

BE_DIREKTIONEN 2025.GSI.546 vom 28. Mai 2025

Be Direktionen, 2025-05-28, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/be_direktionen_2025.GSI.546

FR: BE_DIREKTIONEN 2025.GSI.546 du 28 mai 2025

IT: BE_DIREKTIONEN 2025.GSI.546 del 28 maggio 2025

Volltext

Kanton Bern & 4* Canton de Berne Gesundheits-, Sozial- und Integrationsdirektion
Rathausplatz 1

Postfach 3000 Bern 8 +41 31 633 79 41 (Telefon) +41 31 633 79 56 (Fax)
info.ra.gsi@be.ch www.be.ch/gsi Referenz: 2025.GSI.546 / vb, mkü Beschwerdeentscheid
vom 28. Mai 2025 in der Beschwerdesache A. Beschwerdeführerin gegen Gesundheitsamt
(GA), Rathausplatz 1, Postfach, 3000 Bern 8 Vorinstanz betreffend Teilabrechnung
Kantonsanteil nach Art. 49a KVG — Leistungen ohne Leistungsauftrag (Verfügung der
Vorinstanz vom 28. Januar 2025) 1/12

Kanton Bern Gesundheits-, Sozial- und Integrationsdirektion Canton de Berne
2025.GSI.546 I. Sachverhalt 1. Mit Regierungsratsbeschluss (RRB) 1338/2020 vom 2.
Dezember 2020 erteilte der Re- gierungsrat des Kantons Bern der A. (nachfolgend:
Beschwerdeführerin) per 1. Januar 2021

Leistungsaufträge in den Bereichen der muskuloskelettalen und geriatrischen
Rehabilitation» 2. Im Rahmen des jährlichen Leistungsauftragscontrolling (LACTRL)
prüfte das Gesund- heitsamt (nachfolgend: Vorinstanz) anhand der von der
Beschwerdeführerin für das Jahr 2023 gelieferten Daten über die durchgeführten
stationären Behandlungen, ob sich die Beschwerdefüh- rerin an die ihr erteilten
Leistungsaufträge gehalten hatte.2 Am 7. August 2024 teilte die Vorinstanz der
Beschwerdeführerin das Ergebnis dieser Prüfung mit. Dabei bezeichnete die Vorinstanz sie-
ben Fälle, in denen die Beschwerdeführerin gemäss erster Beurteilung Leistungen ohne
Leis- tungsauftrag erbracht haben soll und ersuchte die Beschwerdeführerin um
Stellungnahme zu die- sen Fällen.3 3. Mit Eingabe vom 9. Oktober 2024 nahm die
Beschwerdeführerin dazu Stellung.4 4. Gestützt darauf beurteilte die Vorinstanz die
fraglichen Fälle ein zweites Mal und kam zum Schluss, dass die Beschwerdeführerin im
Jahr 2023 in zwei Fällen Leistungen ohne Leis- tungsauftrag und ohne hinreichende
Begründung erbracht habe und dass der Kanton Bern diese Fälle somit nicht vergüten
dürfe.5 Demgemäss verfügte die Vorinstanz am 28. Januar 2025 Fol- gendes: 1 Die Summe
der durch die A. im Jahr 2023 ohne Leistungsauftrag ungerechtfertigt erbrachten sta-
tionären Leistungen beträgt CHF 7980.90. 2. Nach Erlangen der Rechtskraft dieser
Verfügung, wird das Gesundheitsamt die als nicht KVG6-kon- form beurteilten Fälle im
Datenjahr 2023 gemäss Beilage zu dieser Verfügung stornieren und den Be- trag in
Rechnung stellen. 3. Diese Verfügung wird der A. eröffnet. 5. Gegen diese Verfügung hat
die Beschwerdeführerin am 13. Februar 2025 bei der Ge- sundheits-, Sozial- und
Integrationsdirektion des Kantons Bern (GSI) Beschwerde erhoben. Darin beantragt sie
sinngemäss, die Verfügung vom 28. Januar 2025 sei aufzuheben und die in den RRB
1338/2020 vom 2. Dezember 2020 (Vorakten pag. 85 ff.); Spitalliste Rehabilitation 2021,
abrufbar unter www.be.ch/spitalliste (zuletzt abgerufen am 22. April 2025) 2 Vgl.

Anforderungen und Erläuterungen SPLG Rehabilitation BE des Kantons Bern zuhanden der Listenspitäler zu den Leistungsaufträgen gemäss den Spitalplanungsleistungsgruppen (Version 2017_01.00), abrufbar unter www.be.ch/spitalliste (nachfolgend: Anforderungen und Erläuterungen SPLG Rehabilitation BE), Ziff. 4.7, S. 17 f. Verfahrensleitende Verfügung vom 7. August 2024, (Vorakten, pag. 22) 4 Vgl. angefochtene Verfügung vom 28. Januar 2025, S. 1 5 Vgl. angefochtene Verfügung vom 28. Januar 2025, S. 1 Bundesgesetz vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG; SR 832.10) 2/12

Kanton Bern Gesundheits-, Sozial- und Integrationsdirektion Canton de Berne 2025.GSI.546 erwähnten Fällen erbrachten Leistungen seien als stationäre Leistungen gemäss Leistungsauftrag zu qualifizieren und gemäss Art. 49a KVG durch den Kanton zu vergüten. 6. Der Beschwerde lag die angefochtene Verfügung nicht bei, weshalb die Rechtsabteilung des Generalsekretariats, welche die Beschwerdeverfahren für die GSI leitet⁷, die Beschwerde mit Verfügung vom 14. Februar 2025 zur Verbesserung zurückwies. Mit Eingabe vom 20. Februar 2025 verbesserte die Beschwerdeführerin ihre Beschwerde fristgerecht. 7. Die Rechtsabteilung holte die Vorakten ein und führte den Schriftenwechsel durch. Die Vorinstanz beantragt in ihrer Beschwerdevernehmlassung vom 10. März 2025 sinngemäss, die Beschwerde sei abzuweisen. Auf die Rechtsschriften und Akten wird, soweit für den Entscheid wesentlich, in den nachfolgenden Erwägungen eingegangen. Erwägungen 1. Sachurteilsvoraussetzungen 1.1 Angefochten ist die Verfügung der Vorinstanz vom 28. Januar 2025. Diese Verfügung ist gemäss Art. 137 Abs. 1 SpVG8 i.V.m. Art. 62 Abs. 1 Bst. a VRPG9 bei der GSI als der in der Sache zuständigen Direktion anfechtbar. Somit ist die GSI zur Beurteilung der Beschwerde vom 13. Februar 2025 zuständig. 1.2 Die Beschwerdeführerin ist als Adressatin der Verfügung ohne Weiteres zur Beschwerdeführung befugt (Art. 65 VRPG). 1.3 Auf die gemäss Art. 67 VRPG form- und fristgerecht eingereichte Beschwerde ist einzutreten. 1A Die GSI prüft, ob die Vorinstanz von einer unrichtigen oder unvollständigen Feststellung des Sachverhalts ausgegangen ist, ob sie Recht verletzt hat (einschliesslich allfälliger Rechtsfehler bei der Ausübung des Ermessens) und ob die angefochtene Verfügung unangemessen ist (Art. 66 VRPG). Der GSI steht somit volle Kognition zu. 7 Art. 7 Abs. 1 Bst. m der Verordnung vom 30. Juni 2021 über die Organisation und die Aufgaben der Gesundheits-, Sozial- und Integrationsdirektion (Organisationsverordnung GSI, OrV GSI; BSG 152.221.121) i.V.m. Art. 14a der Delegationsverordnung über die Delegation von Befugnissen der Gesundheits-, Sozial- und Integrationsdirektion vom 17. Januar 2001 (DelDV GSI; BSG 152.221.121.2) und Art. 6 Abs. 1 Bst. e des Organisationsreglements des Generalsekretariats der Gesundheits-, Sozial- und Integrationsdirektion (OrgR GS GSI) Spitalversorgungsgesetz vom 13. Juni 2013 (SpVG; BSG 812.11) 9 Gesetz vom 23. Mai 1989 über die Verwaltungsrechtspflege (VRPG; BSG 155.21) 3/12

Kanton Bern Gesundheits-, Sozial- und Integrationsdirektion Canton de Berne 2025.GSI.546 2. Streitgegenstand Anfechtungsobjekt bildet vorliegend die Verfügung der Vorinstanz vom 28. Januar 2025. Streitgegenstand und damit zu prüfen ist, ob die Vorinstanz die Fälle mit den Fallidentifikationsnummern (FID) 28294005 und 109062001 zu Recht als stationäre Leistungen ohne Leistungsauftrag qualifiziert und somit die Summe der durch die Beschwerdeführerin im Jahr 2023 ohne Leistungsauftrag erbrachten Leistungen auf CHF 7980.90 festgesetzt hat. 3. Argumente der Verfahrensbeteiligten 3.1 In der Beschwerde vom 13. Februar 2025 bringt die Beschwerdeführerin im Wesentlichen vor, die Fälle FID 28294005 und FID 109062001 seien vom Leistungsauftrag

«muskuloskelettale Re- habilitation» erfasst. In den zwei von der Vorinstanz beanstandeten Fällen seien die Defizite alle im muskulären, koordinativen, konditionellen und selbstversorgenden Bereich mit den Zielen des Muskelaufbaus, der Verbesserung der Koordination und Selbstversorgung sowie der Reintegration in das soziale Umfeld. Diese Vorgaben würden genau ihren Leistungsaufträgen entsprechen, weshalb die Aufnahme und Behandlung der Patientinnen und Patienten erfolgt sei. Die Beschwerdeführerin argumentiert weiter, sie würde bei den täglichen Triagen die Einweisungszeugnisse daraufhin beurteilen, ob sie die avisierten Patientinnen und Patienten gemäss ihrer Leistungsaufträge auch entsprechend den vom Zuweiser ausgewiesenen Zielvorgaben behandeln könne. Ihre Beurteilung gelte dem vom Zuweiser festgestellten Symptonnkomplex und den darauf abgestellten klar definierten Rehabilitations- zielen, nicht einer Diagnose, da es nicht ihr Auftrag sei, kurative Massnahmen zu setzen.^{1°} 3.2 Die Vorinstanz führt in der Beschwerdevernehmlassung vom 10. März 2025 zusammenge- fasst aus, die Beschwerdeführerin dürfe im Rahmen des ihr erteilten Leistungsauftrags «muskuloskelettale Rehabilitation» nur jene Leistungen zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversiche- rung (OKP) erbringen bzw. abrechnen, die den Hauptdiagnosen gemäss den für diesen Leistungsauf- trag geltenden ICD11-Codes entsprechen würden. Die Beschwerdeführerin hätte sich deshalb vor der Aufnahme der Patientin oder des Patienten vergewissern müssen, ob deren bzw. dessen Hauptdiag- nose dem ihr erteilten Leistungsauftrag entspreche. Sie könne sich dabei nicht ausschliesslich auf die vom zuweisenden Spital statuierten Rehabilitationsziele stützen.¹² 10 Beschwerde vom 13. Februar 2025, S. 1 11 International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems bzw. Internationale statistische Klas- sifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (Internationales Diagnoseverzeichnis) 12 Beschwerdevernehmlassung vom 10. März 2025, S. 2 4/12

Kanton Bern Gesundheits-, Sozial- und Integrationsdirektion Canton de Berne 2025.GSI.546 4. Rechtliche Grundlagen 4.1 Gemäss Art. 39 Abs. 1 Bst. e KVG sind im Rahmen der OKP nur Spitäler für die Erbringung stationärer Leistungen zugelassen, welche auf der nach Leistungsaufträgen in Kategorien geglieder- ten Spitalliste des Kantons aufgeführt sind. Mit einem Leistungsauftrag wird dabei kein Auftrag erteilt, bestimmte Leistungen zu erbringen, sondern er legt einschränkend fest, in welchen Bereichen ein Leistungserbringer zulasten der Krankenversicherung und des Kantons tätig werden darf» 4.2 Für die Vergütung der stationären Behandlung einschliesslich Aufenthalt und Pflegeleistun- gen in einem Spital (Art. 39 Abs. 1 KVG) oder einem Geburtshaus (Art. 29 KVG) vereinbaren die Ver- tragsparteien Pauschalen (Art. 49 Abs. 1 Satz 1 KVG). Die Vergütungen nach Art. 49 Abs. 1 KVG wer- den vom Kanton und den Versicherern anteilmässig übernommen (Art. 49a Abs. 1 KVG), wobei der Anteil des Kantons gemäss Art. 49a Abs. 2 und 2ter KVG mindestens 55 % betragen muss.¹⁴ Auf kan- tonaler Ebene regelt Art. 58 SpVG, dass sich die pauschale Abgeltung der stationären Behandlung nach der Krankenversicherungsgesetzgebung und dem EG KUMV15 richtet. Der Regierungsrat hat gestützt auf Art. 9a EG KUMV den Anteil des Kantons Bern an der Vergütung stationärer Leistungen auf 55 % festgesetzt.¹⁸ 4.3 Der kantonale Anteil wird nur erbracht, wenn die krankenversicherungsrechtlichen Leistungs- voraussetzungen erfüllt sind, wobei der Kanton berechtigt ist, deren Vorliegen zu überprüfen.¹⁷ Für stationäre Behandlungen ausserhalb seines Leistungsauftrags gilt ein Spital als nicht zugelassener Leistungserbringer.¹⁸ In diesem Fall muss der Kanton seinen Anteil an den Behandlungskosten der OKP gemäss KVG nicht vergüten und zu Unrecht erbrachte

Leistungen können zurückgefordert werden.¹⁹ 5. Würdigung 5.1 Mit dem RRB 1338/2020 vom 2. Dezember 2020 wurden der Beschwerdeführerin auf der Spitalliste Rehabilitation 2021 einerseits ein Leistungsauftrag für die Leistungsgruppe «muskuloskelettale Rehabilitation» und andererseits ein Leistungsauftrag für die Leistungsgruppe «geriatrische Rehabilitation» erteilt, wobei letzterer für das vorliegende Verfahren nicht relevant ist.²⁹ 13 Kieser/Gehring/Bolliger, KVG/UVG Kommentar, Zürich 2018, Art. 39 KVG N. 15 14 Kieser/Gehring/Bolliger, a.a.O., Art. 49a KVG N. 3 15 Gesetz vom 6. Juni 2000 betreffend die Einführung der Bundesgesetze über die Kranken-, die Unfall- und die Militärversicherung (EG KUMV; BSG 842.11) 18 RRB 213/2019 vom 6. März 2019, abrufbar unter <https://www.rr.be.ch/de/start/beschluesse/suche.html> 17 Kieser/Gehring/Bolliger, a.a.O., Art. 49a KVG N. 6 18 Gebhard Eugster, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum KVG, in: RBS — Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrechts, 2. Auflage, 2018, Art. 39 Rz. 17 19 Kieser/Gehring/Bolliger, a.a.O., Art. 39 KVG N. 15 mit Verweis auf BGE 133 V 579 29 RRB 1338/2020 vom 2. Dezember 2020 (Vorakten pag. 103); Spitalliste Rehabilitation 2021, abrufbar unter www.be.ch/spitalliste 5/12

Kanton Bern Gesundheits-, Sozial- und Integrationsdirektion Canton de Berne 2025.GSI.546 Nachfolgend ist zu prüfen, von welchen Leistungsgruppen die Fälle EID 109062001 und FID 28294005 erfasst werden. Fallen sie in die Leistungsgruppe «muskuloskelettale Rehabilitation», muss die Vorinstanz den Kantonsanteil nach Art. 49a KVG vergüten. Fallen die fraglichen Fälle jedoch in eine andere Leistungsgruppe, liegt eine stationäre Behandlung ohne Leistungsauftrag vor und der Kantonsanteil ist nicht zu vergüten bzw. zurückzufordern. 5.2 Fall FID 109062001 5.2.1 Die Beschwerdeführerin macht in der Beschwerde vom 13. Februar 2025 im Wesentlichen geltend, im Fall FID 109062001 sei die Zuweisung der Patientin mit dem Ziel der Mobilisation erfolgt, um ihre Kondition aufzubauen, um Sicherheit zu erlangen und um den Alltag wieder zu bewältigen. Sie verweist auf den Arztbericht (nachfolgend: Austrittsbericht) vom 30. Oktober 2023, in dem aufgeführt werde, dass die Behandlung gut erfolgt sei, bei gutem Befinden der Patientin. Diese sei mit der Behandlung zufrieden gewesen und habe weitgehend schmerzfrei in die häusliche Umgebung zurückkehren können, wobei die dortige Versorgung sichergestellt gewesen sei.²¹ 5.2.2 Die Vorinstanz widerspricht der Beschwerdeführerin in der Beschwerdevernehmlassung vom 10. März 2025 dahingehend, dass die Rehabilitation der Patientin gemäss Arztbericht (recte: Gesuch um Kostengutsprache an die zuständigen Versicherungen und Anmeldung zur stationären Rehabilitation an die ärztliche Leitung der Rehabilitationsklinik [nachfolgend: Einweisungsbericht])²² des Inselspitals Bern vom 4. März 2023 nicht in erster Linie aufgrund der Mobilisation erfolgt sei, sondern zum Konditionsaufbau, um Sicherheit zu erlangen, den Alltag wieder bewältigen zu können, zur Gabe von Analgesie nach Massgabe der Beschwerden und zur postoperativen Thromboseprophylaxe für sechs Wochen.²³ Zudem falle die Hauptdiagnose im Fall EID 109062001 auf den ICD-Code 0390, eine Untergruppe des ICD-Codes 039, und damit in den Bereich der «internistischen und onkologischen Rehabilitation».²⁴ In Bezug auf den Einweisungsbericht vom 4. Oktober 2024 führt die Vorinstanz weiter aus, dass die Beschwerdeführerin auf dem Dokument per Handnotiz «kein Leistungsauftrag?» und «kein ...konsil» vermerkt habe. Ausserdem habe die Beschwerdeführerin auf dem Abklärungsblatt 125 die rote Ampel markiert und dies mit «Ernährung, Ausscheidung, onkol. Therapien» begründet. Die Notizen würden aus Sicht der Vorinstanz darauf hindeuten, dass sich die Beschwerdeführerin zumindest

Gedanken darüber gemacht habe, ob sie für die Behandlung einen Leistungs- auftrag «internistische und onkologische Rehabilitation» benötigt hätte.²⁶ 21 Beschwerde vom 13. Februar 2025; Austrittsbericht vom 30. Oktober 2023, S. 2 (Vorakten pag. 43-45) 22 Einweisungsbericht vom 4. Oktober 2023 (Vorakten pag. 57, 59-65) 23 Beschwerdevernehmlassung vom 10. März 2025, S. 4 24 Beschwerdevernehmlassung vom 10. März 2025, S. 4; ICD-Codes zur SPLG Rehabilitation BE des Kantons Bern zuhanden der Listenspitäler zu den Leistungsaufträgen gemäss den Spitalplanungsleistungsgruppen (Version 2020_01.00), abrufbar unter www.be.ch/spitalliste, zuletzt abgerufen am 22. April 2025 (nachfolgend: ICD-Codes zur SPLG Rehabilitation BE), Ziffer 2.6, Codes D39-D41, «Teilbereich von Neubildungen unsicheren oder unbekanntem Verhaltens» 25 Abklärungsblatt 1 vom 5. Oktober 2023 (Vorakten, pag. 58) 26 Beschwerdevernehmlassung, S. 4 6/12

Kanton Bern Gesundheits-, Sozial- und Integrationsdirektion Canton de Berne 2025.GS1.546 5.2.3 Aus den Akten geht hervor, dass die Codierung der Hauptdiagnose im Fall FID 109062001 mit dem ICD-Code D390 (Neubildung unsicheren oder unbekanntem Verhaltens: Uterus) erfolgte.²⁷ Aus dem Einweisungsbericht vom 4. Oktober 2023 wie auch dem Austrittsbericht vom 30. Oktober 2023 ist weiter zu entnehmen, dass bei der Patientin als Hauptdiagnose eine Tumorerkrankung vorlag 28 Ausserdem ist aus den Akten eine Unregelmässigkeit in Bezug auf den eingereichten Einweisungs- bericht vom 4. Oktober 2023 festzustellen. Während der in den Vorakten befindliche Einweisungsbe- richt auf der ersten Seite mit der handschriftlichen Notiz «kein Leistungsauftrag?» versehen ist, scheint diese Anmerkung auf der Kopie, die von der Beschwerdeführerin als Beschwerdebeilage eingereicht wurde, abgedeckt worden zu sein, jedenfalls ist der handschriftliche Vermerk auf der Beschwerdebei- lage nicht erkennbar. Dies legt den Schluss nahe, dass die Beschwerdeführerin im Rahmen des Be- schwerdeverfahrens eigene Zweifel an der Richtigkeit der Fallzuteilung zu kaschieren beabsichtigte.²⁹ 5.2.4 Der RRB 1338/2020 vom 2. Dezember 2020, mit welchem der Beschwerdeführerin die Leis- tungsaufträge erteilt wurden, ist für diese verbindlich und hält fest, dass zur Abrechnung der gemäss der SPLG-Systematik Rehabilitation BE erbrachten Leistungen zu Lasten der OKP die der Spitalliste Rehabilitation zu Grunde gelegten ICD-Codes verbindlich sind.³⁰ Weiter verweist der RRB 1338/2020 vom 2. Dezember 2020 bezüglich der Zuordnung der Fälle zu den Leistungsgruppen auf die beiden Grundlagendokumente «Anforderungen und Erläuterungen SPLG31 Rehabilitation BE» und «ICD- Codes zur SPLG Rehabilitation BE».³² In den genannten Dokumenten heisst es wörtlich: «[Die] ICD- Codes sind für die Listenspitäler im Bereich der Spitalliste Rehabilitation des Kantons Bern verbind- lich»³³ bzw. «Die ICD-Codes Rehabilitation sind für die Listenspitäler verbindlich und Grundlage für das Leistungsauftragscontrolling (LACTRL), welches das Spitalamt unter Verwendung des Gruppier- rungs-Algorithmus (Reha-Grouper), durchführt»³⁴. 5.2.5 Massgebend für die Fallzuordnung gemäss der SPLG-Systematik Rehabilitation BE ist folg- lich der ICD-Code der ursächlichen Hauptdiagnose, vorliegend also der ICD-Code D390. Dabei han- delt es sich um eine Untergruppe des ICD-Codes 39, der im Dokument «ICD-Codes zur SPLG Reha- bilitation BE» der Leistungsgruppe «internistische und onkologische Rehabilitation» zugeordnet ist.³⁵ Für diese Leistungsgruppe hat die Beschwerdeführerin keinen Leistungsauftrag.³⁶ Somit handelt es 27 LACTRL Excel-Tabelle (Vorakten pag. 19, Spalten 34, 40) 28 Einweisungsbericht vom 4. Oktober 2023, S. 2 und 3 (Vorakten, pag. 59, 61); Austrittsbericht vom 30. Oktober 2023, S. 1 (Vorakten, pag. 43-45) 29 Einweisungsbericht vom 4. Oktober 2023 (Vorakten, pag. 57; Beschwerdebeilage) 38 RRB

1338/2020 vom 2. Dezember 2020, Ziff. 2.4.2, S. 7 (Vorakten, pag. 97) 31
Spitalplanungsleistungsgruppen-Systematik 32 Beide abrufbar unter www.be.ch/spitalliste
(zuletzt abgerufen am 22. April 2025) 33 Anforderungen und Erläuterungen SPLG
Rehabilitation BE, S. 4 34 ICD-Codes zur SPLG Rehabilitation BE, S. 3 35 ICD-Codes zur
SPLG Rehabilitation BE, Ziffer 2.6, S. 17, Codes A00-699 38 Vgl. RRB 1338/2020 vom 2.
Dezember 2020 (Vorakten, pag. 85 ff.) 7/12

Kanton Bern Gesundheits-, Sozial- und Integrationsdirektion Canton de Berne
2025.GSI.546 sich bei den im Fall EID 1090602001 durch die Beschwerdeführerin
erbrachten Leistungen um Leistungen ohne Leistungsauftrag, die sie nicht zu Lasten der
OKP hätte erbringen dürfen und die vom Kanton somit auch nicht anteilmässig (55%) zu
vergüten sind. 5.2.6 Die Beschwerdeführerin macht geltend, ihre Beurteilung gelte dem
vom Zuweiser festgestellten Symptomkomplex und den darauf abgestellten klar
definierten Rehabilitationszielen, nicht einer Diagnose, da es nicht ihr Auftrag sei, kurative
Massnahmen zu setzen.³⁷ Damit verkennt die Beschwerdeführerin, dass im RRB
1338/2020 vom 2. Dezember 2020, mit welchem ihr der Regierungsrat die
Leistungsaufträge erteilt hat, explizit festgehalten wurde, dass zur Abrechnung der gemäss
der SPLG-Systematik Rehabilitation BE erbrachten Leistungen die der Spitalliste
Rehabilitation zu Grunde gelegten ICD-Codes verbindlich sind (vgl. E. 2.5.4). Die
Beschwerdeführerin durfte sich bei der Zuweisung der Patientin somit nicht allein auf die
vom Zuweiser festgestellten Symptome und Rehabilitationsziele stützen, um zu
beurteilen, ob die Patientin dem ihr erteilten Leistungsauftrag entspricht, sondern durfte
ausschliesslich auf die bereits bestehenden Hauptdiagnose (ICD-Code D390) abstellen.
Einzig ein Abstellen auf den ICD-Code der Hauptdiagnose gewährleistet eine klare
Zuweisung in die jeweilige Leistungsgruppe sowie die Qualität der medizinischen
Versorgung der Leistungserbringer und verhindert Behandlungen ausserhalb des
Leistungsauftrags. 5.3 Fall FID 28294005 5.3.1 Die Beschwerdeführerin argumentiert in
der Beschwerde vom 13. Februar 2025, gemäss dem Einweisungsbericht der B. vom 22.
März 2023 sei die Zuweisung der Patientin mit Querschnittlähmung wegen deren
Kraftverlust erfolgt. Ziel der Rehabilitation sei die «Bett-Rollstuhl-Mobilisation»
gewesen, wobei der Umgang mit Hilfsmitteln und die Autonomie habe gefördert werden
sollen. Die Patientin sollte sich wieder selbst auf den Rollstuhl und auf die Toilette
mobilisieren können, um eine Rückkehr in einen selbstständigen Alltag zu ermöglichen.
Ausserdem seien der Kraftaufbau in den Armen und das Verhindern von Dekubiti Ziele der
Rehabilitation gewesen. Aufgrund von Komplikationen habe die Patientin aber verletzt
werden müssen, weshalb die Rehabilitation nicht habe abgeschlossen werden können.³⁸
5.3.2 In der Beschwerdevernehmlassung vom 10. März 2025 bringt die Vorinstanz vor, der
ursächliche Grund für die Rehabilitation der Patientin sei gemäss Einweisungsbericht vom
22. März 2023 nicht in erster Linie die Mobilisation gewesen. Das zuweisende Spital habe
im Anmeldeformular die Rehabilitationskategorie «chirurgisch/visceral» [sic] angekreuzt
und zusätzlich eine Wundbehandlung ³⁷ Beschwerde vom 13. Februar 2025, S. 1 38
Beschwerde vom 13. Februar 2025, S. 1 8/12

Kanton Bern Gesundheits-, Sozial- und Integrationsdirektion Canton de Berne
2025.GSI.546 angeordnet.³⁹ Solche Behandlungen fielen in aller Regel nicht in den
muskuloskelettalen Rehabilitationsbereich.⁴⁹ Ausserdem falle die Hauptdiagnose mit dem
ICD-Code «L8916» vorliegend klar in den Bereich der «internistischen und onkologischen
Rehabilitation». ⁴¹ Die Vorinstanz bringt zudem vor, die Beschwerdeführerin habe die

Aufnahme der Patientin offensichtlich selbst bezweifelt, da sie auf dem Abklärungsblatt 142 zur Begründung der rot markierten Ampel «Dekubitus — akt. [aktive] Situation» angemerkt habe, was ein weiterer Hinweis auf eine Behandlung ausserhalb der muskuloskelettalen Rehabilitation erkennen lasse. Weiter habe die Beschwerdeführerin ihre Möglichkeit zur Mobilisation der Patientin aufgrund ihrer Situation mit Lappenplastik bei Querschnittlähmung bei der Aufnahme selbst hinterfragt, indem sie auf dem Abklärungsblatt 3 «Mobi?» vermerkt habe.⁴³ Vorliegend handle es sich um den Fall einer Patientin mit Querschnittlähmung, chirurgisch saniertem Dekubitus und einer anschliessend erforderlichen Dekubitusprophylaxe und -behandlung, um Komplikationen zu vermeiden. Aufgrund der komplexen Behandlungen sollten Patientinnen und Patienten mit Querschnittlähmung in spezialisierten Kliniken mit einem Leistungsauftrag im Bereich «internistische und onkologische Rehabilitation» und idealerweise zusätzlich einem Leistungsauftrag im Bereich «Rehabilitation Querschnittgelähmter» behandelt werden. Der Verlauf der abgebrochenen Rehabilitation — am vierten Tag in der Klinik habe die Patientin bereits verlegt werden müssen — weise laut Vorinstanz darauf hin, dass die Beschwerdeführerin die Patientin mangels erforderlicher Expertise im Bereich «internistische und onkologische Rehabilitation» nicht medizinisch adäquat habe behandeln können.⁴⁴

5.4 Wie bereits ausgeführt (vgl. E. 5.2.4), ist der ICD-Code der Hauptdiagnose massgebend für die Zuordnung der Fälle zu den jeweiligen Leistungsgruppen im Bereich Rehabilitation. Die Hauptdiagnose fällt vorliegend auf den ICD-Code L8916. Entsprechend ist der Fall FID 28294005 der «internistischen und onkologischen Rehabilitation» und nicht der «muskuloskelettalen Rehabilitation» zuzuordnen.⁴⁵ Für die «internistische und onkologische» Rehabilitation hat die Beschwerdeführerin keinen Leistungsauftrag.⁴⁶ Aus diesem Grund handelt es auch bei den im Fall FID 28294005 durch die Beschwerdeführerin erbrachten Leistungen um Leistungen ohne Leistungsauftrag, die sie nicht zu Lasten der OKP hätte erbringen dürfen und die vom Kanton somit auch nicht anteilmässig (55%) zu vergüten sind.

5.5 Würde der Argumentation der Beschwerdeführerin gefolgt werden und müssten sich die Leistungsspitäler bei der Fallzuteilung nicht auf den ICD-Code der Hauptdiagnose abstützen, könnte die 39 Beschwerdevernehmlassung vom 10. März 2025, S. 5 m.V.a. Einweisungsbericht vom 22. März 2023, S. 1 ⁴⁰ Beschwerdevernehmlassung vom 10. März 2025, S. 5 ⁴¹ Beschwerdevernehmlassung vom 10. März 2025, S. 4; ICD-Codes zur SPLG Rehabilitation BE, Ziffer 2.6, S. 18, Codes L00-L99 ⁴² Abklärungsblatt 1 vom 30. März 2023 (Vorakten, pag. 72) ⁴³ Abklärungsblatt 3 vom 6. April 2023 (Vorakten, pag. 74) ⁴⁴ Beschwerdevernehmlassung vom 10. März 2025, S. 5 ⁴⁹ ICD-Codes zur SPLG Rehabilitation BE, Ziffer 2.6, S. 18, Codes L00-L99 ⁴⁶ Vgl. RRB 1138/2020 vom 2. Dezember 2020 (Vorakten, pag. 85 ff.) 9/12

Kanton Bern Gesundheits-, Sozial- und Integrationsdirektion Canton de Berne 2025.GS1.546 Spitalplanungsleistungsgruppen-Systematik des Kantons Bern vermehrt umgangen werden. Beispielsweise durch das Abstützen der Leistungserbringer auf falsche Anweisungen des Zuweisers oder das Herbeiziehen von einzelnen Behandlungszielen im Zuweisungsbericht. Im Fall FID 28294005 wird diese Problematik dadurch verdeutlicht, dass das zuweisende Spital im Einweisungsbericht vom 22. März 2023 die Rehabilitationskategorie «chirurgisch/visceral» [sic] angekreuzt hat, einen Leistungsauftrag, den es im Kanton Bern nicht gibt.⁴⁷ Dass es bei der Patientin am vierten Tag in der Klinik zu Komplikationen bei der Wundheilung kam und eine notfallmässige Verlegung notwendig wurde, unterstreicht die Notwendigkeit, sich bei der Fallzuteilung auf

den ICD-Code der Hauptdiagnose zu stützen, um eine adäquate medizinische Versorgung zu garantieren. 5.6 Im Übrigen kann festgehalten werden, dass auch bei der Wahl der Fallpauschalen bei stationären Behandlungen (Art. 49 Abs. 1 KVG) der ICD-Code das ausschlaggebende Kriterium ist. Das Tarifsystem ist nach diagnosebezogenen Fallgruppen (Diagnosis Related Groups; DRG) gegliedert. Jeder Spitalaufenthalt wird anhand definierter Kriterien, wie Hauptdiagnose, Nebendiagnose, Behandlungsart und Schweregrad einer spezifischen Fallgruppe zugeordnet. Wichtigstes Kriterium für die Zuordnung eines Patienten zu einer Fallgruppe ist dabei die Hauptdiagnose bei Spitalaustritt.⁴⁸ Analog kann vorliegend auch das Grundlagendokument «Anforderungen und Erläuterungen SPLG Psychiatrie BE» herangezogen werden, das zur Fallzuteilung im Versorgungsbereich Psychiatrie festhält: «Für die Gruppierung der Fälle in die Leistungsgruppen ist die Hauptdiagnose massgebend.»⁴⁹ Weshalb im Versorgungsbereich Rehabilitation von diesem Prinzip abgewichen werden soll, ist nicht ersichtlich. 6. Ergebnis Nach dem Geschriebenen sind die durch die Beschwerdeführerin in den Fällen FID 28294005 und FID 109062001 erbrachten Leistungen als Leistungen ohne Leistungsauftrag zu qualifizieren. Die angefochtene Verfügung der Vorinstanz vom 28. Januar 2025 erweist sich daher als rechtmässig und ist nicht zu beanstanden. Die Beschwerde vom 13. Februar 2025 ist somit abzuweisen. 7. Kosten 7.1 Die Verfahrenskosten bestehen aus einer Pauschalgebühr. Diese beträgt für Entscheide in Verwaltungsjustizsachen CHF 200.00 bis 4000.00 (Art. 103 Abs. 1 VRPG i.V.m. Art. 19 Abs. 1 und Art. 4 Abs. 2 GebV50). Die Verfahrenskosten werden der unterliegenden Partei auferlegt, es sei denn, 47 Vgl. Spitalliste Rehabilitation 2021, abrufbar unter www.be.ch/spitalliste (zuletzt abgerufen am 22. April 2025) 45 Gächter/Rütsche, Gesundheitsrecht, 4. Auflage, Basel 2018, §11 N 1123 49 Anforderungen und Erläuterungen SPLG Psychiatrie BE des Kantons Bern zuhanden der Listenspitäler zu den Leistungsaufträgen gemäss den Spitalplanungsleistungsgruppen (Version 2025), S. 16, abrufbar unter www.be.ch/spitalliste 5° Verordnung vom 22. Februar 1995 über die Gebühren der Kantonsverwaltung (Gebührenverordnung, GebV; BSG 154.21) 10/12

Kanton Bern Gesundheits-, Sozial- und Integrationsdirektion Canton de Berne 2025.GSI.546 das prozessuale Verhalten einer Partei gebiete eine andere Verlegung oder die besonderen Umstände rechtfertigen, keine Verfahrenskosten zu erheben (Art. 108 Abs. 1 VRPG). Vorliegend unterliegt die Beschwerdeführerin vollumfänglich. Dementsprechend sind ihr die gesamten Verfahrenskosten, pauschal festgesetzt auf CHF 1'500.00, aufzuerlegen 7.2 Parteikosten sind keine angefallen (Art. 104 VRPG) und demzufolge keine zu sprechen (Art. 107 Abs. 3 VRPG). 11/12

Kanton Bern Gesundheits-, Sozial- und Integrationsdirektion Canton de Berne 2025.GSI.546 Entscheid 1. Die Beschwerde vom 13. Februar 2025 wird abgewiesen. 2. Die Verfahrenskosten, festgesetzt auf CHF 1500.00, werden der Beschwerdeführerin zur Bezahlung auferlegt. Eine separate Zahlungseinladung folgt nach Rechtskraft dieses Entscheides. 3. Parteikosten werden keine gesprochen. IV. Eröffnung — Beschwerdeführerin, per Einschreiben — Vorinstanz, per Kurier Gesundheits-, Sozial- und Integrationsdirektion Pierre Alain Schnegg Regierungsrat Rechtsmittelbelehrung Dieser Entscheid kann innert 30 Tagen seit seiner Eröffnung mit schriftlicher und begründeter Beschwerde beim Verwaltungsgericht des Kantons Bern, Verwaltungsrechtliche Abteilung, Speichergasse 12, 3011 Bern, angefochten werden. Die Verwaltungsgerichtsbeschwerde, die mindestens in 2 Exemplaren einzureichen ist, muss einen Antrag, die Angabe von Tatsachen und Beweismitteln, eine Begründung sowie eine

Unterschrift enthalten; der angefochtene Ent- scheid und greifbare Beweismittel sind beizulegen. 12/12

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.