



GDK Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren
CDS Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé
CDS Conferenza svizzera delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità

Bundesratspraxis zu Spitalplanung und Spitallisten

von lic. iur. Heinz Salzmann

Dienststelle für Gesundheitswesen
Ave. du Midi 7
1950 Sitten (VS)
heinz.salzmann@admin.vs.ch

Dezember 2003

1. STATIONÄRER BEREICH	3
1.1 Umfang der Planung	3
<i>1.1.1 Definition „allgemeine Abteilung“</i>	<i>3</i>
1.2 Ermittlung des Bedarfs an stationärer medizinischer Versorgung.....	3
1.3 Evaluation der Angebote der in Frage kommenden Spitäler	4
<i>1.3.1 Neue Institutionen</i>	<i>4</i>
<i>1.3.2 Privatspitäler.....</i>	<i>4</i>
<i>1.3.3 Ausserkantonale Spitäler</i>	<i>5</i>
1.4 Abbau von Überkapazitäten	6
1.5 Zuweisung von Kapazitäten	6
1.6 Ausgestaltung der Spitalliste	6
<i>1.6.1 Integrale Spitalliste.....</i>	<i>7</i>
1.7 Zulassung zur Tätigkeit zu Lasten der Krankenversicherung	8
<i>1.7.1 Geburtshäuser</i>	<i>8</i>
1.8 Anpassung der Spitalliste	9
2. REHABILITATIONSBEREICH.....	9
3. BESCHWERDE.....	10
<i>3.1 Beschwerdeinstanz</i>	<i>10</i>
<i>3.2 Beschwerdelegitimation</i>	<i>10</i>
<i>3.3 Beschwerdebefugnis Dritter.....</i>	<i>11</i>
<i>3.4 Verbandsbeschwerde</i>	<i>11</i>

1. Stationärer Bereich

Die Planung einer bedarfsgerechten Spitalversorgung und deren Umsetzung auf der Ebene der Spitalliste gliedert sich nach der Praxis des Bundesrates in folgende Stufen:

- **Ermittlung des Angebotes 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 der Liste aufgenommenen Spitäler.

Die Zuständigkeit des Kantons zur Spitalplanung nach Art. 39 KVG **schliesst die Gemeindeautonomie in diesem Bereich aus.**

Bei den dem Kanton übertragenen Planungsaufgaben im Gesundheitswesen ist die **Beschränkung der Wirtschaftsfreiheit** aus sozialpolitischen Gründen (öffentliches Interesse) zulässig und unumgänglich.

1.1 Umfang der Planung

Die kantonale Planungspflicht wird durch den **sachlichen Geltungsbereich** (Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung) und den **personellen Geltungsbereich** (alle Personen mit Wohnsitz in der Schweiz) begrenzt.

Die Kantone müssen sowohl für die **allgemeine Abteilung**, als auch für die **Halbprivat- und Privatabteilungen** der Spitäler eine **Spitalplanung** gemäss Art. 39 Abs. 1 lit. d KVG durchführen. Angebot und Bedarf sind daher für alle Versicherungsklassen **gesamthaft** zu ermitteln. Das Modell der „**integralen Liste**“ (keine Unterscheidung zwischen Angeboten der allgemeinen Abteilung und der Halbprivat- und Privatabteilung) ist **zulässig**.

1.1.1 Definition „allgemeine Abteilung“

Der Bundesrat versteht unter dem Begriff „allgemeine Abteilung“ die *Summe aller Leistungen im Fall der stationären Behandlung, die von der obligatorischen Krankenversicherung zu vergüten sind*. Eine bundesweit gültige Definition dieses Begriffs würde aber dem Gedanken des KVG widersprechen.

1.2 Ermittlung des Bedarfs an stationärer medizinischer Versorgung

Basis der kantonalen Spitalplanung ist die **Ermittlung des künftigen Bedarfs** an stationären medizinischen Leistungen. Bei der Beurteilung dieser Prognosen und Voraussagen hält sich der Bundesrat zurück. Es wird keine hieb- und stichfeste Beweisführung verlangt; vielmehr gilt der **Beweis der Glaubhaftigkeit**.

Wesentlich bei der **Bestimmung der notwendigen Kapazitäten** zur Versorgung der eigenen Bevölkerung sind insbesondere die Hospitalisationsrate, die durchschnittliche stationäre Auf-

enthaltendauer, die Einwohner des Versorgungsgebietes und die Bettenbelegung. Interkantonale Patientenströme (Export-Import) sind zu berücksichtigen.

Der Bedarf kann mit der analytischen oder der normativen Methode bestimmt werden.

1.3 Evaluation der Angebote der in Frage kommenden Spitäler

Die Evaluation muss auf Grund **objektiver Kriterien** auf der Basis einer möglichst grossen **Kostentransparenz** erfolgen. Aus dem Ziel des KVG, eine qualitativ hochstehende und zweckmässige Versorgung der Bevölkerung zu möglichst günstigen Kosten zu gewährleisten, ergeben sich insbesondere folgende Kriterien:

- **Wirtschaftlichkeit** der Leistungserbringer (unter Beachtung des Grundsatzes der Kostenwahrheit);
- **Qualität** der medizinischen Leistung des Anbieters;
- **Geographische Lage** eines Anbieters;
- Möglichkeit, Dienste eines Anbieters im Rahmen eines **sachgerechten Versorgungskonzepts** heranziehen zu können;
- **Bereitschaft** des Anbieters, die sich aus der Spitalplanung ergebenden **Verpflichtungen zu übernehmen**;
- **Angemessene Berücksichtigung privater Trägerschaften.**

Diese Kriterien bedürfen einer **laufenden Überprüfung**.

Alle im Kantonsgebiet tätigen Spitäler, **unabhängig von der Art der Trägerschaft**, sind in die Evaluation miteinzubeziehen, soweit sie Patienten stationär zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung behandeln.

1.3.1 Neue Institutionen

Neue Institutionen im Bereich der **obligatorischen Krankenpflegeversicherung** können lediglich verlangen in die **Spitalplanung und Evaluation** einbezogen zu werden; es besteht kein Recht zur provisorischen Aufnahme in die Spitalliste.

1.3.2 Privatspitäler

Privatkliniken im Bereich der allgemeinen Abteilung müssen nur dann evaluiert und zugelassen werden, wenn sie:

- entweder **bisher schon einen wesentlichen Beitrag zur Versorgung** in der allgemeinen Abteilung erbracht haben
- oder wenn ihre Kapazitäten zur Abdeckung eines **gegenwärtigen oder zukünftigen Bedarfs nötig** sind.

Sie können sich im Rahmen der Zulassung zur Tätigkeit zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung **nicht auf die Wirtschaftsfreiheit und den daraus abgeleiteten Garantien berufen**.

Weiter sind zu beachten:

- **Wirtschaftliche Folgen** für das Spital im Falle der Nichtaufnahme auf die Liste (Aspekt der Verhältnismässigkeit)
- **Angemessenheit des Kapazitätsabbaus** im Privatsektor im Vergleich zum öffentlich-subventionierten Sektor.

1.3.3 Ausserkantonale Spitäler

Es liegt kein Verstoß gegen die Grundsätze des KVG vor, wenn die Kantone ihren Bedarf an medizinischen Leistungen **zunächst innerkantonal** zu decken versuchen und ausserkantonale Einrichtungen nur dann in die Evaluation einbeziehen, wenn dies für die medizinische Versorgung der Bevölkerung erforderlich ist.

Bei der **Evaluation und Auswahl von ausserkantonalen Spitälern**, die in einem innerkantonal nicht abgedeckten Leistungsbereich einen Leistungsauftrag erhalten sollen, sind die gleichen **objektiven Kriterien** anzuwenden wie bei der Evaluation eines innerkantonalen Spitals. Die Berücksichtigung des **bisherigen Beitrags** ist sachgerecht. Die Kriterien der Mitfinanzierung oder Mitträgerschaft oder ob bereits Verträge zwischen dem Kanton und bestimmten ausserkantonalen Spitälern bestehen dürfen nicht ausschlaggebend sein. Private Trägerschaften sind angemessen einzubeziehen.

Für **kleinere Kantone**, welche in grösserem Umfang zur Versorgung ihrer Wohnbevölkerung auf ausserkantonale Heilanstalten angewiesen sind, genügt es, festzuhalten, dass sich die Wahlfreiheit der Patienten auf alle ausserkantonalen Institutionen erstreckt, die in ihrem Standortkanton auf einer Spitalliste aufgeführt sind (=> **Standortklausel**). Diese sogenannte „**offene Liste**“ ist für kleinere Kantone gesetzeskonform.

Mittlere und grosse Kantone dürfen sich **nicht** zur Deckung ihres Bedarfs mit der Standortklausel begnügen. Daher sind sie gehalten bei einer Versorgungslücke im eigenen Kanton, eine **Evaluation und Planung** der in Frage kommenden ausserkantonalen Leistungserbringer durchzuführen.

Nur die **explizite Nennung** von ausserkantonalen Institutionen auf einer Spitalliste hat zur Folge, dass diese bei **voller** Kostendeckung zu Lasten der Grundversicherung Patienten behandeln dürfen.

Mit der Standortklausel wird jedoch kein Platz auf der Liste eingeräumt im Sinne von Art. 39 Abs. 1 KVG. Sie ist vielmehr ein **Hinweis auf die Rechtslage** gemäss Art. 41 Abs. 1 KVG. D.h. die Versicherten können unter den zugelassenen Leistungserbringern **frei wählen** und die Versicherer haben bei stationärer Behandlung die **Kosten höchstens** nach dem Tarif zu übernehmen, der im **Wohnkanton** des Versicherten gilt. Diese Wahlfreiheit gemäss Art. 41 Abs. 1 KVG wird dadurch eingeschränkt, dass eine **volle Kostenübernahme** nur gewährleistet wird, bei einer Behandlung in einem auf der Spitalliste des Wohnkantons aufgeführten Spitals oder bei einer medizinisch indizierter Behandlung in einem Spital, welches in dessen Standortkanton zugelassen ist.

Spitäler, welche in ihrem Standortkanton **nur** mit ihren **Halbprivat- und Privatabteilungen** zugelassen sind, sind in anderen Kantonen, die mit einer Standortklausel auf sie verweisen, ebenfalls nur in diesen Bereichen zugelassen. Sollen diese Spitäler zu Lasten der obligatorischen Krankenversicherung behandeln können, bedürfen sie einer **expliziten Nennung**.

Wenn die **Versorgungslücke marginal** ist, so besteht ebenfalls **keine** Pflicht zur Evaluation und Aufnahme ausserkantonaler Spitälern auf der Spitalliste. *Marginal* ist eine Versorgungslücke, wenn:

- man annehmen darf, dass ohne weiteres im Rahmen der vorhandenen Kapazitäten von ausserkantonale zugelassenen Leistungserbringern, Patienten behandelt werden können, *ohne Notwendigkeit mittels Leistungsaufträgen solche Kapazitäten zu reservieren*;
- sichergestellt ist, dass die *Spitalplanung anderer Kantone nicht beeinträchtigt* wird.

Bei einer **geschlossenen Liste** ist der Kanton auch bezüglich der ausserkantonalen Spitälern der Planungs- und Evaluationspflicht unterstellt.

Werden ausserkantonale Spitälern **aufgrund eines interkantonalen Konkordats von Amtes wegen** in die Spitalliste aufgenommen, d.h. ohne Berücksichtigung der Planung für eine bedarfsgerechte Spitalversorgung, so verstösst dies gegen Art. 39 Abs. 1 lit. d KVG.

1.4 Abbau von Überkapazitäten

Ergeben die Erhebungen kantonale Überkapazitäten müssen diese gemäss Bundesrecht abgebaut werden. Dieser Abbau ist **zwingend**, auch wenn Art. 49 Abs. 1 KVG besagt, dass die Kosten der Überkapazität nicht anrechenbar ist. Bei der Wahl der Mittel verfügt der Kanton über Ermessensspielraum der vom Bundesrat respektiert wird.

1.5 Zuweisung von Kapazitäten

Es ist **Sache des Standortkantons** gemäss dem ermittelten Bedarf den einzelnen in der Spitalliste aufgeführten Spitälern mit Standort im Kanton eine **feste Bettenzahl zuzuweisen**. Diese Kennziffer zur Steuerung und Ausdruck von Behandlungskapazitäten ist gemäss Bundesrat praktikabel und mangels Alternativen ausreichend.

Um bestehende Überkapazitäten abzubauen und neue zu vermeiden, ist bezüglich der interkantonalen Patientenströme eine **Koordination zwischen den Kantonen** bei der Bettenzuweisung an die Spitälern nach Ansicht des Bundesrates **wünschenswert**, liegt aber nach Art. 39 Abs. 1 lit. d KVG im Ermessensspielraum der Kantone. Wünschenswert ist, dass der Kanton bei den auf seiner Spitalliste aufgeführten ausserkantonalen Spitälern die **voraussichtlich benötigten Kapazitäten angibt**, damit für die Standortkantone erkennbar ist, bei welchen Spitälern und in welchen Fachgebieten zusätzliche medizinische Ressourcen für ausserkantonale Patienten zu berücksichtigen sind. Ist dies der Fall, hat der Standortkanton diese ausserkantonale Nachfrage durch die Zuweisung der dafür benötigten Betten zu berücksichtigen. Wenn jedoch zwischen den betroffenen Kantonen keine Koordination besteht, müssen sich die Spitallisten auf die Deckung des Bedarfs der eigenen Bevölkerung beschränken.

1.6 Ausgestaltung der Spitalliste

Die Spitalliste hat eine **Publizitäts- und Transparenzwirkung**; d.h. die **Definition und Abgrenzung zwischen Grund- und Spezialversorgung**, sowie die einzelnen, nach Fachberei-

chen oder nach medizinischen Disziplinen kategorisierten **Leistungsaufträge** an die Spitäler mit Standort im Kanton müssen **aus der Spitalliste klar hervorgehen**. Gemäss dem Bundesrat genügt zurzeit eine Kategorisierung nach medizinischen Spezialitäten und Subspezialitäten. Verweise auf andere Listen und Schriftstücke genügen grundsätzlich nicht. **Ausnahmen** lässt der Bundesrat jedoch zu, wenn die Leistungsaufträge aufgrund ihrer Unterteilung derart **umfangreich** und die Aufnahme in die Liste ihren Rahmen sprengen und ihre Verständlichkeit und Lesbarkeit darunter leiden würde. Auch in diesem Fall werden die Leistungsaufträge rechtlich als ein **Bestandteil der Liste** behandelt, d.h. die Erteilung, Änderungen oder Aufhebung der Leistungsaufträge unterliegen jenen Regeln, die für die Spitalliste gelten, insbesondere der Beschwerde an den Bundesrat.

Die Kantone haben sowohl für die **allgemeinen Abteilungen**, als auch für die **Halbprivat- und Privatabteilungen** der Spitäler eine Spitalplanung durchzuführen. Damit die Patienten der Halbprivat- und Privatabteilungen im Rahmen des **Sockelbeitrags** von der Grundversicherung profitieren können, müssen auch diese Abteilungen auf der Spitalliste aufgeführt sein.

Anders als bei der allgemeinen Abteilung muss die Spitalliste **im Bereich der Halbprivat- und Privatabteilung** indessen **keine Leistungsaufträge** formulieren. Nach dem Willen des Gesetzgebers bestimmt sich dieses Angebot im Bereich der Zusatzversicherung nicht durch einen hoheitlichen Akt, sondern durch die Nachfrage, konkret aufgrund der Verträge zwischen Spitälern und Versicherern.

Bei einem **System mit unterteilter Spitalliste** ist die Bettenzuweisung für die Liste A nach dem Bedarf an Leistungen der einzelnen Spitäler in der allgemeinen Abteilung auszurichten. Die Liste B ist nach der Praxis des Bundesrates ebenfalls Bestandteil der Spitalliste und entfaltet damit die Rechtswirkung nach Art. 35 und 39 Abs. 1 KVG. Auch Spitäler, welche bloss auf der Liste B figurieren, sind daher zur Behandlung von KVG-Versicherten zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zugelassen.

Angesichts des Wettbewerbsgedanken, der in der Zusatzversicherung herrscht, wäre es **unverhältnismässig**, wenn Halbprivat- und Privatabteilungen in allen Wohnkantonen der Patienten in der Liste B figurieren müssten. Es besteht somit kein Bedarf Halbprivat- und Privatabteilungen ausserkantonaler Spitäler in die Spitalliste aufzunehmen.

1.6.1 Integrale Spitalliste

Eine „integrale Spitalliste“ **unterscheidet nicht nach allgemeinen, halbprivaten und privaten Abteilungen**. Sie enthält die **Gesamtbettzahl** der einzelnen in der kantonalen Spitalplanung aufgenommenen Betriebe. Alle Abteilungen der Einrichtungen, die auf dieser Liste aufgeführt sind, sind deshalb ohne Unterschied berechtigt, zu Lasten der obligatorischen Krankenversicherung Leistungen zu erbringen.

Eine integrale Spitalliste bedeutet nicht, dass alle darauf aufgeführten Einrichtungen über eine räumlich verkörperte allgemeine Abteilung verfügen oder verfügen müssen, sondern es *wird verlangt, dass sie in sämtlichen Fällen die beim Aufenthalt der Versicherten in der allgemeinen Abteilung zu gewährenden Leistungen erbringen*. Damit sind sie **verpflichtet, auch Versicherte aufzunehmen, die nur eine Grundversicherung abgeschlossen haben**.

Die Leistungen der Halbprivat- und Privatabteilungen müssen im Gegensatz zu jenen der allgemeinen Abteilungen nicht auf der Liste umschrieben werden. Ihre Aufnahme stellt lediglich ein **fachtechnisches Attest** dar, wonach der entsprechende Leistungserbringer die Infrastruktur- und Dienstleistungsvoraussetzungen nach KVG erfüllt und deshalb zu Lasten der Grundversicherung praktizieren kann; d.h. dass die Patienten den Sockelbeitrag aus der Grundversicherung beanspruchen können.

1.7 Zulassung zur Tätigkeit zu Lasten der Krankenversicherung

Ein Spital oder eine Abteilung kann nur in die Spitalliste aufgenommen werden, wenn die **Dienstleistungs- und Infrastrukturvoraussetzungen** gemäss Art. 39 Abs. 1 lit. a-c KVG erfüllt sind (ausreichende ärztliche Betreuung, erforderliches Fachpersonal, zweckentsprechende medizinische Einrichtungen und pharmazeutische Versorgung).

Ob eine Einrichtung die bundesrechtlichen Voraussetzungen nach Art. 39 Abs. 1 lit. a-c KVG erfüllt, **prüft in erster Linie der Standortkanton**. Der Bundesrat geht davon aus, dass Einrichtungen, die über eine kantonale Betriebsbewilligung verfügen, diesen Voraussetzungen in der Regel genügen.

Um zur Tätigkeit zu Lasten der sozialen Krankenversicherung zugelassen zu werden, müssen die Elemente von Art. 39 Abs. 1 lit. **a-e kumulativ** erfüllt sein. D.h. neben den entsprechenden Dienstleistungs- und Infrastrukturvoraussetzungen (a-c), muss das Spital der aufgestellten **Planung** für eine bedarfsgerechte Spitalversorgung entsprechen und auf der nach Leistungsaufträgen in Kategorien gegliederten **Spitalliste** des Kantons aufgeführt sein.

Jede Einrichtung auf der Spitalliste kann im Rahmen ihres Leistungsauftrages zu Lasten der obligatorischen Krankenversicherung tätig sein. Dies setzt einen **Tarif** zwischen Leistungserbringer und Versicherer voraus. Das Bestehen eines Tarifs für Einrichtungen, die in der kantonalen Spitalliste aufgeführt sind, ist daher **zwingend**.

Gliedert der Kanton seine Spitalliste in zwei Teile, **Liste A** für die allgemeine Abteilung und eine **Liste B** für die halbprivate und private Abteilung, sind **beide Teile** zu Lasten der obligatorischen Krankenversicherung zugelassen.

Ein Spital mit **Halbprivat- und Privatabteilungen** und einer kantonalen Betriebsbewilligung hat einen **Rechtsanspruch** zur Aufnahme dieser Abteilungen in die Spitalliste des Standortkantons.

Es werden nur **kantonale** Leistungserbringer in die Spitalliste für **Halbprivat- und Privatabteilungen** aufgenommen. Ausserkantonale Anbieter von Halbprivat- und Privatabteilungen werden vom jeweiligen **Standortkanton** auf die Erfordernisse gemäss Art. 39 Abs. 1 lit. a-c KVG geprüft.

1.7.1 Geburtshäuser

Die Anforderungen von Art. 39 Abs. 1 lit. a-c KVG sind nicht erfüllt, bei Einrichtungen, welche ausschliesslich Geburten durchführen und deren ärztliche Betreuung und medizinische Infrastruktur nicht mit einem Akutspital zu vergleichen sind. Einrichtungen nach Art. 39 Abs. 1 KVG sind nur Spitäler mit entsprechender stationärer Behandlung akuter Krankheiten und

der stationären Rehabilitation. Die Schwangerschaft ist jedoch keine Krankheit und der Geburtsvorgang keine Heilbehandlung. **Geburtshäuser sind nicht mehr auf die Spitalliste zu setzen.** Die Kosten für den Aufenthalt werden von den obligatorischen Krankenversicherungen nicht übernommen.

1.8 Anpassung der Spitalliste

Angesichts des Umstandes, dass jeder Spitalliste immer ein **provisorischer Charakter** inneohnt, da sie stets den veränderten Verhältnissen angepasst werden muss, erlangt ein Spital, wenn es in der Spitalliste figuriert, **nie eine gesicherte Rechtsposition.** Die Zulassung eines Spitals im Sinne von Art. 39 KVG steht in jedem Fall unter dem **Vorbehalt der laufenden Überprüfung und Anpassung** der Spitalplanung und Spitalliste; sei es, weil der Bedarf an diesen stationären Leistungen nicht mehr besteht, sei es, weil gewisse Infrastruktur- und Dienstleistungsvoraussetzungen gemäss Art. 39 Abs. 1 lit. a-c KVG nicht mehr erfüllt werden. Anpassungen der Spitalliste lassen sich somit generell nicht als Widerruf einer begünstigten Verfügung qualifizieren; Art. 101 lit. d OG ist nicht anwendbar.

Anpassungen der Spitalliste sind jenen Regeln zu unterstellen, welche für die Wiedererwägung von Verfügungen gelten. Die Verwaltungsbehörden sind u.a. **zur Wiedererwägung verpflichtet**, wenn sich eine solche Pflicht aus einer gesetzlichen Regelung ergibt. Diese Pflicht leitet sich aus Art. 39 Abs. 1 KVG ab. Der Regierungsrat hat daher die Spitalliste *von Amtes wegen* oder *auf Begehren hin* zu überprüfen und anzupassen, wenn sie nicht mehr KVG-konform ist.

Durch das Gebot, die Spitalliste laufend anzupassen, welches ohne weiteres **Vorrang** vor der Rechtssicherheit beansprucht, sind die Kantone verpflichtet, die **Gesetzmässigkeit wiederherzustellen** und die **Liste zu berichtigen**, wenn deren (ursprüngliche) Rechtswidrigkeit erst nachträglich erkannt wird. Es ist somit unerheblich, ob eine ursprüngliche inhaltliche Rechtswidrigkeit der Liste oder eine erst nachträglich entstandene Unrichtigkeit gerügt wird; ebenso unbedeutend ist, ob eine ursprüngliche Rechtswidrigkeit, die erst nachträglich erkannt worden ist, früher schon hätten geltend gemacht werden können.

Kommt der Regierungsrat anlässlich der materiellen Neuprüfung zum Schluss, dass der Leistungserbringer von der Spitalliste ausgeschlossen werden muss, kommt allerdings **nur** eine Streichung **pro futuro** in Frage.

2. Rehabilitationsbereich

Nach konstanter Praxis des Bundesrates hat die Planung im Rehabilitationsbereich **denselben Ansprüchen wie im Akutbereich** zu genügen. Diese sind:

- Aufschluss des **Gesamtbedarfs** unter Berücksichtigung der **Patientenströme**
- Erhebung der **Einrichtungen**
- **Ausweisung** der innerkantonalen **Überkapazitäten**
- **Evaluation** geeigneter inner- und gegebenenfalls ausserkantonomer Institutionen
- Zuweisung der **Leistungsaufträge, sowie Behandlungs- und Pflegekapazitäten**

Der **Rehabilitationsbereich** bedarf trotz seiner Komplexität und interkantonalen Verflechtung einer Bedarfserhebung und einer KVG-konformen Planung. So müssen **Kurhäuser** auch die Anforderungen gemäss Art. 39 Abs. 1 lit. a-c KVG erfüllen, um zu Lasten der obligatorischen Krankenversicherung tätig zu sein.

Die Festlegung einer **normativen Kennziffer** für den Bettenbedarf in der Rehabilitation lässt sich nicht beanstanden. Die Kennziffer ist in solchen Fällen vorwiegend aus interkantonalen Vergleichen abzuleiten, wobei die besondere Lage im Versorgungsgebiet zu berücksichtigen ist.

Eine (niederschwellige) **Rehabilitationsklinik oder -abteilung** muss:

- von einem entsprechend ausgebildeten Arzt geleitet werden;
- über Fachleute im Bereich der somatischen, der psychischen und der sozialen Rehabilitation verfügen;
- eine ärztliche Präsenz an fünf Tagen pro Woche sicherstellen.

Eine vom Kanton gemachte Unterscheidung zwischen der **Erteilung einer Betriebsbewilligung** und der **Anerkennung eines Pflegeheims im öffentlichen Interesse** ist rechtmässig. Die Betriebsbewilligung hängt von einigen allgemeinen Kriterien ab, während ein Pflegeheim im öffentlichen Interesse die Vorgaben des kantonalen Gesetzes über die Planung und Finanzierung der Pflegeheime gemäss Art. 39 Abs. 1 lit. a-e KVG erfüllen muss.

3. Beschwerde

3.1 Beschwerdeinstanz

Das Eidgenössische Versicherungsgericht beurteilt gemäss Art. 128 OG letztinstanzlich Beschwerden gegen Verfügungen im Sinne der Art. 97, 98 lit. b-h und Art. 98a OG auf dem Gebiet der Sozialversicherung, sofern nicht eine der in Art. 129 OG vorgesehenen Ausnahmen vorliegt. Die Beschlüsse der Kantonsregierungen über Spitallisten werden in diesem Ausnahmekatalog nicht aufgeführt. Die Praxis anerkennt jedoch auch Ausnahmen, die in anderen Gesetzen geregelt sind.

Nach **Art. 53 Abs. 1 KVG** kann gegen Beschlüsse der Kantonsregierung, welche in Anwendung der Art. 39, 45, 46 Abs. 4, 47, 48 Abs. 1-3, 49 Abs. 7, 51, 54 und 55 KVG getroffen wurden, **beim Bundesrat Beschwerde erhoben werden**. Diese Bestimmung hat als spezielleres und späteres Recht gegenüber der Generalklausel von Art. 128 OG Vorrang.

3.2 Beschwerdelegitimation

Zur Verwaltungsbeschwerde berechtigt ist nach **Art. 48 lit. a VwVG**, wer durch die angefochtene Verfügung **berührt** ist und ein **schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Änderung** hat. Das Interesse kann sowohl **rechtlicher** als auch bloss **tatsächlicher** Art sein und braucht mit dem Interesse, das durch die vom Beschwerdeführer als verletzt bezeichnete Norm geschützt wird, nicht übereinzustimmen. Der Beschwerdeführer muss jedoch durch den angefochtenen Entscheid **stärker als jedermann betroffen sein** und in einer **be-**

sonderen, beachtenswerten, nahen Beziehung zur Streitsache stehen; die tatsächlich oder rechtliche Situation des Beschwerdeführers muss durch den Ausgang des Verfahrens **beeinflusst** werden können. Diese Anforderungen **schliessen Popularbeschwerden aus**.

3.3 Beschwerdebefugnis Dritter

Die Anforderungen an die Beschwerdelegitimation bekommen besondere Bedeutung, wenn **nicht der materielle Verfügungsadressant, sondern ein Dritter einen Entscheid anfecht**. Ist auch in einem solchen Fall ein **unmittelbares Berührtsein**, eine **spezifische Beziehungsnähe** gegeben, so hat der Beschwerdeführer ein ausreichendes Rechtsschutzinteresse daran, dass der angefochtene Entscheid aufgehoben oder geändert wird. Dieses Interesse besteht im **praktischen Nutzen**, den die erfolgreiche Beschwerde dem Beschwerdeführer eintragen würde, das heisst in der **Abwendung eines materiellen oder ideellen Nachteils**, den der angefochtene Entscheid für ihn zur Folge hätte.

3.4 Verbandsbeschwerde

Einem Verband steht die Beschwerdelegitimation nach Art. 48 lit. a VwVG zu Wahrung der Interessen seiner Mitglieder zu, wenn er als **juristische Person** konstituiert ist, **die einzelnen Mitglieder zur Beschwerde legitimiert** wären, die Wahrung der Interessen der Mitglieder zu seinen **statutarischen Aufgaben** gehört und er tatsächlich das Interesse der **Mehrheit oder mindestens einer Grosszahl seiner Mitglieder** vertritt.