Bundesverwaltungsgericht

Tribunal administratif fédéral

Tribunale amministrativo federale

Tribunal administrativ federal

Abteilung III
C-6124/2007
{T 0/2}

Urteil vom 3. Juni 2010

Besetzung

Richter Michael Peterli (Vorsitz),
Richter Stefan Mesmer,
Richterin Franziska Schneider,
Gerichtsschreiberin Sandra Tibis.

Parteien

Klinik A._____,
vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Beat Meyer,
Brunnenstrasse 8, 8303 Bassersdorf,
Beschwerdeführerin,

gegen

Regierungsrat des Kantons Graubünden,
Standeskanzlei, Reichsgasse 35, 7000 Chur,
Vorinstanz,

santésuisse, Die Schweizer Krankenversicherer,
Römerstrasse 20, Postfach, 4502 Solothurn, vertreten
durch Rechtsanwalt Dr. iur. Vincent Augustin,
Quaderstrasse 8, 7000 Chur,
Beschwerdegegnerin.

Gegenstand

KVG (ausserkantonale Spitalliste).

Sachverhalt:

A.
Mit Beschluss Nr. (...) vom 7. August 2007 hat der Regierungsrat des Kantons Graubünden (nachfolgend: Regierungsrat oder Vorinstanz) die Spitalliste des Kantons Graubünden revidiert und die (ausserkantonale) Klinik A._____ (nachfolgend: Beschwerdeführerin oder beschwerdeführende Klinik) von der Spitalliste gestrichen. Zur Begründung brachte der Regierungsrat vor, dass ein ausserkantonales Spital auf die Spitalliste aufgenommen werde, wenn die in Frage stehende medizinische Leistung im Kanton nicht beziehungsweise nicht im erforderlichen Umfang angeboten werde. Die Aufnahme erfolge somit nur, wenn der Beitrag des betreffenden Spitals zur Deckung der im Kanton vorhandenen Versorgungslücke nicht nur marginal sei. Nicht nur marginal sei der Beitrag, wenn von diesem Spital pro Jahr mehr als 500 Pflegetage für die der obligatorischen Krankenpflegeversicherung unterstehenden Bündner Patientinnen und Patienten (nachfolgend: KVG-Patientinnen und -Patienten), was einer durchschnittlichen Inanspruchnahme von zwei Betten entspreche, erbracht würden oder wenn die Inanspruchnahme einer medizinischen Leistung des betreffenden Spitals finanziell gesichert oder aus sprachlichen Gründen ermöglicht werden soll. Die beschwerdeführende Klinik habe auf der im Jahre 2002 erlassenen Spitalliste mit einem Leistungsauftrag für muskuloskelettale Rehabilitation figuriert; damals seien ihr zwei Betten zugewiesen worden. Da sich im Jahr 2004 lediglich 10 Bündner KVG-Patientinnen und -Patienten (total 282 Pflegetage) und im Jahr 2005 lediglich 9 Bündner KVG-Patientinnen und -Patienten (total 196 Pflegetage) zur Rehabilitation in der beschwerdeführenden Klinik aufgehalten hätten, habe es sich beim Beitrag der Beschwerdeführerin für die Versorgung der Bündner Bevölkerung lediglich um einen marginalen Anteil gehandelt.

B.
Gegen den Beschluss des Regierungsrates vom 7. August 2007 hat die Beschwerdeführerin, vertreten durch Rechtsanwalt Beat Meyer, mit Eingabe vom 13. September 2007 Beschwerde beim Bundesverwaltungsgericht erhoben. Sie beantragte insofern die Aufhebung des Entscheids vom 7. August 2007, als die Beschwerdeführerin von der Spitalliste gestrichen worden sei.

Die Beschwerdeführerin führt im Wesentlichen aus, der Regierungsrat

habe den Bedarf der Bündner KVG-Patientinnen und -Patienten an muskuloskelettalen Rehabilitationsleistungen nicht evaluiert. Aufgrund der Spitalplanung vom 13. Juni 2002 seien im Bereich der muskuloskelettalen Rehabilitation als innerkantonale Kliniken die Klinik B._____ (16 Betten im Bereich pneumologische, muskuloskelettale, internistische und kardiovaskuläre Rehabilitation) und die Klinik C._____ (13 Betten im Bereich pneumologische, muskuloskelettale, internistische und kardiovaskuläre Rehabilitation) sowie als ausserkantonale Kliniken die Klinik D._____ (24 Betten für muskuloskelettale und neurologische Rehabilitation), die Klinik E._____ (2 Betten für muskuloskelettale und kardiovaskuläre Rehabilitation) und die Klinik F._____ (1 Bett für muskuloskelettale und neurologische Rehabilitation) auf die Liste genommen worden. Der Regierungsrat habe seit dem Erlass dieser Spitalplanung weder die Schliessung der Klinik C._____ im Jahr 2005, welche im Jahr 2000 5'122 Pflegetage geleistet habe, noch die Bedarfsplanung der Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren der Ostschweizer Kantone und des Fürstentums Lichtenstein (GDK-Ost) aus dem Jahr 2005, welche eine Zunahme der Patienten um 13% prognostizierte, berücksichtigt. Die innerkantonale Lücke sei keineswegs marginal, da im Jahr 2000 43% der Leistungen in diesem Bereich ausserkantonal bezogen worden seien. Schliesslich sei festzuhalten, dass sowohl die Klinik B._____ als auch die Klinik D._____ sehr gut aus- oder gar überlastet seien und somit nicht davon ausgegangen werden könne, dass diese zusätzliche Patientinnen und Patienten aufnehmen könnten. Die Auslastung der anderen Kliniken sei nicht bekannt und sei vom Regierungsrat auch nicht erhoben worden. Bei dieser Ausgangslage sei der Beitrag der Beschwerdeführerin weiterhin nötig. Die Beschwerdeführerin kritisiert die Ausführungen des Regierungsrates auch insofern, als dieser davon ausgehe, es liege lediglich eine marginale Versorgungslücke vor, da weniger als 500 Pflegetage für Bündner KVG-Patientinnen und -Patienten erbracht würden. Ferner sei noch darauf hinzuweisen, dass aus dem angefochtenen Beschluss nicht hervorgehe, weshalb die Klinik F._____ und die Klinik E._____ trotz ihres – gemäss Definition des Regierungsrates – marginalen Beitrags auf der Liste belassen würden und die Beschwerdeführerin gestrichen werde; damit werde das Gleichbehandlungsgebot verletzt.

C.

Der Regierungsrat beantragte mit Vernehmlassung vom 16. Oktober

2007 die Abweisung der Beschwerde. Zur Begründung führte er aus, durch die Streichung der Beschwerdeführerin von der Spitalliste entstehe für die Bündner Bevölkerung keine oder höchstens eine marginale Versorgungslücke; die Versorgung sei durch die Klinik B._____ sowie durch die ausserkantonalen Kliniken D._____, E._____ und F._____ gewährleistet. Auch aus der Bedarfsplanung Rehabilitation der GDK-Kantone könne nicht auf die Versorgungsnotwendigkeit der Beschwerdeführerin geschlossen werden. Die beteiligten Kantone seien einerseits nicht verpflichtet, diese Planung zu berücksichtigen, da schlussendlich nur die effektiv vorhandene Nachfrage abzudecken sei; andererseits enthalte der Bericht – entgegen der Annahme der Beschwerdeführerin – keine konkreten Aussagen zum stationären Rehabilitationsbedarf der einzelnen GDK-Ost Kantone.

Gemäss einer Publikation des Bundesamtes für Statistik (BFS) habe die Beschwerdeführerin in den Jahren 2004 und 2005 nur 13 Bündner Patientinnen und Patienten während 365 Pflegetagen betreut. Gegenüber den insgesamt 717 Aufenthalten mit 14'736 Pflegetagen der Klink B._____ und der Klinik D._____ könne der Beitrag der Beschwerdeführerin als marginal bezeichnet werden. Es habe daher keine Verpflichtung zur Evaluation und zur Aufnahme der Beschwerdeführerin auf die Liste der ausserkantonalen Spitäler bestanden.

In Bezug auf den Vorwurf der rechtsungleichen Behandlung der Beschwerdeführerin im Vergleich zu den Kliniken E._____ und F._____ führte der Regierungsrat aus, diese befänden sich auf der Spitalliste, weil sie die Versorgung und Betreuung der italienischsprachigen Bündner Patientinnen und Patienten gewährleisten würden. Dies könne die Beschwerdeführerin nicht bieten, weshalb sie sich in diesem Punkt unterscheiden würden und die ungleiche Behandlung folglich gerechtfertigt sei.

D.
Mit Eingabe vom 18. Oktober 2007 liess sich santésuisse, Die Schweizer Krankenversicherer (nachfolgend: santésuisse), vertreten durch Rechtsanwalt Dr. iur. Vincent Augustin, vernehmen und beantragte die Abweisung der Beschwerde unter Kosten- und Entschädigungsfolge. Zur Begründung schloss sie sich im Wesentlichen den Ausführungen des Regierungsrates an und führte aus, in der Ver-

gangenheit sei das Angebot der Beschwerdeführerin von den Bündner Patientinnen und Patienten kaum genutzt worden, weshalb daraus abgeleitet werden könne, dass ihr Angebot für die Sicherstellung der Versorgung im Bereich der muskuloskelettalen Rehabilitation nicht notwendig sei. An dieser Situation habe offensichtlich auch die Schliessung der Klinik C._____ nichts geändert. Die Beschwerdeführerin könne nicht nachweisen oder glaubwürdig darlegen, dass der anfallende Bedarf im Bereich der stationären Rehabilitation durch die übrigen, weiterhin im Rehabilitationsbereich zugelassenen, Kliniken nicht abgedeckt werden könne. Auch der Vorwurf der rechtsungleichen Behandlung greife nicht, da mit der Berücksichtigung der beiden im Tessin ansässigen Kliniken die Versorgung der italienischsprachigen Patientinnen und Patienten beabsichtigt worden sei.

E.
Mit Verfügung vom 2. November 2007 wurde das Bundesamt für Gesundheit (nachfolgend: BAG) eingeladen, sich als Fachbehörde zur Sache zu äussern. In seiner Stellungnahme vom 20. Dezember 2007 vertrat das BAG die Auffassung, die Beschwerde sei gutzuheissen, der angefochtene Entscheid aufzuheben und die Sache zur Neubeurteilung an die Regierung zurückzuweisen. Zur Begründung führte das BAG aus, der Regierungsrat habe es unterlassen, eine umfassende Evaluation im Sinne der Rechtsprechung des Bundesrates vorzunehmen; dazu gehöre, dass verschiedene Kriterien wie geographische Nähe der Leistungserbringer, die Wirtschaftlichkeit sowie die Qualität der Leistungen abgewogen und eine Auswahl unter potenziellen Leistungserbringern getroffen werden müsse. Die Argumentation des Regierungsrates, die nur die Frage des Restbedarfs betreffe und sich nicht auch zur Auswahl der zugelassenen Leistungserbringer äussere, sei ungenügend. Vorliegend sei die Versorgungslücke im Bereich der muskuloskelettalen Rehabilitation keineswegs marginal. Daher müssten alle Leistungserbringer in das Auswahlverfahren einbezogen werden.

F.
Mit Eingabe vom 21. Februar 2008 hielt die Beschwerdeführerin an ihrem gestellten Rechtsbegehren fest und präzisierte in Bezug auf die Ausführungen des BAG, dass sie – entgegen der Annahme des BAG – dem Kanton Graubünden durchaus anbiete, in Zukunft mehr Patientinnen und Patienten aufzunehmen als bisher.

G.
Mit Eingabe vom 3. März 2008 verzichtete santésuisse auf eine weitere Stellungnahme.

H.
Mit Eingabe vom 31. März 2008 reichte der Regierungsrat die abschliessende Stellungnahme vom 19. Februar 2008 ein und führte aus, er habe die vom BAG bemängelte fehlende Evaluation im Rahmen der Spitalplanung 2002 durchgeführt. Inzwischen sei mit Beschluss Nr. 1407 vom 11. Dezember 2007 die Bettenzahl der Klinik D._____ für Bündner KVG-Patientinnen und -Patienten von 24 auf 35 erhöht worden. Gemäss Rechtsprechung des Bundesrates bilde der bisherige Beitrag einer ausserkantonalen Klinik ein sachgerechtes Evaluationskriterium. Der Anteil der in der Klinik der Beschwerdeführerin behandelten Bündner Reha-Patientinnen und -Patienten liege in den Jahren 2004 bis 2006 lediglich bei 1,3%, 1,9% und 3,2%; Bündner Patientinnen und Patienten bevorzugten offensichtlich eine wohnortnahe Rehabilitation.

I.
Der mit Verfügung vom 12. Oktober 2009 nachverlangte Kostenvorschuss in der Höhe von Fr. 4'000.-- ist am 23. Oktober 2009 beim Bundesverwaltungsgericht eingegangen.

J.
Auf die weiteren Vorbringen der Parteien und die eingereichten Akten wird – soweit für die Entscheidfindung erforderlich – im Rahmen der nachfolgenden Erwägungen eingegangen.

Das Bundesverwaltungsgericht zieht in Erwägung:

1.

1.1 Die Zuständigkeit des Bundesverwaltungsgerichts zur Beurteilung der Beschwerde gegen den Beschluss des Regierungsrats vom 7. August 2007 ergibt sich aufgrund von Art. 31 des Verwaltungsgerichtsgesetzes vom 17. Juni 2005 (VGG, SR 173.32) in Verbindung mit Art. 34 VGG (gültig gewesen bis 31. Dezember 2008) beziehungsweise Art. 39, Art. 53 Abs. 1 sowie Art. 90*a* Abs. 2 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung vom 18. März 1994 (KVG, SR 832.10; in Kraft seit 1. Januar 2009).

1.2 Die Beschwerdeführerin ist Adressatin der angefochtenen Verfügung und durch die Streichung von der Spitalliste des Kantons Graubünden besonders berührt. Sie hat somit ein schützenswertes Interesse an deren Anfechtung (Art. 48 Abs. 1 des Bundesgesetzes vom 20. Dezember 1968 über das Verwaltungsverfahren [VwVG, SR 172.021] in Verbindung mit Art. 37 VGG).

1.3 Da die Beschwerde im Übrigen frist- und formgerecht (Art. 50 Abs. 1 und Art. 52 Abs. 1 VwVG) eingereicht und der einverlangte Kostenvorschuss innert Frist geleistet wurde, ist darauf einzutreten.

1.4 Am Beschwerdeverfahren war santésuisse als Beschwerdegegnerin beteiligt. Es besteht kein Anlass, hiervon im vorliegenden Urteil abzuweichen. Das Bundesverwaltungsgericht behält sich allerdings vor, die Frage nach der Parteistellung der Krankenversicherer und ihres Verbandes in Verfahren betreffend Spitallisten zu gegebener Zeit zu überprüfen und allenfalls seine Praxis zu ändern.

2.
Vorab ist zu prüfen, welche Rechtsnormen im vorliegenden Verfahren zur Anwendung gelangen.

2.1 Das Verfahren vor dem Bundesverwaltungsgericht richtet sich gemäss Art. 37 VGG und Art. 53 Abs. 2 Satz 1 KVG grundsätzlich nach dem VwVG, soweit das VGG oder das KVG keine abweichende Regelung enthält.

2.2 Die Bestimmungen des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG,

SR 830.1) sind auf die Krankenversicherung anwendbar, soweit das KVG nicht ausdrücklich eine Abweichung vom ATSG vorsieht (vgl. Art. 1 Abs. 1 KVG). Sie finden keine Anwendung im Bereich Zulassung und Ausschluss von Leistungserbringern (Art. 35-40 und 59; vgl. Art. 1 Abs. 2 lit. a KVG).

2.3 Nach den allgemeinen intertemporalrechtlichen Regeln sind in verfahrensrechtlicher Hinsicht mangels anders lautender Übergangsbestimmungen grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgebend, welche im Zeitpunkt der Beschwerdebeurteilung Geltung haben (BGE 130 V 1 E. 3.2). Gemäss konstanter Rechtsprechung (vgl. BGE 132 V 368 E. 2.1 mit Hinweisen) gilt die Regel der sofortigen Anwendbarkeit neuer Verfahrensbestimmungen dann nicht, wenn hinsichtlich des verfahrensrechtlichen Systems zwischen dem alten und dem neuen Recht keine Kontinuität besteht und mit dem neuen Recht eine grundlegend neue Verfahrensordnung geschaffen worden ist (vgl. mit Bezug auf das Krankenversicherungsrecht RKUV 4/1998 315 f. insbesondere E. 3a und E. 3b).

2.3.1 Gemäss Art. 49 VwVG kann mit der Beschwerde an das Bundesverwaltungsgericht gerügt werden, die angefochtene Verfügung verletze Bundesrecht (einschliesslich Über- beziehungsweise Unterschreitung oder Missbrauch des Ermessens), beruhe auf einer unrichtigen oder unvollständigen Feststellung des rechtserheblichen Sachverhalts oder sei unangemessen. Der seit dem 1. Januar 2009 in Kraft stehende Art. 53 Abs. 2 lit. e KVG erklärt jedoch die Rüge der Unangemessenheit in Beschwerdeverfahren gegen Beschlüsse der Kantonsregierungen nach Art. 39 KVG für unzulässig. Als spezielle Norm geht Art. 53 Abs. 2 lit. e KVG der allgemeinen Regel von Art. 49 VwVG vor. Die Frage, ob die in Art. 53 Abs. 2 lit. e KVG normierte Kognitionsbeschränkung in einem Verfahren zur Anwendung gelangt, obwohl die Beschwerde vor der erwähnten Rechtsänderung eingereicht worden ist, wurde bereits mit Urteil C-5733/2007 des Bundesverwaltungsgerichts vom 7. September 2009 geprüft und die sofortige Anwendung des neuen Rechts bejaht. Die in Art. 53 Abs. 2 lit. e KVG festgelegte Kognitionsbeschränkung ist somit im vorliegenden Verfahren anwendbar.

2.3.2 Das Bundesverwaltungsgericht hat die angefochtene Verfügung somit nur auf ihre Übereinstimmung mit dem Bundesrecht einschliesslich Über- beziehungsweise Unterschreitung oder Missbrauch des Er-

messens sowie auf die richtige und vollständige Feststellung des rechtserheblichen Sachverhalts zu überprüfen.

Die nunmehr gesetzlich normierte Beschränkung der Kognition entspricht im Ergebnis weitgehend der Praxis des Bundesrates, welcher bis zum Inkrafttreten der neuen Bundesrechtspflege gemäss Art. 53 Abs. 1 KVG (in der bis Ende Dezember 2006 gültigen Fassung) für die Beurteilung von Beschwerden gegen Beschlüsse im Sinne von Art. 39 KVG zuständig war, bei der Beurteilung von Beschwerden betreffend Aufnahme beziehungsweise Nichtaufnahme auf die Spitalliste (vgl. BRE vom 5. Juli 2000 betreffend Spitalplanung und Spitalliste Thurgau [98-14] E. II. 1.7 ff. publiziert in RKUV 5/2001 438).

2.4 In materiellrechtlicher Hinsicht sind grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgebend, die bei der Erfüllung des zu Rechtsfolgen führenden Sachverhalts Geltung haben (BGE 130 V 329 E. 2.3). Massgebend sind somit die im Zeitpunkt des Regierungsratsbeschlusses vom 7. August 2007 geltenden materiellen Bestimmungen des KVG und der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV, SR 832.102).

Nicht anwendbar ist hingegen die Revision des KVG vom 21 Dezember 2009, die am 1. Januar 2009 in Kraft getreten ist (AS 2008 2049 2057; BBl 2004 5551).

3.

Vorliegend ist strittig und vom Bundesverwaltungsgericht 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 KVG 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. BRE vom 5. Juli 2000 betreffend Spitalliste Thurgau [98-14] E. II. 7.1, publiziert in RKUV 5/2001 438 ff.; vgl. in diesem Zusammenhang aber auch C-2907/2008, Zwischenverfügung vom 20. Oktober 2008, E. 3 ff. insbesondere 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 lit. 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 lit. d KVG). Im Sinne einer Publizitäts- und Transparenzvoraussetzung – an welche Rechtswirkungen geknüpft werden – setzt die Zulassung nach Artikel 39 Absatz 1 Buchstabe 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 Bundesrates 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 Kostenwahrheit 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 Bundesrats, 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 lit. 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 Bundesrat und das Bundesverwaltungsgericht der Rechtsprechung des Bundesgerichts, welches den Begriff funktional auslegt und nicht den tatsächlichen Aufenthalt in einer örtlich ausgeschiedenen Abteilung fordert (BGE 123 V 290 E. 6). Der Bundesrat 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 lit. 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 Bundesrat 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 Herkunftkantons 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 Aargau, 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 Kantonseinwohner 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 lit. 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 lit. 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 innerkantonal 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 innerkantonal gedeckt werden kann, so kann daher auch auf den Einbezug kostengünstiger ausserkantonaler Anbieter verzichtet werden (BRE vom 13. Januar 1999 betreffend Psychiatrieliste Zürich [98-25]).

6.3 Im Kanton Graubünden befindet sich im Bereich der muskuloskelettalen Rehabilitation seit der Schliessung der Klinik C._____ als innerkantonale Klinik nur noch die Klinik B._____ mit 16 Betten auf der Spitalliste. Der weitere Bedarf an muskuloskelettaler Rehabilitation muss ausserkantonal durch die Klinik D._____ (24 Betten respektive 35 Betten ab 1. Januar 2008), die Klinik E._____ (2 Betten), die Klinik F._____ (1 Bett) und die Beschwerdeführerin (2 Betten) abgedeckt werden können. Somit ist die Mehrheit der Patientinnen und Patienten aus dem Kanton Graubünden darauf angewiesen, in einer geeigneten ausserkantonalen Einrichtung aufgenommen werden zu können. Es liegt also ein Bedarf vor, der im Kanton selbst nicht (vollumfänglich) gedeckt werden kann, und grundsätzlich ergibt sich daraus für den Kanton die Pflicht, geeignete ausserkantonale Leistungserbringer zu evaluieren und auf seine Spitalliste zu nehmen. Zu prüfen bleibt, ob eine von der Rechtsprechung anerkannte Ausnahme 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 Bundesrat 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 Bundesrat 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. No-

vember 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. 1bis 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 Bundesrat 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 Bundesrat 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 Fast 75% der Nachfrage von Behandlungsplätzen im Bereich der muskuloskelettalen 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 muskuloskelettalen Rehabilitation um ein 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 muskuloskelettalen Rehabilitation betrug gemäss den Medizinischen Statistiken/Carecube des BFS (vgl. Beilage 8 zur Vernehmlassung des Regierungsrates vom 16. Oktober 2007) im Jahr 2005 20'721 Pflegetage (12'132 in der Klinik D._____, 7'510 in der Klinik B._____, 642 in der Klinik F._____, 241 in der Klinik E._____ und 196 in der Klinik der Beschwerdeführerin). 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 muskuloskelettale Rehabilitation von insgesamt 63 Betten (20'721:328,5 [90% von 365 Tagen]), wovon 46 Betten (63-17) ausserkantonal abzudecken sind. Aus diesen Gründen dürfte es sich im Bereich muskuloskelettale 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 Bundesrates 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 Aargau 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 Pflegetage 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).

Im Beschluss vom 7. August 2007 hat der Regierungsrat vorgebracht, im Jahr 2004 hätten sich 10 Bündner KVG-Patientinnen und -Patienten (total 282 Pflegetage) und im Jahr 2005 9 Bündner KVG-Patientinnen und -Patienten (total 196 Pflegetage) zur Rehabilitation in der be-

schwerdeführenden Klinik aufgehalten. In seiner Vernehmlassung vom 16. Oktober 2007 hat der Regierungsrat dagegen ausgeführt, bei der Beschwerdeführerin seien in den Jahren 2004 und 2005 in Bezug auf Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems/Bindegewebes 13 Aufenthalte mit 365 Pflegetagen zu verzeichnen gewesen. Dagegen seien in der Klinik B._____ und der Klinik D._____ insgesamt 14'736 Pflegetage (717 Aufenthalte) erbracht worden. Damit mache der Beitrag der Beschwerdeführerin lediglich 2% der Aufenthalte respektive der erbrachten Pflegetage aus, womit ihr Beitrag an die Versorgung der Bündner Bevölkerung als marginal zu bezeichnen sei.

Aus der erwähnten Statistik des BFS (vgl. E. 6.5.2 hiervor) ist ersichtlich, dass die Beschwerdeführerin im Bereich Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems/Bindegewebe im Jahr 2004 213 Pflegetage und im Jahr 2005 152 Pflegetage erbracht hat. Bei einer Auslastung von 90% entspricht dies 0,65 Betten (213 Pflegetage) beziehungsweise 0,46 Betten (152 Pflegetage). Ob die weiteren von der Beschwerdeführerin erbrachten, "sonstige Ursachen" betreffenden 69 (2004) respektive 44 (2005) Pflegetage – wie der Titel der Statistik "Hauptdiagnosen der Bündner Reha-Patienten in den auf der Spitalliste des Kantons Graubünden aufgeführten Kliniken im Bereich der muskuloskelettalen Rehabilitation" indiziert – auch im Bereich der muskuloskelettalen Rehabilitation erbracht wurden, kann vorliegend offen gelassen werden. Selbst wenn man nämlich davon ausginge, die Beschwerdeführerin habe alle diese Leistungen im Bereich der muskuloskelettalen 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 hoher Auslastung der anderen Kliniken 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 muskuloskelettalen 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 muskuloskelettalen Rehabilitation (mehr) erteilte; insbesondere war der Regierungsrat nicht gehalten, eine um-

fassende Evaluation zwischen der beschwerdeführenden Klinik und den auf der Spitalliste für die Versorgung des Kantons Graubünden im Bereich der muskuloskelettalen Rehabilitation aufgenommenen Spitälern vorzunehmen. 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 Bundesrat 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 Bundesrat 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 Bundesverwaltungsgericht vorliegend eine Übergangsfrist von drei Monaten als ausreichend erachtet. Die Rechtsprechung des Bundesrates ist daher insofern zu präzisieren, als es sich bei der Übergangsfrist nicht um eine fixe Frist handelt; die vom Bundesrat 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 Bundesverwaltungsgericht ihre rechtlichen Wirkungen entfaltet. Die Vorschrift über den Stillstand der Fristen (Art. 22*a* VwVG) ist darauf nicht anwendbar (Art. 53 Abs. 2 lit. 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.

Der vorliegende Entscheid betrifft grundsätzlich alle Versicherten mit Wohnsitz im Kanton Graubünden, weshalb praxisgemäss eine Veröffentlichung des Dispositivs geboten ist. Die Vorinstanz wird daher ersucht, die Ziffern 1 und 2 des Dispositivs dieses Entscheids im kantonalen Amtsblatt zu veröffentlichen.

10.

10.1 Die Beschwerdeinstanz auferlegt in der Entscheidungsformel die Verfahrenskosten, bestehend aus Spruchgebühr, Schreibgebühren und Barauslagen, in der Regel der unterliegenden Partei (Art. 63 Abs. 1 VwVG). Vorliegend sind die Verfahrenskosten auf Fr. 4'000.-- festzusetzen und der unterliegenden Beschwerdeführerin aufzuerlegen. Die Verfahrenskosten sind mit dem geleisteten Kostenvorschuss in der Höhe von Fr. 4'000.-- zu verrechnen.

10.2 Die Beschwerdeinstanz kann der ganz oder teilweise obsiegenden Partei von Amtes wegen oder auf Begehren eine Entschädigung für ihr erwachsene notwendige und verhältnismässig hohe Kosten zusprechen (Art. 64 Abs. 1 VwVG und Art. 7 Abs. 1 des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht [VGKE, SR 173.320.2]).

Keinen Anspruch auf Parteientschädigung haben Bundesbehörden und, in der Regel, andere Behörden, die als Parteien auftreten (Art. 7 Abs. 3 VGKE). Dem obsiegenden Regierungsrat ist demzufolge keine Parteientschädigung zuzusprechen.

Der anwaltlich vertretenen santésuisse ist gestützt auf Art. 64 Abs. 1 und 2 VwVG zu Lasten der Beschwerdeführerin eine Parteientschädigung in der Höhe von Fr. 2'000.-- zuzusprechen.

Der unterliegenden Beschwerdeführerin ist keine Parteientschädigung zuzusprechen. (Art. 64 Abs. 1 VwVG e contrario).

11.
Die Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten an das Bundesgericht gegen Entscheide auf dem Gebiet der Krankenversicherung, die das Bundesverwaltungsgericht gestützt auf Art. 33 lit. 1 VGG in Verbindung mit Art. 53 Abs. 1 KVG getroffen hat, ist gemäss Art. 83 lit. 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 abgewiesen.

2.
Die Streichung der Klinik A._____ von der Spitalliste des Kantons Graubünden wird drei Monate ab Eröffnung dieses Urteils rechtswirksam.

3.
Die Vorinstanz wird ersucht, die Ziffern 1 und 2 dieses Dispositivs im kantonalen Amtsblatt zu veröffentlichen.

4.
Die Verfahrenskosten von Fr. 4'000.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt. Sie werden mit dem geleisteten Kostenvorschuss von Fr. 4'000.- verrechnet.

5.
Die Beschwerdeführerin hat santésuisse eine Parteientschädigung von Fr. 2'000.-- zu bezahlen.

6.
Dieses Urteil geht an:

- die Beschwerdeführerin (Gerichtsurkunde)
- die Vorinstanz (Gerichtsurkunde)
- santésuisse (Gerichtsurkunde)
- das Bundesamt für Gesundheit

Der vorsitzende Richter:	Die Gerichtsschreiberin:
Michael Peterli	Sandra Tibis

Versand: