
15

Auszug aus dem Urteil der Abteilung III
i. S. Klinik X. gegen Regierungsrat des Kantons Graubünden
C-6062/2007 vom 20. April 2010

Krankenversicherung. Spitalversorgung. Zulassung von (ausserkantonalen) Leistungserbringern. Streichung von der Spitalliste.

Art. 39 Abs. 1 Bst. d und e KVG.

1. Prüfung der Voraussetzungen für die Zulassung zur Tätigkeit zu Lasten der sozialen Krankenversicherung; Bestätigung der Praxis des Bundesrates (BR) (E. 3–6.2).
2. Wenn das fragliche Leistungsangebot kantonsintern überhaupt nicht abgedeckt werden kann, hat der Kanton im Bereich der ausserkantonalen Spitalplanung selber potenzielle Anbieter zu eruieren, falls sich keine oder nicht genügend geeignete Leistungserbringer anbieten; Präzisierung der Rechtsprechung (E. 6.3).
3. Ausnahmen von der Evaluationspflicht; Bestätigung der Praxis des BR (E. 6.4–6.5.2).
4. Wird eine Klinik von der Spitalliste gestrichen, sind Übergangsfristen von weniger als sechs Monaten zulässig; Präzisierung der Rechtsprechung (E. 8.2).
5. Urteile des Bundesverwaltungsgerichts betreffend Spitallisten sind letztinstanzlich (E. 11).

Assurance-maladie. Soins hospitaliers. Admission de fournisseurs de prestations extra-cantonaux. Radiation de la liste des hôpitaux.

Art. 39 al. 1 let. d et e LAMal.

1. Examen des conditions pour être admis à pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins; confirmation de la pratique du Conseil fédéral (CF) (consid. 3–6.2).
2. Lorsque les hôpitaux d'un canton ne sont pas en mesure d'offrir une prestation et qu'aucun autre établissement apte à fournir cette prestation ne se manifeste de son propre chef, ce canton doit, dans le cadre de sa planification hospitalière extra-cantonale, rechercher lui-même des fournisseurs de prestations potentiels; précision de la jurisprudence (consid. 6.3).

3. Exceptions à l'obligation d'évaluation; confirmation de la pratique du CF (consid. 6.4–6.5.2).
4. Lorsqu'une clinique ne figure plus sur une liste hospitalière, un délai transitoire de moins de six mois est admis; précision de la jurisprudence (consid. 8.2).
5. Les arrêts rendus par le Tribunal administratif fédéral en matière de liste hospitalière sont définitifs (consid. 11).

Assicurazione malattie. Cure ospedaliere. Autorizzazione dei fornitori di prestazioni (extra-cantionali). Stralcio dall'elenco ospedaliero.

Art. 39 cpv. 1 lett. d ed e LAMal.

1. Esame delle condizioni per l'autorizzazione ad esercitare a carico dell'assicurazione sociale malattie; conferma della prassi del Consiglio federale (CF) (consid. 3–6.2).
2. Se la prestazione richiesta non può essere fornita all'interno del cantone, quest'ultimo deve cercare, nell'ambito della pianificazione ospedaliera extra-cantonale, un potenziale fornitore di prestazioni, nel caso non ce ne fosse nessuno o uno sufficientemente adatto ad offrire tale prestazione; precisazione della giurisprudenza (consid. 6.3).
3. Eccezioni all'obbligo di valutare; conferma della prassi del CF (consid. 6.4–6.5.2).
4. Nel caso in cui una clinica venga stralciata dall'elenco ospedaliero, un termine transitorio inferiore a sei mesi è ammissibile; precisazione della giurisprudenza (consid. 8.2).
5. Le decisioni del Tribunale amministrativo federale concernenti l'elenco ospedaliero sono definitive (consid. 11).

Mit Beschluss vom 7. August 2007 hat der Regierungsrat des Kantons Graubünden (nachfolgend: Regierungsrat oder Vorinstanz) die Spitalliste des Kantons Graubünden revidiert und die (ausserkantonale) Klinik X. (nachfolgend: Beschwerdeführerin oder beschwerdeführende Klinik) von der Spitalliste gestrichen.

Gegen diesen Beschluss hat die Beschwerdeführerin mit Eingabe vom 11. September 2007 Beschwerde beim Bundesverwaltungsgericht (BVGer) erhoben. Sie beantragte insofern die Aufhebung des Entscheids

vom 7. August 2007, als die Beschwerdeführerin von der Spitalliste gestrichen worden sei.

Der Regierungsrat beantragte mit Vernehmlassung vom 16. Oktober 2007 die Abweisung der Beschwerde.

Mit Eingabe vom 18. Oktober 2007 liess sich *santésuisse*, Die Schweizer Krankenversicherer vernehmen und beantragte die Abweisung der Beschwerde unter Kosten- und Entschädigungsfolge.

In seiner Stellungnahme vom 20. Dezember 2007 vertrat das Bundesamt für Gesundheit die Auffassung, die Beschwerde sei gutzuheissen, der angefochtene Entscheid aufzuheben und die Sache zur Neubeurteilung an den Regierungsrat zurückzuweisen.

Das BVGer weist die Beschwerde ab.

Aus den Erwägungen:

1. (Eintreten)
2. (anwendbares Recht)
3. Vorliegend ist strittig und vom BVGer zu prüfen, ob der Regierungsrat die Beschwerdeführerin mit Beschluss vom 7. August 2007 zu Recht von der Spitalliste gestrichen hat. Die Beschwerde ist im Lichte von Art. 39 Abs. 1 des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG, SR 832.10) zu beurteilen. Es gilt in diesem Zusammenhang allerdings darauf hinzuweisen, dass nicht die Bedarfsplanung als Ganzes und deren Umsetzung im Vordergrund stehen, sondern grundsätzlich lediglich die Stellung der beschwerdeführenden Klinik in der Bündner (Spitalplanung und) Spitalliste (vgl. Bundesratsentscheid [BRE] vom 5. Juli 2000 betreffend Spitalliste Thurgau [98-14] E. II. 7.1, publiziert in *Kranken- und Unfallversicherung: Rechtsprechung und Verwaltungspraxis [RKUV]* 5/2001 438 ff.; vgl. in diesem Zusammenhang aber auch das Verfahren des BVGer C-2907/2008 vom 20. Oktober 2008, E. 3 ff. [insbes. E. 3.3], jedoch unterscheidet sich der Sachverhalt des vorliegenden Falles von jenem des angerufenen Präjudizes, geht es doch hier um die Frage der Aufnahme eines Spitals auf eine ausserkantonale Spitalliste; in solchen Fällen ist eine Beziehungsnähe zwischen Mitkonkurrenten, wie im angerufenen Zwischenentscheid dargelegt, [in aller Regel] bereits wegen der grossen Anzahl von potenziellen Anbietern von Vornherein ausgeschlossen).

4.

4.1 Um zur Tätigkeit zu Lasten der sozialen Krankenversicherung zugelassen zu werden, muss ein Spital eine ausreichende ärztliche Betreuung gewährleisten sowie über das erforderliche Fachpersonal und zweckentsprechende medizinische Einrichtungen verfügen (Dienstleistungs- und Infrastrukturvoraussetzung, Art. 39 Abs. 1 Bst. a–c KVG). Die Prüfung der Dienstleistungs- und Infrastrukturvoraussetzung erfolgt in erster Linie durch die Behörden des Standortkantons, welche aufgrund ihrer besonderen Kenntnisse der lokalen Verhältnisse dazu am besten in der Lage sind. 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 (Bedarfsdeckungs- und Koordinationsvoraussetzung; Art. 39 Abs. 1 Bst. d KVG). Im Sinne einer Publizitäts- und Transparenzvoraussetzung – an welche Rechtswirkungen geknüpft werden – setzt die Zulassung nach Art. 39 Abs. 1 Bst. e KVG schliesslich voraus, dass die Spitäler oder die einzelnen Abteilungen in der nach Leistungsaufträgen in Kategorien gegliederten Spitalliste des Kantons aufgeführt sind. Diese Voraussetzungen sollen eine Koordination der Leistungserbringer, eine optimale Ressourcennutzung und eine Eindämmung der Kosten bewirken (Botschaft des Bundesrates über die Revision der Krankenversicherung vom 6. November 1991, BBl 1992 I 166 f.).

4.2 Die Planung der bedarfsgerechten Spitalversorgung und deren Umsetzung auf der Ebene der Spitalliste umfassten nach der Praxis des BR mehrere Stufen: Ermittlung des Angebots und des Bedarfs an stationärer medizinischer Versorgung; Evaluation der Angebote der in Frage kommenden Spitäler; Zuweisung und Sicherung der benötigten Kapazitäten durch Leistungsaufträge an die in die Liste aufgenommenen Spitäler. Für die Zuweisung und Sicherung der Kapazitäten sind die Angebote der Leistungserbringer zu evaluieren. Die Evaluation muss aufgrund objektiver Kriterien erfolgen, und es soll dabei möglichst grosse Kostenvorherheit herrschen. Die Auswahl der Spitäler darf sich nicht allein nach Kriterien der Wirtschaftlichkeit richten; ein blosser Zahlenvergleich trüge weiteren wichtigen Kriterien, wie der Bereitschaft und Fähigkeit der Kliniken zur Tarifbindung und zur Aufnahme schwieriger Fälle, nicht Rechnung. Nur ein umfassender Vergleich der Angebote kommt dem Gebot der Gleichbehandlung nach. Zusätzlich bedarf die Planung einer laufenden Überprüfung (vgl. RKUV 4/1997 257 E. 4). Diese Rechtsprechung ist beizubehalten.

4.3 Gemäss Rechtsprechung des BR, die auch in dieser Hinsicht fortzuführen ist, mussten die Kantone sowohl für die allgemeinen Abteilungen wie auch für die Halbprivat- und Privatabteilungen der Spitäler eine Spitalplanung im Sinne von Art. 39 Abs. 1 Bst. d KVG durchführen. Das bedeutet namentlich, dass das Angebot und der Bedarf für alle Versicherungsklassen gesamthaft zu ermitteln sind. Aufgrund des Versicherungsobligatoriums können nämlich nicht nur Patientinnen und Patienten, die sich in der allgemeinen Abteilung behandeln lassen, sondern auch solche, welche die Halbprivat- und Privatabteilungen beanspruchen, einen Sockelbeitrag aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung beziehen (RKUV 6/1998 521 E. 3). Was den Begriff der allgemeinen Abteilung angeht, folgen der BR und das BVGer der Rechtsprechung des Bundesgerichts (BGer), welches den Begriff funktional auslegt und nicht den tatsächlichen Aufenthalt in einer örtlich ausgeschiedenen Abteilung fordert (BGE 123 V 290 E. 6). Der BR hält fest, dass der Gesetzgeber mit dem Begriff der allgemeinen Abteilung den Leistungsumfang der obligatorischen Krankenpflegeversicherung umschrieben und weder eine örtlich abgetrennte Abteilung noch eine spezielle Patientenkategorie geschaffen hat. Diese bezeichnet vielmehr den Leistungsumfang der obligatorischen Krankenpflegeversicherung bei stationärer Behandlung in einem Spital (vgl. Art. 25 Abs. 2 Bst. e KVG). Unter allgemeiner Abteilung wird daher im Folgenden jenes Leistungspaket verstanden, das die KVG-Versicherten unter voller Kostendeckung zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung beanspruchen können (vgl. Art. 41 Abs. 1 und 2, Art. 44 Abs. 1 und Art. 49 Abs. 4 KVG).

4.4 Das KVG spezifiziert nicht näher, in welcher Form die vorgeschriebene Spitalplanung von den Kantonen umzusetzen ist. Es regelt insbesondere nicht, wie die Spitallisten auszugestalten sind. Einige Kantone haben das Modell der unterteilten Spitalliste gewählt. Diese besteht aus einer Liste A, auf welcher den allgemeinen Abteilungen der öffentlichen und privaten Spitäler eine feste Bettenzahl zugewiesen wird, und einer Liste B, auf welcher die Halbprivat- und Privatabteilungen ohne Festsetzung von Bettenzahlen aufgeführt werden. Andere Kantone haben sich – wie vorliegend der Kanton Graubünden – für das Modell der integralen Liste entschieden. Diese unterscheidet nicht nach allgemeinen, privaten und halbprivaten Abteilungen. Von jenen Spitälern, welche auf die Spitalliste aufgenommen werden, sind daher unterschiedslos alle Abteilungen zur Tätigkeit zulasten der sozialen Krankenversicherung zugelassen. Die Liste arbeitet mit der Zuweisung von Gesamtbettenzahlen. Jeder Klinik wird eine feste Bettenzahl zugewiesen, die sich nach dem in der Planung ermittelten Bedarf bestimmt. Die Grenzen zwischen den

Abteilungen werden nicht fix bestimmt. Das Bundesrecht lässt den Kantonen die Wahl zwischen verschiedenen Lösungen und deren konkreten Ausgestaltung. Die Kantone verfügen somit nach konstanter Rechtsprechung bei der Wahl des Spitallistenmodells über einen Ermessensspielraum. Der BR hat die Zulässigkeit integraler Spitallisten und deren Vereinbarkeit mit dem KVG erstmals im Zusammenhang mit der Spitalliste des Kantons Appenzell Ausserrhoden grundsätzlich bejaht (RKUV 6/1998 521 ff. E. II. 3.2.3.2) und diesen Entscheid in konstanter Rechtsprechung mehrfach bestätigt (vgl. RKUV 4/1999 356 sowie BRE vom 20. Dezember 2000 betreffend Spitalplanung 1997 des Kantons Graubünden [98-36], BRE vom 18. August 2004 betreffend Spitalplanung 2002 des Kantons Graubünden [02-46] E. 3.6 und BRE vom 13. April 2005 betreffend Spitalplanung Zug [03-34] E. 2.3). Diese Praxis, die fortzuführen ist, trägt dem Umstand Rechnung, dass für den Bereich des Gesundheitswesens nach der verfassungsmässigen Kompetenzaufteilung primär die Kantone zuständig sind.

5.

5.1 Eine Einrichtung, die in ihrem Standortkanton auf der Spitalliste aufgeführt ist, kann im Ausmass ihrer Zulassung auf dieser Liste und der ihr erteilten Leistungsaufträge für Versicherte aus der ganzen Schweiz zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung tätig werden. Figuriert die Einrichtung für die fragliche Behandlung nicht auch auf der Liste des Herkunftskantons der Versicherten, so richtet sich das Mass der Kostendeckung durch die obligatorische Krankenversicherung nach Art. 41 Abs. 1 und 2 KVG (so sinngemäss schon RKUV 6/1998 521 ff. E. II. 3.2.3.2 und II. 4.1.2).

Die Beschwerdeführerin ist in ihrem Standortkanton, dem Kanton Appenzell Ausserrhoden, auf der Spitalliste, weshalb sie die Voraussetzungen für die Aufnahme auf die Liste eines anderen Kantons grundsätzlich erfüllt.

5.2 Nimmt ein Kanton ein Spital, das ausserhalb der Kantonsgrenzen liegt, auf seine eigene Spitalliste auf, so hat dies mehrere Konsequenzen: Indem er ihm einen Leistungsauftrag erteilt, stellt er sicher, dass die entsprechenden Kapazitäten des Spitals für die Behandlung seiner Kantons-einwohner zur Verfügung stehen, dass also deren Versorgung im betreffenden medizinischen Fachgebiet gedeckt wird. Zudem garantiert dieser Kanton damit, dass seine Einwohnerinnen und Einwohner im Rahmen des Leistungsauftrages die volle Kostendeckung für den Tarif der allgemeinen Abteilung geniessen. Das folgt aus der Gleichstellung der auf der kantonalen Spitalliste aufgeführten ausserkantonalen Spitäler mit jenen

im Wohnkanton, wie sie Art. 41 Abs. 2 Bst. b KVG vorsieht (vgl. BRE vom 21. Oktober 1998 betreffend Spitalliste Appenzell Ausserrhoden [97-64] E. II. 4.1.3.1, publiziert in RKUV 6/1998 521 ff.).

6.

6.1 Art. 39 Abs. 1 Bst. d KVG schreibt den Kantonen wie erwähnt vor, ihre Spitalliste auf eine bedarfsgerechte Planung zu stützen. Diese Planung hat der Gesetzgeber als ein Instrument zur Eindämmung des Kostenanstiegs im Bereich der stationären Gesundheitsversorgung eingeführt. Sie soll bestehende Überkapazitäten vermindern und zukünftige verhindern, indem nur noch soviel Spitalkapazität zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zugelassen wird, als zur ausreichenden und effizienten Versorgung der versicherten Bevölkerung notwendig ist. Das bedeutet aber umgekehrt auch, dass die Kantone verpflichtet sind, die Versorgung für den gesamten stationären Behandlungsbedarf ihrer Kantonseinwohner sicherzustellen, indem sie Leistungsaufträge an geeignete Spitäler vergeben. Dabei ist der Bedarf nach medizinischen Kategorien getrennt zu ermitteln und durch die Angebotsplanung abzudecken (RKUV 6/1996 221 ff. E. II. 4).

6.2 Den Kantonen ist es nach ständiger Praxis nicht verwehrt, den Bedarf an stationärer medizinischer Versorgung vorerst innerkantonale zu decken. Ausserkantonale Einrichtungen müssen erst dann evaluiert und gegebenenfalls auf die Liste genommen werden, wenn die medizinische Versorgung der Bevölkerung durch die Einrichtungen im Kanton selber nicht sichergestellt ist (RKUV 6/1996 221 ff. E. II. 5.2, RKUV 6/1998 521 ff. E. II. 4.1.2.1). Hat die Evaluation ergeben, dass der Bedarf innerkantonale gedeckt werden kann, so kann daher auch auf den Einbezug kostengünstiger ausserkantonomer Anbieter verzichtet werden (BRE vom 13. Januar 1999 betreffend Psychiatrieliste Zürich [98-25]).

6.3 Im Kanton Graubünden befindet sich keine Einrichtung, welche neurologische Rehabilitation anbietet. Alle Patientinnen und Patienten aus dem Kanton Graubünden sind daher darauf angewiesen, in einer geeigneten ausserkantonomer Einrichtung aufgenommen werden zu können. Es liegt also ein Bedarf vor, der im Kanton selber nicht gedeckt werden kann, und grundsätzlich ergibt sich daraus für den Kanton die Pflicht, geeignete ausserkantonale Leistungserbringer zu evaluieren und auf seine Spitalliste zu nehmen, wobei den Kantonen gemäss Praxis des BR jedoch nicht zuzumuten ist, selbst nach geeigneten Anbietern Ausschau zu halten; diese haben sich bei den für sie in Frage kommenden Kantonen selber um die Aufnahme auf die Spitalliste zu bewerben (RKUV 6/1996 230 E. II. 4.2). Für das BVGer besteht im Prinzip kein Grund,

von dieser Rechtsprechung abzuweichen; allerdings sieht es sich veranlassen, folgende Präzisierung anzubringen: Wenn das fragliche Leistungsangebot kantonsintern überhaupt nicht abgedeckt werden kann, hat der Kanton auch im Bereich der ausserkantonalen Spitalplanung eine aktive Rolle zu übernehmen, und zwar insoweit, als er selber potenzielle Anbieter eruieren muss, falls sich keine oder nicht genügend geeignete Leistungserbringer anbieten. Zu prüfen bleibt, ob eine der von der Rechtsprechung anerkannten Ausnahmen von der Evaluationspflicht vorliegt.

6.4 Nach der Rechtsprechung ist es zunächst den kleinen Kantonen erlaubt, durch eine offene Liste auf die Zulassung der ausserkantonalen Spitäler in ihrem jeweiligen Standortkanton zu verweisen (RKUV 6/1998 521 ff. E. II. 4.1.2.3). Graubünden ist kein kleiner Kanton und kann sich daher nicht auf diese generelle Ausnahme berufen; wie der BR in einem Entscheid zur Spitalliste des Kantons St. Gallen vom 23. Juni 1999 festgehalten hat, haben mittlere und grosse Kantone eine Evaluation von ausserkantonalen Leistungserbringern durchzuführen, wenn der Bedarf im eigenen Kanton nicht gedeckt werden kann.

6.5 Der BR hat verschiedentlich festgehalten, dass auch dann keine Verpflichtung des Kantons zur Evaluation und zur Aufnahme von ausserkantonalen Spitälern besteht, wenn die im Kanton selbst vorhandene Versorgungslücke marginal ist (BRE vom 25. November 1998 betreffend Zürcher Pflegeheimliste [98-9], BRE vom 13. Januar 1999 betreffend Zürcher Spitalliste Psychiatrie [98-25] und BRE vom 3. November 1999 betreffend Zürcher Spitalliste [97-93]). Es besteht kein Anlass, von dieser Rechtsprechung abzuweichen.

Marginal ist die Versorgungslücke dann, wenn man annehmen darf, dass die betreffenden Patientinnen und Patienten ohne weiteres im Rahmen der vorhandenen Kapazitäten in den im jeweiligen Standortkanton zugelassenen ausserkantonalen Spitälern behandelt werden können und daher keine Notwendigkeit besteht, solche Kapazitäten durch Erteilung eines Leistungsauftrags zu reservieren. Dabei muss auch sichergestellt sein, dass der Zustrom dieser Patientinnen und Patienten nicht so sehr ins Gewicht fällt, dass die Spitalplanung anderer Kantone beeinträchtigt würde. Wenn diese Bedingungen erfüllt sind, kann es ins Ermessen des Kantons gestellt bleiben, ob er bestimmten Spitälern Leistungsaufträge zur Deckung des in Frage stehenden Bedarfs erteilen will. Tut er dies, so ist die volle Kostendeckung nur jenen Versicherten aus diesem Kanton gewährleistet, die sich in diesen Spitälern behandeln lassen (vgl. in diesem Zusammenhang auch Art. 41 Abs. 1^{bis} KVG, in Kraft seit 1. Januar 2009).

6.5.1 Ob eine konkrete Versorgungslücke im vorgenannten Sinne marginal ist, kann sich demnach nicht aufgrund einer schematischen Berechnung bestimmen. Ausschlaggebend ist eine umfassende Gewichtung der relevanten Gesichtspunkte: Zum einen kann die im Kanton nicht gedeckte Nachfrage, gemessen am gesamten kantonalen Bedarf in der betreffenden medizinischen Kategorie, vernachlässigbar gering sein. In BRE vom 8. März 1999 betreffend Spitalliste der beiden Basel (97-151) E. II. 4 hatte der BR einen Anteil von 3 % als marginal angesehen; es handelt sich dabei jedoch nicht um eine fixe Grösse. Denn zum anderen kann die Versorgungslücke auch deshalb marginal sein, weil die nicht gedeckte Nachfrage im Vergleich zum gesamten in der Schweiz verfügbaren Angebot an geeigneten Behandlungsmöglichkeiten nicht ins Gewicht fällt und daher keine Gefahr besteht, dass Versicherte die medizinisch notwendige Behandlung nicht erhalten könnten (vgl. BRE vom 20. März 2000 betreffend Spitalliste Bern [98-68] E. II. 7.2.2).

Schliesslich ist zu berücksichtigen, dass auch eine nach den vorstehenden Gesichtspunkten noch marginale Lücke, wenn sie ein bestimmtes Mass übersteigt, gerade bei den nächstgelegenen oder beliebtesten unter den geeigneten ausserkantonalen Kliniken zur Inanspruchnahme von Kapazitäten führen kann, die in der Planung anderer Kantone zur Deckung von deren eigenem Bedarf vorgesehen sind. Dies hat der BR bei einem ungedeckten Bedarf von 30 oder mehr Betten vermutet; diese Vermutung kann allerdings anhand der konkreten Umstände widerlegt werden (BRE vom 20. März 2000 betreffend Spitalliste Bern [98-68] E. 7.2.2, vgl. zum ganzen Abschnitt BRE vom 5. Juli 2000 betreffend Spitalliste Thurgau [98-14] E. II. 3.2.1.4, publiziert in RKUV 5/2001 438 ff.).

6.5.2 Die gesamte Nachfrage von Behandlungsplätzen im Bereich neurologische Rehabilitation für Bündner Patientinnen und Patienten muss vorliegend mangels geeigneter Einrichtungen im Kanton selbst ausserkantonal gedeckt werden. Die Versorgungslücke ist in dieser Hinsicht also von einer gewissen Tragweite.

Mit Blick auf den Umstand, dass es sich bei der neurologischen Rehabilitation um ein hochspezialisiertes Gebiet handelt, welches nicht in jeder Klinik angeboten wird, fallen auch geringe Lücken rasch ins Gewicht. Der gesamte Bedarf an Leistungen für Bündner Patientinnen und Patienten im Bereich der neurologischen Rehabilitation betrug gemäss den Medizinischen Statistiken/Carecube des Bundesamtes für Statistik (BFS) (vgl. Beilage 6 zur Vernehmlassung des Regierungsrates vom 16. Oktober 2007) im Jahr 2005 12'954 Pflgetage (12'132 in der Klinik Y. und 642 in der Clinica Z. und 180 in der Klinik der Beschwerdefüh-

rerin). Ausgehend von einer Auslastung von 90 % (vgl. BRE vom 13. August 1997 betreffend Zürcher Spitalliste [96-37] E. 8.1.2, publiziert in RKUV 6/1997 343 ff., BRE vom 5. Juli 2000 betreffend Spitalliste Thurgau [98-14] E. 3.1.1.3, publiziert in RKUV 5/2001 438 ff.) ergibt dies einen Bettenbedarf für die neurologische Rehabilitation von insgesamt 39,43 Betten (= $12'954 : 328,5$ [90 % von 365 Tagen]). Aus diesen Gründen dürfte es sich im Bereich neurologische Rehabilitation nicht um eine marginale Lücke handeln. Ob mit Blick auf die obgenannte Rechtsprechung eine umfassende Evaluation der ausserkantonalen Leistungserbringer zu erfolgen hat, kann vorliegend aber offen bleiben, da der Regierungsrat diese Frage durch den Entscheid, eine ausserkantonale Liste für diesen Bereich zu erstellen, implizit gefällt hat. Aufgrund dieses Entscheids ist er verpflichtet, die entsprechenden Planungs- und Evaluationspflichten zu beachten (BRE vom 23. August 2000 betreffend Spitalliste Glarus [98-80] E. II. 3.3).

Gemäss Rechtsprechung des BR müssen die Kantone nur Spitäler in die Evaluation einbeziehen, die bisher einen erheblichen Beitrag an die Versorgung der Kantonsbevölkerung in der allgemeinen Abteilung geleistet haben oder dafür in Zukunft benötigt werden (BRE vom 5. Juli 2000 betreffend Spitalliste Thurgau [98-14] E. II. 3.2.1.5, publiziert in RKUV 5/2001 438 ff.)

7.

7.1 Im vorliegenden Fall fällt zunächst in Betracht, dass die Zulassung der beschwerdeführenden Klinik zur Tätigkeit zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung in der privaten und halbprivaten Abteilung vom Standortkanton abhängt. Soweit diese Zulassung im Kanton Appenzell Ausserrhoden besteht, kann die Klinik ihre Leistungen zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung in der privaten und halbprivaten Abteilung auch an Versicherte mit Wohnsitz im Kanton Graubünden erbringen. Mit ihrer Privat- und Halbprivatabteilung kann sich die Beschwerdeführerin somit am freien Wettbewerb um Bündner Patientinnen und Patienten beteiligen (vgl. BRE vom 15. Mai 2002 in Sachen Klinik M. gegen die ausserkantonale Liste des Kantons Freiburg [99-13] E. II. 4.1).

7.2 Nach der zitierten Rechtsprechung ist bei der Evaluation des ausserkantonalen Angebotes vom Beitrag auszugehen, den das Spital bisher zur stationären Versorgung der Bevölkerung des anderen Kantons in der allgemeinen Abteilung geleistet hat. Es muss sich dabei um einen erheblichen Beitrag handeln. Für die Ermittlung des bisherigen Beitrags des Spitals sind die einschlägigen Daten (Zahlen der Patientinnen und

Patienten sowie der Pflagetage in der allgemeinen Abteilung) heranzuziehen. Dies gilt auch dann, wenn ein Spital keine räumlich ausgeschiedene allgemeine Abteilung führt; in diesem Fall sind die Zahlen jener Patientinnen und Patienten massgebend, für welche Qualität und Tarif auf der Behandlung und Pflege in der allgemeinen Abteilung basieren (vgl. BRE vom 15. Mai 2002 in Sachen Klinik M. gegen die ausserkantonale Liste des Kantons Freiburg [99-13] E. II. 4.2).

In seiner Vernehmlassung vom 16. Oktober 2007 hat der Regierungsrat präzisierend ausgeführt, die Beschwerdeführerin habe in den Jahren 2004 und 2005 keine Leistungen im Bereich der neurologischen Rehabilitation erbracht. Obschon die Beschwerdeführerin in ihrer Beschwerde behauptet hat, es sei unbestritten, dass sie bisher einen Leistungsauftrag in diesem Bereich erfüllt habe, ist es fraglich, ob überhaupt Bündner KVG-Versicherten im erwähnten Zeitraum in der beschwerdeführenden Klinik neurologische Rehabilitationsleistungen bezogen haben, denn die Beschwerdeführerin reichte keine Belege ein, die ihre Behauptung hätten stützen können, und liess ferner in ihrer abschliessenden Stellungnahme die Sichtweise des Regierungsrates unbeanstandet. Aus der erwähnten Statistik des BFS (vgl. E. 6.5.2) ist ersichtlich, dass die Beschwerdeführerin Leistungen erbracht hat, die « sonstige Ursachen » aber nicht « Krankheiten des Nervensystems » betrafen. Im Jahr 2004 waren dies 73 Pflagetage und im Jahr 2005 180 Pflagetage, was bei einer Auslastung von 90 % lediglich 0,22 Betten (73 Pflagetage) beziehungsweise 0,55 Betten (180 Pflagetage) entspricht. Ob es sich bei diesen Leistungen – wie in der Stellungnahme des Regierungsrates vom 16. Oktober 2007 implizit behauptet wird – um solche in anderen Leistungsbereichen handelt, wofür der Beschwerdeführerin vom Kanton Graubünden kein Leistungsauftrag erteilt wurde, oder ob es sich – wie der Titel der Statistik (« Hauptdiagnosen der Bündner Reha-Patienten in den auf der Spitalliste des Kantons Graubünden aufgeführten Kliniken im Bereich der neurologischen Rehabilitation ») indiziert – tatsächlich um Leistungen im Bereich der neurologischen Rehabilitation handelt, kann vorliegend allerdings offen gelassen werden. Selbst wenn man davon ausginge, die Beschwerdeführerin habe diese Leistungen im Bereich der neurologischen Rehabilitation erbracht, so wäre der bisherige Beitrag der Beschwerdeführerin zur stationären Versorgung in der allgemeinen Abteilung der Bündner Bevölkerung derart klein, dass er nicht als erheblich einzustufen wäre. Aufgrund der Tatsache, dass das Angebot der Beschwerdeführerin trotz Wartezeiten in der Klinik Y. bis anhin höchstens in nicht relevantem Ausmass genutzt worden ist, muss ferner davon ausgegangen werden, dass die beschwerdeführende Klinik auch in Zukunft

nicht für die stationäre Versorgung des Kantons Graubünden im Bereich der neurologischen Rehabilitation benötigt wird; die gegenteilige Behauptung der Beschwerdeführerin wurde nicht substantiiert begründet. Damit kann auch die Frage offen gelassen werden, ob ein Beitrag von 500 Pflegetagen als erheblich zu qualifizieren wäre. Aus dem Gesagten ergibt sich, dass die Vorinstanz kein Bundesrecht verletzt hat, indem sie der Beschwerdeführerin keinen Leistungsauftrag in der neurologischen Rehabilitation (mehr) erteilte; insbesondere war der Regierungsrat nicht gehalten, eine umfassende Evaluation zwischen der beschwerdeführenden Klinik und den auf der Spitalliste für die Versorgung des Kantons Graubünden im Bereich der neurologischen Rehabilitation aufgenommenen Spitälern vorzunehmen. Aus diesem Grund ist auch nicht weiter auf die Rügen einzutreten, es habe weder eine Prüfung der Wirtschaftlichkeit und Qualität der medizinischen Leistungen stattgefunden noch habe sich die Vorinstanz ernsthaft mit der geographischen Lage der betroffenen Spitäler auseinandergesetzt (vgl. RKUV 4/1999 266 E. 6). Die Beschwerde ist somit abzuweisen.

8. Zu entscheiden bleibt die Frage, auf welchen Zeitpunkt die Nichtaufnahme der Beschwerdeführerin auf die Spitalliste des Kantons Graubünden in Rechtskraft treten und damit ihre Rechtswirkungen entfalten soll. Die Nichtaufnahme der Beschwerdeführerin in die aktuelle Liste der Spitäler ausserhalb des Kantons Graubünden bedeutet, dass sie zur Versorgung von KVG-Versicherten aus dem Kanton Graubünden in der allgemeinen Abteilung des Spitals zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nicht (mehr) zugelassen wird.

8.1 Da die vorliegende Beschwerde für die Beschwerdeführerin aufschiebende Wirkung hat, wurde die Streichung der Klinik von der Liste des Kantons Graubünden einstweilen nicht wirksam und jene blieb bis zum Entscheid über die Beschwerde im bisherigen Umfang als Leistungserbringerin zugelassen.

8.2 In BRE vom 17. Februar 1999 betreffend Spitalliste Zürich 1998 [97-97] und in BRE vom 13. Januar 1999 betreffend Zürcher Spitalliste Psychiatrie 1998 [98-25] wurde aufgrund der auf dem Spiel stehenden Interessen (Beschwerdeführer, Kanton, Versicherer, Versicherte, Spitalpersonal) entschieden, dass die Nichtaufnahme des Spitals in die Liste nicht rückwirkend erfolgen soll (RKUV 3/1999 254 E. 13). Im vorliegenden Fall besteht kein Grund, von dieser Praxis abzuweichen. Dies bedeutet, dass die Beschwerdeführerin bis zum Tag des vorliegenden Entscheides als Leistungserbringerin im Sinne von Art. 39 Abs. 1 KVG im Kanton Graubünden zugelassen bleibt.

Ferner hat der BR den betroffenen Spitälern jeweils eine Übergangsfrist von sechs Monaten eingeräumt, die nach dem bundesrätlichen Entscheid zu laufen begann. Die Übergangsfrist soll einerseits dazu dienen, die Behandlung bereits aufgenommener Patientinnen und Patienten in den fraglichen Kliniken abschliessen zu können, und andererseits den betroffenen Kliniken ermöglichen, allenfalls erforderliche Anpassungen in betrieblicher Hinsicht (z. B. betreffend Infrastruktur und Personal) vorzunehmen. Dazu ist eine wie vom BR eingeräumte Übergangsfrist grundsätzlich geeignet. In casu figuriert auf der fraglichen Spitalliste des Kantons Graubünden aber ein ausserkantonales Spital, das von den Bündner Einwohnerinnen und Einwohnern kaum in Anspruch genommen wurde, weshalb das BVGer vorliegend eine Übergangsfrist von drei Monaten als ausreichend erachtet. Die Rechtsprechung des BR ist daher insofern zu präzisieren, als es sich bei der Übergangsfrist nicht um eine fixe Frist handelt; die vom BR bis anhin gewährte Frist von sechs Monaten ist vielmehr als Maximalfrist zu verstehen; die jeweilige Dauer ist im Einzelfall unter Berücksichtigung der konkreten Umstände festzusetzen.

Bei der Übergangsfrist handelt es sich um eine Frist, die erst nach Abschluss des Verfahrens vor dem BVGer ihre rechtlichen Wirkungen entfaltet. Die Vorschrift über den Stillstand der Fristen (Art. 22a des Bundesgesetzes vom 20. Dezember 1968 über das Verwaltungsverfahren [VwVG, SR 172.021]) ist darauf nicht anwendbar (Art. 53 Abs. 2 Bst. b KVG).

Die Beschwerdeführerin ist berechtigt, aber nicht verpflichtet, während der genannten drei Monate im bisherigen aufgrund der Bündner Spitalliste 2002 zugewiesenen Umfang zu arbeiten. Soweit andere Vorschriften und Verpflichtungen nicht entgegenstehen, ist es daher der Trägerschaft des Spitals unbenommen, die stationäre Versorgung von allgemein nach KVG Versicherten mit Wohnsitz im Kanton Graubünden vor Ablauf der Frist einzustellen.

9. (Publikation im Amtsblatt des Kantons Graubünden)

10. (Kosten)

11. Die Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten an das BGer gegen Entscheide auf dem Gebiet der Krankenversicherung, die das BVGer gestützt auf Art. 33 Bst. i des Verwaltungsverfahrensgesetzes vom 17. Juni 2005 (VGG, SR 173.32) in Verbindung mit Art. 53 Abs. 1 KVG getroffen hat, ist gemäss Art. 83 Bst. r des Bundesgerichtsgesetzes vom 17. Juni 2005 (BGG, SR 173.110) unzulässig. Das vorliegende Urteil ist somit endgültig.