



VERWALTUNGSGERICHT DES KANTONS ZUG

SCHIEDSGERICHT GEMÄSS ART. 89 KVG

Mitwirkende Schiedsrichter: lic. iur. Adrian Willimann, Vorsitz
lic. iur. Jacqueline Iten-Staub, MLaw Ines Stocker,
Tiziano Liniger und Prof. Dr. iur., LL.M. Urs Saxer
Gerichtsschreiberin: MLaw Andrea Henggeler

ZWISCHENENTSCHEID vom 25. Mai 2020 *[rechtskräftig]*
gemäss § 29 der Geschäftsordnung

in Sachen

1. **Assura-Basis SA**, Pully
 2. **Atupri Gesundheitsversicherung**, Bern
 3. **Avenir Assurance Maladie SA**, Martigny
 4. **CONCORDIA Schweiz. Kranken- und Unfallversicherung AG**, Luzern
 5. **Easy Sana Assurance Maladie SA**, Martigny
 6. **EGK Grundversicherungen AG**, Laufen
 7. **KLuG Krankenversicherung**, Zug
 8. **Kolping Krankenkasse AG**, Dübendorf
 9. **Genossenschaft Krankenkasse SLKK**, Zürich
 10. **Moove Sympany AG**, Basel
 11. **Mutuel Assurance Maladie SA**, Martigny
 12. **Philos Assurance Maladie SA**, Martigny
 13. **Supra-1846 SA**, Martigny
 14. **Visana AG**, Bern
 15. **vivacare AG**, Bern
 16. **Vivao Sympany AG**, Basel
- Klägerinnen
alle vertreten durch tarifsuisse ag, Solothurn, diese vertreten durch
Dr. iur. A. _____

gegen

1. **Stiftung Altersheim Chlösterli Unterägeri**, Unterägeri
2. **Althof Stiftung**, Walchwil
3. **Bürgergemeinde Oberägeri (Zentrum Breiten)**, Oberägeri
4. **Luegeten AG**, Menzingen
5. **Stiftung Pflegezentrum Baar**, Baar
6. **Pflegezentrum Ennetsee AG**, Cham
7. **Bürgergemeinde der Stadt Zug (Seniorenzentrum Mülimatt)**, Oberwil b. Zug
8. **Stiftung Alterssiedlung Steinhausen**, Steinhausen
9. **Stiftung Alterszentrum Risch/Meierskappel**, Rotkreuz
10. **Stiftung Wohnen im Alter Cham**, Cham
11. **Stiftung für das Alter Hünenberg**, Hünenberg
12. **Verein Frohes Alter**, Baar
alle vertreten durch Prof. Dr. iur. B. _____

13. **Stiftung Alterszentren Zug**, Zug
vertreten durch Prof. Dr. iur. C. _____ und/oder Rechtsanwalt
Dr. iur. D. _____
Beklagte

betreffend

Rückforderungsklage KVG
(Eintretensvoraussetzungen)

S 2018 84

A. Die santésuisse als Branchenverband der Krankenversicherer und die Curaviva Zentralschweiz für die ihr angeschlossenen Pflegeeinrichtungen schlossen am 1. Oktober 2010 einen Vertrag betreffend Pflegeleistungen gemäss KVG für das Jahr 2011 ab, welcher – unter anderem – die Vergütung der Nebenleistungen Mittel und Gegenstände, Arzt, Medikamente und Therapien mittels Pauschalen regelte.

Die darin getroffenen Regelungen zur Vergütung der von Pflegeheimen erbrachten Nebenleistungen wurden zwischen den Parteien (wobei neu die Tochtergesellschaft der santésuisse, die tarifsuisse ag, als Vertreterin der Krankenversicherer auftrat) in den folgenden Jahren wiederholt bestätigt, letztmals im „Administrativvertrag Pflegeheime betreffend Abgeltung von krankenversicherungspflichtigen Leistungen in Pflegeheimen gemäss dem Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG)“, welcher per 1. Januar 2014 in Kraft getreten ist. Darin wurde unter anderem festgehalten, dass die bisherigen Regelungen betreffend die Nebenleistungen bis zum 31. Dezember 2014 fortgeführt würden und sich die Parteien verpflichteten, bis dahin eine Lösung zu den Nebenleistungen in einem separaten Vertrag zu verhandeln (Art. 22 Abs. 6 und 8 des Administrativvertrags).

Die Verhandlungen zwischen der Curaviva und der tarifsuisse ag scheiterten indes, da die tarifsuisse ag die Rechtsauffassung vertrat, dass die (zusätzliche) Verrechnung von Nebenleistungen durch Pflegeheime und insbesondere von Mitteln und Gegenständen aufgrund der neuen Pflegefinanzierung, welche per 1. Januar 2011 in Kraft getreten ist, nicht KVG-konform sei. Die Curaviva Sektion Zug ersuchte am 27. November 2014 aufgrund dieses vertragslosen Zustands den Regierungsrat des Kantons Zug, in Anwendung von Art. 47 Abs. 3 KVG vorsorglich die bisherigen, zwischen den Vertragsparteien geltenden Tarife hoheitlich zu bestätigen, bis die Parteien eine Einigung erzielten. Diesem Begehren kam der Regierungsrat mit Beschluss vom 30. Juni 2015 nach.

Mit Regierungsratsbeschluss vom 15. Mai 2018 wurde das Verfahren betreffend Vertragsverlängerung bzw. Festsetzung einer Pauschale für Mittel und Gegenstände in Pflegeheimen im Kanton Zug abgeschrieben. Dazu kam es aufgrund der zwischenzeitlich ergangenen Urteile des BVGer C-3322/2015 vom 1. September 2017 (BVGE 2017 V/6) und BVGer C-1970/2015 vom 7. November 2017, in welchen festgehalten wurde, dass Mittel und Gegenstände gemäss Mittel- und Gegenständeliste ("MiGeL"), die im Rahmen des Pflegeprozesses durch Pflegefachpersonen angewendet worden seien,

Sachleistungen darstellten und als solche in den Pflegekosten enthalten seien. Für die durch Pflegefachpersonen verwendeten Mittel und Gegenstände dürften die Pflegeheime demnach nicht über die vom Eidgenössischen Departement des Innern (EDI) festgesetzten Beiträge pro Pflegestufe hinaus eine sogenannte "MiGeL-Pauschale" verrechnen.

B. Mit Klage vom 17. August 2018 forderten die Klägerinnen (sowie die Krankenkasse Luzerner Hinterland, die sich am 30. Oktober 2018 aus dem Verfahren zurückzog [act. 7], woraufhin das Klageverfahren in Bezug auf die KK Luzerner Hinterland abgeschrieben wurde [act. 9]), vertreten durch tarifsuisse ag, diese wiederum vertreten durch Dr. iur. A. _____, die Beklagten seien zur Rückzahlung von total Fr. 943'168.75 (entsprechend Fr. 943'168.75 minus die von der KK Luzerner Hinterland geforderten Fr. 64.–) zu verpflichten, unter Kosten- und Entschädigungsfolgen gemäss Gesetz. Zur Begründung führten sie zusammenfassend aus, dass sie gestützt auf den Regierungsratsbeschluss des Kantons Zug vom 30. Juni 2015 für die Dauer von 2015 bis 2017 ohne Rechtsgrund "MiGeL-Pauschalen" an die Pflegeheime bezahlt hätten (act. 1).

C. Mit Stellungnahme vom 15. Oktober 2018 beanstandeten die Beklagten vorderhand verschiedene formelle Mängel der Klage, weshalb diese aus dem Recht zu weisen sei. Eventualiter sei der Schriftenwechsel vorerst auf die aufgeführten formellen Fragen (Rechtmässigkeit der Verfahrenseinleitung, inhaltlich ungenügende Klageschrift, Unzuständigkeit, fehlende Passivlegitimation) zu beschränken und den Beklagten Frist zu setzen, um zu diesen Punkten im Einzelnen Stellung zu nehmen (act. 4). Das Verfahren wurde daraufhin mit Schreiben des Verwaltungsgerichts vom 18. Oktober 2018 vorerst auf die formellen Einwände beschränkt (act. 5).

D. In den darauffolgenden Schriftenwechseln wiesen die Klägerinnen die formellen Einwendungen gegen die Klage vom 17. August 2018 zurück (act. 7 und 21), während die Beklagten, Prof. Dr. iur. B. _____ für die Beklagten 1–12 (act. 12) und Prof. Dr. iur. C. _____ für die Beklagte 13 (act. 15), an ihren Standpunkten betreffend Nichteintreten auf die Klage festhielten (act. 18, 19, 26 und 27). Auf den Inhalt der Eingaben wird – soweit notwendig – erwägungsweise einzugehen sein.

E. Mit Schreiben vom 18. Oktober 2018 wurden die Parteien von der sozialversicherungsrechtlichen Kammer des Verwaltungsgerichts sodann aufgefordert, je eine Person als Schiedsrichter zu benennen (act. 5). In der Folge kam es auch in dieser

Frage zu verschiedenen Schriftenwechseln zwischen den Parteien, da sowohl gegen den von den Klägerinnen ursprünglich vorgeschlagenen Schiedsrichter Dr. iur. E. _____ als auch gegen den alternativ vorgeschlagenen Fürsprecher Tiziano Liniger von den Beklagten der Ausstand begehrt wurde. Mit Zwischenentscheid vom 25. Juli 2019 wurde das Ausstandsbegehren gegen Tiziano Liniger rechtskräftig abgewiesen (act. 40). Sowohl der von den Beklagten benannte Prof. Dr. iur. Urs Saxer als auch Fürsprecher Tiziano Liniger bestätigten in der Folge die Annahme ihres Mandates als Schiedsrichter (act. 45 f.).

F. Am 29. November 2019 fand schliesslich die konstituierende Sitzung des Schiedsgerichts gemäss Art. 89 KVG statt, womit dieses formell bestellt ist.

Das Schiedsgericht erwägt:

1. Streitigkeiten zwischen Versicherern und Leistungserbringern entscheidet ein Schiedsgericht (Art. 89 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung [KVG; SR 832.10]). Zuständig ist das Schiedsgericht desjenigen Kantons, dessen Tarif zur Anwendung gelangt, oder desjenigen Kantons, in dem die ständige Einrichtung des Leistungserbringers liegt (Art. 89 Abs. 2 KVG). Die Kantone bezeichnen ein Schiedsgericht. Diese können die Aufgaben des Schiedsgerichts jedoch auch dem kantonalen Versicherungsgericht übertragen, das durch je einen Vertreter oder eine Vertreterin der Beteiligten ergänzt wird (Art. 89 Abs. 4 KVG). Als Schiedsgericht amtiert im Kanton Zug die sozialversicherungsrechtliche Kammer des Verwaltungsgerichts in Dreierbesetzung, ergänzt durch je einen Vertreter oder eine Vertreterin der beteiligten Parteien (§ 8 des Einführungsgesetzes zum Bundesgesetz über die Krankenversicherung [EG KVG; BGS 842.1]). Die sachliche Zuständigkeit im Sinne von Art. 89 KVG ist für alle Streitigkeiten zwischen Krankenversicherern und Leistungserbringern zu bejahen, wenn und soweit sie Rechtsbeziehungen zum Gegenstand haben, die sich aus dem KVG ergeben oder auf Grund des KVG eingegangen worden sind (BGE 111 V 342 E. 1b). Eine Streitigkeit i.S.v. Art. 89 Abs. 1 KVG liegt insbesondere vor, wenn es um die Rückforderung von zu Unrecht erbrachten Vergütungen von Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) geht (Urteil EVG K 119/04 vom 6. Oktober 2005 E. 2.2). Ob es sich um eine Streitigkeit zwischen Krankenversicherern

und Leistungserbringern handelt, bestimmt sich danach, welche Parteien einander in Wirklichkeit gegenüberstehen (RKUV 1986 K 671 143 E. 1c; 1991 K 874 235 E. 2b m.H.). Die Zuständigkeit des Schiedsgerichts nach Art. 89 Abs. 3 KVG besteht unabhängig davon, ob eine Vergütung von der versicherten Person (System des Tiers garant) oder vom Krankenversicherer (Tiers payant) geschuldet wird (BGE 127 V 281 E. 5d). Der Streitgegenstand muss die besondere Stellung der Krankenversicherer oder Leistungserbringer im Rahmen des KVG betreffen.

2. Der Kanton regelt das Verfahren; das Schiedsgericht stellt unter Mitwirkung der Parteien die für den Entscheid erheblichen Tatsachen fest. Ausserdem erhebt es die notwendigen Beweise und ist in der Beweiswürdigung frei (Art. 89 Abs. 5 KVG). Dem EG KVG lässt sich die im Schiedsgerichtsverfahren zur Anwendung kommende Verfahrensordnung nicht entnehmen. Da im Kanton Zug nach § 8 EG KVG die sozialversicherungsrechtliche Kammer des Verwaltungsgerichts als Schiedsgericht amtiert, sind die Bestimmungen des Gesetzes über den Rechtsschutz in Verwaltungssachen (Verwaltungsrechtspflegegesetz, VRG; BGS 162.1) ergänzend anzuwenden (vgl. § 2 Abs. 1 Ziff. 2 VRG). Soweit nicht dem kantonalen Recht vorgehende bundesrechtliche Vorschriften bestehen, sind grundsätzlich alle Verfahren vor dem kantonalen Verwaltungsgericht dem VRG unterstellt. In diesem Zusammenhang ist darauf zu verweisen, dass nach Art. 1 Abs. 2 lit. e KVG im Verfahren vor dem kantonalen Schiedsgericht nach Art. 89 KVG das Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) nicht anwendbar ist.

3. Alle eingeklagten Alters- und Pflegeheime erbringen ihre Leistungen im Kanton Zug, weshalb die örtliche Zuständigkeit fraglos gegeben ist.

4.

4.1 Die Beklagten machen vorliegend geltend, dass es sich um keine Streitigkeit im Sinne von Art. 89 KVG handle, mithin die sachliche Zuständigkeit des Schiedsgerichts für die Prüfung der Klage nicht gegeben sei. Dies begründen sie einerseits damit, dass nicht nur der (bestrittene) Rückforderungsanspruch der Klägerinnen in Frage stehe, sondern, wenn überhaupt, die teilweise Rückabwicklung der jeweiligen, individuellen (Kranken-)Versicherungsverträge insgesamt. Schon nur weil die von den Versicherern für die Pflegematerialien bezahlten Beiträge durch Prämienzahlungen gedeckt worden seien, könne es sich nicht um ein Verfahren nach Art. 89 KVG handeln. Der Rechtsstreit betreffe sowohl die Ausgaben- als auch die Einnahmenseite (Prämieneinnahmen) der

Krankenversicherer, und nicht, wie die bisher unter Art. 89 KVG ergangene Rechtsprechung, ausschliesslich die Ausgabenseite. Diese Prämieinnahmen würden im Verfahren nach Art. 89 KVG indes nicht abgebildet. Die Krankenversicherer würden durch das Verfahren eine Bereicherung herbeiführen und nicht eine Bereicherung ausgleichen.

Weiter bringen die Beklagten vor, dass die strittige Leistung ihren Rechtsgrund in einer kantonalen vorsorglichen Massnahme habe. Allfällige Forderungen wären daher im Rahmen des kantonalen Verfahrens geltend zu machen gewesen. Vorsorgliche Massnahmen eines Tariffestsetzungsverfahrens seien nicht Gegenstand eines Schiedsverfahrens zwischen Leistungserbringern und Versicherern, sondern würden auf kantonalem Verfahrensrecht mit eigenen Antrags- und Rechtsschutzmöglichkeiten beruhen. Den Klägerinnen wäre es offen gestanden – während der Rechtsmittelfrist – entsprechende Anträge zu formulieren.

4.2 Einleitend ist noch einmal daran zu erinnern, dass die sachliche Zuständigkeit i.S.v. Art. 89 Abs. 1 KVG für alle Streitigkeiten zwischen Krankenversicherern und Leistungserbringern zu bejahen ist, wenn und soweit sie Rechtsbeziehungen zum Gegenstand haben, die sich aus dem KVG ergeben oder auf Grund des KVG eingegangen worden sind (vgl. E. 1 vorstehend).

Mit Klage vom 17. August 2018 fordern die Klägerinnen gemäss ihrer Auffassung unrechtmässig an die Beklagten geleistete "MiGeL-Pauschalen" zurück. Damit stehen sich Krankenversicherer und Leistungserbringer im Sinne des KVG als Partei des vorliegenden Verfahrens gegenüber. Daran ändert auch der Hinweis der Beklagten nichts, wonach vorliegend richtigerweise die Restfinanzierer als Bereicherte in Anwendung von Art. 25a Abs. 5 KVG ins Recht hätten gefasst werden müssen (vgl. dazu die Ausführungen zur Passivlegitimation unter E. 5). Das zugrunde liegende Rechtsverhältnis zwischen Krankenversicherer und Leistungserbringer basiert zudem auf dem KVG. Konkret geht es um Rückerstattungsansprüche für Zahlungen, die in Nachachtung des Regierungsratsbeschlusses des Kantons Zug vom 30. Juni 2015, welcher in Anwendung von Art. 47 KVG ergangen ist, geleistet wurden. Damit gründen die von den Klägerinnen gestützt auf den Regierungsratsbeschluss erbrachten Leistungen unmittelbar auf dem KVG. Die Ansprüche betreffen zudem Leistungen aus dem obligatorischen Bereich der Krankenversicherung. Daraus folgt, dass die vorliegende Streitigkeit in den sachlichen Zuständigkeitsbereich des Schiedsgerichts i.S.v. Art. 89 KVG fällt.

4.3 Soweit die Beklagte 13 dagegen vorbringt, die Rückerstattungsforderungen hätten im Rahmen des kantonalen Verfahrens betreffend die vorsorglichen Massnahmen geltend gemacht werden müssen, kann ihr nicht gefolgt werden. In Anwendung von Art. 47 KVG regeln die vorsorglichen Massnahmen lediglich provisorisch die Tarife für den Fall einer fehlenden Tarifregelung; einen weiteren Regelungsgegenstand sieht Art. 47 KVG indes nicht vor. Das Verfahren nach Art. 47 KVG hat somit die vorsorgliche Festsetzung von Tarifen und nicht die Geltendmachung von Rückforderungsansprüchen zum Gegenstand. Daraus folgt, dass sich die Anfechtbarkeit im Rahmen des kantonalen Verfahrens lediglich auf den vorläufig festgesetzten Tarif beschränkt hätte. Im Regierungsratsbeschluss vom 30. Juni 2015 des Kantons Zug wurde ausserdem ausdrücklich ein anderer Ausgang des Verfahrens in der Hauptsache vorbehalten.

In einem analogen Fall (Urteil EVG K 173/05 vom 24. Mai 2006), bei welchem es um die nachträgliche Rückerstattung von zu hohen Tarifpunkten ging, gründeten die zu hohen Tarife ebenfalls auf einer vorsorglichen Massnahme i.S.v. Art. 47 KVG. Nachdem die vorläufigen Tarifpunkte im Nachhinein rückwirkend zwar nicht aufgehoben, aber herabgesetzt worden sind, stand ebenfalls nicht zur Diskussion, dass die Rückerstattung des Differenzbetrags im Rahmen des kantonalen Verfahrens hätte geltend gemacht werden müssen.

Im soeben zitierten Entscheid hatte schliesslich auch die Tatsache, dass die Mehrausgaben den Prämienzahlern weiterverrechnet wurden, keine Auswirkungen auf die Frage der sachlichen Zuständigkeit des Schiedsgerichts. In Anbetracht dessen kann die Frage, ob die Versicherer für die Dauer der vorsorglichen Massnahme die Ausgaben in den Prämien miteingerechnet haben oder nicht, auch vorliegend keine Rolle spielen in Bezug auf die Beurteilung der sachlichen Zuständigkeit.

4.4 Als Zwischenfazit kann somit festgehalten werden, dass das Schiedsgericht zur Beurteilung der vorliegenden Klage sachlich zuständig ist.

5.

5.1 Mit der Frage der sachlichen Zuständigkeit ist die Frage der Passivlegitimation der Beklagten verknüpft. Die Beklagten 1–12 stellen sich auf den Standpunkt, dass die Klägerinnen ihre Ansprüche gestützt auf Art. 25a Abs. 5 KVG gegen das restfinanzierende Gemeinwesen geltend zu machen hätten. Nach ihrer Ansicht bestehe der Streit nur zwischen Leistungserbringern, weshalb einzig das Gemeinwesen passivlegitimiert sei. In

die gleiche Richtung zielt das Vorbringen der Beklagten 13, dass sich die Klägerinnen an die Bereicherten zu halten hätten, demzufolge an den Restfinanzierer (d.h. das Gemeinwesen gestützt auf Art. 25a Abs. 5 KVG), der damit seine eigene Leistung eingespart hätte. De facto bestehe eine Bereicherungsproblematik im Dreieck.

5.2

5.2.1 Betreffend Entschädigung von Pflegeleistungen ist zunächst festzuhalten, dass die OKP seit der Neuordnung der Pflegefinanzierung in Art. 25a KVG, die am 1. Januar 2011 in Kraft getreten ist, nur noch einen Beitrag an die Kosten von Pflegeleistungen, welche aufgrund einer ärztlichen Anordnung und eines ausgewiesenen Pflegebedarfs ambulant, auch in Tages- oder Nachtstruktur, oder im Pflegeheim erbracht werden, leistet (vgl. Art. 25a Abs. 1 KVG). Die Kosten der Pflegeleistungen, welche in einem Spital durchgeführt werden, werden hingegen weiterhin vollumfänglich übernommen (vgl. Art. 25 Abs. 2 lit. a KVG). Neben der OKP haben sich sodann auch die Versicherten (bis zu höchstens 20 % des höchstens vom Bundesrat festgesetzten Pflegebeitrags) sowie die Kantone, d.h. die öffentliche Hand an den Pflegekosten zu beteiligen (Art. 25a Abs. 5 KVG). Artikel 25a Abs. 5 KVG verpflichtet somit den Kanton, die Restkostenfinanzierung vorzunehmen. Im Interesse einer einheitlichen Regelung ist dabei der Kanton, in welchem die versicherte Person ihren Wohnsitz hat, zur Finanzierung der ungedeckten Pflegekosten verpflichtet. Das Bundesrecht schreibt den Kantonen aber nicht vor, wie sie die Restfinanzierung umzusetzen haben. Der Kanton kann die Restkostenfinanzierungspflicht somit auch den Gemeinden übertragen, wie dies z.B. im Kanton Zug geschehen ist (vgl. § 4 Abs. 2 des Spitalgesetzes [SpitG; BGS 826.11]).

Seit der neuen Pflegeleistungsordnung ist somit zwischen stationären Pflegeleistungen (Art. 25 Abs. 2 lit. a KVG) und ambulanten, d.h. spitalexternen Pflegeleistungen (Art. 25a KVG) zu unterscheiden (Hardy Landolt, in: Basler Kommentar, Krankenversicherungsgesetz, Krankenversicherungsaufsichtsgesetz, 2020, Art. 25a N. 7). Die Behandlung und Pflege in einem Pflegeheim hat dabei als ambulant zu gelten (vgl. auch Art. 50 KVG), ebenso die in Tages- und Nachtkliniken erbrachten Leistungen (vgl. Gebhard Eugster, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum KVG, 2. Aufl. 2018, Art. 25 N. 9 und 16). Der Gesetzgeber äussert sich in Art. 25a KVG jedoch nicht dazu, was unter den ambulanten Pflegeleistungen zu verstehen ist. Gemäss Art. 25a Abs. 3 und 4 KVG hat der Bundesrat die versicherten Pflegeleistungen zu bezeichnen und die Beiträge nach dem Pflegebedarf festzusetzen. Diese Aufgabe hat der Bundesrat dem EDI übertragen (vgl. Art. 33 der Verordnung über die Krankenversicherung [KVV; SR 832.102]). Aufgrund dieser Kompetenznorm hat das EDI in Art. 7 der Verordnung des EDI über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV; SR 832.112.31) den Leistungsbereich bei Krankenpflege ambulant oder im Pflegeheim bestimmt. Artikel 7 Abs. 2 KLV enthält dabei zur spitalexternen Krankenpflege einen abschliessenden Katalog von Leistungskategorien. In Art. 7a und 7b KLV werden

sodann die Beiträge festgelegt. Nach dem soeben Dargelegten ergibt sich somit, dass sich die Restkostenfinanzierungspflicht auf die ambulanten Pflegeleistungen gemäss Art. 7 KLV bezieht (vgl. Landolt, a.a.O., Art. 25a N. 168).

In Bezug auf die rechtliche Beurteilung der Passivlegitimation ist sodann darauf hinzuweisen, dass bei Mitteln und Gegenständen in Pflegeheimen gemäss dem BVGer zwischen zwei Fallkonstellationen unterschieden werden muss: Variante A (Mittel und Gegenstände zur Selbstanwendung, welche für die Vergütung durch die Versicherer u.a. eines Abgabevertrages nach Art. 55 KVV bedürfen; nachfolgend: Abgabe zur Selbstanwendung) und Variante B (Mittel und Gegenstände, die im Rahmen der Pflege benutzt werden und damit in den Pauschalen gemäss Art. 7a KLV enthalten und nicht zusätzlich zu vergüten sind; nachfolgend: Materialien zur Applikation durch Pflegefachpersonen). Da die Materialien zur Applikation durch Pflegefachpersonen definitionsgemäss für das Erbringen der OKP-pflichtigen Pflegeleistungen gemäss Art. 7 Abs. 2 KLV notwendig bzw. untrennbar damit verbunden sind, bilden sie Bestandteil der Pflegeleistungen nach Art. 7 Abs. 2 KLV. Sie werden durch die in Art. 25a KVG vorgeschriebene Finanzierung abgegolten (vgl. Eugster, a.a.O., Art. 25 N. 55). Gestützt auf das soeben Dargelegte ergibt sich, dass nur Leistungen, welche die Variante B betreffen (Materialien zur Applikation durch Pflegefachpersonen), in den Anwendungsbereich von Art. 25a KVG fallen. Dementsprechend können – wenn überhaupt – lediglich solche Leistungen gegenüber dem Gemeinwesen regressweise geltend gemacht werden. Sämtliche anderen möglichen Rückvergütungsansprüche werden demgegenüber nicht von Art. 25a KVG erfasst. Würde also der Ansicht der Beklagten gefolgt, wonach die Klägerinnen ihre Ansprüche gestützt auf Art. 25a Abs. 5 KVG gegenüber dem restfinanzierenden Gemeinwesen geltend zu machen hätten, würde dies bedeuten, dass es für die Krankenversicherer nicht möglich wäre, im gleichen Verfahren sowohl Leistungen der Variante A als auch solche der Variante B zurückzufordern. Dies wiederum hätte zur Folge, dass der Umfang eines möglichen Regresses auf das Gemeinwesen gestützt auf Art. 25a Abs. 5 KVG bereits im Rahmen der Passivlegitimation geklärt werden müsste.

5.2.2 Im Urteil des BVGer C-3322/2015 vom 1. September 2017 wurde ausserdem diskutiert, dass es bei der Abrechnung der Pflegeheime allenfalls zu Vermischungen zwischen der Abgabe von ärztlich verordneten "MiGeL-Produkten" zur Selbstanwendung (Variante A) und der Anwendung von Pflegematerialien durch Fachpersonen (Variante B) gekommen sei. Gemäss Kenntnisstand des BAG werde dieser Unterscheidung in der

Praxis zu wenig Rechnung getragen. Dementsprechend wurde darauf hingewiesen, es sei die nötige Transparenz aufzubringen, wenn die Pflegeheime einerseits Pflichtleistungen und andererseits nicht vergütungspflichtige Leistungen erbringen würden (E. 6.7.3 und 8.2.1). Könne diese Transparenz nicht gewährt werden, sei davon auszugehen, dass es sich um Nicht-OKP-Leistungen handle (Urteil BVGer C-6460/2011 vom 24. Juni 2014 E. 4.5.5). Diese Aufgabe kann somit nicht auf die Versicherer überwältigt werden, zumindest nicht im Rahmen der Beurteilung der Passivlegitimation. In Erwägung 9.5.4.3 des genannten Entscheids des BVGer (C-3322/2015 vom 1. September 2017) wurde sodann explizit festgehalten, dass es den Pflegeheimen offenstehe, die Höhe der Pauschalentschädigung vorfrageweise in Frage zu stellen. Wie hoch die eigentliche Rückvergütung sein muss, steht somit vorliegend noch nicht zwingend fest.

5.2.3 Soweit die Beklagten in diesem Zusammenhang auf BGE 130 V 215 verweisen, können sie damit nicht gehört werden. In dem von den Beklagten zitierten Entscheid ging es darum, dass die Helsana Versicherungen AG sämtliche Rechnungen betreffend medizinisch indizierte ausserkantonale ambulante Behandlungen vollumfänglich bezahlt hatte. Dies obwohl das EVG in zwei Urteilen vom 21. Dezember 2001 (K 203/98 und K 204/98) entschieden hatte, dass die Wohnkantone bei medizinisch bedingten ausserkantonalen ambulanten Behandlungen in öffentlichen oder öffentlich subventionierten Spitälern grundsätzlich eine Differenzzahlungspflicht nach Art. 41 Abs. 3 KVG (in der bis 31. Dezember 2002 gültigen Fassung) trifft, wenn und soweit die in Rechnung gestellten Kosten höher sind als die Tarife des Standortkantons. In Anbetracht dessen forderte die Helsana den jeweils vorgeleisteten Tarifiedifferenzbetrag, welcher durch den Wohnkanton hätte bezahlt werden müssen, direkt vom leistungspflichtigen Kanton zurück. Diese Konstellation unterscheidet sich jedoch insofern vom vorliegend zu beurteilenden Sachverhalt, als der zurückzufordernde Betrag klar definiert war (Differenzbetrag) und direkt auf einer Gesetzesnorm gründete (Art. 41 Abs. 3 KVG [in der bis 31. Dezember 2002 gültigen Fassung]). Vorliegend ist nach dem soeben Dargelegten indes nicht klar, welcher Betrag gestützt auf Art. 25a KVG zurückgefordert werden kann. Insofern können die Beklagten aus dem zitierten Bundesgerichtsurteil nichts zu ihren Gunsten ableiten.

5.2.4 Im Übrigen gibt es keine Anhaltspunkte, wonach die Restfinanzierer in die vorliegende Angelegenheit direkt involviert wären. Sämtliche Verträge der vergangenen Jahre wurden zwischen den Pflegeheimen und den Versicherern abgeschlossen und die "MiGeL-Pauschale", die nun mittels Klage zurückgefordert wird, direkt ans Pflegeheim und

nicht ans Gemeinwesen bezahlt. Ein direkter Anspruch der Versicherer gegenüber dem Gemeinwesen ist vorliegend nicht gegeben. Insbesondere liefert Art. 25a Abs. 5 KVG keine direkte Anspruchsgrundlage. Wie bereits darauf hingewiesen, spricht Art. 25a Abs. 5 Satz 2 KVG lediglich davon, dass die Kantone die Restfinanzierung regeln. Auch wenn es also zutreffen mag, dass die Restfinanzierungspflicht durch die öffentliche Hand bundesrechtlicher Natur ist (BVGE 2017 V/6 E. 9.5.4.2), ist die Ausgestaltung wiederum kantonale geregelt. So ist es insbesondere auch den Kantonen überlassen, ob als Restfinanzierer der Kanton oder die einzelnen Gemeinden auftreten. Würde vorliegend das Gemeinwesen als passivlegitimiert betrachtet, hätte dies somit im Endeffekt zur Folge, dass die Versicherer ein direktes Recht hätten, in die Restfinanzierung einzugreifen, was jedoch – wie bereits dargelegt – kantonale Hoheit ist. Dies kann jedoch schlicht nicht sein, zumal davon ausgegangen werden darf, dass der Gesetzgeber im KVG eine entsprechende Regel vorgesehen hätte, wenn der direkte Zugriff auf das Gemeinwesen hätte möglich sein sollen.

5.3 Zusammenfassend ist somit festzuhalten, dass allfällige Forderungen der Beklagten gegenüber Dritten nicht den vorliegenden Prozess beschlagen. Wenn schon, wird es in der Folge Sache der Pflegeheime sein, gegenüber den Restfinanzierern gemäss Art. 25a Abs. 5 KVG regressweise vorzugehen. Dies hat zur Folge, dass die eingeklagten Alters- und Pflegeheime als passivlegitimiert zu betrachten sind.

6. Die Beklagten stellen sich weiter auf den Standpunkt, die Einleitung des Schiedsgerichtsverfahrens sei nicht rechtskonform erfolgt, sei doch Curaviva nicht Vertreterin der beklagten Alters- und Pflegeheime, weshalb die Klage aus dem Recht zu weisen sei.

Das Gericht hat bereits mit Schreiben vom 7. November 2018 zur Kenntnis genommen, dass Curaviva die beklagten Alters- und Pflegeheime im vorliegenden Verfahren nicht vertritt (act. 8). Dementsprechend wurde die Klage in der Folge sämtlichen 13 Beklagten individuell eröffnet. Dadurch wurde sichergestellt, dass sämtliche in der Klage genannten Beklagten die Klage erhalten haben. Zudem wurden die Beklagten in der Klage je einzeln genannt, womit sich die Klage an die richtigen Parteien gerichtet hat. In Anbetracht dessen schadet die ursprünglich falsche Bezeichnung der Vertretung nicht.

7. Mit Schreiben vom 7. November 2018 hat das Gericht sodann darauf hingewiesen, dass es sich rechtfertige, das Verfahren sowohl auf der Kläger- als auch auf

der Beklagtenseite in Form der einfachen Streitgenossenschaft zu führen. Dies insbesondere vor dem Hintergrund, dass den Klagen die gleichen Rechtsverhältnisse und der gleiche Sachverhalt zugrunde liegen, sich mithin in allen Verfahren die gleichen Rechtsfragen stellen und bei getrennter Verfahrensführung erheblich höhere Kosten anfallen würden. Dies wird von den Beklagten zu Recht nicht in Frage gestellt.

8.

8.1 Die Beklagten machen weiter eine mangelhafte Substantiierung der Rechtsbegehren respektive der Klage geltend. So sei unklar, ob mit der Klage lediglich die Rückforderung der "MiGeL-Pauschale" verlangt würde, zumal sich im Rechtsbegehren Rappenbeträge befänden. Des Weiteren gehe die Klage nicht auf die unterschiedlichen Forderungen – Variante A (Abgabe zur Selbstanwendung) und Variante B (Materialien zur Applikation durch Pflegefachpersonen) – ein.

8.2 Wie bereits unter Erwägung 2 darauf hingewiesen, ist die nähere Ausgestaltung des schiedsgerichtlichen Verfahrens nach Art. 89 KVG Sache der Kantone (Art. 89 Abs. 5 KVG). Als Verfahrensrecht kommen vorliegend ergänzend die Bestimmungen des VRG (insbesondere die §§ 82 ff.) zur Anwendung. Paragraph 83 Abs. 1 VRG sieht vor, dass die Klageschrift einen Antrag und eine Begründung enthalten muss. Diesen minimalen Anforderungen genügt die Klage vom 17. August 2018, enthält sie doch ein Rechtsbegehren mit einer klar bestimmten Rückforderungssumme – die Beklagten seien zur Rückzahlung von total Fr. 943'168.75 (entsprechend Fr. 943'168.75 minus die von der KK Luzerner Hinterland geforderten Fr. 64.–) zu verpflichten – und eine Begründung, die es den Beklagten ermöglicht, zu den klägerischen Ausführungen Stellung zu nehmen. Ob die Begründung der Forderung schliesslich auch genügend substantiiert ist, wird Teil der materiellen Beurteilung sein.

9.

9.1 Schliesslich stellen sich die Beklagten auf den Standpunkt, die Beklagten 3 (Betagtenzentrum Breiten) und 7 (Seniorenzentrum Mülimatt) verfügten über keine eigene Rechtspersönlichkeit und seien daher gar nicht parteifähig.

9.2 Die Parteifähigkeit setzt voraus, nach privatem oder öffentlichem Recht unter eigenem Namen über Rechte und Pflichten verfügen zu können bzw. eine natürliche oder juristische Person des Privatrechts oder des öffentlichen Rechts zu sein. Juristische Personen des öffentlichen Rechts sind im Wesentlichen die Kantone, Gemeinden und

öffentlich-rechtlichen Körperschaften, aber auch selbständige Anstalten des öffentlichen Rechts.

Wie die Klägerinnen mit Stellungnahme vom 13. März 2019 zutreffend anerkannt haben, handelt es sich beim Betagtenzentrum Breiten und beim Seniorenzentrum Mülimatt um Institutionen der Bürgergemeinden Oberägeri und der Stadt Zug (act. 21 S. 3). Eine eigene Rechtspersönlichkeit kommt den genannten Pflegeheimen daher nicht zu. Entsprechend ersuchten die Klägerinnen darum, die Beklagten 3 und 7 neu wie folgt zu führen: Bürgergemeinde Oberägeri (Zentrum Breiten); Bürgergemeinde der Stadt Zug (Seniorenzentrum Mülimatt). Dies ist nicht weiter zu beanstanden, zumal die betroffenen Pflegeheime die Klage den Bürgergemeinden weitergeleitet haben, wie eine entsprechende Anfrage des Gerichts bei den betroffenen Bürgergemeinden ergab. Die Bürgergemeinden Oberägeri und der Stadt Zug hatten bzw. haben dementsprechend Kenntnis der Klage und die Möglichkeit, sich im vorliegenden Verfahren zu äussern. In Anbetracht dessen schadet die ursprünglich falsche Bezeichnung der Beklagten 3 und 7 nicht.

10. Zusammenfassend ergibt sich, dass auf die Klage vom 17. August 2018 eingetreten werden kann und das Verfahren nach Eintritt der Rechtskraft des vorliegenden Zwischenentscheides vor dem Schiedsgericht nach Art. 89 KVG des Kantons Zug weitergeführt wird. Über die Kosten- und Entschädigungsfolgen wird im Endentscheid zu befinden sein.

Demnach erkennt das Schiedsgericht:

1. Auf die Klage vom 17. August 2018 wird eingetreten und das Verfahren nach Eintritt der Rechtskraft des vorliegenden Zwischenentscheides vor dem Schiedsgericht nach Art. 89 KVG des Kantons Zug weitergeführt.
2. Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der schriftlichen Eröffnung beim Schweizerischen Bundesgericht in Luzern Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten eingereicht werden.
3. Mitteilung an den Rechtsvertreter der Vertreterin der Klägerinnen (im Doppel), an den Rechtsvertreter der Beklagten 1–12 (im Doppel), an den Rechtsvertreter der Beklagten 13 (im Doppel) sowie an das Bundesamt für Gesundheit, Bern.

Zug, 25. Mai 2020

Im Namen des
SCHIEDSGERICHTS GEMÄSS ART. 89 KVG
Der Vorsitzende

Die Gerichtsschreiberin

versandt am