tarifloser Zustand im Sinne von Art. 47 Abs. 1 KVG vor. Entsprechend gelten auch für diese Tarifpartner die erwähnten, festzusetzenden Pauschalen. Es steht den Verhandlungsparteien frei, bei der Gesundheitsdirektion einen Tarifvertrag mit rückwirkender Geltung ab 1. Januar 2012 zur Genehmigung einzureichen, der das Wirtschaftlichkeitsgebot im Sinne von Art. 46 Abs. 4 KVG wahrt.

5. Geltungsdauer der festgesetzten Tarife

Ein gestützt auf Art. 47 Abs. 1 KVG hoheitlich festgesetzter Tarif gilt so lange, als kein genehmigter Tarifvertrag besteht. Die Tarife sind daher ab dem 1. Januar 2012 mit unbefristeter Geltungsdauer festzusetzen.

6. Nachforderung der Tariffdifferenz

Die mit RRB Nr. 1493/2011 mit Wirkung ab 1. Januar 2012 angeordneten provisorischen Pauschalen (vgl. vorne Ziff. 2) sind nicht identisch mit den vorliegend zu genehmigenden oder festzusetzenden. Es besteht demnach ein berechtigtes Interesse der Tarifpartner, dass die Tarife rückwirkend ab dem 1. Januar 2012 gelten und die Differenz zu den angeordneten vorsorglichen Tarifen nachgefordert werden kann. Die Tarifpartner sind daher berechtigt zu erklären, rückwirkend ab dem 1. Januar 2012 die Differenz zwischen den provisorischen Pauschalen und den vorliegend zu genehmigenden oder festzusetzenden Pauschalen nachzufordern.

7. Tariffestlegung für Tarifverträge, die Ende 2012 oder Ende 2013 ausgelaufen sind

Dem Regierungsrat wurden einige Tarifverträge zur Genehmigung eingereicht, die bis 31. Dezember 2012 oder bis 31. Dezember 2013 befristet waren. Während des Genehmigungsverfahrens galten nicht die Tarife dieser Verträge, sondern die vom Regierungsrat auf den 1. Januar 2012 festgesetzten provisorischen Tarife. Dies ändert sich mit der vorliegenden Genehmigung der Tarifverträge: Für die Geltungsdauer der befristeten Tarifverträge sind die vereinbarten Tarife massgebend. Für die Zeit danach, d. h. ab 1. Januar 2013 bzw. ab 1. Januar 2014, leben die früheren provisorischen Tarife aber nicht wieder auf. In den Anwendungsbereichen der genannten Tarifverträge besteht somit ab 1. Januar 2013 bzw. ab 1. Januar 2014 ein tarifloser Zustand. Deshalb sind für diese Bereiche von Amtes wegen mit Wirkung ab 1. Januar 2013 bzw. 1. Januar 2014 Tarife festzusetzen (vgl. RUKV 2006 KV 359 S. 115 ff., E. 2.2). Ihre Höhe soll den Tarifen gemäss den befristeten Tarifverträgen entsprechen. Diese Pauschalen sollen rückwirkend ab 1. Januar 2013 bzw. 1. Januar 2014 im Sinne vorsorglicher Massnahmen angewendet werden. Werden die Tarifpartner ein Gesuch um Genehmigung oder Festsetzung von abweichenden, rückwirkend anzuwendenden Tarifen stellen, so wird bei Genehmigung oder Festsetzung solcher Tarife die Differenz zu den hier festgesetzten provisorischen Pauschalen auszugleichen sein. Werden die Tarifpartner bis 4. August 2014 jedoch kein entsprechendes Gesuch stellen, so sollen die hier festgesetzten provisorischen Pauschalen definitive Wirkung erlangen.

8. Parteientschädigung

Gemäss § 17 Abs. 1 VRG werden im Verfahren vor den Verwaltungsbehörden keine Parteientschädigungen zugesprochen. Es sind deshalb keine Parteientschädigungen zuzusprechen.

9. Instanzenzug

Gegen den vorliegenden Entscheid kann beim Bundesverwaltungsgericht Beschwerde erhoben werden (Art. 53 Abs. 1 KVG in Verbindung mit Art. 31 ff. Bundesgesetz über das Bundesverwaltungsgericht [SR 173.32]).

10. Weitergeltung der vorsorglichen Massnahmen im Falle der Anfechtung der mit Wirkung ab 1. Januar 2012 endgültig festgesetzten Pauschalen

Im Kanton Zürich bleibt eine vorsorgliche Massnahme während des Laufs der Rechtsmittelfrist und während eines allenfalls daran anschliessenden Verfahrens in Kraft. Erst mit dem Eintritt der formellen Rechtskraft in der Hauptsache fällt die vorsorgliche Massnahme dahin, sofern die anordnende Behörde oder die Rechtsmittelinstanz nichts Gegenteiliges beschlossen hat. Gemäss Art. 55 Abs. 1 des Verwaltungsverfahrensgesetzes (VwVG) hat eine Beschwerde aufschiebende Wirkung. Diese Wirkung tritt erst ein mit Erhebung der Beschwerde, nicht aber bereits mit Beginn der Rechtsmittelfrist. In der Zeit zwischen der Eröffnung der Verfügung und der Einreichung der Beschwerde besteht daher keine aufschiebende Wirkung. Der Entscheid wäre, solange kein Rechtsmittel erhoben worden ist, zwar nicht vollstreckbar (Art. 39 Bst. a VwVG), aber wirksam. Zur Vermeidung einer unklaren Rechtslage ist deshalb klarzustellen, dass die mit RRB Nr. 1468/2011 angeordneten vorsorglichen Massnahmen für die Dauer der Rechtsmittelfrist und eines sich allenfalls daran anschliessenden Rechtsmittelverfahrens in Kraft bleiben.

11. Finanzielle Würdigung

Die Auswirkungen der zu genehmigenden bzw. festzusetzenden Tarife auf den kantonalen Finanzierungsanteil sind im KEF 2014–2017 (Leistungsgruppe Nr. 6300, Akutsomatische Versorgung und Rehabilitation) berücksichtigt.

Auf Antrag der Gesundheitsdirektion

beschliesst der Regierungsrat:

I. Tariffestsetzung im Bereich Palliative Care

- a. Für die Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung im Rahmen der Leistungsgruppe PAL Palliative Care werden die nachstehend aufgeführten Spitäler verpflichtet, ab 1. Januar 2012 über Tagespauschalen in folgender Höhe abzurechnen:

Leistungserbringer	Tarif pro Tag in Franken
1. Kantonsspital Winterthur	900
2. Spital Bülach	900
3. Spital Affoltern	900
4. Klinik Susenberg	900

- b. Für den Eintrittstag und den Austrittstag kann je eine ungekürzte Tagespauschale in Rechnung gestellt werden.
- c. Wird eine Patientin oder ein Patient innerhalb des Spitals von einer Abteilung mit Verrechnung mit Fallpauschalen nach Typus DRG in eine Abteilung für Palliative Care mit Verrechnung nach Tagespauschalen verlegt, darf die Tagespauschale erst ab dem Pfl egetag verrechnet werden, an dem die obere Grenzverweildauer der zu verrechnenden SwissDRG auf der Abteilung mit Verrechnung mit Fallpauschalen überschritten würde.
- d. Abweichende Regelungen eines genehmigten Tarifvertrags bleiben vorbehalten.

II. Tariffestsetzung im Bereich akutsomatische Versorgung Abhängigkeitskranker

- a. Für die Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung im Rahmen der Leistungsgruppe AVA akutsomatische Versorgung Abhängigkeitskranker werden für die auf der Zürcher Spitalliste 2012 Akutsomatik aufgeführten Spitäler mit Standort im Kanton Zürich mit Wirkung ab 1. Januar 2012 folgende Pauschalen pro Pfl egetag festgesetzt:

Behandlungstage	Tarif pro Tag in Franken
1.–20. Tag	990
21.–60. Tag	840
61.–90. Tag	740
ab 91. Tag	565

- b. Für den Eintrittstag und den Austrittstag kann je eine ungekürzte Tagespauschale in Rechnung gestellt werden.
- c. Abweichende Regelungen eines genehmigten Tarifvertrags bleiben vorbehalten.

III. Tariffestsetzung im Bereich Rehabilitation

- a. Für die Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung werden für nachfolgende auf der Zürcher Spitalliste 2012 Rehabilitation aufgeführten Spitäler mit Standort im Kanton Zürich mit Wirkung ab 1. Januar 2012 folgende Tagespauschalen festgesetzt:

Leistungserbringer	Leistungsgruppe	Tarif pro Tag in Franken
1. Zürcher Höhenklinik Wald	Neurologische Rehabilitation	807
	Übrige Rehabilitation	580
2. Universitätsklinik Balgrist	Muskuloskelettale Rehabilitation	515
	Rehabilitation Querschnittlähmung	1373
3. Stiftung Klinik Susenberg	Internistisch-onkologische Rehabilitation	482
4. Kinderspital Zürich	Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen	865

- b. Für den Eintrittstag und den Austrittstag kann je eine ungekürzte Tagespauschale in Rechnung gestellt werden.
- c. Abweichende Regelungen eines genehmigten Tarifvertrags bleiben vorbehalten.

IV. Genehmigung Tarifverträge

- a. Folgende Vereinbarungen betreffend Tarife für die stationären Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung mit Wirkung **ab 1. Januar 2012** werden genehmigt:
1. Vertrag zwischen der Zürcher Höhenklinik Wald und der tarifsuisse ag betreffend Tarife für stationäre Leistungen Rehabilitation gemäss KVG ab 1. Januar 2012.
 2. Vertrag zwischen der Uniklinik Balgrist und der Helsana Versicherungen AG betreffend Tarife für Paraplegie und Rehabilitation ab 1. Januar 2012.
 3. Vertrag zwischen der Uniklinik Balgrist und der Sanitas Grundversicherungen AG betreffend Tarife für Paraplegie und Rehabilitation ab 1. Januar 2012.
 4. Vertrag zwischen der Uniklinik Balgrist und der KPT Krankenkasse AG betreffend Tarife für Paraplegie und Rehabilitation ab 1. Januar 2012.
 5. Vertrag zwischen der Uniklinik Balgrist und der Assura Kranken- und Unfallversicherung betreffend Tarife für Paraplegie und Rehabilitation ab 1. Januar 2012, mit Ausnahme der Tarife für muskuloskelettale Rehabilitation.

6. Vertrag zwischen der Uniklinik Balgrist und der SUPRA Krankenversicherung betreffend Tarife für Paraplegie und Rehabilitation ab 1. Januar 2012, mit Ausnahme der Tarife für muskuloskelettale Rehabilitation.
7. Vertrag zwischen der Stiftung Klinik Susenberg und der Helsana Versicherungen AG und Mitbeteiligte betreffend Tarife für Rehabilitation und Palliative Care ab 1. Januar 2012.
8. Vertrag zwischen der Stiftung Klinik Susenberg und der Sanitas Grundversicherungen AG betreffend Tarife für Rehabilitation und Palliative Care ab 1. Januar 2012.
9. Vertrag zwischen der Stiftung Klinik Susenberg und der KPT Krankenkasse AG betreffend Tarife für Rehabilitation und Palliative Care ab 1. Januar 2012.
10. Vertrag zwischen der RehaClinic AG und der Helsana Versicherungen betreffend Tarife ab 1. Januar 2012 für die Standorte Zollikerberg und Kilchberg.
11. Vertrag zwischen der RehaClinic AG und der Sanitas Grundversicherungen AG betreffend Tarife ab 1. Januar 2012 für die Standorte Zollikerberg und Kilchberg.
12. Vertrag zwischen der RehaClinic AG und der KPT Krankenkasse AG betreffend Tarife ab 1. Januar 2012 für die Standorte Zollikerberg und Kilchberg.
13. Vertrag zwischen der RehaClinic AG und der Assura Kranken- und Unfallversicherung sowie der SUPRA Krankenversicherung AG betreffend Tarife ab 1. Januar 2012 für die Standorte Zollikerberg und Kilchberg.
14. Vertrag zwischen der RehaClinic AG und der tarifsuisse ag betreffend Tarife ab 1. Januar 2012 für die Standorte Zollikerberg und Kilchberg.
15. Vertrag zwischen dem Kinderspital Zürich und der Helsana Versicherungen AG betreffend Tarife für Rehabilitation ab 1. Januar 2012.
16. Vertrag zwischen dem Kinderspital Zürich und der Sanitas Grundversicherungen AG betreffend Tarife für Rehabilitation ab 1. Januar 2012.
17. Vertrag zwischen dem Kinderspital Zürich und der KPT Krankenkasse AG betreffend Tarife für Rehabilitation ab 1. Januar 2012.
18. Vertrag zwischen dem Kantonsspital Winterthur und der Helsana Versicherungen AG und Mitbeteiligte betreffend Tarife für Palliative Care ab 1. Januar 2012.
19. Vertrag zwischen dem Kantonsspital Winterthur und der Sanitas Grundversicherungen AG betreffend Tarife für Palliative Care ab 1. Januar 2012.

20. Vertrag zwischen dem Kantonsspital Winterthur und der KPT Krankenkasse AG betreffend Tarife für Palliative Care ab 1. Januar 2012.
 21. Vertrag zwischen dem Verband Zürcher Krankenhäuser und der Helsana Versicherungen AG betreffend Tarife für Palliative Care im Spital Affoltern ab 1. Januar 2012.
 22. Vertrag zwischen dem Verband Zürcher Krankenhäuser und der Sanitas Grundversicherungen AG betreffend Tarife für Palliative Care im Spital Affoltern ab 1. Januar 2012.
 23. Vertrag zwischen dem Verband Zürcher Krankenhäuser und der KPT Krankenkasse AG betreffend Tarife für Palliative Care im Spital Affoltern ab 1. Januar 2012.
- b. Folgende Vereinbarungen betreffend Tarife für die stationären Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung mit Wirkung **ab 1. Januar 2013** werden genehmigt:
1. Vertrag zwischen der Klinik Susenberg und der tarifsuisse ag betreffend Tarife für Rehabilitation und Palliative Care ab 1. Januar 2013.
 2. Vertrag zwischen der RehaClinic AG und der Helsana Versicherungen betreffend Tarife ab 1. Januar 2013 für die Standorte Zollikerberg und Kilchberg.
 3. Vertrag zwischen der RehaClinic AG und der Sanitas Grundversicherungen AG betreffend Tarife ab 1. Januar 2013 für die Standorte Zollikerberg und Kilchberg.
 4. Vertrag zwischen der RehaClinic AG und der KPT Krankenkasse AG betreffend Tarife ab 1. Januar 2013 für die Standorte Zollikerberg und Kilchberg.
 5. Vertrag zwischen der RehaClinic AG und der Assura Kranken- und Unfallversicherung sowie der SUPRA Krankenversicherung AG betreffend Tarife ab 1. Januar 2013 für die Standorte Zollikerberg und Kilchberg.
 6. Vertrag zwischen der RehaClinic AG und der tarifsuisse ag betreffend Tarife ab 1. Januar 2013 für die Standorte Zollikerberg und Kilchberg.
 7. Vertrag zwischen der SWS – Sozialwerke Pfarrer Sieber für die Klinik Sune-Egge und der tarifsuisse ag betreffend Tarife ab 1. Januar 2013.
 8. Vertrag zwischen der SWS – Sozialwerke Pfarrer Sieber für die Klinik Sune-Egge und der Helsana Versicherungen AG und Mitbeteiligte, der Sanitas Grundversicherungen AG und Mitbeteiligte sowie der KPT Krankenkasse AG und Mitbeteiligte betreffend Tarife ab 1. Januar 2013.

- c. Folgende Vereinbarungen betreffend Tarife für die stationären Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung mit Wirkung **ab 1. Januar 2014** werden genehmigt:
1. Vertrag zwischen der Zürcher Höhenklinik Wald und der tarifsuisse ag betreffend Tarife für stationäre Leistungen Rehabilitation gemäss KVG ab 1. Januar 2014.
 2. Vertrag zwischen der Klinik Susenberg und der tarifsuisse ag betreffend Tarife für Rehabilitation und Palliative Care ab 1. Januar 2014.
 3. Vertrag zwischen dem Kinderspital Zürich und der Einkaufsgemeinschaft HSK betreffend Tarife für Rehabilitation ab 1. Januar 2014.
- d. Folgende Bestimmungen der vorstehend genannten Verträge, die eine der nachfolgend genannten Punkte enthalten, werden im Sinne der Erwägungen nicht genehmigt:
- Meistbegünstigungsklausel.
 - Tarifierung vor Vertragsgenehmigung durch den Regierungsrat.
 - Festsetzung eines Kostenteilers zwischen Krankenversicherer und Kanton.
 - Ausstellung einer Rechnungskopie für die Patientin oder den Patienten lediglich auf ihren bzw. seinen Wunsch.
 - Verpflichtung zur Übermittlung des vollständigen Diagnosecodes an die Versicherer. Die Leistungserbringer dürfen nicht mehr als zwei Stellen des Diagnosecodes übermitteln. Den Krankenversicherern dürfen nur jene Informationen zugänglich gemacht werden, die sie benötigen, um gemäss Art. 42 Abs. 3 und 4 KVG die Leistungen zu überprüfen.
 - Kündigungsfristen, die kürzer als sechs Monate sind; es gilt eine Kündigungsfrist von sechs Monaten.
 - Dahinfallen des Vertrages bei einem Verlust des Listenplatzes.
 - Möglichkeit von Vertragsänderungen ohne vorausgehende Genehmigung durch die Genehmigungsbehörde.

V. Nichtgenehmigung von Tarifverträgen

Folgende Vereinbarungen betreffend Tarife für die stationären Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung werden nicht genehmigt:

1. Vertrag zwischen der Uniklinik Balgrist und der Assura Kranken- und Unfallversicherung betreffend Tarife für Paraplegie und Rehabilitation ab 1. Januar 2012 in Bezug auf die Tarife für muskuloskelettale Rehabilitation.
2. Vertrag zwischen der Uniklinik Balgrist und der SUPRA Krankenversicherung betreffend Tarife für Paraplegie und Rehabilitation ab 1. Januar 2012 in Bezug auf die Tarife für muskuloskelettale Rehabilitation.

VI. Nachforderung von Tariffdifferenzen

Die Tarifpartner sind berechtigt, rückwirkend ab dem 1. Januar 2012 die Differenz zwischen den mit RRB Nr. 1493/2011 angeordneten provisorischen Tarifen und den nach Dispositiv I bis IV festgesetzten oder genehmigten Tarifen nachzufordern.

VII. Tarife nach Ablauf befristeter Verträge

- a. Die Tarife von vorstehend genehmigten Tarifverträgen mit abgelaufener Geltungsdauer gelten im Sinne von provisorisch festgesetzten Tarifen weiter. Vorbehalten bleiben neue genehmigte Tarifverträge.
- b. Diese provisorisch festgesetzten Tarife werden definitiv, sofern nicht bis 4. August 2014 ein Gesuch um Genehmigung oder Festsetzung eines rückwirkend geltenden Tarifvertrags gestellt wird.
- c. Wird ein solches Gesuch gestellt und in der Folge ein vom provisorischen Tarif abweichender Tarif genehmigt oder festgesetzt, bleibt die rückwirkende Nachforderung von Tariffdifferenzen vorbehalten.

VIII. Kosten- und Leistungsdaten

Die Leistungserbringer werden verpflichtet, ausserhalb des Geltungsbereichs von SwissDRG zukünftig ihre Kosten- und Leistungsdaten eines Kalenderjahres je gesondert für die verschiedenen Leistungsaufträge und -gruppen darzulegen.

IX. Parteientschädigung

Es werden keine Parteientschädigungen zugesprochen.

X. Rechtsmittel

Gegen diesen Beschluss kann innert 30 Tagen ab Eröffnung beim Bundesverwaltungsgericht Beschwerde erhoben werden. Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; dieser Beschluss und die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit der Beschwerdeführer sie in Händen hat.

XI. Weitergeltung vorsorgliche Massnahmen

Die mit RRB Nr. 1493/2011 im Sinne vorsorglicher Massnahmen angeordneten provisorischen Pauschalen bleiben für die Dauer der Rechtsmittelfrist und eines sich allenfalls daran anschliessenden Rechtsmittelverfahrens in Kraft.

XII. Veröffentlichung

Dispositiv I bis XI werden im Amtsblatt veröffentlicht.

XIII. Mitteilung

Mitteilung unter Beilage der Zusammenfassung der Parteidarstellungen (Beilage 1) sowie der Berechnungen der tarifrelevanten Kosten (Beilage 2), für sich sowie zuhanden der Rechtsträger der Spitäler bzw. bei Verbänden zuhanden deren Mitglieder (E):

Spitäler bzw. Kliniken:

- Zürcher Höhenklinik Wald, Faltigbergstrasse 7, 8639 Faltigberg
- Universitätsklinik Balgrist, Forchstrasse 340, 8008 Zürich
- Klinik Susenberg, Schreiberweg 9, 8044 Zürich
- RehaClinic Kilchberg, c/o RehaClinic Zollikerberg, Trichtenhauserstrasse 20, 8125 Zollikerberg
- RehaClinic Zollikerberg, Trichtenhauserstrasse 20, 8125 Zollikerberg
- Kinderspital Zürich, Steinwiesstrasse 75, 8032 Zürich
- Sune-Egge, Sozialwerke Pfarrer Sieber, Hohlstrasse 192, 8004 Zürich
- Kantonsspital Winterthur, Brauerstrasse 15, Postfach 834, 8401 Winterthur
- Spital Bülach, Spitalstrasse 24, 8180 Bülach
- Spital Affoltern, Sonnenbergstrasse 27, 8910 Affoltern am Albis

Versicherer:

- Agrisano Kankenkasse AG, Laurstrasse 10, 5201 Brugg
- Aquilana Versicherungen, Bruggerstrasse 46, 5401 Baden
- Arcosana AG, Trischenstrasse 21, 6002 Luzern
- Assura-Basis SA, Avenue C.-F. Ramuz 70, 1009 Pully
- Atupri Krankenkasse, Zieglerstrasse 29, 3000 Bern 65
- avanex Versicherungen AG, Postfach, 8081 Zürich
- Compact Grundversicherungen AG, Jänergasse 3, Postfach 2010, 8021 Zürich
- Concordia Schweiz. Kranken- und Unfallversicherung AG, Bundesplatz 15, 6002 Luzern
- CSS Kranken-Versicherung AG, Tribschenstrasse 21, Postfach 2568, 6002 Luzern
- Easy Sana Assurance Maladie SA, Rue de Cédres 5, 1920 Martigny
- EGK Grundversicherungen, Brislachstrasse 2, Postfach, 4242 Laufen
- Helsana Versicherungen AG, Postfach, 8081 Zürich
- INTRAS Assurance-maladie SA, Tribschenstrasse 21, Postfach 2568, 6002 Luzern
- KPT Krankenkasse AG, Tellstrasse 18, Postfach 8624, 3001 Bern
- Mutuel Assurance Maladie SA, Rue de Cédres 5, 1920 Martigny
- ÖKK Kranken- und Unfallversicherungen AG, Bahnhofstrasse 9, 7302 Landquart

- Philos Assurance Maladie SA, Rue de Cédres 5, 1920 Martigny
 - Progrès Versicherungen AG, Postfach, 8081 Zürich
 - PROVITA Gesundheitsversicherung AG, Brunngasse 4, Postfach, 8401 Winterthur
 - Sana24 AG, Weltpoststrasse 19/21, Postfach 253, 3000 Bern 15
 - Sanagate AG, Tribschenstrasse 21, Postfach 2568, 6002 Luzern
 - Sanitas Grundversicherungen AG, Jänergasse 3, Postfach 2010, 8021 Zürich
 - sansan Versicherungen AG, Postfach, 8081 Zürich
 - Stiftung Krankenkasse Wädenswil, Schönenbergstrasse 28, 8820 Wädenswil
 - SWICA Krankenversicherung, Römerstrasse 38, 8401 Winterthur
 - Visana AG, Weltpoststrasse 19/21, Postfach 253, 3000 Bern 15
 - Vivao Sympany AG, Peter Merian-Weg 4, 4002 Basel
 - Wincare Versicherungen, Konradstrasse 14, Postfach 299, 8401 Winterthur
- Übrige:
- Dr. Andreas C. Albrecht, Vischer AG, Aeschenvorstadt 4, Postfach 526, 4010 Basel
 - Dr. Vincent Augustin, Fryberg Augustin Schmid Rechtsanwälte und Notare, Quaderstrasse 8, 7000 Chur
 - Einkaufsgemeinschaft HSK, c/o Helsana Versicherungen AG, Postfach, 8081 Zürich
 - Preisüberwachung, Effingerstrasse 27, 3003 Bern
 - RehaClinic AG, Judith Meier, CEO, Quellenstrasse 34, 5330 Bad Zurzach
 - santésuisse, Römerstrasse 20, Postfach 1561, 4502 Solothurn
 - Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK), Haus der Kantone, Speichergasse 6, Postfach 684, 3000 Bern 7
 - tarifsuisse ag, Lagerstrasse 107, Postfach 2018, 8021 Zürich
 - Verband Zürcher Krankenhäuser (VZK), Postfach, 8610 Uster
 - sowie an die Gesundheitsdirektion.



Vor dem Regierungsrat
Der Staatsschreiber:

Husi

Inhaltsverzeichnis

1. Ausgangslage	1
2. Verfahrensgeschichte	2
3. Grundsätze der Tarifierung	3
3.1 Allgemeine Grundsätze und Tarifstruktur	3
3.2 Rechtsgrundlagen für die Genehmigung und Festsetzung von Spitaltarifen	4
3.3 Spitalvergleiche als Voraussetzung für Leistungsfinanzierung	6
3.4 Verschiedene Ansätze für Wirtschaftlichkeitsvergleiche	8
3.5 Beurteilung der Genehmigungsfähigkeit	9
3.6 Massgebendes Datenmaterial und Kostenermittlung	11
3.6.1 Bildung von Kategorien vergleichbarer Spitäler	11
3.6.2 Ermittlung der tarifrelevanten Kosten	12
3.6.2.1 Allgemeines	12
3.6.2.2 Abzüge für Überkapazitäten und Intransparenz	12
3.6.2.3 Abzüge für Zusatzleistungen und kalkulatorische Zinsen auf dem Umlaufvermögen	13
3.6.2.4 Gemeinwirtschaftliche Leistungen	13
3.6.2.5 Zuschläge auf Betriebskosten 2010	16
4. Tariffestsetzung und Genehmigung	17
4.1 Palliative Care	17
4.2 Akutsomatische Behandlung Abhängigkeitskranker AVA	18
4.3 Rehabilitation	21
4.3.1 Muskuloskelettale Rehabilitation	21
4.3.2 Rehabilitation Querschnittlähmung	23
4.3.3 Neurologische Rehabilitation	24
4.3.3.1 RehaClinic Kilchberg	24
4.3.3.2 Zürcher Höhenklinik Wald (ZHW)	25
4.3.4 Internistisch-onkologische Rehabilitation	26
4.3.5 Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen	27
4.3.6 Rehabilitation, diverse Leistungsgruppen ZHW	27
4.4 Tarife für ausserkantonale und EU-EFTA-Patienten	29
4.5 Modalitäten	29
4.5.1 Festzusetzende Modalitäten	29
4.5.2 Nicht zu genehmigende Vertragsklauseln	29
4.6 Vertragsgenehmigungen	32
4.6.1 Genehmigungsfähige Verträge	32
4.6.2 Nicht genehmigungsfähige Tarifverträge	35

5. Geltungsdauer der festgesetzten Tarife	35
6. Nachforderung der Tariffdifferenz	35
7. Tariffestlegung für Tarifverträge, die Ende 2012 oder Ende 2013 ausgelaufen sind	36
8. Parteientschädigung	36
9. Instanzenzug	36
10. Weitergeltung der vorsorglichen Massnahmen im Falle der Anfechtung der mit Wirkung ab 1. Januar 2012 endgültig festgesetzten Pauschalen	37
11. Finanzielle Würdigung	37