

100.2022.296U
HAT/IMA/SRE

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Verwaltungsrechtliche Abteilung

Urteil des Einzelrichters vom 12. Oktober 2023

Verwaltungsrichter Häberli
Gerichtsschreiberin Imfeld

A. _____ AG
handelnd durch die statutarischen Organe
vertreten durch Rechtsanwalt ...
Beschwerdeführerin

gegen

Kanton Bern
handelnd durch die Gesundheits-, Sozial- und Integrationsdirektion,
Rathausplatz 1, Postfach, 3000 Bern 8
Beschwerdegegner

betreffend Abgeltung von medizinischen Leistungen (Entscheid der
Gesundheits-, Sozial- und Integrationsdirektion des Kantons Bern vom
22. August 2022; 2021.GSI.1503)



Prozessgeschichte:

A.

Am 17. Dezember 2020 und am 31. Dezember 2020 reichte die A._____AG dem Spitalamt des Kantons Bern je eine Rechnung ein für die fotherapeutische Behandlung eines Neugeborenen im Mai bzw. November 2020, basierend auf der SwissDRG-Codierung P67C für Akutspitäler gemäss Fallpauschalen-Katalog. Das Spitalamt wies die Rechnungen am 29. Dezember 2020 bzw. am 11. Januar 2021 zurück, da die Codierung P67C für Geburtshäuser nicht zulässig sei. Am 15. März 2021 verlangte die A._____AG eine anfechtbare Verfügung vom Spitalamt. Am 3. Mai 2021 wies dieses die beiden Rechnungen aufgrund falscher Codierung verfügungsweise zurück und forderte die A._____AG auf, neue Rechnungen mit der für Geburtshäuser geltenden Codierung einzureichen.

B.

Die dagegen erhobene Beschwerde wies die Gesundheits-, Sozial- und Integrationsdirektion des Kantons Bern (GSI) mit Entscheid vom 22. August 2022 ab.

C.

Die A._____AG hat am 22. September 2022 Verwaltungsgerichtsbeschwerde erhoben. Sie beantragt, der Entscheid der GSI sei aufzuheben und das Gesundheitsamt (in das das Spitalamt per 1.8.2021 überführt worden ist) sei anzuweisen, ihr die in Rechnung gestellten Leistungen zu denselben Ansätzen zu vergüten, wie sie anderen Leistungserbringern (Akutspitalern) für die gleiche Behandlung bezahlt würden, zuzüglich Verzugszins von 5 %.

Der Kanton Bern schliesst mit Beschwerdeantwort vom 21. Oktober 2022 auf Abweisung der Beschwerde.

Erwägungen:

1.

1.1 Das Verwaltungsgericht ist zur Beurteilung der Beschwerde als letzte kantonale Instanz gemäss Art. 74 Abs. 1 i.V.m. Art. 76 und 77 des Gesetzes vom 23. Mai 1989 über die Verwaltungsrechtspflege (VRPG; BSG 155.21) zuständig (vgl. auch Art. 137 Abs. 1 des Spitalversorgungsgesetzes vom 13. Juni 2013 [SpVG; BSG 812.11]). Die Beschwerdeführerin hat am vorinstanzlichen Verfahren teilgenommen, ist durch den angefochtenen Entscheid besonders berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an dessen Aufhebung oder Änderung (Art. 79 Abs. 1 VRPG). Die Bestimmungen über Form und Frist sind eingehalten (Art. 81 Abs. 1 i.V.m. Art. 32 VRPG). Auf die Beschwerde ist einzutreten.

1.2 Im Streit liegen zwei Rechnungen der Beschwerdeführerin mit einem Betrag von insgesamt Fr. 4'771.66, die das Spitalamt zurückgewiesen hat (vorne Bst. A; Vorakten GSI [act. 3A1] pag. 1-4). Da der Streitwert Fr. 20'000.-- nicht erreicht, fällt die vorliegende Streitsache in die einzelrichterliche Zuständigkeit (Art. 57 Abs. 1 des Gesetzes vom 11. Juni 2009 über die Organisation der Gerichtsbehörden und der Staatsanwaltschaft [GSOG; BSG 161.1]).

1.3 Das Verwaltungsgericht überprüft den angefochtenen Entscheid auf Rechtsverletzungen hin (Art. 80 Bst. a und b VRPG).

2.

Streitig ist der Kantonsanteil der Vergütung, die der Beschwerdeführerin für die fototherapeutische Behandlung von Neugeborenen in zwei Fällen zusteht.

2.1 Die Vergütung der stationären Behandlung einschliesslich Aufenthalt und Pflegeleistungen in einem Spital oder einem Geburtshaus erfolgt mittels Pauschalen, in der Regel Fallpauschalen. Die Pauschalen sind leistungsbezogen und beruhen auf gesamtschweizerisch einheitlichen Strukturen (Art. 49 Abs. 1 des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung [KVG; SR 832.10]). Für die Erarbeitung und Weiterentwicklung der gesamtschweizerisch einheitlichen Tarifstruktur haben die Tarifpartner (Versicherer und Leistungserbringer) gemeinsam mit den Kantonen die SwissDRG AG eingesetzt; die erarbeitete Tarifstruktur und deren Anpassungen sind vom Bundesrat zu genehmigen (vgl. Art. 49 Abs. 2 KVG). Für die Vergütung der akutstationären Behandlungen hat die SwissDRG AG die Tarifstruktur SwissDRG entwickelt. Es handelt sich um ein Fallpauschalen-System, bei dem jeder Spitalaufenthalt anhand demographischer und klinischer Kriterien wie Hauptdiagnose, Nebendiagnose und Behandlungen, sowie weiterer Faktoren (z.B. Schweregrad, Geburtsgewicht bei Neugeborenen) einer Fallgruppe (Diagnosis Related Group [DRG]) zugeordnet wird. Jeder der rund 1000 Fallgruppen ist ein Kostengewicht zugewiesen, basierend auf dem erwarteten Ressourcenverbrauch. Die Fallgruppen und die jeweiligen Kostengewichte werden schweizweit einheitlich definiert und im SwissDRG-Fallpauschalen-Katalog festgehalten. Die Vergütung einer stationären Behandlung als leistungsbezogene Pauschale ergibt sich, indem das Kostengewicht der Fallpauschale mit einem durch die Tarifpartner vereinbarten, für das konkrete Spital bzw. Geburtshaus geltenden Basispreis multipliziert wird (vgl. Waldner/Egli, in Basler Kommentar, 2020, Art. 49 KVG N. 31 ff.; Stationäre Tarifstrukturen, Bundesamt für Gesundheit, einsehbar unter: <www.bag.admin.ch>, Rubriken «Versicherungen/Krankenversicherung/Leistungen und Tarife/Spitalbehandlung/Stationäre Tarifstrukturen»; SwissDRG – die Tarifstruktur in der stationären Akutsomatik, Version vom 28.9.2023, einsehbar unter: <www.swissdrg.org>, Rubrik «Akutsomatik»). Die rechtlichen Grundlagen dieses Systems der Spitalfinanzierung sind im Rahmen der Teilrevision des KVG vom 21. Dezember 2007 am 1. Januar 2009 in Kraft getreten, wobei der Systemwechsel auf den 1. Januar 2012 vollzogen wurde (vgl. Übergangsbestimmung zur Änderung des KVG vom 21.12.2007; Spitalfinanzierung). Im neuen System der Leistungsfinanzierung steht bei der Tarifierung das Preis-Leistungs-Verhältnis im Vordergrund. Die leistungsbezogene Pauschale ist der «Preis», den der Leistungserbringer er-

hält. In diesem System wird nicht mehr auf die anrechenbaren Kosten Bezug genommen. Massgebend ist die Vergütung der jeweiligen Leistung (Botschaft betreffend die Änderung des KVG [Spitalfinanzierung] vom 15.9.2004, in BBl 2004 S. 5551 ff., 5577, 5579).

2.2 Spitäler und Geburtshäuser stellen je eine eigene Leistungserbringerkategorie gemäss KVG dar (vgl. Art. 35 Abs. 2 Bst. h und i KVG). Der SwissDRG-Fallpauschalen-Katalog enthält einen «Teil a» für Akutspitäler und einen «Teil b» für Geburtshäuser (vgl. die hier anwendbare SwissDRG-Version 9.0, Abrechnungsversion 2020, Stand 16.12.2019, einsehbar unter: <www.swissdrg.org>, Rubriken «Akutsomatik/Archiv SwissDRG System/SwissDRG System 9.0»). Die Vergütungen stationärer Leistungen gemäss den Fallpauschalen nach Art. 49 Abs. 1 KVG werden vom Kanton und den Versicherern anteilmässig übernommen (Art. 49a Abs. 1 KVG). Der Anteil des Kantons Bern beträgt 55 % (vgl. Art. 49a Abs. 2^{ter} Satz 2 KVG; <www.gsi.be.ch>, Rubriken «Themen/Gesundheit/Gesundheitsversorger/Spitäler, Psychiatrie und Rehabilitation/Spitalfinanzierung»).

3.

3.1 Die Beschwerdeführerin betreibt in ... ein Geburtshaus. Sie ist gemäss der Spitalliste des Kantons Bern als Leistungserbringerin in den Bereichen Geburtshilfe und Neugeborene zugelassen; d.h. sie ist berechtigt, zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung abzurechnen, und erhält für die stationäre Behandlung von Personen mit Wohnsitz im Kanton Bern einen Kantonsbeitrag (vgl. Spitalliste Akutsomatik 2019, Stand 1.7.2019, einsehbar unter: <www.gsi.be.ch>, Rubriken «Themen/Gesundheit/Gesundheitsversorger/Spitäler, Psychiatrie und Rehabilitation/Spitallisten»). Im Jahr 2020 hat sie zwei fototherapeutische Behandlungen an Neugeborenen durchgeführt und dem Spitalamt dafür am 17. und 31. Dezember 2020 je eine Rechnung zukommen lassen (vgl. Vorakten GSI [act. 3A1] pag. 1-4). Als Geburtshaus im Sinn von Art. 35 Abs. 2 Bst. i KVG richtet sich die Abgeltung der von ihr erbrachten Leistungen nicht nach «Teil a» des Fallpauschalen-Katalogs für Akutspitäler, sondern nach «Teil b», der die Geburtshäuser betrifft. Gemäss Angaben der Beschwerde-

führerin wird die fragliche Behandlung darin der SwissDRG-Codierung P60C zugeordnet mit einem Kostengewicht von 0.332, was dem höchsten Kostengewicht für Leistungen der Geburtshäuser zugunsten von Neugeborenen entspricht. Die Fallgruppe wird im SwissDRG-Fallpauschalen-Katalog wie folgt umschrieben:

«Neugeborenes, verlegt < 5 Tage nach Aufnahme oder andere Konstellationen im Geburtshaus»

Die Codierung P67C im «Teil a» für Akutspitäler sieht demgegenüber ein Kostengewicht von 0.444 vor. In den beiden zurückgewiesenen Rechnungen vom 17. bzw. 31. Dezember 2020 hat die Beschwerdeführerin die Anwendung dieser Fallgruppe verlangt, die im SwissDRG-Fallpauschalen-Katalog folgendermassen definiert ist:

«Neugeborenes, Aufnahmegewicht > 2499 g mit anderem Problem, mehr als ein Belegungstag oder mit nicht signifikanter OR-Prozedur, mit best. Konstellation»

Die Beschwerdeführerin macht geltend, die unterschiedliche Abrechnung der fototherapeutischen Behandlung je nachdem, ob sie in einem Spital oder in einem Geburtshaus erbracht werde, verstosse gegen das Gleichbehandlungsgebot gemäss Art. 8 Abs. 1 der Bundesverfassung (BV; SR 101).

3.2 Die Vorinstanz hat zunächst die Rechtsnatur der Tarifstruktur SwissDRG geprüft. Sie hat erwogen, bei der Tarifstruktur der SwissDRG AG handle es sich um einen Erlass, konkret um eine unselbständige Verordnung (vgl. angefochtener Entscheid E. 4.4 f.). Die Beschwerdeführerin äussert sich nicht zur Rechtsnatur des SwissDRG-Fallpauschalen-Katalogs. – Die Tarifpartner legen die von der SwissDRG AG erarbeitete bzw. angepasste Tarifstruktur dem Bundesrat zur Genehmigung vor (Art. 49 Abs. 2 Satz 5 KVG; Art. 59d der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung [KVV; SR 832.102]). Diese ist konstitutiver Natur, d.h. die Tarifstruktur wird erst mit der bundesrätlichen Genehmigung anwendbar (vgl. Waldner/Egli, a.a.O., Art. 49 KVG N. 56; Bernhard Rüsche, Rechtsgutachten: Genehmigung und Festsetzung von Tarifstrukturen für Einzelleistungstarife, Rz. 16, einsehbar unter: <www.unilu.ch>, Rubriken «Fakultäten/Rechtswissenschaftliche Fakultät/Professuren/Rüsche Bernhard/News/15.5.2018»); vgl. auch BGer 9C_413/2009 vom 27.1.2010 E. 5 betreffend die TARMED-Tarifstruktur für die Vergütung ambulanter medizinischer Leistun-

gen; Thomas Brumann, Tarif- und Tarifstrukturverträge im Krankenversicherungsrecht, 2012, S. 86; Gebhard Eugster, Krankenversicherung, in Ulrich Meyer [Hrsg.], Soziale Sicherheit, 3. Aufl. 2016, S. 385 ff., N. 1138). Die genehmigte Tarifstruktur ist eine generell-abstrakte Regelung, die im konkreten Anwendungsfall vorfrageweise überprüft werden kann (vgl. BGE 134 V 443 E. 3.3; BGer 9C_562/2014 vom 7.11.2014, je betreffend die TARMED-Tarifstruktur für die Vergütung ambulanter medizinischer Leistungen; Waldner/Egli, a.a.O., Art. 49 KVG N. 61). Die Vorinstanz hat die Tarifstruktur SwissDRG somit zu Recht im Rahmen einer konkreten Normenkontrolle auf ihre Vereinbarkeit mit übergeordnetem Recht überprüft.

3.3 In der Sache hat die Vorinstanz erwogen, Spitäler und Geburtshäuser würden unterschiedlich definiert, wobei die geburtshilfliche Leitung letzterer ausschliesslich in der Verantwortung von Hebammen liege. Die massgeblichen eidgenössischen und kantonalen Rechtsgrundlagen würden konsequent zwischen Spitälern und Geburtshäusern unterscheiden. Namentlich stellten Geburtshäuser eine eigene Kategorie von Leistungserbringern dar und kennten andere Zulassungsbedingungen als Spitäler. Dementsprechend würden sich sowohl die Leistungsaufträge seitens des Kantons als auch die Umschreibung der abzugeltenden Leistungen gemäss SwissDRG-Fallpauschalen-Katalog, einschliesslich der Fallgruppen P67C und P60C, unterscheiden. Insgesamt bestünden berechnete Gründe, Akutspitäler und Geburtshäuser bei der Vergütung von Leistungen unterschiedlich zu behandeln bzw. andere Kostengewichte für die jeweiligen Fallgruppen vorzusehen. Es liege weder eine Verletzung des Gleichbehandlungsgebots noch des Willkürverbots vor (angefochtener Entscheid E. 5). – Die Beschwerdeführerin bringt demgegenüber vor, die Fototherapie, für die sie die Vergütung gemäss der Codierung P67C verlange, gehöre zur Grundversorgung von Neugeborenen und werde in einem Geburtshaus und einem Spital in identischer Weise durchgeführt. Die Anwendung unterschiedlicher Positionen gemäss SwissDRG und entsprechend verschiedener Kostengewichte führe zu einer um fast Fr. 1'100.-- tieferen Vergütung für die identische Behandlung im Geburtshaus (Beschwerde S. 3 f.). Die Vorinstanz nehme auf den konkreten Fall keinen Bezug, sondern halte bloss in abstrakter Weise die unterschiedliche Definition und rechtliche Behandlung von Akutspitälern und Geburtshäusern fest. Dies vermöge eine unterschiedliche Vergütung der identischen

Behandlung nicht zu rechtfertigen. Gleiches gelte für die generelle Erwägung der Vorinstanz, dass Akutspitäler für medizinisch anspruchsvollere Fälle zuständig seien als Geburtshäuser. Weiter werde in kantonalen und bundesrechtlichen Erlassen nicht konsequent zwischen Spitälern und Geburtshäusern unterschieden, würden doch im SpVG und im KVG verschiedentlich beide Leistungserbringer genannt, ohne unterschiedliche Regelungen vorzusehen. Gelte für Geburtshäuser ausnahmsweise eine abweichende Bestimmung, sei dies mit Unterschieden zu erklären, die sich aus der besonderen Natur eines Geburtshauses ergeben würden, so insbesondere die für Geburtshäuser nicht verlangte Bewilligungsvoraussetzung einer ärztlichen Leitung. Die unterschiedliche Vergütung der identischen Behandlung von Neugeborenen mit Fototherapie in einem Spital und in einem Geburtshaus lasse sich mit diesen Unterschieden nicht erklären und sei mit dem Gleichbehandlungsgebot nach Art. 8 Abs. 1 BV nicht vereinbar (Beschwerde S. 4 ff.).

4.

Mit dieser Argumentation beanstandet die Beschwerdeführerin den SwissDRG-Fallpauschalen-Katalog in Bezug auf das unterschiedliche Kostengewicht der Fallgruppen P67C und P60C. Sie rügt, die Vorinstanz habe darin zu Unrecht keinen Verstoss gegen Art. 8 Abs. 1 BV erkannt.

4.1 Das Verwaltungsgericht hat auf entsprechende Rüge hin die dem angefochtenen Entscheid zugrundeliegenden Normen vorfrageweise auf ihre Gesetz- und Verfassungsmässigkeit hin zu überprüfen (sog. konkrete Normenkontrolle). Der Normenkontrolle unterliegt grundsätzlich sämtliches Recht von Bund, Kanton und Gemeinden, das im konkreten Fall zur Anwendung steht. Ergibt die vorfrageweise Prüfung, dass die fragliche Norm höherrangigem Recht widerspricht, ist sie nicht anzuwenden und der gestützt auf sie ergangene Entscheid (Anwendungsakt) aufzuheben; Grenze bildet dabei das Anwendungsgebot gemäss Art. 190 BV (vgl. BVR 2023 S. 51 E. 4.4 und 8.1, 2018 S. 289 E. 4.4; Ruth Herzog, in Herzog/Daum [Hrsg.], Kommentar zum bernischen VRPG, 2. Aufl. 2020, Art. 66 N. 48 ff., Art. 80 N. 39). Ein Erlass verletzt das Rechtsgleichheitsgebot gemäss Art. 8 Abs. 1 BV, wenn er

rechtliche Unterscheidungen trifft, für die ein vernünftiger Grund in den zu regelnden Verhältnissen nicht ersichtlich ist, oder Unterscheidungen unterlässt, die sich aufgrund der Verhältnisse aufdrängen, wenn also Gleiches nicht nach Massgabe seiner Gleichheit gleich und Ungleiches nicht nach Massgabe seiner Ungleichheit ungleich behandelt wird. Vorausgesetzt ist, dass sich die ungerechtfertigte Gleich- bzw. Ungleichbehandlung auf eine wesentliche Tatsache bezieht. Dem Gesetzgeber bleibt im Rahmen dieser Grundsätze ein weiter Gestaltungsspielraum (statt vieler BGE 147 V 423 E. 5.1.2, 147 I 225 E. 4.6; BVR 2021 S. 159 E. 5.2, 2019 S. 450 E. 4.1).

4.2 Geburtshäuser sind seit dem 1. Januar 2009 als Leistungserbringer gemäss KVG anerkannt und dürfen Leistungen zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung erbringen (Art. 35 Abs. 2 Bst. i KVG). Es handelt sich um Einrichtungen, die Frauen bei Geburtsvorbereitung, Niederkunft, Wochenbett und Säuglingspflege unterstützen (Juana Vasella, Basler Kommentar, 2020, Art. 35 KVG N. 39). Für die Zulassung als Leistungserbringer muss ein Geburtshaus unter anderem eine ausreichende medizinische Betreuung durch eine Hebamme sicherstellen und Vorkehrungen zur Einleitung von Massnahmen im medizinischen Notfall getroffen haben (Art. 55a Bst. c und d KVV). Im Gegensatz zu Spitälern müssen sie keine ärztliche Betreuung gewährleisten (Art. 39 Abs. 1 und 3 KVG i.V.m. Art. 55a Bst. a KVV). Das kantonale Recht sieht dementsprechend bei den Bewilligungsvoraussetzungen unterschiedliche Anforderungen an die Leitung und das Notfallkonzept von Spitälern und Geburtshäusern vor (vgl. Art. 42 und 44 der Spitalversorgungsverordnung vom 23. Oktober 2013 [SpVV; BSG 812.112]). Für Geburtshäuser gelten somit reduzierte Anforderungen an die medizinische Infrastruktur und die Leitung, sind die Einrichtungen doch auf Geburten ohne vorhersehbare Komplikationen ausgelegt, nicht auf Risikogeburten (vgl. Gebhard Eugster, a.a.O., N. 853; Waldner/Egli, a.a.O., Art. 49 KVG N. 15). Bei Spitälern und Geburtshäusern handelt es sich um je eigene Kategorien von Leistungserbringern, deren Rechte und Pflichten in bundesrechtlichen und kantonalen Erlassen grundsätzlich getrennt geregelt werden. Zwar ist nicht immer eine andere Vorschrift vorgesehen (vgl. beispielsweise Art. 50 SpVG betreffend Gesamtarbeitsvertrag und Arbeitsbedingungen, Art. 54 SpVG betreffend Rechnungslegung), was aber nicht bedeutet, dass Spitäler und Geburtshäuser bei der Vergütung gleich zu behandeln wären.

Art. 49 Abs. 1 KVG, der die Vergütung stationärer Behandlungen regelt, schliesst denn auch unterschiedliche Fallpauschalen für Spitäler und Geburtshäuser nicht aus. Nichts anderes ergibt sich aus dem Hinweis der Beschwerdeführerin auf Art. 29 KVG: Diese Bestimmung sieht vor, dass die obligatorische Krankenpflegeversicherung neben den Kosten für die gleichen Leistungen wie bei Krankheit die Kosten der besonderen Leistungen bei Mutterschaft übernimmt, wobei diese Leistungen unter anderem die Entbindung in einem Spital oder in einem Geburtshaus umfassen. Die Formulierung «die gleichen Leistungen» bezieht sich dabei – anders als es die Beschwerdeführerin darstellt – nicht auf die Gleichbehandlung von Spitälern und Geburtshäusern bei der Vergütung, sondern bestimmt generell den Umfang der Leistungen, die bei Mutterschaft übernommen werden (gleich wie bei Krankheit gemäss Art. 25 f. KVG).

4.3 Nach dem Gesagten unterscheiden sich Geburtshäuser und Spitäler also hinsichtlich des Leistungsauftrags in der Spitalliste des Kantons sowie hinsichtlich der notwendigen Infrastruktur und des verantwortlichen Personals. Sie befinden sich deshalb bezüglich der Leistungserbringung nicht in der gleichen Situation. Dementsprechend regelt die Tarifstruktur SwissDRG die Fallpauschalen in verschiedenen Teilbereichen und mit unterschiedlichen Fallgruppen mit je eigenen Kostengewichten für Spitäler und Geburtshäuser. Wie die Vorinstanz zutreffend festgehalten hat, weisen die beiden von der Beschwerdeführerin gegenübergestellten Codierungen nicht nur verschiedene Kostengewichte auf, sondern unterscheiden sich auch hinsichtlich des Leistungsbeschriebs und der mittleren Verweildauer wesentlich:

DRG	Bezeichnung	Kostengewicht mit Anlagennutzungskosten (ANK)	Mittlere Verweildauer
P67C	Neugeborenes, Aufnahme-gewicht > 2499 g mit anderem Problem, mehr als ein Belegungstag oder mit nicht signifikanter OR-Prozedur, mit best. Konstellation	0.444	4.4
P60C	Neugeborenes, verlegt < 5 Tage nach Aufnahme oder andere Konstellationen im Geburtshaus	0.332	1.3

Die Vorinstanz hat daraus zu Recht abgeleitet, dass Akutspitäler für die medizinisch anspruchsvolleren Fälle mit entsprechend längerer Aufenthalts-

dauer zuständig sind, während Geburtshäuser Mütter und Neugeborene in den ersten vier Tagen nach der Geburt betreuen, solange keine medizinischen Komplikationen auftreten (angefochtener Entscheid E. 5.5). Vor diesem Hintergrund rechtfertigt es sich, für die beiden Kategorien Spitäler und Geburtshäuser bezüglich der Leistungserbringung je eigene Fallgruppen mit eigenen Kostengewichten vorzusehen. Dadurch werden die in Art. 49 Abs. 7 und 8 KVG vorgesehenen Betriebsvergleiche zwischen Spitälern nicht verunmöglicht (vgl. aber Beschwerde S. 6 f.). Bezüglich Geburtshäusern hätten solche Vergleiche ebenfalls innerhalb ihrer eigenen Leistungserbringerkategorie zu erfolgen (vgl. angefochtener Entscheid E. 5.6 f.).

4.4 Zu keinem anderen Schluss führt der Umstand, dass Spitäler und Geburtshäuser allenfalls gewisse Leistungen grundsätzlich auf gleiche Art und Weise erbringen, wie dies angeblich für die den strittigen Rechnungen zugrundeliegende fototherapeutische Behandlung der Fall ist. Die SwissDRG-Fallpauschalen sind vollkostenorientiert; über sie werden sämtliche Betriebs- und Investitionskosten abgegolten, die zur Behandlung im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung notwendig sind (Gebhard Eugster, a.a.O., N. 1073; Thomas Brumann, a.a.O., S. 171). Die höheren Anforderungen an die medizinische Infrastruktur und Leitung, die Spitäler erfüllen müssen, sind somit bei der Festsetzung der Fallpauschalen bzw. der Kostengewichte der Fallgruppen zu berücksichtigen. Das muss grundsätzlich dazu führen, dass gleiche oder ähnliche Behandlungen aufgrund der Unterschiede hinsichtlich zwingend vorausgesetzter Infrastruktur und Personal für Spitäler und Geburtshäuser unterschiedliche Kostengewichte aufweisen. Entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin wird dabei der Grundsatz der Leistungsbezogenheit der SwissDRG (vgl. Art. 49 KVG; vorne E. 2.1) nicht verletzt. Zu beachten ist schliesslich, dass die Tarifstruktur an sich bzw. das darin einer Fallgruppe zugewiesene Kostengewicht nicht allein die Höhe der Vergütung einer stationären Leistung bestimmt, sondern lediglich jeder Leistung einen abstrakten relativen Wert zumisst und die einzelnen Leistungen dadurch in Relation zueinander sowie zum durchschnittlichen Behandlungsaufwand für alle akut-stationär behandelten Patienten stellt (vgl. Thomas Brumann, a.a.O., S. 46, 109; Waldner/Egli, a.a.O., Art. 49 KVG N. 33). Soweit die Beschwerdeführerin die Differenz der effektiven Vergütung der Behandlung beanstandet, ist diese nicht nur

durch die SwissDRG-Codierung, sondern auch durch die Basisrate bedingt, mit der das Kostengewicht multipliziert wird (vgl. vorne E. 2.1). Diese hat die Beschwerdeführerin mit den Versicherern auszuhandeln bzw. wird mangels Einigung durch den Regierungsrat festgelegt und ist hier nicht Streitgegenstand (vgl. dazu BVGer C-8245/2015 und C-31/2016 vom 2.3.2017).

4.5 Zusammengefasst bestehen sachliche Gründe für unterschiedliche Fallgruppen mit eigenen Kostengewichten für Spitäler und Geburtshäuser, auch wenn beide Arten von Leistungserbringern teilweise gleiche Behandlungen durchführen mögen. Eine Verletzung von Art. 8 Abs. 1 BV liegt nicht vor. Die Vorinstanz hat eine Vergütung der strittigen Behandlungen der Beschwerdeführerin nach dem Kostengewicht bzw. der Fallgruppe für Spitäler damit zu Recht abgelehnt.

5.

Nach dem Gesagten erweist sich die Beschwerde als unbegründet und ist abzuweisen. Bei diesem Ausgang des Verfahrens wird die Beschwerdeführerin kostenpflichtig (Art. 108 Abs. 1 VRPG). Parteikosten sind keine zu sprechen (Art. 108 Abs. 3 und Art. 104 Abs. 1 und 3 VRPG).

Demnach entscheidet der Einzelrichter:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Die Kosten des Verfahrens vor dem Verwaltungsgericht, bestimmt auf eine Pauschalgebühr von Fr. 2'000.--, werden der Beschwerdeführerin auferlegt und dem geleisteten Kostenvorschuss von Fr. 4'000.-- entnommen. Der Restbetrag von Fr. 2'000.-- wird der Beschwerdeführerin nach Eintritt der Rechtskraft dieses Urteils zurückerstattet.
3. Es werden keine Parteikosten gesprochen.

4. Zu eröffnen:

- Beschwerdeführerin
- Beschwerdegegner

und mitzuteilen:

- Eidgenössisches Departement des Innern

Der Einzelrichter:

Die Gerichtsschreiberin:

Rechtsmittelbelehrung

Gegen dieses Urteil kann innert 30 Tagen seit Eröffnung beim Bundesgericht, 1000 Lausanne 14, Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten gemäss Art. 39 ff., 82 ff. und 90 ff. des Bundesgesetzes vom 17. Juni 2005 über das Bundesgericht (BGG; SR 173.110) geführt werden.