Bundesverwaltungsgericht
Tribunal administratif fédéral
Tribunale amministrativo federale
Tribunal administrativ federal

Abteilung III
C-6266/2013

Urteil vom 29. September 2015

Besetzung

Richter Michael Peterli (Vorsitz),
Richter Daniel Stufetti,
Richterin Madeleine Hirsig-Vouilloz,
Gerichtsschreiberin Susanne Fankhauser.

Parteien

Kanton Zürich, 8000 Zürich,
handelnd durch Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich,
Stampfenbachstrasse 30, Postfach, 8090 Zürich,
Beschwerdeführer,

gegen

Clinica Holistica Engiadina SA, Platz, 7542 Susch,
vertreten durch Kaufmann Rüedi Rechtsanwälte AG,
Kanzlei Luzern, Alpenquai 28a, 6005 Luzern,
Beschwerdegegnerin,

Regierung des Kantons Graubünden, Standeskanzlei,
Reichsgasse 35, 7000 Chur,
Vorinstanz.

Gegenstand

Krankenversicherung, Spitalliste Psychiatrie des Kantons Graubünden (Beschluss vom 8. Oktober 2013).

Sachverhalt:

A.
Mit Beschluss vom 8. Oktober 2013 verabschiedete die Regierung des Kantons Graubünden (nachfolgend: Regierung oder Vorinstanz) die neue Spitalplanung Psychiatrie (Dispositiv-Ziff. 1), erliess eine neue Spitalliste Psychiatrie und setzte diese auf den 1. November 2013 in Kraft (Dispositiv-Ziff. 2). Gleichzeitig hob sie ihre bisher gültige Spitalliste (Stand Juli 2012), Teil Psychiatrie, auf (Dispositiv-Ziff. 3). Mit der neuen Spitalliste wurde der Clinica Holistica Engiadina, Susch, ein Leistungsauftrag für Stressfolgeerkrankungen (Akutpsychiatrie) erteilt (Protokoll Nr. 936 [nachfolgend: RRB 936] sowie amtliche Publikation vom 10. Oktober 2013; act. 1 Beilage 2 und 3). Im Unterschied zum bisherigen Leistungsauftrag wurde keine Beschränkung der Bettenkapazität mehr vorgenommen.

B.
Gegen den RRB 936 erhob der Kanton Zürich, vertreten durch die Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich, mit Datum vom 11. November 2013 Beschwerde und beantragte, die Spitalliste Psychiatrie des Kantons Graubünden vom 8. Oktober 2013 sei mit Bezug auf die Zulassung der Clinica Holistica Engiadina, Susch (nachfolgend Clinica Holistica oder Beschwerdegegnerin) aufzuheben und zum neuen Entscheid an die Vorinstanz zurückzuweisen. Eventualiter sei der Leistungsauftrag an die Clinica Holistica auf die Zulassung von insgesamt fünf Betten zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) zu beschränken (act. 1).

B.a Der Beschwerdeführer begründete seine Beschwerdelegitimation damit, dass er durch die unbeschränkte Aufnahme der Clinica Holistica in die Spitalliste Psychiatrie in mehreren schützenswerten Interessen betroffen sei, nämlich in seinem Mitwirkungsinteresse an der Planung, seinem finanziellen Interesse und seinem Planungsinteresse.

B.b In materieller Hinsicht rügte der Beschwerdeführer im Wesentlichen, der erteilte Leistungsauftrag an die Clinica Holistica beruhe auf einer KVG-widrigen Planung im Bereich Psychiatrie. Insbesondere seien die Patientenströme ungenügend abgeklärt, die Pflicht zur Koordination nicht beachtet und keine Wirtschaftlichkeitsprüfung und Betriebsvergleiche vorgenommen worden. Zudem habe die Vorinstanz den Bedarf nicht rechtskonform ermittelt und ungerechtfertigte Überkapazitäten zu Lasten der OKP geschaffen. Schliesslich macht der Beschwerdeführer auch eine Gehörsverletzung geltend.

C.
Der Instruktionsrichter beschränkte den Schriftenwechsel zunächst auf die Frage der Beschwerdelegitimation (Verfügung vom 5. Dezember 2013 [act. 2]). Den Antrag der Beschwerdegegnerin vom 16. Dezember 2013, es sei der Beschwerde vom 11. November 2013 die aufschiebende Wirkung – ohne vorgängige Anhörung der Gegenpartei – zu entziehen (act. 3), wies der Instruktionsrichter mit Zwischenverfügung vom 19. Dezember 2013 (betreffend superprovisorischen Entzug [act. 4]) und Zwischenverfügung vom 14. Januar 2014 (act. 10) ab.

D.
Nach Eingang der Stellungnahmen der Parteien (vgl. act. 5, 9, 16-18) und des Bundesamtes für Gesundheit (BAG [act. 11]) zur Beschwerdelegitimation sowie einem Meinungsaustausch mit dem Bundesgericht zur Zuständigkeitsfrage (act. 21 f.), bejahte das Bundesverwaltungsgericht seine Zuständigkeit, die Beschwerdelegitimation des Beschwerdeführers und trat auf die Beschwerde ein (Zwischenverfügung vom 23. Juli 2014).

E.
Auf die dagegen erhobene Beschwerde der Regierung vom 12./14. August 2014 trat das Bundesgericht mit Urteil 2C_706/2014 vom 20. August 2014 nicht ein (act. 38).

F.
In ihrer Vernehmlassung vom 22. August 2014 schloss die Vorinstanz auf Abweisung der Beschwerde (act. 37). Zur Begründung führte sie unter anderem aus, die Clinica Holistica sei seit dem 31. August 2010 (RRB 815/2010) zur Tätigkeit zu Lasten der OKP zugelassen, wobei ihr fünf Betten für Bündner KVG-Patientinnen und Patienten zugewiesen worden seien. Aufgrund der KVG-Revision zur Spitalfinanzierung sei eine neue, leistungsorientierte Planung vorgenommen worden. Entsprechend enthielten die Spitallisten Akutsomatik, Rehabilitation und Psychiatrie Zuweisungen von Leistungsbereichen und nicht mehr Zuweisungen von Betten.

Entgegen den Vorbringen des Beschwerdeführers seien die Planungsvorgaben gemäss Art. 58*a* KVV beachtet worden. Der Kanton Graubünden habe die ausserkantonalen Patientenströme in die Clinica Holistica abgeklärt und gewürdigt. Die von der Clinica Holistica erbrachten Pflegetage für Zürcher Patientinnen und Patienten (3'306 im Jahr 2012, was neun Betten entspreche) seien mit Blick auf die Gesamtmenge der im Strukturbericht

Psychiatrie des Kantons Zürich für den Bereich F3 (Diagnosegruppe *affektive Störungen* gemäss internationaler Klassifikation psychischer Störungen [ICD-10]) ausgewiesenen Pflegetage (von 120'145 im Jahr 2009) als marginal zu qualifizieren. Ein Einwirken auf die Zürcher Verordnungsplanung sei zu verneinen. Daher habe sich beim Erlass der Spitalliste Psychiatrie vom November 2013 eine Koordination der Planung mit dem Kanton Zürich erübrigt. Die Wirtschaftlichkeit der Clinica Holistica sei bereits mit Beschluss vom 31. August 2010 geprüft und bejaht worden.

G.
Die Beschwerdegegnerin liess in ihrer Beschwerdeantwort vom 8. September 2014 folgende Anträge stellen (act. 41):

1. Die Beschwerde vom 11. November 2013 sei vollumfänglich abzuweisen.

2. Eventualiter 1: Sollte das Hauptbegehren des Kantons Zürich gutgeheissen werden, so sei festzustellen, dass bis zum neuen Entscheid der Regierung betreffend Leistungsauftrag der Clinica Holistica, die Clinica Holistica ohne Kapazitätsbegrenzung auf der Spitalliste fungiert – falls dies abgewiesen wird – eventualiter im Umfang wie durch den Leistungsauftrag der alten Bündner Spitalliste (Stand Juli 2012) festgehalten.

3. Eventualiter 2: Sollte das Bundesverwaltungsgericht über die Anträge des Kantons Zürich hinausgehen und die Clinica Holistica von der Spitalliste streichen, so sei der Clinica Holistica eine Übergangsfrist von 12 Monaten einzuräumen, währenddessen die Clinica Holistica ohne Kapazitätsbegrenzung auf der Spitalliste fungiert, – falls dies abgewiesen wird – eventualiter im Umfang wie durch den Leistungsauftrag der alten Bündner Spitalliste (Stand Juli 2012) festgehalten.

4. Eventualiter 3: Sollte das Eventualbegehren des Kantons Zürich ganz oder teilweise gutgeheissen werden, so sei der Clinica Holistica eine Frist von 12 Monaten einzuräumen, währenddessen diese ohne Kapazitätsbegrenzung auf der Spitalliste fungiert, – falls dies abgewiesen wird – eventualiter im Umfang wie durch den Leistungsauftrag der alten Bündner Spitalliste (Stand Juli 2012) festgehalten.

5. Unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zulasten des Beschwerdeführers.

Die Beschwerdegegnerin nahm eingehend zu den Vorbringen des Beschwerdeführers Stellung. Unter Hinweis auf ein rechtliches Kurzgutachten von Prof. Dr. Bernhard Rütsche vom 31. August 2014 (act. 41 B 15; nach-

folgend: Rütsche Kurzgutachten) machte sie namentlich geltend, der Kanton Graubünden könne von Bundesrechts wegen nicht verpflichtet werden, im Leistungsauftrag an die Clinica Holistica mittels Vorgabe von Bettenzahlen (oder auf andere Weise) Mengenbegrenzungen vorzusehen. Der Kanton Zürich könne nicht geltend machen, die Clinica Holistica sei für die Versorgung der Bündner Bevölkerung nicht notwendig oder durch die Erteilung des Leistungsauftrages an die Clinica Holistica seien die Planungskriterien der Qualität und Wirtschaftlichkeit verletzt worden. Der Kanton Graubünden sei nicht verpflichtet gewesen, seine Spitalplanung in Bezug auf die Erteilung des Leistungsauftrages an die Clinica Holistica mit dem Kanton Zürich zu koordinieren.

Die Beschwerdegegnerin vertrete nach wie vor die Ansicht, der Kanton Zürich sei durch die Spitalplanung des Kantons Graubünden nicht besonders beschwert und wäre daher nicht zur Beschwerde legitimiert. Sodann erwachse dem Kanton Zürich aus den gestellten Begehren kein praktischer Nutzen.

H.
Auf entsprechende Einladung des Instruktionsrichters nahm das BAG am 15. Oktober 2014 Stellung (act. 43). Das Amt verwies insbesondere auf seine Stellungnahme zur Beschwerdelegitimation vom 12. Februar 2014 (vgl. act. 11), in welcher es das System der Planung nach dem revidierten KVG dargelegt und begründet habe, weshalb der Kanton Zürich nicht in schutzwürdigen Interessen betroffen sei. Bei der Koordination zwischen den Kantonen gehe es darum, sicherzustellen, dass die Patientinnen und Patienten die notwendige Behandlung erhalten könnten, ohne die Planung anderer Kantone zu beeinträchtigen. Eine Mengensteuerung würde die Spitalwahlfreiheit und den Wettbewerb zwischen den Spitälern beeinträchtigen. Die "Abgrenzung der Überkapazitäten" sei im System der neuen Spitalfinanzierung "nur indirekt und begrenzt durch eine Steuerung des Angebotes möglich" (S. 4). Sodann sei "die Führung einer Kapazitätsplanung nicht gleichbedeutend mit einer Festsetzung der Kapazitätsmengen". Die Planung sei leistungsorientiert oder kapazitätsorientiert, weil namentlich die Bestimmung des Bedarfs und die Evaluation des Angebotes aufgrund von Leistungszahlen oder Bettenzahlen stattfänden. Art. 58*e* KVV sehe kohärent mit dem System der Spitalfinanzierung keine Mengensteuerung vor (S. 5).

I.
Die Clinica Holistica schloss sich in ihren Schlussbemerkungen vom 3. November 2014 den Ausführungen des BAG an und verwies im Übrigen auf ihre Beschwerdeantwort (act. 48).

J.
Auch die Vorinstanz schloss sich den Ausführungen des BAG an und verzichtete auf weitere Bemerkungen (Stellungnahme vom 11./12. November 2014; act. 50).

K.
Nach gewährter Akteneinsicht (vgl. act. 49 und 52) reichte der Beschwerdeführer am 26. November 2014 seine Schlussstellungnahme ein (act. 52). Darin ging er zunächst auf die Koordinationspflicht ein und führte aus, die Vorgaben des Art. 58*d* KVV hätten eine formelle und eine materielle Seite. Die Nichtbeachtung dieser Verpflichtung stelle auch eine Verletzung des Anspruchs auf rechtliches Gehör dar, weshalb der angefochtene Beschluss bereits aus formellen Gründen aufzuheben sei. Weiter nahm er zur Vernehmlassung der Vorinstanz, zur Beschwerdeantwort der Beschwerdegegnerin bzw. zum Kurzgutachten von Rütsche sowie zum Bericht des BAG Stellung.

L.
Die Rechtsvertreterin der Beschwerdegegnerin reichte am 15. Dezember 2014 ihre Kostennote zu den Akten (act. 55).

M.
Auf die weiteren Vorbringen der Verfahrensbeteiligten und die eingereichten Akten wird, soweit für die Entscheidfindung erforderlich, im Rahmen der nachfolgenden Erwägungen eingegangen.

Das Bundesverwaltungsgericht zieht in Erwägung:

1.
Mit Zwischenverfügung vom 23. Juli 2014 hat das Bundesverwaltungsgericht seine Zuständigkeit sowie die Beschwerdelegitimation des Beschwerdeführers bejaht und ist auf die Beschwerde eingetreten. Auf die dagegen erhobene Beschwerde ist das Bundesgericht mit Urteil 2C_706/2014 vom 20. August 2014 nicht eingetreten. Im Urteil BGer 9C_849/2014 vom 21. Mai 2015 (zur BGE-Publikation vorgesehen) hat sich das Bundesgericht eingehender mit der Zuständigkeitsfrage auseinandergesetzt und festgehalten, der Status der Beschwerde führenden Parteien habe keinen Einfluss auf den Rechtsmittelweg, weshalb ein Klageverfahren nach Art. 120 Abs. 1 Bst. b BGG auch dann ausgeschlossen sei, wenn zwei Kantone am Recht stünden. Vielmehr stehe allen Betroffenen gegen einen Zulassungsentscheid gemäss Art. 39 KVG ausschliesslich die Beschwerde an das Bundesverwaltungsgericht (Art. 53 Abs. 1 KVG) offen (9C_849/2014 E. 1.4). Betreffend die Zuständigkeit des Bundesverwaltungsgerichts und die Beschwerdelegitimation bzw. die Prüfung der Eintretensvoraussetzungen kann daher auf die Zwischenverfügung vom 23. Juli 2014 verwiesen werden.

2.
Das Verfahren vor dem Bundesverwaltungsgericht richtet sich gemäss Art. 37 VGG und Art. 53 Abs. 2 Satz 1 KVG grundsätzlich nach den Vorschriften des VwVG. Vorbehalten bleiben allfällige Abweichungen des VGG und die besonderen Bestimmungen des Art. 53 Abs. 2 KVG.

2.1 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).

2.2 Die Beschwerdegegnerin verweist – zu Recht – auf die Rechtsprechung des Bundesgerichts, wonach bei Vorliegen der Beschwerdelegitimation der Beschwerdeführer mit sämtlichen ihm gemäss anwendbaren Prozessrecht zustehenden Rügen zugelassen ist, sofern ihm durch die Gutheissung der Beschwerde ein praktischer Nutzen entstehen könnte (BGE 137 II 30 E. 2.3). Das Anfechtungsinteresse muss nicht mit dem Interesse übereinstimmen, das durch die vom Beschwerdeführer als verletzt bezeichneten Normen geschützt wird (BGE 141 II 50 E. 2.1; 137 II 30

E. 2.2.3). Beschwerdelegitimation und Beschwerdegründe sind auch im Verfahren vor Bundesverwaltungsgericht bzw. im Anwendungsbereich des VwVG auseinanderzuhalten (vgl. KÖLZ/HÄNER/ BERTSCHI, Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes, 3. Aufl. 2013, S. 327; BGE 139 II 499 E. 2.2; 137 II 30 E. 2.3; Urteil BGer 1C_492/2010 vom 23. März 2011 E. 3.2; KIENER/RÜTSCHE/KUHN, Öffentliches Verfahrensrecht, 2012, Rz. 1432; MARTIN BERTSCHI, in: Kommentar Verwaltungsrechtspflegegesetzes des Kantons Zürich [VRG], 3. Aufl. 2014, § 21 Rz. 18 f.).

2.3 Entgegen der Ansicht der Beschwerdegegnerin (vgl. act. 41 Rz. 38 ff.) ist der praktische Nutzen vorliegend ohne Weiteres zu bejahen, würde die Clinica Holistica doch bei Gutheissung der Beschwerde nicht so wie von der Vorinstanz vorgesehen auf der Bündner Spitalliste vom November 2013 figurieren (vgl. BGE 137 II 30 E. 2.3 und 1C_492/2010 E. 3.2). Nicht entscheidend ist, worin der Nutzen des Kantons Zürich aus Sicht der Clinica Holistica bestehen könnte oder welches die (nicht dargelegten) Beweggründe des Beschwerdeführers sein könnten (vgl. act. 41 Rz. 39 ff.); vorbehalten bleibt das Rechtsmissbrauchsverbot (vgl. BERTSCHI, a.a.O., § 21 Rz. 21).

2.4 Demnach kann der zur Beschwerde legitimierte Beschwerdeführer gestützt auf Art. 49 Bst. a VwVG auch die Verletzung von KVG- (oder KVV-)Bestimmungen rügen, die nicht den Schutz seiner Interessen bezwecken (vgl. auch KIENER/RÜTSCHE/KUHN, a.a.O., Rz. 1432; BERTSCHI, a.a.O., Rz. 19). Zu beachten ist aber, dass die Rüge der Unangemessenheit nicht zulässig ist und der Kanton bei der Spitalplanung bzw. beim Erlass der Spitalliste über einen erheblichen Ermessensspielraum verfügt (Urteile BVGer C-401/2012 vom 28. Januar 2014 E. 3.2 und C-6088/2011 vom 6. Mai 2014 E. 2.5.3.2, je mit Hinweisen). Soweit das KVG gewisse Planungsmassnahmen in das Ermessen der Kantone stellt (was im Rahmen der materiellen Prüfung zu beurteilen sein wird), kann sich daher nicht die Frage stellen, ob ein Kanton "auf Geheiss anderer Kantone" (Rütsche Kurzgutachten, Rz. 7) zur Vornahme bestimmter Massnahmen verpflichtet werden soll.

3.

Streitgegenstand im vorliegenden Verfahren bildet die Frage, ob der angefochtene RRB 936, soweit der Clinica Holistica damit ein Leistungsauftrag für Stressfolgeerkrankungen erteilt wurde, den Grundsätzen des KVG entspricht.

3.1 Der angefochtene Beschluss wurde am 8. Oktober 2013 erlassen, weshalb die im Rahmen der KVG-Revision zur Spitalfinanzierung vorgenommenen und am 1. Januar 2009 in Kraft getretenen Änderungen des Gesetzes (Änderung vom 21. Dezember 2007, AS 2008 2049) und der Ausführungsbestimmungen (insbesondere KVV [SR 832.102], Änderung vom 22. Oktober 2008, AS 2008 5097) zu beachten sind (vgl. auch Urteile BVGer C-325/2010 vom 7. Juni 2012 E. 3 und C-4302/2011 vom 15. Juli 2015 E. 3.2).

3.2 Art. 39 Abs. 1 KVG, welcher – in Verbindung mit Art. 35 Abs. 1 KVG – bestimmt, unter welchen Voraussetzungen Spitäler zur Tätigkeit zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) zugelassen werden, hat mit der Revision zur Spitalfinanzierung keine Änderung erfahren. Demnach muss ein Spital eine ausreichende ärztliche Betreuung gewährleisten, über das erforderliche Fachpersonal und zweckentsprechende medizinische Einrichtungen verfügen und eine zweckentsprechende pharmazeutische Versorgung gewährleisten (Bst. a-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.

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 mit Hinweis auf die Botschaft des Bundesrates über die Revision der Krankenversicherung vom 6. November 1991 [BBl 1992 I 166 f.]; C-401/2012 E. 6.1; zur Bedeutung im revidierten KVG vgl. auch nachfolgende E. 4).

3.3 Seit dem 1. Januar 2009 sind die Kantone nach Art. 39 KVG zudem (ausdrücklich) verpflichtet, ihre Planung zu koordinieren (Abs. 2) und im Bereich der hochspezialisierten Medizin gemeinsam eine gesamtschweizerische Planung zu beschliessen (Abs. 2^{bis}). Weiter hat der Bundesrat ein-

heitliche Planungskriterien auf der Grundlage von Qualität und Wirtschaftlichkeit zu erlassen, wobei er zuvor die Kantone, die Leistungserbringer und die Versicherer anzuhören hat (Abs. 2ter). Diesem Auftrag ist der Bundesrat mit dem Erlass der Art. 58*a* ff. KVV (in Kraft seit 1. Januar 2009) nachgekommen.

3.4 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.

3.5 Die seit 1. Januar 2009 anwendbaren (C-325/2010 E. 4.6) Planungskriterien legen Folgendes fest:

3.5.1 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 habe ihre Planung periodisch zu überprüfen (Art. 58*a* KVV).

3.5.2 Gemäss Art. 58*b* 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 Aufführung 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. 58*b* Abs. 1 KVV ermittelten Versorgungsbedarf abzüglich des nach Art. 58*b* 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).

3.5.3 Für die Versorgung der versicherten Personen in Spitälern zur Behandlung von akutsomatischen Krankheiten sowie in Geburtshäusern schreibt Art. 58*c* Bst. a KVV eine leistungsorientierte Planung vor. Die Planung für die Versorgung der versicherten Personen in Spitälern zur rehabilitativen und zur psychiatrischen Behandlung kann hingegen leistungsorientiert oder kapazitätsbezogen erfolgen (Art. 58*c* Bst. b KVV).

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

3.5.5 Art. 58*e* KVV sieht vor, dass die Kantone auf ihrer Liste nach Art. 39 Abs. 1 Bst. e KVG die inner- und ausserkantonalen Einrichtungen aufführen, die notwendig sind, um das nach Art. 58*b* 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).

4.
Vorab ist auf die Frage einzugehen, inwieweit sich die Zielsetzungen der Spitalplanung mit der KVG-Revision zur Spitalfinanzierung verändert haben.

4.1 In der Zwischenverfügung vom 23. Juli 2014 hat das Bundesverwaltungsgericht erwogen, der Gesetzgeber habe mit der KVG-Revision zur Spitalfinanzierung in verschiedener Hinsicht mehr Wettbewerbselemente verankern wollen. Verstärkt werden sollte insbesondere der interkantonale Wettbewerb durch die Neuregelung der ausserkantonalen Wahlbehandlung. Nach Art. 41 Abs. 1bis KVG kann die versicherte Person für die stationäre Behandlung unter den Spitälern frei wählen, die auf der Spitalliste ihres Wohnkantons oder jener des Standortkantons aufgeführt sind (Listenspital). Neu muss sich auch der Wohnkanton an den Kosten für eine ausserkantonale Wahlbehandlung beteiligen (vgl. Art. 41 Abs. 1bis Satz 2

KVG). Den Wettbewerb fördern soll zudem das Institut des Vertragsspitals. Der vom Gesetzgeber angestrebte Wettbewerb soll einerseits zwischen den Listenspitälern (innerkantonal und interkantonal) und andererseits zwischen Listenspitälern und Vertragsspitälern spielen. Er ersetzt aber nicht die kantonale Planung für eine bedarfsgerechte Spitalversorgung, wie sowohl aus Art. 39 Abs. 1 Bst. d KVG als auch aus Art. 58*a* Abs. 1 KVV hervorgeht. Bedarfsgerecht ist die Versorgungsplanung grundsätzlich dann, wenn sie den Bedarf – aber nicht mehr als diesen – deckt (Zwischenverfügung C-6266/2013 vom 23. Juli 2014 E. 4.6.1 m.w.H.).

4.2 Von den Beteiligten wird Folgendes vorgebracht:

4.2.1 Die Beschwerdegegnerin macht – insbesondere unter Hinweis auf Rütsche (Kurzgutachten, Rz. 11 ff.) sowie die Stellungnahme des BAG vom 12. Februar 2014 – geltend, unter einer bedarfsgerechten Spitalplanung sei nach neuem Recht eine Spitalplanung zu verstehen, welche für die Kantonseinwohnerinnen und -einwohner die Versorgungssicherheit (inkl. Versorgungsqualität) gewährleiste und gleichzeitig Raum für Wettbewerb schaffe. Die Planung sei auf die Verhinderung einer Unterversorgung (bzw. Schlechtversorgung) ausgerichtet. Dies ergebe sich direkt aus dem Wortlaut von Art. 58*b* Abs. 3 KVV und sei vom Bundesverwaltungsgericht mit BVGE 2012/30 E. 4.7 und 4.9 auch so bestätigt worden. Die Kosteneindämmung sollte nunmehr durch den Wettbewerb und nicht mittels Planung erreicht werden. Vom Gesetzgeber sei gewünscht, dass die Kantone Leistungsaufträge an Spitäler erteilten, die auch für die Behandlung von ausserkantonalen Patientinnen und Patienten freie Kapazitäten hätten. Wie hoch diese freien Kapazitäten seien, sei unerheblich. Es könne nicht sein, dass unter einer leistungsorientieren bedarfsgerechten Spitalplanung eine Planung zu verstehen sei, welche als Obergrenze den Bedarf der eigenen Bevölkerung habe (act. 41 S. 11).

4.2.2 Der Beschwerdeführer bringt vor, die Kostenbegrenzung im Gesundheitswesen bzw. die optimale Ressourcennutzung gehörten weiterhin zu den Zielen des KVG. Hätte der Gesetzgeber auf die Bedarfsgerechtigkeit als Zulassungsvoraussetzung verzichten wollen, hätte er Art. 39 KVG ersatzlos gestrichen. Könnte jeder Kanton unbesehen seines eigenen Versorgungsbedarfs Spitäler auf seiner Liste anführen, würden schweizweit massive Überkapazitäten ermöglicht. Da die Nachfrage immer auch angebotsinduziert sei, hätte dies hohe zusätzliche Kosten zulasten der OKP zur Folge. Die Koordinationspflicht von Art. 39 Abs. 2 KVG ziele auf eine bedarfsgerechte interkantonale Versorgung; dies schliesse die Zulassung

nicht bedarfsnotwendiger Spitäler bzw. Kapazitäten aus (act. 52 S. 13). Im Übrigen sei die – zwingend erforderliche – bedarfsgerechte Versorgungsplanung nicht mit einer – nicht zwingend nötigen – Mengensteuerung gleichzusetzen (act. 52 S. 20). Vorliegend habe die Vorinstanz mit dem angefochtenen Beschluss – namentlich im Bereich der Stressfolgekrankheiten – erhebliche Überkapazitäten zu Lasten der OKP geschaffen (act. 1 S. 22). Mit der neuen Spitalliste Psychiatrie habe sie ohne ausgewiesenen Bedarf die zugelassenen Betten im Bereich Psychiatrie um 70 auf 289 Betten erhöht. Die Clinica Holistica sei für die Versorgung des Kantons Graubünden offensichtlich nicht notwendig, dennoch sei die Kapazität von 5 auf 50 Betten erhöht worden (act. 52 S. 8).

4.2.3 Die Vorinstanz äussert sich in ihrer Vernehmlassung nicht zu den Zielen der Spitalplanung, sondern verweist im Wesentlichen auf die Stellungnahme des BAG (vgl. act. 37 S. 12). Dem Versorgungsbericht Psychiatrie des Gesundheitsamtes vom 7. April 2011 betreffend Bedarf 2020 (V-act. 3; nachfolgend: Versorgungsbericht) lässt sich unter anderem Folgendes entnehmen: "Wie bisher verpflichtet auch das revidierte KVG die Kantone, für eine bedarfsgerechte Spitalversorgung zu sorgen und mittels Spitalplanung die Kosten zu dämpfen (…). Die kantonale Spitalliste hat diejenigen Leistungen sicherzustellen, die für die stationäre Versorgung der kantonalen Wohnbevölkerung erforderlich sind". In Zukunft würden zwei Typen von Spitälern unterschieden: a) Listenspitäler mit staatlichem Leistungsauftrag (…) und b) Vertragsspitäler ohne staatlichen Leistungsauftrag (…). Schliesslich wird auf die Bestimmungen zur Koordinationspflicht (Art. 39 Abs. 2 KVG und Art. 58*d* KVV) hingewiesen und festgehalten, im Rahmen der Spitalplanung 2012 finde ein "reger Austausch mit weiteren Kantonen statt". Dabei würden "insbesondere die Kantonsgrenzen überschreitenden Patientenströme thematisiert" (S. 6).

4.2.4 Das BAG verweist in seiner Stellungnahme vom 15. Oktober 2015 (act. 43) betreffend Grundsätze der Planung nach neuem Recht auf seine Stellungnahme zur Beschwerdelegitimation (act. 11). Darin legt es zunächst die Voraussetzungen für die Zulassung der Spitäler (Art. 39 KVG) und die Planungskriterien dar. Letztere sollten die Unterschiede in den Planungskonzepten verringern und den effizienten Mitteleinsatz fördern. Mit der Leistungsfinanzierung und den erweiterten Wahlmöglichkeiten sollten die Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung und der Qualitätswettbewerb gefördert werden. Die Planung müsse den neuen Vorgaben Rechnung tragen, immer mit dem Ziel, die Versorgungssicherheit der Kantons-

bevölkerung sicherzustellen. Mit der Gesetzesrevision könne "die Abgrenzung der Überkapazitäten nur indirekt und begrenzt durch eine Steuerung des Angebotes, das auf die Liste aufgenommen wird, erfolgen, weil das den Versicherten zur Verfügung stehende Angebot wegen der Wahlmöglichkeiten und wegen den Vertragsspitälern über das auf der kantonalen Liste aufgeführte Angebot hinaus ausgedehnt wird". Das revidierte KVG erlaube einen Wettbewerb unter den Leistungserbringern auf zwei Stufen: erstens bei der Auswahl durch die Kantone im Rahmen der Spitalplanung, zweitens bei der Auswahl durch die Patientinnen und Patienten (bzw. deren behandelnden Ärztinnen und Ärzte) sowohl unter den innerkantonalen als auch unter den ausserkantonalen Spitälern. Mit den Planungskriterien nicht vereinbar wäre es, die entsprechend dem Bedarf nötigen Einrichtungen auf der Liste aufzunehmen, und dann nach Lösungen zu suchen, damit die Patientinnen und Patienten von ihrer Wahlmöglichkeit nicht Gebrauch machten. Eine Mengensteuerung würde die Entfaltung des Qualitätswettbewerbs im Rahmen der freien Spitalwahl einschränken. In der Stellungnahme vom 15. Oktober 2015 (act. 43) wird zudem ausgeführt, dass es bei der Pflicht zur Koordination der Planung darum gehe, sicherzustellen, dass die Versicherten die notwendige Behandlung erhalten könnten, ohne die Planung anderer Kantone zu beeinträchtigen.

4.3 Das Bundesverwaltungsgericht hatte sich zwar bisher bereits mit den Zielen und Grundsätzen der Spitalplanung nach dem revidierten KVG zu befassen. Die Frage, ob die Vermeidung von Überkapazitäten im revidierten KVG weiterhin zu den Zielen der Spitalplanung gehöre, war bisher aber noch nicht zu entscheiden. Auch hatte sich das Gericht noch nicht näher mit der Koordinationspflicht der Kantone zu befassen. Auf die Rechtsprechung des Bundesverwaltungsgerichts (und des Bundesgerichts) ist nachfolgend einzugehen.

4.3.1 Im Urteil C-325/2010 hat das Bundesverwaltungsgericht analysiert, inwiefern sich die Anforderungen an die Spitalplanung bzw. Spitalliste aufgrund der KVG-Revision zur Spitalfinanzierung (grundlegend) geändert haben. Grundlegend neu ist demnach die Verpflichtung der Kantone, eine integrale Spitalliste zu erlassen und im Bereich der Akutsomatik eine leistungsorientierte (statt eine kapazitätsorientierte) Planung vorzunehmen. Die Bedarfsermittlung muss nicht nur auf statistisch ausgewiesene Daten, sondern auch auf Vergleiche abgestützt sein. Zudem müssen die Kantone ihre Planungen (vermehrt) interkantonal koordinieren. Bei der Bedarfsplanung haben die Kantone ab 1. Januar 2012 zwar zu berücksichtigen, dass

die Versicherten auch ein ausserkantonales Listenspital wählen können oder sich allenfalls in einem Vertragsspital behandeln lassen. Die in Art. 58*b* Abs. 1-3 verankerten Grundsätze zur Ermittlung des Angebots, das auf der Spitalliste zu sichern ist, entsprechen aber (abgesehen von der geforderten Abstützung auf Vergleiche [Abs. 1]) der bisherigen Rechtsprechung. Auch stimmen die in Art. 58*b* Abs. 4 und Abs. 5 KVV aufgeführten Kriterien zur Beurteilung und Auswahl der Spitäler bzw. zur Prüfung der Wirtschaftlichkeit und Qualität mit der bisherigen Rechtsprechung überein (C-325/2010 E. 4.4.4).

4.3.2 Es ist zu unterscheiden zwischen der Bedarfsermittlung, die zuerst zu erfolgen hat, und der zweiten Phase der Bedarfsdeckung mit der Auswahl der Leistungserbringer. Erst in dieser zweiten Phase ist die Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringer zu beurteilen (Urteil BVGer C-5576/ 2011 vom 2. Juni 2014 E. 4.2).

4.3.3 Für die Auswahl der Spitäler, welchen ein Leistungsauftrag erteilt werden soll, muss zwingend eine Wirtschaftlichkeitsprüfung durch Betriebsvergleiche vorgenommen werden (C-4302/2011 E. 5.3; Urteil BVGer C-5647/2011 vom 16. Juli 2013 E. 5.3.1). Die im Zusammenhang mit der Spitalfinanzierung entwickelten Grundsätze der Wirtschaftlichkeitsprüfung (grundlegend betreffend Akutsomatik BVGE 2014/36 E. 4 ff.; zur Zusammenfassung wichtiger Grundsätze vgl. bspw. Urteil BVGer C-4310/2013 vom 20. April 2015 E. 3 ff.; betreffend Psychiatrie Urteil C-3133/2013 vom 24. August 2015 E. 8.2 ff. und E. 17) sind auch bei der Spitalplanung zu berücksichtigen (C-4302/2011 E. 5.2).

4.3.4 Die Kosteneindämmung – beispielsweise durch eine Konzentration des Angebots – entspricht weiterhin der Zielsetzung des KVG. Die Vorgabe von Mindestfallzahlen soll nicht nur die Qualität, sondern auch die Effizienz und die Wirtschaftlichkeit fördern (Urteil BVGer C-401/2012 vom 28. Januar 2014 E. 9.2 und 14; vgl. auch BGE 138 II 398 E. 7.2.2). Aus der durch Art. 41 Abs. 1^{bis} KVG gewährleisteten freien Spitalwahl kann nicht abgeleitet werden, dass alle Spitäler auf die Spitalliste aufgenommen werden müssen (C-401/2012 E. 10.2).

4.3.5 Eine Mengensteuerung ist auch bei einer leistungsorientierten Spitalplanung nicht grundsätzlich unzulässig. Bei einer leistungsbezogenen Planung darf aber keine kapazitätsbezogene Mengensteuerung durch Vorgabe von Bettenkapazitäten erfolgen (Urteil BVGer C-4302/2011 vom

15. Juli 2015 E. 6.2-6.3; zur Zulässigkeit der Mengensteuerung vgl. auch BGE 138 II 398 E. 3).

4.3.6 Die Spitalplanung soll gemäss BVGE 2012/30 einerseits die Versorgung aller vom Versicherungsobligatorium erfassten Versicherten sicherstellen und andererseits durch Zusammenwirken mit Wettbewerbselementen den Rahmen für die Optimierung der Ressourcennutzung bilden (E. 4.7 mit Hinweis auf die Botschaft des Bundesrates betreffend die Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung [Spitalfinanzierung] vom 15. September 2004 [BBl 2004 5564; nachfolgend: Botschaft zur Spitalfinanzierung]). Mit der Verpflichtung zur Spitalplanung soll das öffentliche Interesse der Versicherten an der Gewährleistung der Versorgungssicherheit und der Versicherten und Steuerzahler an der Kostenbegrenzung geschützt werden (BVGE 2012/30 E. 4.7 mit Hinweis auf BGE 138 II 398). Entgegen der Annahme der Beschwerdegegnerin kann aus BVGE 2012/30 nicht abgeleitet werden, die Spitalplanung habe sich nunmehr auf die Verhinderung einer Unterversorgung (bzw. Schlechtversorgung) zu beschränken. In diesem Fall war die Beschwerdelegitimation eines Vertragsspitals zu beurteilen (wobei diese verneint wurde). Das Gericht erwog, Art. 58*b* Abs. 3 KVV sei *nach seinem Wortlaut* auf die Verhinderung einer Unterversorgung ausgerichtet. Die Frage, ob der zweite Satz von Art. 58*b* Abs. 3 KVV auch auf die Vermeidung einer Überversorgung ausgerichtet sei, könne offenbleiben, da eine entsprechende Verpflichtung einzig zum Schutz der Öffentlichkeit bestehen könnte. Anhaltspunkte für eine Verpflichtung der Kantone zur Mengensteuerung betreffend die Listenspitäler *zugunsten von Institutionen, welche nicht auf der Liste aufgeführt sind*, seien im KVG nicht vorhanden (BVGE 2012/30 E. 4.9).

4.3.7 Primäres Ziel der Spitalplanung ist das Sicherstellen einer bedarfsgerechten Versorgung der Bevölkerung (BVGE 2012/30 E. 4.7; BGE 138 II 398 E. 5.3). Nach der Rechtsprechung des Bundesgerichts hat die Spitalplanung aber zweifellos weiterhin auch das Ziel, die Kosten einzudämmen bzw. Überkapazitäten zu vermeiden. "L'obiettivo della pianificazione ospedaliera e dei mandati di prestazioni è di garantire la copertura del fabbisogno medico necessario e nel contempo di contenere i costi" (BGE 138 II 398 E. 3.5.2). "La pianificazione ospedaliera serve, da un lato, a evitare le sovraccapacità e i costi aggiuntivi che ne derivano, dall'altro, e innanzitutto, ad assicurare una sufficiente copertura ospedaliera della popolazione" (BGE 138 II 398 E. 5.3).

4.4 In einem nächsten Schritt ist aufgrund der Materialien zu prüfen, ob bzw. inwiefern der Gesetzgeber die Ziele der Spitalplanung ändern wollte.

4.4.1 Im Entwurf des Bundesrates (BBl 2004 5593) waren insbesondere folgende Änderungen des Art. 39 KVG vorgesehen: In Abs. 1 Bst. d war der (bisherige) Satzteil "wobei private Trägerschaften angemessen in die Planung einzubeziehen sind" nicht mehr enthalten. Grundlegend neu waren die vorgeschlagenen Abs. 2 – 5.

Abs. 2: Die Planung einer bedarfsgerechten Spitalversorgung nach Abs. 1 Bst. d muss sich auf die Versorgung aller nach diesem Gesetz versicherungspflichtigen Personen (Art. 3) beziehen und die Patientenströme zwischen den Kantonen berücksichtigen. Private Trägerschaften sind angemessen in die Planung einzubeziehen.

[Abs. 3 betrifft die hochspezialisierte Medizin].

Abs. 4: Die Spitalliste nach Abs. 1 Bst. e muss sämtliche für die Versorgung notwendigen Spitäler des Kantons, die über einen Leistungsauftrag verfügen, umfassen; sie kann auch Spitäler in anderen Kantonen umfassen, für die der Kanton mit einem oder mehreren anderen Kantonen oder mit denen er direkt eine Vereinbarung abgeschlossen hat. Mit dem Erteilen von Leistungsaufträgen können die Kantone Auflagen verbinden.

Abs. 5: Der Bundesrat kann allgemeine, einheitliche Grundsätze für die Planung erlassen, soweit dies für die gemeinsame Erstellung der Planungen durch mehrere Kantone erforderlich ist. Er hört zuvor die Kantone an.

4.4.2 Laut der Botschaft zur Spitalfinanzierung sollte mit der KVG-Revision unter anderem "das Zusammenwirken von staatlicher Planung und Wettbewerbselementen neu geregelt werden, so dass die Spitalplanung einerseits die Versorgung aller vom Versicherungsobligatorium erfassten Versicherten sicherstellt und andererseits den Rahmen für die Optimierung der Ressourcennutzung bildet" (BBl 2004 5564). Weiter sollten "mehrere bereits im System verankerte Anreize zur Kosteneindämmung verstärkt werden" (BBl 2004 5587). Zum neu gefassten Art. 39 wird unter anderem ausgeführt, aufgrund der neuen Finanzierungsregelung hätten "[…] die Kantone kein Interesse, unzweckmässige oder überflüssige Strukturen aufrecht zu erhalten. Erfolgt dies trotzdem, geschieht es nicht im Interesse der obligatorischen Krankenpflegeversicherung, sondern aufgrund eines anderen Interesses des Kantons. An dieser Stelle soll nochmals unterstrichen werden, dass ein Kanton nur dann bedarfsgerecht planen kann, wenn er

die Patientenströme kennt und seine Kapazitäten mit den Nachbarkantonen koordinieren kann" (BBl 2004 5575). Betreffend Abs. 5 wird festgehalten, dass dem Bundesrat die Kompetenz eingeräumt werden soll, "zwecks einheitlicher Umsetzung der Bestimmungen des KVG und einer besseren Koordination unter den Kantonen Grundsätze aus seiner bisherigen Rechtsprechung zu formulieren und diese im Hinblick auf die Einführung der neuen Finanzierungsregelung zu ergänzen" (BBl 2004 5576). Der Bund könne den Kantonen aufgrund der verfassungsmässigen Kompetenzausscheidung nicht eine interkantonale Planung vorschreiben (BBl 2004 5567).

Unter dem Titel "Volkswirtschaftliche Auswirkungen" wird zudem auf die Besonderheiten des Marktes im Gesundheitswesen eingegangen. "Das Angebot bestimmt weitgehend die Nachfrage, und die Preise spielen für die Verbraucher/Versicherten keine direkte Rolle. Aus sozialpolitischen Gründen muss das System zudem der gesamten Bevölkerung den Zugang zu einem qualitativ hochstehenden Pflegeangebot gewährleisten. Im Hinblick auf eine rationelle Verwendung der Ressourcen sprechen diese Fakten dafür, dass der Staat bei der Infrastrukturplanung (Bereitstellung der nötigen Kapazitäten entsprechend dem effektiven Bedarf, kantonsinterne und interkantonale Koordination) eine führende Rolle übernimmt. Die Ausweitung der kantonalen Spitalplanung im Hinblick auf die Sicherstellung der Versorgung aller Versicherten ist daher völlig gerechtfertigt, denn nur so kann die Planung wirksam sein […]. Im Idealfall sollten einzig die Markt- und Wettbewerbsregeln bestimmen, wer Zugang zum Markt erhält. Man könnte es daher bedauern, dass mit der Revision der Einflussbereich des Staates durch die Ausweitung der Mitfinanzierung und die verstärkte Gewichtung der Planung vergrössert wird. Immerhin würde mit der vorgeschlagenen Regelung im festgelegten Rahmen der Tarifwettbewerb verstärkt. In einem «Markt» jedoch, in dem die Nachfrage zu einem grossen Teil angebotsinduziert ist und in dem die «Preise» durch eine Behörde genehmigt oder fixiert sind und der Konsument nicht unmittelbar für die Kosten der konsumierten Leistungen aufkommt, gilt es indessen, die Regeln für die Teilnahme am «Markt» den besonderen Verhältnissen anzupassen" (BBl 2004 5587 f.).

4.4.3 Der Ständerat (als Erstrat) sah – der Mehrheit seiner Kommission (SGK) folgend – im März 2006 davon ab, einen grundlegenden Systemwechsel vorzunehmen und entschied sich für das politisch Machbare ("Rückzugsgefecht" aufgrund des massiven Widerstandes der Kantone

[AB 2006 S 41]). Es sollte ein erster Schritt – ein Zwischenschritt – zu weiteren, grundlegenderen Veränderungen sein. Zu diesem ersten Schritt gehöre insbesondere die Gleichstellung der Listenspitäler (öffentliche und private) in Bezug auf Planung und Finanzierung (AB 2006 S 41 ff. [verschiedene Voten]) und die Einteilung der Spitäler in drei Kategorien (Listenspitäler, Vertragsspitäler und übrige Spitäler). Ständerat Urs Schwaller hob zudem hervor, dass der Bundesrat nun einheitliche Grundsätze (bzw. Kriterien) für die Planung erlasse und die Kantone verpflichtet würden, ihre Planung zu koordinieren (AB 2006 S 42). Nach Ständerat Christoffel Brändli brachte die neue Vorlage "[…] endlich alle Listenspitäler – staatlich und privat – auf die gleiche Finanzierungsbasis; er sichert allen KVG-Versicherten eine Gleichbehandlung bezüglich der Kantonsbeiträge; und er gibt den Versicherungen in diesem grossen Gesundheitsmarkt auch die Möglichkeit, OKP-Verträge auch mit Spitälern abzuschliessen, die von den Kantonen nicht für die Versorgungssicherheit bestimmt sind" (AB 2006 S 43).

4.4.4 Über das Spannungsverhältnis Planung und Wettbewerb wurde sowohl im Ständerat als auch im Nationalrat namentlich im Zusammenhang mit der Einführung der freien Spitalwahl und der Vertragsspitäler debattiert. Verschiedene Ratsmitglieder machten geltend, damit würde die Spitalplanung der Kantone ausgehebelt bzw. man dürfe die beiden Systeme (Planung einerseits, freier Markt andererseits) nicht vermischen (vgl. bspw. Alain Berset [AB 2006 S 50], Stéphane Rossini [AB 2007 N 457], Hugo Fasel [AB 2007 N 457] und Kommissionssprecher Yves Guisan [AB 2007 N 458]). Dem wurde entgegengehalten, die freie Spitalwahl fördere das Denken in grösseren Versorgungsregionen, zwinge zur Koordination zwischen den Kantonen und führe zu mehr interkantonaler Planung, womit auch Überkapazitäten abgebaut werden könnten (vgl. Jacqueline Fehr, Pierre Triponez [AB 2007 N 440], Bundesrat Pascal Couchepin [AB 2007 N 441], Kommissionssprecherin Ruth Humbel [AB 2007 N 441 f.]). Betreffend Vertragsspitäler wurde sodann betont, dass es sich bei den von Vertragsspitälern erbrachten OKP-Leistungen um einen geringen Anteil handeln werde, der die Planung nicht erheblich beeinflusse (vgl. Roland Borer [AB 2007 N 456] und insbes. Bundesrat Pascal Couchepin [AB 2007 N 458]). Die Einteilung in Listenspitäler, Vertragsspitäler und übrige Spitäler bringe, nebst der Grundlage für die Fallkostenpauschale, ein Wettbewerbselement in die Vorlage. Die Listenspitäler müssten sich dann den Qualitäts- und Kostenvergleich mit den blossen Vertragsspitälern gefallen lassen. Zudem würde auch gewährleistet, dass die kantonale Bedarfsplanung nicht überborde und es nicht zu einer Mengenausweitung im Vergleich zu heute

komme (Urs Schwaller [AB 2006 S 51]). Bundesrat Pascal Couchepin betonte, es gebe nicht Planung *oder* freien Markt: "Il faut à la fois de la planification, parce que c'est probablement un instrument qui permet de juguler un certain nombre de coûts, et un marché libre, parce que c'est quelque chose qui permet de développer des initiatives et d'être créatif, et qui exerce aussi une certaine pression sur la planification si elle a été faite de manière complaisante ou inefficace" (AB 2006 S 53). Schliesslich wies Bundesrat Pascal Couchepin auch darauf hin, dass es immer Leute geben werde, die sich in einem Nicht-Listenspital bzw. ausserkantonal behandeln liessen und die Kantone bei ihrer Planung mit verschiedenen Unsicherheiten umgehen müssten (AB 2007 N 441 und 458, vgl. auch AB 2006 S 53).

4.4.5 Die Einführung der Koordinationspflicht (Art. 39 Abs. 2 KVG) erfolgte auf Antrag der SGK des Ständerates und war in beiden Räten unbestritten (vgl. AB 2006 S 49 ff., AB 2007 N 426 ff.). Umstritten war hingegen die Formulierung der nun in Art. 39 Abs. 2ter KVG verankerten Bestimmung, welche den Bundesrat zum Erlass einheitlicher Planungskriterien beauftragt. Die SGK des Ständerates wollte dem Bundesrat – im Unterschied zu dessen Entwurf – nicht nur die Kompetenz zum Erlass von Planungskriterien erteilen, sondern ihn dazu verpflichten, was auch dem Wunsch der Kantone entspreche (vgl. Protokoll der Sitzungen der SGK des Ständerates vom 23., 24. + 25. Januar 2006, S. 45 f.). Zudem sollte der Begriff "Kriterien" statt "Grundsätze" verwendet werden, weil es um das formelle Planungsrecht, nicht um materielle Planungsinhalte gehe (Kommissionssprecherin Christiane Brunner [AB 2006 S 50]; vgl. auch Trix Heberlein [AB 2006 S 50], Protokoll der Sitzungen der SGK des Ständerates vom 23., 24. + 25. Januar 2006, S. 46). Nach dem Willen des Nationalrates sollten die Planungskriterien konkretisiert werden, entsprechend den zentralen Kriterien der Systemsteuerung, welche die KVG-Revision vorsehe. Daher seien als Planungskriterien "Qualität, Wirtschaftlichkeit und Grundversorgung" vorzugeben (vgl. AB 2007 N 427 [Antrag Gutzwiller] und AB 2007 N 434 ff.). Die Spitalplanung und insbesondere die Auswahl der Listenspitäler müssten Kriterien geleitet und transparent erfolgen (AB 2007 N 428 ff. und 434 ff. [verschiedene Voten]). Der Ständerat schloss sich bei der Differenzbereinigung dem Nationalrat hinsichtlich der beiden Kriterien Qualität und Wirtschaftlichkeit an, strich aber die Grundversorgung (AB 2007 S 750 f.). Der Nationalrat hielt im Grundsatz an den drei Planungskriterien fest, ersetzte jedoch das Kriterium der Grundversorgung durch Versorgungssicherheit (AB 2007 N 1769). Im Ständerat stiess auch das Kriterium der Versorgungssicherheit auf Widerstand, weil dies allenfalls eine Grundlage bilden könne, um später eine Spitalplanung durch den Bund einzuführen.

Für die Versorgungssicherheit seien gemäss Verfassung die Kantone zuständig (AB 2007 S 1036). Die ständerätliche Version setzte sich schliesslich in der Einigungskonferenz durch mit der Begründung, "dass detaillierte Bundesvorgaben zur Planung der Versorgungssicherheit nicht notwendig sind. Die Planung ist Kantonssache, und kantonale Planungen müssen so oder so auf die Versorgungssicherheit ausgerichtet und bedarfsgerecht sein. Diese Idee ist übrigens auch in Artikel 39 Absatz 1 Buchstabe d bereits enthalten" (AB 2007 S 1196; vgl. auch AB 2007 N 2050).

4.5 Aufgrund der Materialien lässt sich die Ansicht, der Gesetzgeber habe die Funktion der Spitalplanung im Sinne von Art. 39 Abs. 1 KVG auf die Verhinderung einer Unterversorgung beschränken wollen, nicht bestätigen. Die Kosteneindämmung und namentlich der Abbau von Überkapazitäten gehören weiterhin zu den Zielen der Spitalplanung. Eine interkantonale Koordination der Planung ist für das Erreichen der verschiedenen Ziele (namentlich die Bedarfsdeckung, eine optimale Ressourcennutzung sowie die Eindämmung der Kosten) von erheblicher Bedeutung. Die in Art. 39 Abs. 2 KVG verankerte und in Art. 58*d* KVV konkretisierte Pflicht zur Koordination der Planungen gilt daher – entsprechend dem Wortlaut der Bestimmungen – generell und nicht nur zur Vermeidung einer Unterversorgung.

5.
Zu prüfen ist im Folgenden, ob der streitige Spitallistenbeschluss auf einer Spitalplanung beruht, welche den bundesrechtlichen Anforderungen entspricht.

5.1 Die Vorinstanz führt in ihrer Vernehmlassung aus, aufgrund der KVG-Revision zur Spitalfinanzierung sei für die Bereiche Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation eine leistungsorientierte Planung vorgenommen worden. Entsprechend enthielten die Spitallisten nicht mehr Zuweisungen von Betten, sondern von Leistungsbereichen. Die Patientenströme seien berücksichtigt worden. Eine Koordination mit dem Kanton Zürich sei nicht erforderlich gewesen, weil die von der Clinica Holistica für den Kanton Zürich erbrachten Pflegetage nur einen geringen Anteil ausmachten. Die Wirtschaftlichkeit der Clinica Holistica sei bereits mit Beschluss vom 31. August 2010 geprüft und bejaht worden.

5.2 Den Kantonen steht es gemäss Art. 58*c* Bst. b KVV frei, ob sie für den Bereich Psychiatrie eine leistungsorientierte oder eine kapazitätsbezogene Planung vornehmen. Erfolgt die Vergütung gemäss Art. 49 Abs. 1 KVG leis-

tungsbezogen, erscheint primär eine leistungsorientierte Planung sachgerecht, weil dann zwischen Planung und Finanzierung Kompatibilität besteht (vgl. BAG, KVV-Änderungen per 1. Januar 2009, Änderungen und Kommentar im Wortlaut [abrufbar unter: www.bag.admin.ch > Themen > Krankenversicherung > Revisionen der Krankenversicherung > abgeschlossene Revisionen > Spitalfinanzierung; besucht am 1.9.2015], nachfolgend: Kommentar KVV-Änderungen, S. 4). Wie die Vorinstanz zutreffend erwogen hat, sind bei einer leistungsorientierten Spitalplanung den Listenspitälern keine Bettenkapazitäten zuzuweisen (vgl. oben E. 4.3.5). Bei einer leistungsorientierten Planung hat namentlich die Ermittlung des Bedarfs und die Evaluation des Angebotes aufgrund von Leistungszahlen (Fall- bzw. diagnosebezogene Falldaten) zu erfolgen (vgl. Stellungnahme BAG [act. 43] S. 5; Kommentar KVV-Änderungen, S. 7). Bettenzahlen und Pflegetage sind hingegen bei der kapazitätsorientierten Planung die massgebenden Bezugsgrössen.

5.2.1 Laut Versorgungsbericht (V-act. 3) sollte für die Psychiatrieplanung "näherungsweise" auf die ICD-Hauptdiagnose der behandlungsrelevanten Grunderkrankungen abgestellt werden (S. 8). Weil zurzeit sowohl die Ausgestaltung als auch der Zeitpunkt des Inkrafttretens der für den Bereich Psychiatrie geltenden Tarifstruktur noch nicht bekannt seien, würden die psychiatrischen Leistungen sowohl fall- als auch pflegetagsbezogen ermittelt (S. 8 Fn 5). Es wurden folgende Diagnosegruppen (als Leistungsbereiche) gebildet:

- F0 organische Störungen, ausser Demenz
- F0 Demenz
- F1 Störungen durch schädlichen Gebrauch
- F2 Schizophrenien
- F3 affektive Störungen
- F4 Angst- und Anpassungsstörungen
- F5 "neurotische" Störungen
- F6 Persönlichkeitsstörungen
- F7 Intelligenzminderungen
- F8 Entwicklungsstörungen
- F9 Verhaltensstörungen
- keine psychiatrische Hauptdiagnose gemäss ICD-10 Kapitel V (F)

5.2.2 Eine Analyse nach Leistungsbereichen (Diagnosegruppen) wurde bei der Nachfragestruktur vorgenommen, dabei wurde auf die Daten des

Jahres 2008 abgestellt. Die erbrachte Leistungsmenge innerhalb einzelner Diagnosegruppen wird mittels Fallzahlen, mittlerer Aufenthaltsdauer, Anzahl Zusatzversicherter sowie Pflegetagen ausgewiesen. Die mittlere Aufenthaltsdauer innerhalb der Diagnosegruppen schwanke (mit Werten zwischen 6.7 und 57.1 Tagen) sehr stark (vgl. S. 17). Der zukünftige Bedarf nach Diagnosegruppen für das Jahr 2020 wird mittels Fallzahlen und Pflegetagen prognostiziert (S. 22). Das Prognosemodell für die Psychiatrie berücksichtige nur den Faktor Demographie. Weitere Faktoren (wie bspw. Substitution stationärer durch ambulante Leistungen und die mittlere Aufenthaltsdauer) würden nicht berücksichtigt, weil die Prognose mit zu grossen Unsicherheiten behaftet sei. Zudem könne davon ausgegangen werden, dass sich die verschiedenen Einflussfaktoren zumindest teilweise gegenseitig aufheben würden (S. 12). Aufgrund der prognostizierten Bevölkerungszunahme sei eine Fallzunahme von 4.2% zu erwarten. Der demographische Wandel führe zudem zu einem Anstieg der Pflegetage (Erhöhung insgesamt um 5.7%). Mit erheblichen Fallzunahmen sei in den Leistungsbereichen Demenz, organische Störungen und bei Fällen ohne psychiatrische Hauptdiagnose zu rechnen (S. 22).

5.2.3 Ob im Bereich Psychiatrie eine Prognose allein aufgrund der demographischen Entwicklung den Anforderungen gemäss Art. 58*b* Abs. 1 KVV entspricht, erscheint fraglich. Nach dieser Bestimmung muss die Bedarfsermittlung nicht nur auf statistisch ausgewiesene Daten, sondern auch auf Vergleiche abgestützt sein. Das BAG führt in seinem Kommentar zu Art. 58*b* Abs. 1 KVV insbesondere aus: "Vergleiche, welche im Rahmen der Bedarfsermittlung angestellt werden, sollen namentlich die Orientierung am Besten, also ein Benchmarking erlauben, im Gegensatz zur Fortschreibung der bestehenden Trends" (Kommentar KVV-Änderungen S. 7). Die Frage muss vorliegend jedoch nicht abschliessend beurteilt werden, denn die Bündner Psychiatrieplanung entspricht in verschiedener Hinsicht nicht den bundesrechtlichen Anforderungen, wie sich aus den nachfolgenden Erwägungen ergibt.

5.2.4 Im Strukturbericht Psychiatrie vom 20. September 2013 (nachfolgend: Strukturbericht) werden – nach grundsätzlichen Ausführungen zur Spitalplanung – die Ergebnisse der Leistungsanalyse 2008 und der Bedarfsprognose 2020 dargelegt (V-act. 4 S. 6 ff.). Anschliessend folgen längere grundsätzliche Ausführungen zu den Evaluationskriterien. Unter Ziff. 4 "Bewerbungsverfahren" steht: "Da die im Kanton Graubünden tätigen Psychiatrischen Kliniken die Versorgung der Bündner Bevölkerung sicherstellen,

wurde auf ein Bewerbungsverfahren verzichtet. Für die Versorgung der italienischsprachigen Teile Graubündens wird wie in der Vergangenheit die Clinica psichiatrica cantonale, Mendrisio, auf die Spitalliste aufgenommen" (Strukturbericht, S. 15). Unter Ziff. 5 "Evaluationsverfahren" wird schliesslich (sehr kurz) ausgeführt, die Wirtschaftlichkeit der Psychiatrischen Dienste Graubünden (PDGR [Kliniken Waldhaus und Beverin]) und die Kinder- und Jugendpsychiatrie Graubünden (KJP) sei gegeben; die Clinica psichiatrica cantonale, Mendrisio, sei auf der Spitalliste des Kantons Tessin, weshalb auf ein separates Evaluationsverfahren durch den Kanton Graubünden verzichtet werde (a.a.O.). Zum Entwurf der Spitalliste wird erwähnt, die auf der neuen Spitalliste aufgeführten Leistungserbringer würden den Bedarf der Bündner Bevölkerung an stationären psychiatrischen Versorgung auch unter Berücksichtigung der sich allenfalls verändernden Patientenströme und der für das Jahr 2020 prognostizierten Bedarfsentwicklung zu decken vermögen (S. 16). Als "Leistungsaufträge" werden "Akutpsychiatrie", "Rehabilitationspsychiatrie", "Gerontopsychiatrie", "Suchtbehandlung", "Stressfolgeerkrankungen", "Psychotherapiestation" im Bereich Erwachsene sowie "Kinder und Jugendliche" vorgesehen. Für "Stressfolgeerkrankungen" wird die Clinica Holistica, die hier zum ersten Mal erwähnt wird, vorgesehen (S. 16).

5.2.5 Wie die Vorinstanz feststellen konnte, dass der von ihr ermittelte Bedarf durch die Bündner Spitäler gedeckt werden kann, lässt sich dem Strukturbericht nicht entnehmen. Es wird weder auf Leistungsdaten noch auf Kapazitäten Bezug genommen. Insbesondere wird nicht erläutert, welche Leistungsbereiche (Diagnosegruppen) von den einzelnen Kliniken abgedeckt werden können. Ebenso fehlen Ausführungen dazu, wie die Diagnosegruppen allenfalls mit den Kategorien der Leistungsaufträge korrespondieren sollen. Indem die Vorinstanz auf ein Bewerbungsverfahren verzichtete, entzog sie den Psychiatriebereich dem Wettbewerb, der gemäss dem Willen des Gesetzgebers namentlich bei der Bedarfsdeckung bzw. bei der Auswahl der Leistungserbringer gelten soll. Eine bundesrechtskonforme Wirtschaftlichkeitsprüfung ist nicht dokumentiert. Obwohl in den allgemeinen Grundsätzen (vgl. Strukturbericht S. 5, Versorgungsbericht S. 6) auf die besondere Bedeutung der interkantonalen Koordination im Sinne von Art. 39 Abs. 2 KVG und Art. 58*d* KVV hingewiesen wird, lässt sich den Planungsgrundlagen nichts zur Auswertung der Patientenströme und zur Koordination mit anderen Kantonen entnehmen.

5.3 Der Leistungsauftrag an die Clinica Holistica zur Behandlung von Stressfolgeerkrankungen beruht nach dem Gesagten auf einer KVG-widrigen Planung. Was die Bedarfsermittlung für Stressfolgeerkrankungen im Besonderen betrifft, ist ergänzend Folgendes festzuhalten:

5.3.1 Für eine "Diagnosekategorie Stressfolgeerkrankungen" wurde kein Bedarf erhoben, und es wurde auch nicht definiert, was unter diesen Erkrankungen zu verstehen sei. Eine Stressfolgeerkrankung ist keine Diagnose gemäss ICD-10, auf deren Klassifikation sich die Vorinstanz abstützen wollte. Eine allgemein anerkannte Definition der Stressfolgeerkrankungen gibt es soweit ersichtlich nicht. Gemäss Max-Planck-Institut für Psychiatrie gelten als Stressfolgeerkrankungen heute "nicht nur Zivilisationskrankheiten wie Herzinfarkt, sondern auch Depression und Burnout" (<www.psych.mpg.de/1967972/stressfolge>; besucht am 19.8.2015). Burnout wird in der ICD-10 im Kapitel XXI (Z) "Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen", unter Z73 (Probleme mit Bezug auf Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung) klassiert. Die Kategorien Z00-Z99 sind für Fälle vorgesehen, in denen Sachverhalte als "Diagnosen" oder "Probleme" angegeben sind, die nicht als Krankheit, Verletzung oder äussere Ursache unter den Kategorien A00-Y89 klassifizierbar sind (vgl. Urteil BGer 9C_537/2011 vom 28. Juni 2012 E. 3.1 m.w.H.; <http://www.icd-code.de/icd/code/Z00-Z99.html>, besucht am 19.8.2015).

5.3.2 Laut Vernehmlassung und RRB 815/2010 (mit welchem der Clinica Holistica erstmals ein Leistungsauftrag für Stressfolgeerkrankungen erteilt wurde) werden folgende Diagnosegruppen der Kategorie Stressfolgeerkrankung zugeordnet: F3 (ohne F30, F31 und F34) sowie F4 (ohne F43.0 und F43.1). Im Abschnitt F3 der ICD-10 werden die affektiven Störungen aufgeführt: manische Episode (F30), bipolare affektive Störung (F31), depressive Episode (F32), rezidivierende depressive Störung (F33), anhaltende affektive Störungen (F34), andere affektive Störungen (F38), nicht näher bezeichnete affektive Störung (F39). Abschnitt F4 enthält neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen, nämlich: phobische Störungen (F40), andere Angststörungen (F41), Zwangsstörung (F42), Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (F43), dissoziative Störungen (Konversionsstörungen; F44), somatoforme Störungen (F45) und andere neurotische Störungen (F48).

5.3.3 Aus dem Umstand, dass die Patientinnen und Patienten, die ins Behandlungskonzept der Clinica Holistica "passen", regelmässig eine Hauptdiagnose aus der Gruppe F3 oder F4 aufweisen, kann nicht der Umkehrschluss gezogen werden, die unter F3 und F4 aufgeführten Diagnosen seien grundsätzlich als Stressfolgeerkrankungen zu qualifizieren. Daran ändert nichts, dass die Vorinstanz verschiedene Diagnosegruppen (F30, F31, F34 [bzw. F34.1 Zyklothymia] F43 und F43.1) ausgenommen hat, weil das Behandlungskonzept der Clinica Holistica zur Behandlung solcher Störungen nicht geeignet sei (vgl. act. 37 S. 5). Wenn bspw. bei einzelnen Patientinnen und Patienten Stress als Ursache der depressiven Störung identifiziert wird, kann daraus nicht abgeleitet werden, jede depressive Störung sei eine Stressfolgeerkrankung.

5.3.4 Selbst wenn die Vorinstanz in ihrer aktuellen Psychiatrieplanung eine Bedarfsermittlung für Stressfolgeerkrankungen entsprechend den Ausführungen in der Vernehmlassung und im RRB 815/2010 vorgenommen hätte, würde dies den Anforderungen von Art. 58*b* Abs. 1 KVV nicht genügen.

5.4 Unbehelflich ist sodann das Vorbringen der Vorinstanz, die Wirtschaftlichkeit der Clinica Holistica sei bereits mit RRB 815/2010 beurteilt worden. Abgesehen davon, dass die damals vorgenommene Wirtschaftlichkeitsprüfung kaum den bundesrechtlichen Anforderungen entsprechen würde (vgl. RRB 815/2010 S. 3 f.), setzt der Erlass einer neuen Spitalliste grundsätzlich eine neue Planung entsprechend den Planungskriterien (Art. 58a KVV i.V.m. Art. 39 Abs. 2ter KVG) und eine Wirtschaftlichkeitsprüfung aller Leistungserbringer, die für einen Leistungsauftrag infrage kommen, voraus. Mit Blick auf die vorinstanzlichen Ausführungen, wonach die bereits im Rahmen der Aufnahme der Clinica Holistica in die Spitalliste gemachten Abklärungen im Versorgungsbericht bzw. im Strukturbericht nicht wiederholt worden seien, weil bereits voraussehbar gewesen sei, dass der Leistungsauftrag an die Clinica Holistica nicht geändert würde (Vernehmlassung S. 4), ist zu betonen, dass die Spitalliste Ergebnis einer (bundesrechtskonformen) Spitalplanung ist, nicht umgekehrt.

5.5 Zusammenfassend ergibt sich, dass die Beschwerde entsprechend dem Hauptantrag gutzuheissen ist. Der angefochtene Beschluss ist – soweit er die Clinica Holistica betrifft – aufzuheben und die Sache ist zur Neubeurteilung an die Vorinstanz zurückzuweisen. Bei diesem Ergebnis ist nicht zu prüfen, ob der Beschwerdeführer mit Bezug auf seinen Eventualantrag einen praktischen Nutzen bzw. ein schutzwürdiges Interesse gel-

tend machen kann. Offenbleiben kann zudem, ob die Verletzung der Koordinationspflicht gemäss Art. 39 Abs. 2 KVG auch als Gehörsverletzung zu qualifizieren wäre.

5.6 Zu den Eventualanträgen der Beschwerdegegnerin (bzw. zu den Anträgen [auf Feststellung] unter Ziff. 2 der Beschwerdeantwort; vgl. Sachverhalt Bst. G) ist Folgendes festzuhalten: Aufgehoben wird mit dem vorliegenden Urteil die von der Vorinstanz erlassene Spitalliste Psychiatrie (Dispositiv-Ziff. 2), soweit die Clinica Holistica betreffend, sowie die Aufhebung der Spitalliste Psychiatrie (Stand Juli 2012) gemäss Dispositiv-Ziff. 3, soweit die Clinica Holistica betreffend. Damit gilt für die Clinica Holistica weiterhin die "alte" Spitalliste Psychiatrie (Stand Juli 2012). Dies entspricht dem unter "Eventualiter 1" gestellten (Sub)Eventualantrag.

6.
Zu befinden ist abschliessend über die Verfahrenskosten und allfällige Parteientschädigungen.

6.1 Das Bundesverwaltungsgericht auferlegt die Verfahrenskosten in der Regel der unterliegenden Partei (Art. 63 Abs. 1 VwVG). Den Vorinstanzen werden jedoch keine Verfahrenskosten auferlegt (Art. 63 Abs. 2 VwVG). Kostenpflichtig wird demnach die Beschwerdegegnerin. Die Verfahrenskosten für das vorliegende Verfahren werden auf CHF 4'000.- festgesetzt.

6.2 Dem nicht anwaltlich vertretenen Beschwerdeführer sind keine verhältnismässig hohen Kosten im Sinne von Art. 64 Abs. 1 VwVG erwachsen, weshalb ihm keine Parteientschädigung zuzusprechen ist.

7.
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 Bundesgerichtsgesetzes vom 17. Juni 2005 (BGG, SR 173.110) unzulässig. Das vorliegende Urteil ist somit endgültig.

Demnach erkennt das Bundesverwaltungsgericht:

1.
Die Beschwerde wird gutgeheissen und die Dispositiv-Ziff. 2 und 3 des angefochtenen Beschlusses werden – soweit die Clinica Holistica betreffend – aufgehoben.

Die Sache wird zur Neubeurteilung im Sinne der Erwägungen an die Vorinstanz zurückgewiesen.

2.
Die Verfahrenskosten von CHF 4'000.- werden der Beschwerdegegnerin auferlegt. Der Betrag ist innert 30 Tagen nach Zustellung des vorliegenden Urteils der Gerichtskasse zu überweisen.

3.
Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.

4.
Dieses Urteil geht an:

– den Beschwerdeführer (Gerichtsurkunde)
– die Beschwerdegegnerin (Gerichtsurkunde; Beilage: Einzahlungsschein)
– die Vorinstanz (Ref-Nr. RRB 936; Gerichtsurkunde)
– das Bundesamt für Gesundheit (Einschreiben)

Der vorsitzende Richter:	Die Gerichtsschreiberin:
Michael Peterli	Susanne Fankhauser

Versand: