

BVGer C-6587/2019 vom 6. November 2019

Bundesverwaltungsgericht, 2019-11-06, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-6587_2019_d20191106

FR: TAF C-6587/2019 du 6 novembre 2019

IT: TAF C-6587/2019 del 6 novembre 2019

Regeste

Zulassung von Spitälern (Kanton) | KVG, Spitalplanung, Berner Spitalliste Psychiatrie 2020 (Regierungsratsbeschluss vom 6. November 2019)

Erwägungen

E. 1.1

Das Verfahren vor dem Bundesverwaltungsgericht richtet sich gemäss Art. 37 des Bundesgesetzes vom 17. Juni 2005 über das Bundesverwaltungsgericht (Verwaltungsgerichtsgesetz, VGG, SR 173.32; in seiner Fassung vom 1. Januar 2019) und Art. 53 Abs. 2 Satz 1 des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG, SR 832.10; in seiner Fassung vom 1. Juli 2019) grundsätzlich nach den Vorschriften des Bundesgesetzes vom 20. Dezember 1968 über das Verwaltungsverfahren (Verwaltungsverfahrensgesetz, VwVG, SR 172.021; in seiner Fassung vom 1. April 2019). Vorbehalten bleiben allfällige Abweichungen des VGG und die besonderen Bestimmungen des Art. 53 Abs. 2 KVG.

E. 1.2

Nach Art. 53 Abs. 1 KVG kann gegen Beschlüsse der Kantonsregierungen nach Art. 39 KVG beim Bundesverwaltungsgericht Beschwerde geführt werden. Der angefochtene Beschluss Nr. 1162/2019 vom 6. Novem-

C-6587/2019 Seite 6 ber 2019 wurde gestützt auf Art. 39 KVG erlassen. Das Bundesverwaltungsgericht ist deshalb zur Beurteilung der Beschwerde zuständig (vgl. auch Art. 90a Abs. 2 KVG). Die Beschwerdeführerin hat am vorinstanzlichen Verfahren teilgenommen, ist als Adressatin durch den angefochtenen Regierungsratsbeschluss besonders berührt und hat insoweit an dessen Aufhebung beziehungsweise Abänderung ein schutzwürdiges Interesse (Art. 48 Abs. 1 VwVG). Sie ist daher zur Beschwerde legitimiert. Auf die frist- und formgerecht erhobene Beschwerde ist, nachdem auch der Kostenvorschuss rechtzeitig geleistet wurde (vgl. BVGer-act. 5), einzutreten (Art. 50 Abs. 1, Art. 52 Abs. 1 und Art. 63 Abs. 4 VwVG).

E. 1.5

%

Denn es liegt im Ermessen der Vorinstanz, in welches das Gericht nicht eingreift, sowohl – bei Vorliegen der entsprechenden Voraussetzungen – eine Angebotskonzentration vorzusehen beziehungsweise anzuordnen, als auch in begründeten Fällen, insbesondere aus versorgungspolitischen Gründen im Sinne einer dezentralen Gesundheitsversorgung, ein innerkantonales Spital zur Deckung des Bedarfs als versorgungsrelevant zu betrachten, auch wenn der Anteil dieses Spitals in der betroffenen Leistungsgruppe weniger als die

(von der GDK empfohlenen) fünf Prozent der stationären Behandlungen von Kantonseinschwohnerinnen und Kantonseinschwohner beträgt (vgl. zu letzterem auch Urteil C-2827/2019 [nicht in BVGE 2021

C-6587/2019 Seite 24 V/1 publizierte] E. 6.15).

Die Beschwerde vom 11. Dezember 2019 erweist sich entsprechend als unbegründet und ist damit abzuweisen, soweit darauf einzutreten ist.

E. 1.7

%

E. 2

Aufl. 2016, Rz. 51 zu Art. 49 VwVG).

E. 2.1

%

E. 2.2

Nach der Rechtsprechung ist die Spitalliste als Rechtsinstitut sui generis zu qualifizieren. Für die Bestimmung des Anfechtungsgegenstandes ist wesentlich, dass die Spitalliste aus einem Bündel von Individualverfügungen besteht (BVGE 2013/45 E. 1.1.1; 2012/9 E. 3.2.6). Anfechtungsgegenstand im vorliegenden Beschwerdeverfahren – und damit Begrenzung des Streitgegenstands – bildet nur die Verfügung, welche das die Beschwerdeführerin betreffende Rechtsverhältnis regelt. Die nicht angefochtenen Verfügungen der Spitalliste erwachsen in Rechtskraft (BVGE 2012/9 E. 3.3; Urteil des Bundesverwaltungsgerichts [BVGer] C-4302/2011 vom 15. Juli 2015 E. 2.2.1).

C-6587/2019 Seite 7

E. 2.3

Die Beschwerdeführerin hat die sie betreffende Verfügung des vorinstanzlichen Spitallistenbeschlusses nicht insgesamt angefochten, sondern nur die Befristung [B3] der Teilleistungsaufträge der Leistungsgruppen FA (F10) und FD (F11-F19) im Bereich ER ELE bis zum 30. Juni 2020, beziehungsweise hat die unbefristete Erteilung der beiden Teilleistungsaufträge verlangt. Mit den weiteren Auflagen (ausschliessliche Behandlung von Frauen [B1]; Vorlage eines fachlich begründeten Behandlungskonzepts zur ausschliesslichen Behandlung von Frauen [A2]; Nachweis Facharztverfügbarkeit Level 1P [A4]) ist die Beschwerdeführerin ausdrücklich einverstanden. Streitgegenstand im vorliegenden Beschwerdeverfahren bilden aber nicht nur die umstrittenen Nebenbestimmungen (Befristungen), sondern die mit den Nebenbestimmungen erteilten Teilleistungsaufträge (vgl. Urteil des BVGer C-2827/2019 vom 18. März 2021 [nicht in BVGE 2021 V/1 publizierte] E. 2.3 m.w.H.).

E. 3.1

Mit Beschwerde gegen einen Spitallistenentscheid im Sinne von Art. 39 Abs. 1 KVG kann die Verletzung von Bundesrecht unter Einschluss des Missbrauchs oder der Überschreitung des Ermessens und die unrichtige oder unvollständige Feststellung des rechtserheblichen Sachverhalts gerügt werden. Nicht zulässig ist hingegen die Rüge der Unangemessenheit (Art. 53 Abs. 2 Bst. e KVG i.V.m. Art. 49 VwVG). Angemessenheit ist dabei die den Umständen angepasste Lösung im rechtlich nicht normierten Handlungsspielraum. Hält

sich die Behörde an den Ermessensspielraum und übt ihr Ermessen unzweckmässig aus, handelt sie unangemessen, aber nicht rechtswidrig. Übt sie dagegen ihr Ermessen in einer Weise aus, dass die getroffene Anordnung dem Zweck der gesetzlichen Ordnung widerspricht, liegt Ermessensmissbrauch vor (vgl. BGE 142 II 268 E. 4.2.3). Von Missbrauch des Ermessens wird gesprochen, wenn die Behörde zwar im Rahmen des ihr vom Gesetz eingeräumten Ermessens handelt, sich aber von unsachlichen, dem Zweck der massgebenden Vorschriften fremden Erwägungen leiten lässt und insbesondere allgemeine Rechtsprinzipien, wie das Verbot der Willkür oder von rechtsungleicher Behandlung, das Gebot von Treu und Glauben sowie den Grundsatz der Verhältnismässigkeit verletzt (MOSER/BEUSCH/KNEUBÜHLER, Prozessieren vor dem Bundesverwaltungsgericht, 2. Aufl. 2013, S. 109 Rz. 184). Bei der Spitalplanung und beim Erlass der Spitalliste verfügt der Kanton über einen erheblichen Ermessensspielraum (BVGE 2018 V/3 E. 4.1 m.H.).

C-6587/2019 Seite 8

E. 3.2

Das Bundesverwaltungsgericht ist nach dem Grundsatz der Rechtsanwendung von Amtes wegen nicht an die Begründung der Begehren der Parteien gebunden (Art. 62 Abs. 4 VwVG). Es kann die Beschwerde auch aus anderen als den geltend gemachten Gründen gutheissen oder den angefochtenen Entscheid im Ergebnis mit einer Begründung bestätigen, die von jener der Vorinstanz abweicht (vgl. FRIZ GYGI, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2. Aufl. 1983, S. 212; THOMAS HÄBERLI, in: Praxiskommentar Verwaltungsverfahrensgesetz, 2. Aufl. 2016, Rz. 48 zu Art. 62 VwVG).

Der Grundsatz der Rechtsanwendung von Amtes wegen schliesst keine aufsichtsrechtliche Überprüfung des angefochtenen Entscheids mit ein. Der auch in Beschwerdeverfahren vor dem Bundesverwaltungsgericht nach Art. 53 KVG geltende Untersuchungsgrundsatz (vgl. BVGE 2014/3 E. 1.5.2) entbindet die Beschwerdeführerin nicht davon, ihre Beschwerde zu begründen und die Mängel zu rügen, an denen der angefochtene Beschluss leiden soll. Zwar nimmt der Untersuchungsgrundsatz den Parteien einen wesentlichen Teil der subjektiven Beweisführungslast ab, aber er befreit sie nicht im gleichen Masse von der Behauptungslast, welche von ihnen verlangt, dass sie die Beweismittel beibringen, welche die entscheidende Behörde von der Wahrheit oder Unwahrheit einer Sachbehauptung überzeugen sollen (vgl. Urteil des BVer C-2907/2008 vom 26. Mai 2011 E. 8.4.7 m.w.H.).

E. 3.3

Mit Blick auf Art. 53 Abs. 2 Bst. a KVG, wonach echte tatsächliche Noven unzulässig sind, hat das Bundesverwaltungsgericht bei der Beurteilung der Rechtmässigkeit eines Spitallistenbeschlusses in der Regel auf den bis zum Beschlusszeitpunkt eingetretenen Sachverhalt abzustellen (zum Verhältnis von Novenverbot und Untersuchungsgrundsatz vgl. BVGE 2014/3 E. 1.5.3 f.; 2014/36 E. 1.5.2). Dieser Grundsatz gilt allgemein in der Sozialversicherungsrechtspflege (vgl. BGE 132 V 215 E. 3.1.1; 130 V 138), nicht aber für übrige Beschwerdeverfahren vor dem Bundesverwaltungsgericht (vgl. MOSER/BEUSCH/KNEUBÜHLER, a.a.O., S. 117 Rz. 2.204 ff.; SEETHALER/PORTMANN, in: Praxiskommentar Verwaltungsverfahrensgesetz, 2. Aufl. 2016, Rz. 78 zu Art. 52 VwVG). In Beschwerdeverfahren nach Art. 53 Abs. 1 KVG soll das Bundesverwaltungsgericht nicht mit neuen Tatsachen oder Beweismitteln konfrontiert

werden, welche der vorinstanzlichen Beurteilung nicht zugrunde lagen; ein Ausnahmefall im Sinne von Art. 53 Abs. 2 Bst. a KVG liegt vor, wenn erst der angefochtene Beschluss dazu Anlass gibt (vgl. BVGE 2014/36 E. 1.5.2; Urteil des BVGer C-195/2012 vom 24. September 2012 E. 5.1.2).

C-6587/2019 Seite 9

E. 4

Streitig und – unter dem Blickwinkel der eingeschränkten Kognition des Bundesverwaltungsgerichts in Beschwerdeverfahren betreffend Spitallisten (vgl. oben E. 3.1) – zu prüfen ist, ob die Vorinstanz die erteilten Teilleistungsaufträge für die Leistungsgruppen FA (F10) und FD (F11-F19) zu Recht befristet hat (vgl. bereits oben E. 2). Für diese Beurteilung sind namentlich die nachfolgend aufgeführten bundesrechtlichen Bestimmungen massgebend.

E. 4.1

Art. 39 Abs. 1 KVG bestimmt in Verbindung mit Art. 35 Abs. 1 KVG, unter welchen Voraussetzungen Spitäler zur Tätigkeit zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) zugelassen werden. Demnach muss ein Spital eine ausreichende arztlische Betreuung gewährleisten (Bst. a), über das erforderliche Fachpersonal (Bst. b) und zweckentsprechende medizinische Einrichtungen verfügen und eine zweckentsprechende pharmazeutische Versorgung gewährleisten (Bst. c). Im Weiteren muss ein Spital für die Zulassung der von einem oder mehreren Kantonen gemeinsam aufgestellten Planung für eine bedarfsgerechte Spitalversorgung entsprechen, wobei private Trägerschaften angemessen in die Planung einzubeziehen sind (Bst. d). Bst. e setzt schliesslich voraus, dass die Spitäler oder die einzelnen Abteilungen in der nach Leistungsaufträgen in Kategorien gegliederten Spitalliste des Kantons aufgeführt sind.

E. 4.2

Art. 39 Abs. 1 Bst. a-c KVG regeln die Dienstleistungs- und Infrastrukturvoraussetzungen, welche in erster Linie durch die Behörden des Standortkantons zu prüfen sind. Bst. d statuiert eine Bedarfsdeckungs- und Koordinationsvoraussetzung und Bst. e eine Publizitäts- und Transparenzvoraussetzung (an welche Rechtswirkungen geknüpft werden). Die Voraussetzungen gemäss Bst. d und e sollen eine Koordination der Leistungserbringer, eine optimale Ressourcennutzung und eine Eindämmung der Kosten bewirken (BVGE 2010/15 E. 4.1; Urteile des BVGer C-401/2012 vom 28. Januar 2014 E. 6.1 und C-6266/2013 vom 29. September 2015 E. 3.2, je m.w.H.).

E. 4.3

Die Kantone sind nach Art. 39 KVG zudem verpflichtet, ihre Planung zu koordinieren (Abs. 2) und im Bereich der hochspezialisierten Medizin gemeinsam eine gesamtschweizerische Planung zu beschliessen (Abs. 2bis). Weiter hat der Bundesrat einheitliche Planungskriterien auf der Grundlage von Qualität und Wirtschaftlichkeit zu erlassen, wobei er zuvor die Kantone, die Leistungserbringer und die Versicherer anzuhören hat (Abs. 2ter). Die-

C-6587/2019 Seite 10 sem Auftrag ist der Bundesrat mit dem Erlass der Art. 58a ff. der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV, SR 832.102; in Kraft seit 1. Januar 2009; vorliegend jeweils in der Fassung vom 1. Januar 2019) nachgekommen.

E. 4.4

Die Spitalplanung für eine bedarfsgerechte Versorgung im Sinne von Art. 39 Abs. 1 Bst. d KVG umfasst die Sicherstellung der stationären Behandlung im Spital für Einwohnerinnen und Einwohner der Kantone, die die Planung erstellen. Die Kantone haben ihre Planung periodisch zu überprüfen (Art. 58a KVV).

E. 4.5

Gemäss Art. 58b KVV ermitteln die Kantone den Bedarf in nachvollziehbaren Schritten. Sie stützen sich namentlich auf statistisch ausgewiesene Daten und Vergleiche (Abs. 1). Sie ermitteln das Angebot, das in Einrichtungen beansprucht wird, die nicht auf der von ihnen erlassenen Liste aufgeführt sind (Abs. 2). Sie bestimmen das Angebot, das durch die Aufnahme von inner- und ausserkantonalen Einrichtungen auf der Spitalliste gemäss Art. 39 Abs. 1 Bst. e KVG zu sichern ist, damit die Versorgung gewährleistet ist. Dieses Angebot entspricht dem nach Art. 58b Abs. 1 KVV ermittelten Versorgungsbedarf abzüglich des nach Art. 58b Abs. 2 KVV ermittelten Angebots (Abs. 3). Bei der Beurteilung und Auswahl des auf der Liste zu sichernden Angebotes berücksichtigen die Kantone insbesondere die Wirtschaftlichkeit und Qualität der Leistungserbringung, den Zugang der Patientinnen und Patienten zur Behandlung innert nützlicher Frist sowie die Bereitschaft und Fähigkeit der Einrichtung zur Erfüllung des Leistungsauftrages (Abs. 4). Weiter werden die Kriterien festgelegt, welche bei der Beurteilung der Wirtschaftlichkeit und Qualität zu beachten sind, nämlich die Effizienz der Leistungserbringung, der Nachweis der notwendigen Qualität und im Spitalbereich die Mindestfallzahlen und die Nutzung von Synergien (Abs. 5).

E. 4.6

Für die Versorgung der versicherten Personen in Spitälern zur psychiatrischen Behandlung ist gemäss Art. 58c Bst. b KVV eine leistungsorientierte oder eine kapazitätsbezogene Planung möglich.

E. 4.7

Nach Art. 58d KVV müssen die Kantone im Rahmen der Verpflichtung zur interkantonalen Koordination der Planungen nach Art. 39 Abs. 2 KVG insbesondere die nötigen Informationen über die Patientenströme auswerten und diese mit den betroffenen Kantonen austauschen (Bst. a) und die Planungsmassnahmen mit den davon in ihrer Versorgungssituation betroffenen Kantonen koordinieren (Bst. b).

C-6587/2019 Seite 11

E. 4.8

Art. 58e KVV sieht vor, dass die Kantone auf ihrer Liste nach Art. 39 Abs. 1 Bst. e KVG die inner- und ausserkantonalen Einrichtungen auflisten, die notwendig sind, um das nach Art. 58b Abs. 3 KVV bestimmte Angebot sicherzustellen (Abs. 1). Auf den Listen wird für jedes Spital das dem Leistungsauftrag entsprechende Leistungsspektrum aufgeführt (Abs. 2). Die Kantone erteilen jeder Einrichtung auf ihrer Liste einen Leistungsauftrag nach Art. 39 Abs. 1 Bst. e KVG. Dieser kann insbesondere die Pflicht zum Notfalldienst beinhalten (Abs. 3).

E. 4.9

Gemäss Abs. 3 der Übergangsbestimmungen zur Änderung des KVG vom 21. Dezember 2007 (Spitalfinanzierung [nachfolgend: UeB KVG]) müssen die kantonalen Spitalplanungen spätestens drei Jahre nach dem Einführungszeitpunkt der Regelungen gemäss Abs. 1 UeB KVG (d.h. spätestens auf den 1. Januar 2015) den Anforderungen von Art. 39 KVG entsprechen. Dabei müssen sie auf Betriebsvergleiche zu Qualität und Wirtschaftlichkeit abgestützt sein.

E. 5

Bei der Spitalplanung lassen sich zwei Etappen unterscheiden: die Bedarfsermittlung und die Bedarfsdeckung. Zuerst hat der planende Kanton für seine Einwohnerinnen und Einwohner den Bedarf an stationärer Behandlung zu ermitteln. Nach der Bedarfsermittlung erfolgt die Phase der Bedarfsdeckung mit der Auswahl der Leistungserbringer (vgl. Urteil C-6266/2013 E. 4.3.2).

E. 5.1

Im vorliegenden Fall ist die erste Stufe der vorinstanzlichen Spitalplanung, das heisst die Bedarfsermittlung, nicht umstritten.

Grundlage für die neue Spitalliste Psychiatrie 2020 des Kantons Bern bildet gemäss dem angefochtenen Beschluss die Versorgungsplanung 2016 (ab-rufbar unter < <https://www.gsi.be.ch/de/start/themen/gesundheit/gesundheitsversorger/spitaeler-psychiatrie-rehabilitation/spitalplanung.html> >, ab-gerufen am 23. August 2022), die zum Ziel hat, im Kanton Bern für eine ausreichende und wirtschaftlich tragbare medizinische und pflegerische Versorgung der Bevölkerung und die Bereitstellung der dafür notwendigen Einrichtungen zu sorgen (Versorgungsplanung 2016, S. 15). Der gegenwärtige und künftige Bedarf der Berner Bevölkerung an stationären Leistungen im Bereich der Psychiatrie wurde in der Versorgungsplanung 2016 anhand der vier Versorgungsräume Aaretal-Oberland, Agglomeration Bern, Biel-Seeland-Berner Jura und Oberaargau-Emmental, welche ihrerseits anhand der Standorte der Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde

C-6587/2019 Seite 12 Bern zusätzlich in Sektoren unterteilt sind, ermittelt (Versorgungsplanung 2016, S. 57 f.). Zur Erreichung des Ziels einer stufengerechten Gesundheitsversorgung der Kantonsbevölkerung wurde das stationäre Angebot in die drei Versorgungsregionen regional, überregional und kantonal gegliedert (abgestuftes Versorgungsmodell). Diesen Versorgungsregionen wurden die stationären Leistungen der Psychiatrie (Leistungsgruppen bzw. Leistungsbereiche der kantonalen SPLG-Systematik) zugeordnet. Je allgemeiner eine stationäre Leistung sei und damit auch häufiger in Anspruch genommen werde, desto wohnortnäher könne sie in der Regel durch Spitäler erbracht werden. Je seltener eine stationäre Leistung erbracht werde, desto höher sei in der Regel der Spezialisierungsgrad. Bei spezialisierten Leistungen, aber auch bei Leistungen, deren Vorhaltekosten vergleichsweise hoch seien, könne und solle die Leistungserbringung nicht in jedem Fall wohnortnah erfolgen (Versorgungsplanung 2016 S. 68 ff.). In der Versorgungsplanung 2016 wird darauf hingewiesen, dass die Leistungen eines Spitals, das zur Leistungserbringung zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung geeignet sei, für die Versorgung der Berner Kantonsbevölkerung nicht automatisch auch bedarfsnotwendig seien. Sie würden erst dann bedarfsnotwendig, wenn sie tatsächlich zur Deckung des rechnerisch ermittelten Bedarfs nach entsprechenden stationären Leistungen benötigt würden. Nur diejenigen

Leistungserbringer, die ein bestimmtes Versorgungsvolumen für die Berner Bevölkerung erreichten, würden für einen Leistungsauftrag in Frage kommen (Versorgungsplanung 2016, S. 79).

E. 5.2

Strittig ist vorliegend vielmehr die Auswahl der Leistungserbringer, die den ermittelten Bedarf decken sollen, namentlich die lediglich befristete Erteilung der Teilleistungsaufträge in den Leistungsgruppen FA (F10) und FD (F11-F19) an die Beschwerdeführerin.

E. 5.2.1

Hierzu hielt die Vorinstanz im angefochtenen Beschluss in allgemeiner Weise fest, dass für die Auswahl der Leistungserbringer, denen ein Leistungsauftrag erteilt werde, die Kriterien Fähigkeit (Eignung), Bedarf (an KVG-relevanten stationären Leistungen, Versorgungsrelevanz), Qualität (insbesondere Struktur und Prozessanforderungen sowie konsequente Einhaltung der Vorgaben zu Mindestfallzahlen), Wirtschaftlichkeit (schwergradbereinigte Fallkosten pro Spitalstandort) und Zugang (regionale Erreichbarkeit der stationären Leistungen) massgebend seien. Die Leistungserbringer für die neue Spitalliste seien in einem zweistufigen Verfahren ausgewählt worden. Dabei sei zunächst anhand der generellen und

C-6587/2019 Seite 13 leistungsspezifischen Anforderungen gemäss der «SPLG-Systematik Psychiatrie BE» (Version 2017_01.00) und den «Anforderungen und Erläuterungen SPLG Psychiatrie BE» (Version 2017_01.00) die Eignung eines Spitals zur Leistungserbringung geprüft worden. Aus der Eignung eines Spitals allein entstehe aber kein Anspruch auf einen kantonalen Leistungsauftrag. So werde insbesondere bei einer fehlenden Versorgungsrelevanz kein Leistungsauftrag erteilt. Sofern die angebotenen Leistungen aller interessierten und geeigneten Spitäler dem ermittelten Bedarf entsprechen würden, erhielten alle interessierten und geeigneten Spitäler einen kantonalen Leistungsauftrag. Sofern jedoch die Gesamtheit der zur Leistungserbringung geeigneten Spitäler insgesamt zu einem Überangebot führen würde, müsse der Kanton eine Auswahl treffen. In diesem Fall werde das Auswahlverfahren auf einer zweiten Stufe fortgesetzt. Auf dieser zweiten Stufe würden insbesondere die Kriterien der Wirtschaftlichkeit, Qualität und Zugang zur Anwendung kommen. Zudem prüfe der Kanton, welches Spital den Versorgungszielen insgesamt und den Planungsgrundsätzen am besten gerecht werde. Bei der zu treffenden Entscheidung stehe dem Kanton ein Ermessensspielraum zu (vgl. GSI-act. 4-26 S. 4 ff., 8).

E. 5.2.2

Weiter führte die Vorinstanz insbesondere aus, der Leistungsbereich ER ELE gehöre zur überregionalen Versorgungsstufe. Leistungsgruppen der regionalen Versorgungsstufe seien dann versorgungsrelevant, wenn pro Leistungsgruppe in zwei von drei aufeinanderfolgenden Referenzjahren mindestens zehn Berner Fälle erbracht worden seien. Leistungsgruppen der überregionalen Versorgungsstufe müssten zusätzlich mindestens zwei Prozent aller Berner Fälle pro Leistungsgruppe abdecken. Eine Ausnahme davon ergebe sich jeweils bei den Leistungsgruppen FA (F10) und FD (F11-F19). Aufgrund der medizinischen Nähe respektive der vorhandenen Parallelen der Leistungsgruppen FA (F10) und FD (F11-F19) sei die vorherrschende Abhängigkeit (Alkohol oder andere Substanzen) oftmals nicht eindeutig. Eine klare Zuordnung der

Diagnosen zu den Leistungsgruppen FA (F10) oder FD (F11-F19) werde dadurch erschwert. Deshalb erteile der Regierungsrat diese Leistungsgruppen FA (F10) und FD (F11- F19) immer zusammen. Die zur Erreichung der Versorgungsrelevanz erforderlichen Fallzahlen und prozentuale Abdeckung würden sich somit insgesamt auf die in diesen beiden Leistungsgruppen FA (F10) und FD (F11- F19) erbrachten Fälle und nicht auf die einzelne Leistungsgruppe beziehen. Massgebend zur Beurteilung seien vorliegend die Jahre 2014-2016, in diesem Zeitraum müssten die vorgenannten Anforderungen (Fallzahlen und prozentuale Abdeckung) entweder in den Jahren 2014 und 2015, in

C-6587/2019 Seite 14 den Jahren 2015 und 2016 oder in den Jahren 2014 und 2016 erbracht worden sein (vgl. GSI-act. 4-26 S. 6 f., 10).

E. 5.2.3

Hinsichtlich der befristet erteilten Teilleistungsaufträge in den Leistungsgruppen FA (F10) und FD (F11-19) hielt die Vorinstanz im angefochtenen Beschluss sodann fest, die Beschwerdeführerin erfülle mit dem Standort Wysshölzli die Anforderungen der SPLG-Systematik Psychiatrie BE, jedoch sei sie in diesen Leistungsgruppen nicht versorgungsrelevant für die Bevölkerung des Kantons Bern. Trotz der modifizierten Anwendung der SPLG-Systematik Psychiatrie (hinsichtlich der beiden Leistungsgruppen FA und FD) und selbst unter Einbezug der in den relevanten Nebendiagnosen (F10-F19) für diese Leistungsgruppen erbrachten Fälle (gemäss Stellungnahme der Klinik Wysshölzli) und nur bezogen auf die Gesamtheit der Fälle der im Kanton Bern wohnhaften Frauen habe die Klinik Wysshölzli in den erwähnten Leistungsgruppen FA (F10) und FD (F11-F19) keine genügende prozentuale Abdeckung in den Jahren 2014-2016 erbracht. Entsprechend sei sie in diesen Leistungsgruppen insgesamt für die Bevölkerung des Kantons Bern nicht versorgungsrelevant und ihr könnten die Leistungsgruppen FA (F10) und FD (F11-F19) eigentlich nicht erteilt werden. Allerdings berücksichtige der Regierungsrat, weil er sich bei der Beurteilung der Versorgungsrelevanz auf die Jahre 2014-2016 habe stützen müssen, die aktuellste Datengrundlage als zusätzlichen Trend, sofern eine deutliche Steigerung der erbrachten Fallzahlen erkennbar gewesen sei und damit datenbasiert und realistischerweise Aussicht bestehe, dass der Leistungserbringer künftig versorgungsrelevant werden könnte. Auch dabei habe er dem speziellen Angebot der Klinik Wysshölzli für Frauen Rechnung getragen, indem er die erforderlichen Fallzahlen und prozentuale Abdeckung nur auf die weibliche Bevölkerung des Kantons Bern bezogen habe. Die von der Klinik Wysshölzli in den Jahren 2017 und 2018 in den Leistungsgruppen FA (F10) und FD (F11-F19) erbrachten Fälle und prozentuale Abdeckung würden – unter Einbezug der Nebendiagnosen – sodann in Bezug auf die erbrachten Fälle eine solche deutliche Steigerung erkennen lassen. Es bestehe die Aussicht, dass die Klinik Wysshölzli in diesen Leistungsgruppen für die Behandlung von Frauen künftig versorgungsrelevant werden könnte für die Berner Bevölkerung. Deshalb werde der Teilleistungsauftrag ER ELE mit den Leistungsgruppen FA (F10) und FD (F11-19) zur ausschliesslichen Behandlung von Frauen befristet bis zum 30. Juni 2020 erteilt. Vor Ablauf dieser Frist werde zu prüfen sein, ob die Klinik Wysshölzli die geforderten Fallzahlen im Zeitraum 2017-2019 in zwei von drei aufeinanderfolgenden Jahren, das heisst entweder in den Jahren 2017 und 2018, in den Jahren 2018 und 2019 oder in den Jahren

C-6587/2019 Seite 15 2017 und 2019 erreicht habe, um gestützt darauf zu beurteilen, ob ihr in diesem Bereich ein weiterer Teilleistungsauftrag für die Zeit ab dem 1. Juli 2020 erteilt werden könne (vgl. GSI-act. 4-26 S. 14-17).

E. 6

Einleitend ist daran zu erinnern, dass im vorliegenden Beschwerdeverfahren einzig die mit einer Befristung erteilten Teilleistungsaufträge Streitgegenstand sind (vgl. dazu auch oben E. 2.3). Daher ist mit der Vorinstanz (vgl. dazu BVGer-act. 9 Ziff. 5 Absatz 3) festzuhalten, dass im vorliegenden Beschwerdeverfahren das Auslaufen der Teilleistungsaufträge respektive eine allfällige (Nicht-) Verlängerung der bis zum 30. Juni 2020 befristeten Teilleistungsaufträge und damit eine allfällige Streichung von der Sperrliste nicht Streitgegenstand ist, sich das Bundesverwaltungsgericht entsprechend damit nicht zu befassen hat und die diesbezüglichen Vorbringen unbeachtlich sind. Dies betrifft vorliegend insbesondere die Ausführungen der Beschwerdeführerin hinsichtlich der Parallelen zwischen den vorliegenden stritten Teilleistungsaufträgen und dem Teilleistungsauftrag in der Leistungsgruppe F5 (vgl. dazu BVGer-act. 1 Rz. 24, 27), hinsichtlich der Berücksichtigung der Fallzahlen unter dem Titel der Wirtschaftlichkeit (vgl. BVGer-act. 1 Rz. 25), hinsichtlich des Planungskriteriums «Koordination mit anderen Kantonen» (vgl. BVGer-act. 1 Rz. 27; 15 Rz. 7 f.) und hinsichtlich des mit den Schlussbemerkungen nachgereichten Behandlungskonzepts (vgl. BVGer-act. 15 Beilage), das vorliegend bereits aufgrund des Novenverbots (vgl. oben E. 3.3) unbeachtlich ist.

Betreffend die ausschliessliche gemeinsame Erteilung der Leistungsaufträge bestimmter Leistungsgruppen, wie beispielsweise der Leistungsgruppen FA (F10) und FD (F11-19), ist der Vollständigkeit halber darauf hinzuweisen, dass dieser Entscheid in den weiten Ermessensspielraum der Vorinstanz fällt und vom Bundesverwaltungsgericht daher nicht auf seine Angemessenheit zu überprüfen ist (vgl. oben E. 3.1).

E. 7

Zunächst ist das (implizite) Vorbringen der Beschwerdeführerin zu prüfen, wonach im vorliegenden Fall ihrer fachlichen Spezialisierung auf die Behandlung von Frauen in Anwendung des Verfassungsprinzips der Rechtsgleichheit nicht ausreichend Rechnung getragen worden sei.

E. 7.1

Die Parteien äussern sich diesbezüglich zusammengefasst folgendermassen:

C-6587/2019 Seite 16

E. 7.1.1

Beschwerdeweise legt die Beschwerdeführerin dar, sie biete seit nunmehr 127 Jahren Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen an. Von Beginn an hätten sich die Angebote ausschliesslich auf Frauen beschränkt. Das Störungsbild bei Frauen mit Abhängigkeitserkrankungen unterscheide sich in wesentlichen Punkten vom Störungsbild bei Männern mit Abhängigkeitserkrankungen. An dieser unterschiedlichen Verarbeitung der Erkrankungen und der gezielten Behandlung von Frauen mit Abhängigkeitserkrankungen orientiere sich das genderorientierte Behandlungskonzept der Beschwerdeführerin. Das Behandlungskonzept und die Therapiemodule in der Klinik der Beschwerdeführerin seien explizit frauenspezifisch ausgerichtet und würden die Zusammenhänge zwischen der weiblichen Sozialisation und den Verhaltensweisen bei Abhängigkeitserkrankung gezielt einbeziehen. Eine frauenspezifische therapeutische Herangehensweise verhindere häufig auch eine Pathologisierung von frauenspezifischen Problemen. Schweizweit gebe es nach Einschätzung der Beschwerdeführerin bisher kein

Angebot, welches mit dem Angebot der Beschwerdeführerin vergleichbar wäre. Insbesondere auch aus diesem Grund habe die Beschwerdeführerin in ihrer spezialisierten Fachklinik Patientinnen aus der ganzen Schweiz behandelt. Im Schnitt der letzten Jahre seien rund 70 Prozent der Leistungen für ausserkantonale Patientinnen erbracht worden. Mit der Befristung der Leistungsaufträge und der erneuten Überprüfung, ob die Beschwerdeführerin künftig versorgungsrelevant werden könnte für die Berner Bevölkerung, würden zugleich der Wegfall eines wohl einmaligen Leistungsangebots für Frauen und der diesbezügliche Verlust von grosser Erfahrung und Spezialwissen drohen. Das Angebot der Beschwerdeführerin lasse sich aufgrund der fachlichen Spezialisierung, der genderspezifischen Ausrichtung und der nationalen Tätigkeit schwierig mit anderen Leistungserbringern im Kanton Bern vergleichen. Dem sei bei der Anwendung des Verfassungsprinzips der Rechtsgleichheit im vorliegenden Zusammenhang Rechnung zu tragen. Ebenso müsse darauf geachtet werden, dem Einzelfall gerecht zu werden (vgl. BVGer-act. 1 Rz. 11-14, 20).

E. 7.1.2

Die Vorinstanz bringt demgegenüber in ihrer Vernehmlassung insbesondere vor, sie habe die Beschwerdeführerin nicht mit anderen Leistungserbringern verglichen (vgl. BVGer-act. 9 Ziff. 5 Absatz 2). Weiter führt die Vorinstanz aus, entgegen der Auffassung der Beschwerdeführerin gehe es im vorliegenden Verfahren um die Versorgungsrelevanz des Angebots der Beschwerdeführerin und nicht um das Verfassungsprinzip der Rechtsgleichheit und die Einzelfallgerechtigkeit: Es bestehe kein Anspruch eines Leistungserbringers, ein spezielles Angebot zu entwickeln und allein gestützt auf diese Spezialität auf die Spitalliste aufgenommen zu werden.

C-6587/2019 Seite 17 Vielmehr müsse dieses spezielle Angebot versorgungsrelevant sein. Dem genderspezifischen Angebot der Beschwerdeführerin sei sodann Rechnung getragen worden, indem die Vorinstanz die erforderlichen Fallzahlen und prozentuale Abdeckung nur auf die Gesamtheit der Fälle der im Kanton Bern wohnhaften Frauen bezogen habe (BVGer-act. 9 Ziff. 7 Absätze 4 und 7).

E. 7.2

Der Rechtsgleichheit kommt im Zusammenhang mit der Spitalplanung gemäss der Rechtsprechung nur eine eingeschränkte Bedeutung zu. Es liegt in der Natur einer Planung, dass potentielle Leistungserbringer, die sich unter Umständen in der gleichen Lage befinden, verschieden behandelt werden können. Es genügt daher, dass eine Planung objektiv vertretbar, das heisst nicht willkürlich ist. Mit anderen Worten fällt hier der Grundsatz der Rechtsgleichheit mit dem Willkürverbot zusammen (BGE 138 II 398 E. 3.6; vgl. Urteile des BVGer C-5603/2017 vom 14. September 2018 [nicht in BVGE 2018 V/3 publizierte] E. 16.6; C-490/2016 vom 10. Mai 2017 E. 7.3; GEBHARD EUGSTER, Krankenversicherung, in: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Band XIV, Soziale Sicherheit, 3. Aufl. 2016, S. 656 Rz. 804). Hinweise auf eine willkürliche Behandlung der Beschwerdeführerin im Rahmen dieser Spitalplanung sind vorliegend nicht ersichtlich und werden von der Beschwerdeführerin sodann auch nicht substantiiert geltend gemacht. Vielmehr geht aus den Akten hervor, dass die Vorinstanz dem genderspezifischen Angebot der Beschwerdeführerin Rechnung getragen hat und diesbezügliche Hinweise der Beschwerdeführerin in ihrer Beurteilung sowie Erteilung der Teilleistungsaufträge berücksichtigt hat (vgl. dazu oben E. 5.2.3; vgl. auch GSI-act. 65-66

[Versorgungsrelevanz 2014-2016 vor Anhörung]; 67-68 [Versorgungsrelevanz 2014-2016 nach Anhörung]; 69-70 [Versorgungsrelevanz Trend 2017/2018]).

E. 8

Weiter ist die Rüge der Beschwerdeführerin, dass eine Angebotskonzentration mittels des Kriteriums der Versorgungsrelevanz nur zulässig sei, wenn sie aus sachgerechten Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsüberlegungen erfolge, zu prüfen.

E. 8.1

Die Parteien argumentieren in diesem Zusammenhang wie folgt:

E. 8.1.1

Die Beschwerdeführerin verweist in ihrer Beschwerde auf die Urteile des Bundesverwaltungsgerichts C-2907/2008 vom 26. Mai 2011 (E. 6.2)

C-6587/2019 Seite 18 sowie C-5647/2011 vom 16. Juli 2013 (E. 5.4.3) und bringt vor, soweit Fallzahlen beziehungsweise die sich ebenfalls aus den Fallzahlen ergebende Abdeckung als Qualitätsindikator verwendet werden sollten, sei die Beschränkung auf Berner Fälle vorliegend nicht sachgerecht beziehungsweise nicht aussagekräftig und mithin bundesrechtswidrig. Für die Qualität der medizinischen Behandlungen spiele es keine Rolle, aus welchem Kanton die Patientin stamme. Es zähle einzig die absolute Zahl der Patientinnen. Im Falle der Beschwerdeführerin würden die ausserkantonalen Fälle im Schnitt der letzten Jahre rund 70 Prozent ausmachen. Nach Einschätzung der Beschwerdeführerin dürfte ihr Anteil ausserkantonomer Fälle deshalb verglichen mit anderen Kliniken klar überdurchschnittlich sein. Wenn die Leistungsqualität beurteilt werden sollte, müssten somit alle Fälle berücksichtigt werden. Eine Berücksichtigung nur der Berner Fälle lasse keine verlässlichen Schlüsse auf die Qualität zu und sei damit unter diesem Titel bundesrechtswidrig, da weder nachvollziehbar noch sachgerecht. Zudem verstosse dies gegen die Rechtsgleichheit und diskriminiere die Beschwerdeführerin, welche aufgrund ihres spezifischen Angebots vergleichsweise überdurchschnittlich viele ausserkantonale Patientinnen aufweisen dürfte. Die Beschwerdeführerin gehe davon aus, dass sie bei einer korrekten Anwendung der Fallzahlen die Anforderungen erfülle (vgl. BVGer-act. 1 Rz. 21 f.).

E. 8.1.2

Vernehmlassungsweise macht die Vorinstanz unter anderem geltend, die Beschwerdeführerin erfülle grundsätzlich die Anforderungen der SPLG-Systematik. Allerdings habe die Vorinstanz der Beschwerdeführerin die angefochtenen befristeten Leistungsaufträge mit Auflagen, deren Überprüfung noch ausstehe, erteilt. Aus der Eignung allein entstehe zudem noch kein Anspruch auf einen kantonalen Leistungsauftrag. Vielmehr müsse der Leistungserbringer gemäss Versorgungsplanung 2016 für die Bevölkerung des Kantons Bern auch versorgungsrelevant sein. Der Bedarf (an KVG-relevanten stationären Leistungen) orientiere sich an der Kantonsbevölkerung unter Berücksichtigung der Versorgungsrelevanz. Dabei gehe es nicht um die Existenz oder Strukturhaltung der einzelnen Spitäler beziehungsweise der Beschwerdeführerin. Vielmehr müsse der Kanton eine langfristig bedarfsgerechte, zugängliche, qualitativ gute und finanzierbare Spitalversorgung für die Berner Bevölkerung sicherstellen. Massgebend zur Beurteilung der Versorgungsrelevanz seien die Jahre 2014-2016 gewesen. Habe ein Spitalstandort zu wenig Fälle in einem Leistungsreich erbracht respektive

eine ungenügende prozentuale Abdeckung nach, so sei er zur Versorgung der Bevölkerung nicht relevant. Die

C-6587/2019 Seite 19 Vorinstanz folge bei der Versorgungsrelevanz (Bedarfskriterium) im Grundsatz den neusten Empfehlungen der GDK zur Spitalplanung. Die aktuellen Empfehlungen der GDK zur Spitalplanung würden eine Versorgungsrelevanz von zehn [recte: fünf] Prozent (und zugleich zehn Fällen) pro Leistungsgruppe vorschlagen. Der von der Vorinstanz angewendete Schwellenwert sei somit deutlich niedriger und damit auch für die Beschwerdeführerin sanfter als die von der GDK vorgeschlagene Operationalisierung. Die Vorinstanz sei entgegen der Auffassung der Beschwerdeführerin bezüglich der Versorgungsrelevanz und dem abgestuften Versorgungsmodell weder willkürlich noch sachlich ungerechtfertigt vorgegangen. Vielmehr habe die Vorinstanz auch die Argumente der Beschwerdeführerin im Rahmen des rechtlichen Gehörs berücksichtigt. Die Beschwerdeführerin habe trotz dieser zu ihren Gunsten erfolgten Anpassungen keine genügende prozentuale Abdeckung in den erwähnten Leistungsgruppen in den Jahren 2014-2016 erbracht. Die Vorinstanz habe jedoch die zu diesem Zeitpunkt aktuellste Datengrundlage als zusätzlichen Trend für die Beschwerdeführerin berücksichtigt. Auch bei dieser Trendbetrachtung habe sie dem speziellen Angebot für Frauen Rechnung getragen. Mit der befristeten Erteilung der Leistungsaufträge habe die Beschwerdeführerin die Chance, bis zum 30. Juni 2020 nachzuweisen, dass sie die Voraussetzungen der Versorgungsplanung 2016 erfülle, das heisst die erforderlichen Fallzahlen und die prozentuale Abdeckung erreiche. Selbst wenn die Vorinstanz die Leistungsaufträge unbefristet erteilt hätte (sog. Daueraufträge), könnte die Beschwerdeführerin daraus nicht ableiten, dass sie diese Leistungsaufträge tatsächlich für immer auf sicher hätte. Vielmehr könnte eine Behörde Dauerverfügungen anpassen, wenn sich der Sachverhalt ändere, das heisst die Beschwerdeführerin zum Beispiel die notwendigen Fallzahlen und die prozentuale Abdeckung nicht mehr erreiche (BVGer-act. 9 Ziff. 7).

Soweit die Beschwerdeführerin unter Verweis auf die Rechtsprechung geltend mache, die Fallzahlen als Qualitätsindikator seien nicht auf die Berner Fälle zu beschränken, legt die Vorinstanz dar, dass die zitierte Rechtsprechung den Bereich Akutsomatik und die als Qualitätsindikatoren vorgeschriebenen Mindestfallzahlen zur Prüfung der Eignung eines Leistungserbringers betreffe. Die Spitalliste Psychiatrie des Kantons Bern kenne demgegenüber keine «Mindestfallzahlen» als Qualitätsindikator. Vielmehr würden die verlangten Fallzahlen (zehn Berner Fälle) und die prozentuale Abdeckung (2 % aller Berner Fälle) die Versorgungsrelevanz eines Leistungserbringers für die Bevölkerung des Kantons Bern betreffen. Der von der Beschwerdeführerin geltend gemachten Ungleichbehandlung könne zudem vorliegend nicht gefolgt werden, im Gegenteil: Die Vorinstanz habe

C-6587/2019 Seite 20 gerade wegen der durch das frauenspezifische Angebot der Beschwerdeführerin fehlenden Möglichkeit, gleich viele Fälle zu generieren wie ein Leistungserbringer, der auch Männer behandle, zu Gunsten der Beschwerdeführerin nach dem Grundsatz, Gleiches nach Massgabe seiner Gleichheit gleich und Ungleiches nach Massgabe seiner Ungleichheit ungleich zu behandeln, gehandelt und die erforderlichen Fallzahlen und die prozentuale Abdeckung nur auf die Gesamtheit der Fälle der im Kanton Bern wohnhaften Frauen bezogen (vgl. BVGer-act. 9 Ziff. 8).

E. 8.1.3

In seiner Stellungnahme führt das BAG aus, die Rechtsprechung zeige den Bezug zwischen der Wirtschaftlichkeit und der Qualität der Leistungserbringung und der Methode der Versorgungsrelevanz. Die Versorgungsrelevanz könne aber nur in einem gewissen Umfang die Qualität, die Wirtschaftlichkeit und die Effizienz der Leistungserbringung reflektieren. Eine nähere Beurteilung werde mit dem Vergleich der Spitäler gestützt auf ihre schweregradbereinigten Kosten und auf den Qualitätsausweis durchgeführt. Diese Beurteilung erfolge bei der Anwendung der Methode der Versorgungsrelevanz nur, wenn ein Spital die geforderten Fallzahlen erfülle. Mit der Anwendung der Regel der Versorgungsrelevanz definiere der Kanton Bern, welche Spitäler zu evaluieren seien und welche nicht. Ein solches Vorgehen sei zulässig und liege im Ermessensspielraum des Kantons bei der Umsetzung seiner kantonalen Planungspflicht. Dieses Vorgehen könne namentlich – in Bezug auf die Beurteilung der ausserkantonalen Spitäler für die Planung – in Koordination mit den davon in ihrer Versorgungssituation betroffenen Kantonen erklärt werden. Weiter liege es im Ermessensspielraum des Kantons Bern zu beurteilen, ob es sich beim Angebot der Beschwerdeführerin um ein spezielles Angebot handle und ob bei der Anwendung der Methode der Versorgungsrelevanz dieses Angebot separat zu betrachten sei (vgl. BVGer-act. 11 Rz. 3-5.2).

E. 8.1.4

Die Vorinstanz präzisiert in ihren Schlussbemerkungen im Zusammenhang mit der Stellungnahme des BAG, dass für die Beurteilung, ob die Beschwerdeführerin versorgungsrelevant sei, ausschliesslich die Fallzahlen von Personen mit Wohnsitz im Kanton Bern massgebend seien. Die Forderung der Beschwerdeführerin, es seien alle Fälle zu berücksichtigen, betreffe das Kriterium der sogenannten Mindestfallzahlen (MFZ), das aber ausschliesslich im Versorgungsbereich Akutsomatik angewendet werde. Diese Mindestfallzahlen seien für einzelne spezialisierte Leistungsgruppen im Versorgungsbereich Akutsomatik als Qualitätsindikatoren vorgeschrieben, um die Eignung eines Leistungserbringers zu beurteilen. Damit solle in erster Linie verhindert werden, dass Patientinnen und Patienten in einem

C-6587/2019 Seite 21 Spital behandelt würden, in welchem diese spezialisierten stationären Behandlungen nur alle drei bis vier Monate oder noch seltener erbracht würden. Dagegen sei im Versorgungsbereich Psychiatrie die SPLG-Systematik Psychiatrie Bern Grundlage zur Beurteilung des Eignungskriteriums. Diese SPLG-Systematik sehe – im Gegensatz zur SPLG-Systematik Akutsomatik Bern – keine sogenannten Mindestfallzahlen vor. Der Grund liege darin, dass in der Psychiatrie (anders als in der Akutsomatik) keine Operationen durchgeführt würden. Ob ein Spital geeignet sei, zu Lasten der OKP Leistungen erbringen zu dürfen, beurteile sich somit im Versorgungsbereich Psychiatrie nicht nach den gleichen Eignungskriterien wie im Versorgungsbereich Akutsomatik (vgl. BVGer-act. 14 Ziff. 1).

E. 8.1.5

In ihren Schlussbemerkungen bekräftigt die Beschwerdeführerin demgegenüber, die angefochtene Verfügung müsse Sinn und Zweck des übergeordneten Rechts entsprechen und verhältnismässig sein. Sowohl die Methode der Beurteilung der Versorgungsrelevanz als auch das Ergebnis müssten mit dem übergeordneten Recht beziehungsweise den mit dem Spitalfinanzierungssystem beabsichtigten Zielen der Effizienz- und Qualitätsverbesserung vereinbar sein. Entsprechend sei zu prüfen, ob die verfügte Befristung

beziehungsweise die in Aussicht stehende Streichung von der Spitalliste rechtens beziehungsweise verhältnismässig sei. Die Beschwerdeführerin sei die wirtschaftlichste Leistungserbringerin im Kanton Bern und die Fallzahlen seien nur deshalb relativ tief, weil spezialisierte Leistungen angeboten würden. Die Beschwerdeführerin erfülle die Anforderungen am effizientesten von allen Anbietern und an der Qualität ihres Angebots könnten keine Zweifel bestehen. Vor diesem Hintergrund würden sich die Befristung und die in Aussicht stehende Streichung als nicht zweckmässig und unverhältnismässig erweisen. Sie seien gerade nicht geeignet und erforderlich, um die angestrebte Steigerung der wirtschaftlichen Effizienz und der Qualität zu erreichen, und führten zum Gegenteil des Beabsichtigten. Sie würden damit in casu der mit dem Spitalfinanzierungssystem beabsichtigten Effizienz- und Qualitätsverbesserung widersprechen. Dafür bestehe kein Ermessensspielraum des Kantons. Es wäre ein Schildbürgerstreich, wenn im Kanton Bern unter dem Titel der Verbesserung der Wirtschaftlichkeit und Qualität ausgerechnet das kantonsweit kostengünstigste Angebot einer Klinik, welche über eine 127-jährige Tradition verfüge und an dessen Qualität es keine Zweifel geben könne, «systembedingt» von der Spitalliste fliegen sollte (vgl. BVGer-act. 15).

E. 8.2

Soweit die Beschwerdeführerin vorliegend die Rechtsprechung des Bundesverwaltungsgerichts zu den Mindestfallzahlen als Qualitätsindikator

C-6587/2019 Seite 22 im Bereich der Akutsomatik anführt, ist der Vorinstanz aufgrund der vorliegenden Akten beizupflichten, dass für die Spitalliste Psychiatrie 2020 keine sogenannten Mindestfallzahlen zur Überprüfung des Qualitätskriteriums vorgesehen sind (vgl. dazu GSI-act. 136-153; 154-155). Entsprechend ist auf die diesbezüglichen Ausführungen der Beschwerdeführerin nicht weiter einzugehen beziehungsweise hinsichtlich der wiederum geltend gemachten Ungleichbehandlung auf die obige Erwägung 7.2 zu verweisen.

E. 8.3

Die Beschwerdeführerin verkennt sodann mit der Argumentation in ihren Schlussbemerkungen zur Methode der Versorgungsrelevanz beziehungsweise deren Ergebnis, dass die Spitalplanung nicht nur Qualitäts- und Effizienzverbesserungen bezweckt, sondern neben der bedarfsgerechten Spitalversorgung der Bevölkerung (Art. 58a Abs. 1 KVV) auch eine Kosteneindämmung und namentlich den Abbau von Überkapazitäten. Zur Leistungserbringung zulasten der OKP sind daher grundsätzlich nur so viele Spitäler zuzulassen (bzw. Leistungsaufträge zu erteilen) als für die Deckung des Bedarfs erforderlich sind (Urteil des BVGer C-4232/2014 vom 26. April 2016 E. 5.4.2). Für die Versorgung eines Kantons nicht relevante Spitäler müssen bei der Vergabe eines Leistungsauftrags nicht berücksichtigt werden. Dadurch werden Überkapazitäten vermieden beziehungsweise reduziert (vgl. BVGE 2010/15 E. 6.5.2; Empfehlungen der GDK zur Spitalplanung vom 25. Mai 2018, Empfehlung 2, S. 9, < https://www.gdk-cds.ch/fileadmin/docs/public/gdk/aktuelles/empfehl/EM_2018/EM_Spitalplanung_totalrevidiert_20180525_def_d.pdf >, abgerufen am 23. August 2022). Gemäss der Rechtsprechung des Bundesverwaltungsgerichts ist daher grundsätzlich nicht zu beanstanden, wenn ein Kanton Bewerbern aufgrund fehlender Versorgungsrelevanz keinen Leistungsauftrag erteilt, auch wenn sie die leistungsspezifischen Anforderungen erfüllen, zumal kein Anspruch auf Aufnahme auf die Spitalliste besteht (vgl. dazu Urteil

C-2827/2019 [nicht in BVGE 2021 V/1 publizierte] E. 6.7 m.H.). Weiter hat das Bundesverwaltungsgericht festgestellt, dass die Bestimmung der Versorgungsrelevanz auf der Basis des gesamten innerkantonalen Leistungsvolumens («alle Berner Fälle») sachgerecht erscheine, weil sich die Spitalplanung am Bedarf der ganzen Kantonsbevölkerung orientieren müsse, und den Empfehlungen der GDK entspreche, welche die Schwellenwerte zur Ermittlung der Versorgungsrelevanz ebenfalls anhand der stationären Behandlungen aller Kantoneinwohnerinnen und -einwohnern festlege (vgl. Urteil C-2827/2019 [nicht in BVGE 2021 V/1 publizierte] E. 6.11 m.w.H.).

C-6587/2019 Seite 23

E. 8.4

Entsprechend ist nicht ersichtlich, inwiefern die Vorinstanz mit der Anwendung der Methode der Versorgungsrelevanz gegen Bundesrecht verstossen haben soll. Was sodann die von der Beschwerdeführerin gerügte Unverhältnismässigkeit angeht, ist daran zu erinnern, dass die Vorinstanz bei der Spitalplanung über einen erheblichen Ermessensspielraum verfügt und das Bundesverwaltungsgericht die Frage der Angemessenheit gemäss Art. 53 Abs. 2 Bst. e KVG nicht zu überprüfen hat (vgl. oben E. 3.1). Ergänzend anzuführen bleibt, dass trotz Erteilung eines befristeten Leistungsauftrags kein Rechtsanspruch auf Erteilung eines solchen ohne Befristung besteht (vgl. Urteil des BVGer C-490/2016 E. 7.2 f.).

E. 9

Aufgrund der obigen Ausführungen ist im vorliegenden Fall nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdeführerin in den Leistungsgruppen FA (F10) und FD (F11-F19) gestützt auf die folgenden Fallzahlen (inkl. relevante Nebendiagnosen, nur auf die weibliche Bevölkerung des Kantons Bern bezogen) und prozentualen Abdeckungen (nur auf die weibliche Bevölkerung des Kantons Bern bezogen) als nicht versorgungsrelevant (vgl. dazu oben E. 5.2.2) eingestuft wurde und ihr deshalb – gestützt auf den ebenfalls abgeleiteten Trend 2017/2018 (wobei die Beschwerdeführerin den Schwellenwert von zwei Prozent nur im Jahr 2017 erreicht) – lediglich bis zum 30. Juni 2020 befristete Teilleistungsaufträge erteilt wurden (vgl. dazu GSI-act. 4-26 S. 14 f.; 67-70):

FA (F10) / FD (F11-F19)	2014	2015	2016	2017	2018	Anzahl Fälle
	24	24	26	37	34	Prozentualer Anteil

E. 10

Zu entscheiden bleibt damit, ob vorliegend eine Übergangsfrist anzuordnen ist.

E. 10.1

Nach der Rechtsprechung des Bundesverwaltungsgerichts kann einem Spital, das nicht mehr in die Spitalliste aufgenommen wurde oder dessen Leistungsaufträge reduziert wurden, eine Übergangsfrist von bis zu sechs Monaten eingeräumt werden. Die Übergangsfrist soll einerseits dazu dienen, die Behandlung bereits aufgenommener Patientinnen und Patienten in der fraglichen Klinik abschliessen zu können, und andererseits der betroffenen Klinik ermöglichen, allenfalls erforderliche Anpassungen in betrieblicher Hinsicht (z.B. betreffend Infrastruktur und Personal) vorzunehmen. Die Dauer der Übergangsfrist ist im Einzelfall unter Berücksichtigung der konkreten Umstände festzusetzen, wobei sechs Monate den maximalen Rahmen bilden (vgl. Urteil des BVGer C-220/2012 vom 4. Juni 2012 E. 2.3.2 m.w.H.). Bei der Übergangsfrist handelt es sich um eine Frist, die erst nach Abschluss des Verfahrens vor dem Bundesverwaltungsgericht ihre

rechtlichen Wirkungen entfaltet. Die Vorschrift über den Stillstand der Fristen (Art. 22a VwVG) ist darauf nicht anwendbar (BVGE 2010/15 E. 8.2; Urteil des BVGer C-3413/2014 vom 11. Mai 2017 E. 15.3).

E. 10.2

Im vorliegenden Fall verfügte die Beschwerdeführerin während des hängigen Beschwerdeverfahrens weiterhin gestützt auf die Spitalliste Psy- chiatrie 2012 über Leistungsaufträge für die Leistungsgruppen FA (F10) und FD (F11-F19) (vgl. dazu oben Bst. A). Denn der Beschluss der Vor- instanz vom 6. November 2019 hinsichtlich der bis 30. Juni 2020 befristeten Teilleistungsaufträge FA (F10) und FD (F11-F19) wird aufgrund der auf- schiebenden Wirkung im Rahmen des Beschwerdeverfahrens vor Bundes- verwaltungsgericht (vgl. Art. 53 Abs. 2 KVG i.V.m. Art. 55 VwVG) erst mit dem Datum der vorliegend endgültigen Beschwerdeabweisung (vgl. dazu nachfolgend E. 13) in Rechtskraft erwachsen. Nichts Anderes ergibt sich im Übrigen aus den diesbezüglichen Erwägungen der Vorinstanz im Be- schluss vom 6. November 2019 (vgl. GSI-act. 4-26 S. 17 f.). Die von der Vorinstanz mit Beschluss vom 6. November 2019 angeordnete Befristung der Teilleistungsaufträge FA (F10) und FD (F11-F19) ist jedoch zwischen- zeitlich ausgelaufen, ohne dass die Vorinstanz – soweit ersichtlich – eine

C-6587/2019 Seite 25 neue Anordnung getroffen hätte (vgl. dazu Spitalliste Psychiatrie 2020 – Übersicht der laufenden Anpassungen [Stand: 1.7.2022], abrufbar unter < <https://www.gsi.be.ch/de/start/themen/gesundheit/gesundheitsversor- ger/spitaeler-psychiatrie-rehabilitation/spitallisten.html> >, abgerufen am 23. August 2022). Bei dieser Ausgangslage dürfte die Beschwerdeführerin ihre Leistungen in den Leistungsgruppen FA (F10) und FD (F11-F19) man- gels Leistungsauftrag ab Urteilsdatum nicht mehr zu Lasten der OKP er- bringen. Aus diesem Grund ist es vorliegend angezeigt, der Beschwerde- führerin eine Übergangsfrist von sechs Monaten anzusetzen, sodass die Vorinstanz – wie im angefochtenen Beschluss in Aussicht gestellt (vgl. GSI- act. 4-26 S. 17) – prüfen und darüber entscheiden kann, ob die Beschwer- deführerin die geforderten Fallzahlen und prozentuale Abdeckung in zwei von drei aufeinanderfolgenden Jahren erreicht hat und ihr gestützt darauf für diesen Bereich ein weiterer (befristeter oder unbefristeter) Teilleistungsauftrag erteilt werden kann.

E. 11

Der vorliegende Entscheid betrifft grundsätzlich alle Versicherten mit Wohnsitz im Kanton Bern, weshalb praxisgemäss eine Veröffentlichung des Dispositivs geboten ist. Die Vorinstanz wird daher eingeladen, die Zif- fer 2 des Dispositivs dieses Entscheids im kantonalen Amtsblatt zu veröf- fentlichen.

E. 12

Zu befinden bleibt über die Verfahrenskosten und eine allfällige Parteient- schädigung.

E. 12.1

Als unterliegende Partei wird die Beschwerdeführerin kostenpflichtig (vgl. Art. 63 Abs. 1 VwVG). Die Spruchgebühr richtet sich nach Umfang und Schwierigkeit der Streitsache, Art der Prozessführung und finanzieller Lage der Parteien (vgl. Art. 63 Abs. 4bis VwVG). Für das vorliegende Ver- fahren sind die Verfahrenskosten auf Fr. 4'000.- festzusetzen. Dieser Be- trag wird dem in dieser Höhe geleisteten Kostenvorschuss entnommen.

E. 12.2

Gemäss Art. 64 Abs. 1 VwVG hat die obsiegende Partei Anspruch auf eine Parteientschädigung für die ihr erwachsenen notwendigen und verhältnismässig hohen Kosten. Der obsiegenden Vorinstanz ist jedoch keine Entschädigung zuzusprechen (vgl. Art. 7 Abs. 3 des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht [VGKE, SR 173.320.2]).

C-6587/2019 Seite 26

E. 13

Die Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten an das Bundesgericht gegen Entscheide auf dem Gebiet der Krankenversicherung, die das Bundesverwaltungsgericht gestützt auf Art. 33 Bst. i VGG in Verbindung mit Art. 53 Abs. 1 KVG getroffen hat, ist gemäss Art. 83 Bst. r des Bundesgesetzes vom 17. Juni 2005 über das Bundesgericht (Bundesgerichtsgesetz, BGG, SR 173.110) unzulässig. Das vorliegende Urteil ist somit endgültig (vgl. auch BGE 141 V 361).

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