

Bundesverwaltungsgericht
Tribunal administratif fédéral
Tribunale amministrativo federale
Tribunal administrativ federal



Abteilung III
C-4154/2011

Urteil vom 5. Dezember 2013

Besetzung

Richterin Franziska Schneider (Vorsitz),
Richter Beat Weber, Richter Michael Peterli,
Gerichtsschreiber Tobias Merz.

Parteien

Spital A._____,
vertreten durch Prof. Dr. iur. Urs Saxer, Rechtsanwalt, und
lic. iur. Thomas Rieser, Rechtsanwalt, Steinbrüchel Hüssy,
Grossmünsterplatz 8, 8001 Zürich,
Beschwerdeführerin,

gegen

**Beschlussorgan der interkantonalen Vereinbarung über
die hochspezialisierte Medizin (HSM Beschlussorgan),**
Speichergasse 6, Postfach 684, 3000 Bern 7,
vertreten durch lic. iur. Michael Bühler, Rechtsanwalt,
St. Leonhard-Strasse 20, Postfach 728, 9001 St. Gallen,
neu vertreten durch lic. iur. Andrea Gysin, Advokatin,
Dufour Advokatur, Dufourstrasse 49, 4010 Basel,
Vorinstanz.

Gegenstand

Entscheid vom 20. Mai 2011 zur Planung der hochspezialisierten Medizin im Bereich der hochspezialisierten Behandlung von Hirnschlägen.

Sachverhalt:

A.

Am 20. Mai 2011 traf das Beschlussorgan der interkantonalen Vereinbarung über die hochspezialisierte Medizin (nachfolgend HSM-Beschlussorgan oder Vorinstanz) gestützt auf Artikel 39 Absatz 2^{bis} des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG; SR 832.10) sowie Artikel 3 Absätze 3–5 der Interkantonalen Vereinbarung über die hochspezialisierte Medizin vom 1. Januar 2009 (IVHSM [vgl. < www.gdk-cds.ch > Themen > Hochspezialisierte Medizin [besucht am 5. August 2013]]) den Entscheid zur Planung der hochspezialisierten Medizin (HSM) im Bereich der hochspezialisierten Behandlung von Hirnschlägen (nachfolgend HSM-Entscheid; BBl 2011 4692).

In Ziff. 1 Abs. 1 des HSM-Entscheids wurde der zugeteilte HSM-Bereich umschrieben. Demnach umfasst die zu koordinierende hochspezialisierte Behandlung bei Hirnschlägen die

- akute endovaskuläre Behandlung des akuten Hirnschlages mit intraarterieller oder in loco applizierter Thrombolyse und mechanischer Thrombusauflösung,
- dekompressive Kraniektomie in der akuten oder subakuten Krankheitsphase,
- revascularisierende Behandlungen (Wiedereröffnung der Gefässe) an extra- und intrakraniellen, obstruktiv erkrankten Hirnarterien (als subakuter oder Wahleingriff).

Gemäss Ziff. 1 Abs. 2 des HSM-Entscheides wurden die komplexen Behandlungen der Hirnschläge den folgenden acht Zentren (*im Folgenden: Listenspitäler*) zugeteilt:

- Hôpitaux universitaires de Genève (HUG)
- Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV)
- Inselspital Bern
- Universitätsspital Basel
- Universitätsspital Zürich
- Kantonsspital St. Gallen
- Kantonsspital Aarau
- Ente ospedaliero Cantonale, Standort Ospedale Regionale di Lugano.

In Ziff. 2 des HSM-Entscheidunges wurden die Auflagen, welche die Listenspitäler zu erfüllen haben, aufgeführt. Gemäss Ziff. 2 Bst. b haben diese die einem Comprehensive Stroke Center (Kompetenz-Zentrum für Hirnschlagpatienten; CSC) oder einem Primary Stroke Center (Primär-Behandlungszentrum für Hirnschlagpatienten; PSC) entsprechende hochspezialisierte Versorgung von Patienten mit Hirnschlag zu gewährleisten. Nach Ziff. 2 Bst. g haben die Listenspitäler innerhalb von zwei Jahren die Akkreditierung durch die Schweizerische Hirnschlaggesellschaft als CSC oder PSC zu beantragen. Ziff. 2 Bst. h nennt die Obliegenheit zur Organisation in acht Regionen in Netzwerken mit entsprechend ausgerüsteten (Privat)-Spitälern im Sinne von CSCs und PSCs und durch Zusammenarbeit mit Rehabilitationskliniken. Dabei wurde den Listenspitälern die Aufgabe übertragen, die stufengerechte Versorgung der Hirnschlagpatienten in ihrem Netzwerk zu definieren und zu organisieren. In einem Anhang zum Entscheid wurden die fachlichen, personellen, technischen und organisatorischen Anforderungen an die behandelnden Zentren festgehalten.

Der Zuteilungsentscheid wurde bis zum 31. Dezember 2014 befristet (Ziff. 3 HSM-Entscheid).

Der Entscheid wurde in Ziff. 4 wie folgt begründet:

«Das Beschlussorgan hat an seiner Sitzung vom 27. Januar 2011 die hochspezialisierte Behandlung von Hirnschlägen der hochspezialisierten Medizin zugewiesen.

Nach Prüfung der im Rahmen der Anhörung im November 2010 vorgebrachten Argumente kommt das HSM Beschlussorgan zu folgenden Einschätzungen:

a. Die vorgeschlagene Zuteilung stellt sicher, dass alle Patienten mit Hirnschlag, welche eine Behandlung im Rahmen der hochspezialisierten Medizin benötigen, einer anerkannten Stroke Unit (PSC oder CSC) zugewiesen werden. Innerhalb des Netzwerkes gelten die entsprechend definierten Zuweisungsregeln.

b. Die Carotis-Chirurgie ist vom Zuteilungsbeschluss gemäss Ziffer 1 nicht betroffen.

c. Die Organisation in Form von acht Regionen mit CSCs und PSCs gewährleistet die flächendeckende Versorgung mit den kleinstmöglichen Distanzen und nimmt Rücksicht auf die bereits etablierten Entwicklungen. Die verlangte Organisation in Netzwerken klärt die Abläufe und trägt zur Vermeidung von Verzögerungen bei der Aufnahme von Patienten zur indizierten Behandlung bei. Sie entspricht im Wesentlichen dem Status quo der durch die verpflichtenden Unterstützungsaufgaben der CSC gegenüber den PSC und kleineren

Spitälern z.B. Telemedizin und gemeinsam ausgearbeitete Zuweisungsregeln und Behandlungs-Pfade verbessert wird.

d. Die Koordination der Weiter- und Fortbildung und der verfügbaren Weiterbildungsplätze muss unter den verschiedenen Netzwerken aufgebaut und gesichert werden.

e. Die Anzahl der verfügbaren Fachpersonen ist begrenzt. Die Anforderungen an ein CSC oder PSC werden wegen dieser absehbaren Personalengpässe nicht für alle gleich gut zu erfüllen sein. Daher wird eine Netzwerkorganisation mit definierter Zu- und Rückweisungspraxis empfohlen.

f. Die Zusammenarbeit bei Forschungsaufgaben wird sowohl netzwerkintern als auch netzwerkübergreifend wahrgenommen.

g. Im Übrigen wird auf den Bericht «Hochspezialisierte Behandlung von Hirnschlägen in der Schweiz» vom 3. Mai 2011 verwiesen.»

Der Beschluss einschliesslich Begründung wurde den Universitätsspitalern Bern, Basel, Lausanne, Genf, und Zürich, den Kantonsspitalern Aarau und St. Gallen sowie dem Regionalspital Lugano und den Kantonen Zürich, Basel, Bern, Waadt, Genf, Aargau, St. Gallen und Tessin mit eingeschriebenem Brief eröffnet und weiteren Anhörungsteilnehmern mit gewöhnlicher Post bekanntgegeben. Am 21. Juni 2011 wurde der HSM-Entscheid im Bundesblatt publiziert (vgl. Ziff. 6 HSM-Entscheid; BBl 2011 4692).

B.

Das HSM-Beschlussorgan traf seinen Entscheid im Wesentlichen anhand folgender Unterlagen:

- Erläuternder Bericht des HSM-Fachorgans vom 15. November 2010 zur hochspezialisierten Behandlung von Hirnschlägen in der Schweiz für die Anhörung (Akten des HSM-Beschlussorgans [*im Folgenden: HSM-act.*] 1.00 und 4.03) in welchem festgehalten wurde, dass bei der Hirnschlag-Therapie nur ein Teil der Behandlungen unter den Begriff der HSM falle (700 - 900 von 15'000 Fällen). Zur Zeit würden nur etwa ¼ aller Hirnschlagpatienten in einem spezialisierten neurologischen Behandlungszentrum (Hirnschlagzentrum, Stroke Unit oder Stroke Center) behandelt, wobei die Versorgung durch Spezialisten in solchen Zentren bessere Resultate erbringe. Ziel sei, dass ein Grossteil aller Hirnschlag-Patienten in der Schweiz in spezialisierten Stroke Units behandelt werden könnte. Bei Hirnschlägen spiele der

Zeitablauf vom Auftreten der Symptome bis zur Diagnose und zur Aufnahme der Behandlung eine ausserordentlich wichtige Rolle («time is brain»). Einerseits müsse die Zugänglichkeit zur Leistung überall und jederzeit bestmöglich gewährleistet sein. Die personellen, organisatorischen und strukturellen Anforderungen an ein Stroke Center, welches Behandlungen der HSM anbiete, und die beschränkte Verfügbarkeit dieser Ressourcen würden andererseits eine Konzentration auf wenige Zentren bedingen. Zur Verbesserung der quantitativen und qualitativen Versorgung solle eine regionale Organisation und Konzentration sowie eine schweizweite Koordination erfolgen. Zur Umsetzung der Versorgungsstrategie wurden zwei Planungsoptionen vorgeschlagen: Option A: Schaffung von acht Versorgungsregionen mit je einer Stroke Unit als Koordinatorin eines regionalen Netzwerks (Hub-Funktion) und weiteren CSC und PSC, welche die Voraussetzungen für die Behandlungen erfüllen und sich als Schlaganfall-HSM-Behandlungszentren melden (Spoke-Funktion); Option B: Schaffung von fünf regionalen Netzwerken, die geleitet werden von fünf Universitätsspitalern als CSC.

- Bericht über die Zusammenstellung und Auswertung der Anhörung für den HSM-Bereich «Hochspezialisierte Behandlung von Hirnschlägen» vom 11. Januar 2011 für die Sitzung des HSM-Fachorgans vom 12. Januar 2011 (HSM-act. 4.04) in welchem die Stellungnahmen aller Anhörungsteilnehmenden zusammenfassend festgehalten wurden. Die Mehrheit der Kantone und der Leistungserbringer sowie alle Fachgesellschaften würden die Planungsoption A bevorzugen. Für die Zusammenarbeit der Spitäler der Grundversorgung mit den Stroke Units, die Patientenzuweisung und den Patiententransport müssten unter Federführung der koordinierenden Zentren Regeln erarbeitet werden.
- Bericht des HSM-Fachorgans über die hochspezialisierte Behandlung von Hirnschlägen in der Schweiz vom 14. Januar 2011 (HSM-act. 4.05), mit welchem beim HSM-Beschlussorgan die Planungsoption A und ein zweistufiges Entscheidungsverfahren beantragt wurden. In einer ersten Stufe sollten die Anzahl der Versorgungsregionen, die von einem CSC geleitet werden, bestimmt werden. Nach Einholung einer Erklärung dieser Zentren zur Erfüllung der Voraussetzungen und der Bereitschaft sollte in einer zweiten Stufe die Zuteilung der Leistungsaufträge an dieselben erfolgen. Den Zentren, welche die Versorgungsregionen leiten, sollte auferlegt werden, andere Spitäler als

PSC oder als CSC in die Patientenversorgung einzuschliessen, was durch anerkannte und kommunizierte Richtlinien zu gewährleisten sei. In Abweichung vom Bericht vom 15. November 2010 für die Anhörung (HSM-act. 1.00 und 4.03) wurde festgehalten, dass die intravenöse Thrombolyse nicht dem HSM-Bereich zuzuordnen sei.

- Bericht des HSM-Fachorgans vom 3. Mai 2011 über die hochspezialisierte Behandlung von Hirnschlägen in der Schweiz für die Sitzung des HSM-Beschlussorgans vom 20. Mai 2011 (HSM-act. 4.07), in welchem erwähnt wurde, dass das HSM-Beschlussorgan am 27. Januar 2011 entschieden habe, die Planungsoption A mit acht Versorgungsregionen anzunehmen. Aufgrund der eingeholten Bereitschaftserklärungen würde dem Beschlussorgan die Lösung gemäss Beschlussvorschlag vom 5. Mai 2011 (HSM-act. 4.08) vorgeschlagen.
- Beschlussvorschlag des HSM-Fachorgans zur hochspezialisierten Behandlung schwerer Hirnschläge vom 5. Mai 2011 (HSM-act.4.08) welcher im Wesentlichen dem angefochtenen Entscheid entspricht (Abweichungen zu Ziff. 1, Ziff. 2 Bst. e, f und h des angefochtenen Entscheides).

C.

Das Spital A. _____ (*im Folgenden: Beschwerdeführerin*), vertreten durch Rechtsanwalt Prof. Dr. Urs Saxer, liess am 21. Juli 2011 Beschwerde beim Bundesverwaltungsgericht erheben (Akten im Beschwerdeverfahren [*im Folgenden: BVGer-act.*]. 1) und beantragen:

1. Es sei festzustellen, dass der Beschluss der Vorinstanz vom 21. Juni 2011 nichtig sei, eventualiter sei er aufzuheben.
2. Subeventualiter sei der Beschluss der Vorinstanz vom 21. Juni 2011 aufzuheben und die Beschwerdeführerin auf die Liste für hochspezialisierte Medizin im Bereich von Hirnschlägen aufzunehmen.
3. Subsubeventualiter sei der Beschluss der Vorinstanz vom 21. Juni 2011 aufzuheben und zur Neuurteilung an die Vorinstanz zurückzuweisen.
4. Alles unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zulasten der Vorinstanz bzw. der Gerichtskasse.

Die Beschwerde wurde im Wesentlichen wie folgt begründet:

- Die Beschwerdeführerin habe sich im Rahmen der Anhörung mittels mehrerer Eingaben am vorinstanzlichen Verfahren beteiligt und aus-

drücklich um Zuteilung eines Leistungsauftrages zur Behandlung von Hirnschlägen ersucht. Durch den HSM-Entscheid sei sie formell beschwert. Sie erfülle bereits heute die Anforderungen an ein CSC, sei massgeblich im Bereich der Behandlung von Hirnschlägen tätig und habe ein grosses Interesse, bei der Planung der HSM im Bereich der Hirnschläge berücksichtigt zu werden, da sie nur dann Leistungen in diesem Bereich zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (*im Folgenden: OKP*) abrechnen könne. Ohne Zuweisung eines Leistungsauftrages sei die Beschwerdeführerin praktisch von dieser Tätigkeit ausgeschlossen. Sie sei vom angefochtenen Entscheid besonders betroffen, habe ein schützenswertes Interesse an dessen Aufhebung und sei daher zur Beschwerde legitimiert.

- Der Vorinstanz fehle es an der Zuständigkeit zum Entscheid über die HSM-Spitalplanung. Aus Art. 39, 53 und 90a KVG gehe hervor, dass die Kantonsregierungen zur Spitalplanung zuständig seien. Eine Delegation der Entscheidungsbefugnis an eine separate Behörde verstosse gegen Bundesrecht und habe keine gesetzliche Grundlage. Das Entscheidungsgremium sei demokratisch ungenügend legitimiert. Aufgrund der vagen Umschreibung der HSM und der Regelung von Art. 3 Abs. 3 IVHSM könne das HSM-Beschlussorgan selbst definieren, welche Bereiche der HSM zuzuordnen seien, und damit seine Kompetenzen - unter Derogation der kantonalen Kompetenz - selbst festlegen, was das Legalitätsprinzip verletze. Der Entscheid der unzuständigen Behörde sei nichtig.
- Ein Grund, die Kognition des Bundesverwaltungsgerichts einzuschränken, bestehe nicht. Nachdem die Angemessenheit des angefochtenen Entscheides durch keine Rechtsmittelinstanz habe überprüft werden können, habe das Bundesverwaltungsgericht den Entscheid im Rahmen der zulässigen Gründe frei zu prüfen.
- Im vorinstanzlichen Verfahren sei der Anspruch der Beschwerdeführerin auf rechtliches Gehör in erheblicher Weise verletzt worden. Eine Bewerbung eines Spitals um Aufnahme in die HSM-Liste anhand definierter Kriterien sei in diesem Verfahren nicht möglich gewesen. Im durchgeführten Anhörungsverfahren sei den Anhörungsteilnehmenden lediglich ein Fragebogen mit fünf Fragen unterbreitet worden. Dabei sei nicht differenziert worden zwischen potentiellen Leistungserbringern im zu planenden Bereich und weiteren interessierten Kreisen. Über den weiteren Verfahrensgang sei nicht informiert worden

und entscheidende Dokumente seien der Beschwerdeführerin nicht zur Kenntnis gebracht worden, so dass es dieser nicht möglich gewesen sei, eine Stellungnahme abzugeben. Die Begründung des angefochtenen Entscheides und der Bericht des HSM-Fachorgans enthielten keine Ausführungen dazu, wieso die acht öffentlichen Spitäler der Beschwerdeführerin vorgezogen worden seien und warum der Beschwerdeführerin kein Leistungsauftrag zugewiesen worden sei, obwohl sie die Anforderungen an ein CSC erfülle.

- Im vorinstanzlichen Verfahren sei das Rechtsgleichheitsgebot verletzt worden, indem die öffentlichen Spitäler bevorzugt worden seien. Im HSM-Beschlussorgan seien die Vertreter der Kantone mit grossen Staatsspitalern vertreten, was dazu geführt habe, dass diese ihre Positionen ohne formell korrektes Verfahren hätten einbringen können. Durch diese institutionelle Ungleichbehandlung seien Privatspitäler benachteiligt worden. Ausschliesslich mit den berücksichtigten acht Zentren sei weitere Korrespondenz geführt worden, und es sei ihnen die Möglichkeit eingeräumt worden, eine Stellungnahme zum Anforderungskatalog einzureichen und ihre Bewerbung um einen Listenplatz zu konkretisieren. Der Beschwerdeführerin sei eine solche Möglichkeit nie eingeräumt worden.
- Soweit das HSM-Beschlussorgan mit dem Beschluss nicht hochspezialisierte Medizin reguliere, fehle die rechtliche Grundlage, da das HSM-Beschlussorgan nur im HSM-Bereich über eine Beschlusskompetenz verfüge.
- Die in Ziff. 2 Bst. h festgehaltene Auflage der Listenspitäler zur Zusammenarbeit mit Privatspitälern in Netzwerken sei unbestimmt, unklar und kollidiere mit der kantonalen Hoheit zur Spitalplanung in der nicht hochspezialisierten Medizin. Der angedachte Einbezug weiterer Spitäler in ein Netzwerk sei unklar geregelt. In diesem Zusammenhang sei ungeklärt, wer die Zuteilungsentscheide treffe, welche Rolle die Netzwerkspitäler einnehmen sollen und ob an CSC, welche keine Hub-Funktion ausüben würden, HSM-Leistungen vergütet werden sollen.
- Die akute endovaskuläre Behandlung und die revaskularisierenden Behandlungen seien der HSM zuzuordnen, nicht jedoch die dekompressive Kraniektomie. In Notfallsituationen müssten letztere Eingriffe in jedem Primary Stroke Center (PSC) durchgeführt werden

können. Die Definition des HSM-Bereiches sei diesbezüglich unzutreffend.

- Die an die Listenspitäler gestellten Anforderungen seien in verschiedenen Belangen zu tief angesetzt. Die wichtigsten hochspezialisierten Hirnschlag-Behandlungen (akute endovaskuläre Behandlung des akuten Hirnschlages mit intraarterieller oder in loco applizierter Thrombolyse und mechanischer Thrombusauflösung [*im Folgenden*: intraarterielle Methoden]) seien für die Listenspitäler nicht zwingend vorausgesetzt. Damit würde ermöglicht, dass ungeeignete Spitäler als HSM-Zentren gelten und Patienten suboptimal behandelt würden. Die Vorinstanz habe unabhängig von sachlichen Kriterien einen politischen Entscheid getroffen und ihr Ermessen missbraucht. Leistungsaufträge der HSM seien an Leistungserbringer, welche die Anforderungen an ein CSC nicht erfüllen würden, zugeteilt worden und solche Leistungserbringer, welche diese Anforderungen erfüllen würden, seien nicht berücksichtigt worden.
- Der angefochtene Entscheid basiere auf fehlerhafter Sachverhaltsfeststellung, indem Fallzahlen der intravenösen Thrombolyse, welche nicht zur HSM gehöre, berücksichtigt seien und zu tiefe Fallzahlen für die intraarteriellen Methoden angenommen worden seien. Die Datengrundlage des Entscheides sei ungenügend. Das beschränkte Angebot an Fachkräften der interventionellen Neuroradiologie sei bei der Planung nicht berücksichtigt worden.
- Als Auflage für die HSM-Zentren würden Mindestfallzahlen für nicht-HSM-Behandlungen vorausgesetzt. Mindestfallzahlen für die eigentlichen HSM-Behandlungen seien nicht gefordert. Damit stütze die Vorinstanz ihren Entscheid auf ein sachfremdes Kriterium.
- Der angefochtene Entscheid führe dazu, dass die Beschwerdeführerin, welche über beste Qualifikationen im Bereich der hochspezialisierten Hirnschlag-Behandlung verfüge und sämtliche Anforderungen an ein CSC erfülle, ihre Leistungen nicht zulasten der OKP abrechnen könne, was aufgrund fachlicher Kriterien auch von den massgebenden Fachkreisen nicht verstanden werde.

D.

Mit Zwischenverfügung vom 29. Juli 2011 wurde zur Bezahlung eines Kostenvorschusses in der Höhe von CHF 4'000.- eine Frist bis zum

26. September 2011 angesetzt (BVGer-act. 2). Dieser wurde am 18. August 2011 geleistet (BVGer-act. 6).

E.

Mit Vernehmlassung vom 14. Oktober 2011 (BVGer-act. 12) liess die Vorinstanz, vertreten durch Rechtsanwalt Michael Bühler, die Abweisung der Beschwerde beantragen. Zur Begründung wurde im Wesentlichen geltend gemacht:

- Das KVG und die IVHSM würden eine ausreichende gesetzliche Grundlage bilden für eine Spitalplanung durch die Vorinstanz. Die Planung im Rahmen einer interkantonalen Vereinbarung entspreche der Zielsetzung des KVG und der verfassungsmässigen Ordnung. Die Delegation der kantonalen Befugnis zum Erlass der Spitalliste in diesem Bereich an das HSM-Beschlussorgan sei durch die Beitrittsbeschlüsse der Kantone demokratisch legitimiert. Die Zuständigkeit des HSM-Beschlussorgans zum Erlass des angefochtenen Entscheides sei gegeben.
- Die Kriterien der Leistungen, welche der HSM zugeordnet werden könnten, seien in Art. 1 IVHSM aufgeführt. Die Kompetenzen des HSM-Beschlussorgans seien in der IVHSM klar definiert. Das Beschlussorgan habe somit nicht die Kompetenz, die eigene Kompetenz zu definieren.
- Im Verwaltungsverfahren seien die Verfahrensschritte transparent kommuniziert worden und die Beschwerdeführerin habe Gelegenheit zur Vernehmlassung erhalten und diese genutzt. Mit Bezug auf das rechtliche Gehör sei dem Erlasscharakter einer Spitalliste Rechnung zu tragen. Im Rahmen der kollektiven Anhörung sei der Anspruch der Beschwerdeführerin auf rechtliches Gehör im vorliegenden Verfahren gewahrt worden.
- Die Beschwerdeführerin sei im Verfahren der IVHSM gleich wie die anderen Spitäler, welche solche Leistungen anböten, behandelt worden. Ein aus der Wirtschaftsfreiheit abgeleiteter Anspruch auf Gleichbehandlung von staatlichen und privaten Spitälern bestehe nicht.
- Die Zugänglichkeit zur Leistung und die flächendeckende Versorgung würden bei der Planung der hochspezialisierten Behandlung der Hirnschläge eine wichtige Rolle spielen. Bei den Zuteilungsentscheiden hätten diese Überlegungen, nicht aber regionalpolitische, eine we-

sentliche Rolle gespielt. Zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung seien acht Regionen gebildet worden.

- Die Behauptung, der angefochtene Entscheid basiere auf fehlerhafter Sachverhaltsfeststellung, treffe nicht zu. Das Beschlussorgan habe seinen Entscheid auf die erhobenen Daten, die Aufzeichnungen des Bundesamtes für Statistik und plausible Erklärungen von Experten abgestützt.

F.

Mit Instruktionsverfügung vom 1. November 2011 (BVGer-act. 13) wurde den im angefochtenen Entscheid berücksichtigten Listenspitälern Gelegenheit zu einer Beschwerdeantwort gegeben. Die Spitäler B._____, C._____, D._____ und E._____ reichten am 5. Dezember 2011 Stellungnahmen ein (BVGer-act. 16, 17 und 18).

G.

Mit Instruktionsverfügung vom 12. Januar 2012 wurde das Bundesamt für Gesundheit (*im Folgenden*: BAG) eingeladen, als Fachbehörde Stellung zu nehmen (BVGer-act. 21). In seiner Stellungnahme vom 13. Februar 2012 (BVGer-act. 22) führte das BAG im Wesentlichen aus, die Vorinstanz sei legitimiert und zum Erlass des angefochtenen Entscheides zuständig gewesen, ein Bewerbungsverfahren für potentielle Leistungserbringer sei bei der Planung der HSM nicht vorgesehen, bei der Zuteilung der Leistungsaufträge müssten jedoch die Grundsätze der Nichtdiskriminierung und der Transparenz eingehalten werden, die Beschwerdeführerin habe am Verfahren teilnehmen können, es seien keine Parteirechte verletzt worden, die von der IVHSM vorgesehene Bedingung einer Weiterbildungsfunktion für die entsprechende Fachrichtung sei für die Zulassung als Leistungserbringer nicht unangemessen und das Kriterium der Mindestfallzahlen sei zur Planung der HSM sachgerecht.

H.

Mit Teilentscheid des Bundesverwaltungsgerichts vom 21. Mai 2012 (BVGer-act. 25) wurde festgestellt, dass den Spitälern, welchen mit dem angefochtenen Entscheid vom 21. Mai 2011 die hochspezialisierte Behandlung von Hirnschlägen zugewiesen wurde, keine Parteistellung als Beschwerdegegnerinnen zukomme, und auf die gestellten Anträge wurde nicht eingetreten.

I.

Die Spitäler B._____ und C._____ beantragten mit Eingabe vom 24. Mai 2012 die Ausrichtung einer Parteientschädigung für den Fall, dass das Begehren um Feststellung der Nichtigkeit abgewiesen werden sollte (BVGer-act. 26).

J.

Mit Instruktionsverfügung vom 31. Mai 2012 (BVGer-act. 36) wurde den Verfahrensbeteiligten Gelegenheit eingeräumt, Schlussbemerkungen einzureichen. In ihren Schlussbemerkungen vom 2. Juli 2012 (BVGer-act. 40) hielt die Beschwerdeführerin an den gestellten Anträgen fest. Die Vorinstanz reichte keine Schlussbemerkungen ein, nahm jedoch unter Berufung auf ihren Anspruch auf rechtliches Gehör mit Eingabe vom 27. Juli 2012 (BVGer-act. 43) zu den Schlussbemerkungen der Beschwerdeführerin Stellung. Diese nahm ihrerseits mit Eingabe vom 22. August 2012 (BVGer-act. 45) zur Eingabe der Vorinstanz vom 27. Juli 2012 Stellung.

K.

Mit Instruktionsverfügung vom 28. August 2012 schloss die Instruktionsrichterin den Schriftenwechsel (BVGer-act. 46).

L.

Mit Eingabe vom 25. November 2013 (BVGer-act. 48) wies die Beschwerdeführerin darauf hin, dass auch bei Spitalistenentscheiden im Bereich der HSM Betriebsvergleiche zur Wirtschaftlichkeit durchzuführen seien, was vorliegend nicht erfolgt sei.

M.

Auf die weiteren Ausführungen der Parteien sowie die eingereichten Unterlagen wird – soweit erforderlich – in den nachfolgenden Erwägungen näher eingegangen.

Das Bundesverwaltungsgericht zieht in Erwägung:**1.**

Die vorliegende Beschwerde richtet sich gegen einen Entscheid des HSM-Beschlussorgans zur Planung der hochspezialisierten Medizin. Mit dem HSM-Entscheid wurden einerseits die hochspezialisierte Behandlungen bei Hirnschlägen dem Bereich der HSM zugeordnet und in Ziff. 1

Abs. 1 definiert. Andererseits wurden die ausgewählten Behandlungen acht Listenspitälern zugeteilt. Bei der Zuteilung der Leistungsaufträge an die Listenspitäler handelt es sich um einen Spitallistenentscheid im Sinne von Art. 39 Abs. 2^{bis} KVG und Art. 3 Abs. 3 und 4 der interkantonalen Vereinbarung über die hochspezialisierte Medizin vom 14. März 2008 (IVHSM).

1.1 Für die Bestimmung des Anfechtungs- und des Streitgegenstandes ist zunächst die Rechtsnatur des angefochtenen Beschlusses zu klären.

1.1.1 Nach der Rechtsprechung im Zusammenhang mit der Spitalzulassung der Kantone enthält ein Spitallistenbeschluss sowohl Elemente eines Rechtssatzes als auch Elemente einer Verfügung und wird als Rechtsinstitut sui generis bezeichnet. Für die einzelnen Heilanstalten geht es im Sinne von Artikel 5 Absatz 1 VwVG – je nachdem, ob die Heilanstalten in dem von ihnen gewünschten Umfang auf die Spitalliste aufgenommen worden sind oder nicht – entweder um die Begründung, Änderung oder Aufhebung von Rechten und Pflichten (Bst. a), um die Feststellung des Bestehens, Nichtbestehens oder Umfanges von Rechten und Pflichten (Bst. b) oder um die Abweisung von Begehren auf Begründung, Änderung, Aufhebung oder Feststellung von Rechten und Pflichten oder Nichteintreten auf solche Begehren (Bst. c). Die Spitalliste ist daher in erster Linie als Bündel von Individualverfügungen zu qualifizieren. Zudem enthalten Spitallisten nach Art. 39 Abs. 1 Bst. e KVG eine allgemein gültige Regelung, indem sie für alle Versicherten anzeigen, in welchen Spitälern sie sich zu Lasten der obligatorischen Krankenversicherung behandeln lassen können. Anfechtungsgegenstand im Beschwerdeverfahren betreffend Spitallisten ist grundsätzlich nur die Verfügung, welche das die Beschwerde führende Klinik betreffende Rechtsverhältnis regelt (BVGE 2012/9 E. 3).

1.1.2 Spitallistenentscheide des HSM-Beschlussorgans unterscheiden sich von Spitallistenentscheiden kantonaler Behörden. Soweit das HSM-Beschlussorgan einzelnen Spitälern Leistungsaufträge zuteilt und spezifiziert (Zuteilungsentscheid), entspricht der Beschluss der unter E. 1.1.1 beschriebenen Rechtsnatur. Es handelt sich um Individualverfügungen. Zusätzlich obliegt dem HSM-Beschlussorgan gemäss Art. 3 Abs. 3 IVHSM die Bestimmung der Bereiche der hochspezialisierten Medizin, die einer schweizweiten Konzentration bedürfen (Zuordnungsentscheid). Diese zusätzliche Aufgabe ist in der IVHSM verschiedentlich differenzierend aufgeführt (vgl. z. B. Art. 1 Abs. 1, Art. 3 Abs. 3, Art. 4 Abs. 4 Ziff. 1

und 2, Art. 9 Abs. 2 IVHSM). Art. 4 Abs. 4 Ziff. 1 und 2 IVHSM enthalten je verschiedene Regelungen für die Zuteilung und die Zuordnung. Eine differenzierende Darstellung von Zuordnungs- und Zuteilungsentscheid findet sich auch im erläuternden Bericht zur interkantonale Vereinbarung zur hochspezialisierten Medizin, welcher am 14. März 2008 von der Plenarversammlung der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) zuhanden der Kantone verabschiedet wurde (im Folgenden: Erläuternder Bericht zur IVHSM). Demnach definiert das HSM-Beschlussorgan in einem ersten Schritt die Leistungen und Bereiche der HSM, die einer Konzentration bedürfen und teilt diese Leistungen in einem zweiten Schritt bestimmten Standorten zu (Erläuternder Bericht zur IVHSM S. 8). Der Zuordnungsentscheid unterscheidet sich funktionell und hinsichtlich seiner Rechtsnatur vom Zuteilungsentscheid. Mit dem Zuordnungsentscheid wird nicht individuell-konkret über Leistungsaufträge entschieden, sondern in generell-abstrakter Weise definiert, welche Bereiche zur HSM gehören (BVGE C-6539/2011 vom 26. November 2013 E. 1.1.2). Der Zuordnungsentscheid bildet die Voraussetzung und die Ausgangslage für die Zuteilung der Leistungsaufträge.

1.2 Im vorliegenden Verwaltungsverfahren, welches zum angefochtenen Beschluss geführt hat, differenzierte die Vorinstanz in verfahrensrechtlicher Hinsicht nicht zwischen Zuordnung zur HSM und Zuteilung der Leistungsaufträge an bestimmte Spitäler. Der Entscheid über die Zuordnung der hochspezialisierten Behandlungen bei Hirnschlägen und deren Definition wurde erstmals im angefochtenen Spitalistenbeschluss getroffen. Aufgrund der Kombination der Verfahren kann vorliegend hinsichtlich des Anfechtungsgegenstands nicht strikte zwischen Zuordnung und Zuteilung differenziert werden, so dass beide Aspekte des Entscheids als Gegenstand der Anfechtung zu betrachten sind.

1.3 Der Streitgegenstand des vorliegenden Verfahrens wird durch den Anfechtungsgegenstand eingegrenzt und in diesem Rahmen durch die Rechtsbegehren der Beschwerdeführerin bestimmt.

1.3.1 Soweit die Beschwerdeführerin im Hauptbegehren die Feststellung der Nichtigkeit beantragt, richtet sich die Beschwerde gegen den gesamten Regierungsratsbeschluss.

1.3.2 Soweit die Beschwerdeführerin im Subeventualbegehren ihre Aufnahme auf die HSM-Liste der Listenspitäler beantragt, ist Streitgegen-

stand die Verfügung über die nicht erfolgte Zuteilung eines Leistungsauftrages (Zuteilungsentscheid).

1.3.3 Im Eventualbegehren sowie im Subsubeventualbegehren beantragt die Beschwerdeführerin die Aufhebung des angefochtenen Beschlusses, respektive die Zurückweisung zur Neuurteilung. In ihrer Beschwerdebegründung bemängelt die Beschwerdeführerin auch die Definition der zugeordneten Behandlungen und damit die Zuordnung. Aufgrund der erfolgten Kombination der Zuordnung zum HSM-Bereich einerseits und der Zuteilung an bestimmte Spitäler andererseits in einem einzigen Verwaltungsverfahren und einem einzigen Entscheid kann im vorliegenden Fall auch hinsichtlich des Streitgegenstandes nicht strikte zwischen Zuordnung und Zuteilung differenziert werden. Da die Zuteilung der Leistungsaufträge im Rahmen der Definition der HSM-Behandlungen erfolgte, ist von der Beschwerde auch der Umfang der Zuteilung betroffen. Als Streitgegenstand des Subeventualbegehrens haben somit beide Aspekte des Entscheides zu gelten.

2.

Gemäss Art. 31 des Verwaltungsgerichtsgesetzes vom 17. Juni 2005 (VGG, SR 173.32) beurteilt das Bundesverwaltungsgericht Beschwerden gegen Verfügungen nach Art. 5 VwVG, sofern keine Ausnahme nach Art. 32 VGG vorliegt. Als Vorinstanzen gelten die in Art. 33 VGG genannten Behörden, wobei insbesondere Instanzen des Bundes aufgeführt werden. Verfügungen kantonaler Instanzen sind gemäss Art. 33 Bst. i VGG nur dann beim Bundesverwaltungsgericht anfechtbar, wenn dies in einem Bundesgesetz vorgesehen ist.

2.1 Art. 90a Abs. 2 KVG sieht vor, dass das Bundesverwaltungsgericht Beschwerden gegen Beschlüsse der Kantonsregierungen nach Art. 53 KVG beurteilt. Zu den gemäss Art. 53 Abs. 1 KVG anfechtbaren Beschlüssen der Kantonsregierungen gehören namentlich die Spital- oder Pflegeheimlisten im Sinne von Art. 39 KVG (vgl. in BVGE 2009/45 [C-5733/2007] sowie BVGE 2010/15 [C-6062/2007] nicht veröffentlichte E. 1.1). Art. 12 IVHSM sieht vor, dass gegen Beschlüsse betreffend die Festsetzung der gemeinsamen Spitalliste beim Bundesverwaltungsgericht Beschwerde nach Art. 53 KVG geführt werden kann.

2.2 In BVGE 2012/9 E. 1 hat sich das Bundesverwaltungsgericht eingehend mit der Frage der Zuständigkeit zur Beurteilung von Beschwerden gegen Beschlüsse des HSM-Beschlussorgans (im Sinne von Art. 39

Abs. 2^{bis} KVG) befasst und festgestellt, dass diese Beschlüsse beim Bundesverwaltungsgericht angefochten werden können, auch wenn Art. 53 Abs. 1 KVG nur Beschlüsse von Kantonsregierungen nennt (vgl. ferner auch VPB 64.13 E. 1.4; Botschaft Bundesrechtspflege, S. 4391).

2.3 Gemäss Art. 12 Abs. 1 IVHSM kann gegen Beschlüsse betreffend die Festsetzung der gemeinsamen Spitalliste nach Art. 3 Abs. 3 und 4 beim Bundesverwaltungsgericht Beschwerde nach Art. 53 KVG geführt werden. Sowohl Abs. 3 als auch Abs. 4 von Art. 3 IVHSM haben jeweils Zuteilung und Zuordnung zum Gegenstand. Indem Art. 12 Abs. 1 IVHSM ausdrücklich «Beschlüsse betreffend die Festsetzung der gemeinsamen Spitalliste» erwähnt, deutet er darauf hin, dass ausschliesslich die Zuteilung der Leistungsaufträge (Spitallistenentscheide) Gegenstand der Beschwerde ans Bundesverwaltungsgericht sein können. Diese Auslegung wird durch den erläuternden Bericht zur IVHSM gestützt. Auf Seite 8 dieses Berichtes ist festgehalten: «Als politisches Organ erhält das Beschlussorgan abschliessende Entscheidkompetenzen. Dazu gehören vor allem die Definition der Leistungen und Bereiche der hochspezialisierten Medizin, die auf dem Gebiet der Schweiz einer Konzentration bedürfen.» Auf Seite 14 desselben Berichtes wird ausgeführt: «Art. 12 Abs. 1 erwähnt ausdrücklich die gegen die Zuteilungsentscheide nach Art. 53 KVG mögliche Beschwerde.» Diese Formulierungen liessen die Interpretation zu, dass die Vertragspartner der IVHSM die Beschwerde ans Bundesverwaltungsgericht einzig gegen Zuteilungsentscheide zulassen wollten. Da in casu die HSM-Spitalliste angefochten ist, wofür die Zuständigkeit des Bundesverwaltungsgerichts zweifellos gegeben ist, kann diese Frage offengelassen werden.

3.

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

3.1 Das Bundesverwaltungsgericht prüft die Verletzung von Bundesrecht einschliesslich der Überschreitung oder des Missbrauchs des Ermessens sowie die unrichtige oder unvollständige Feststellung des rechts-erheblichen Sachverhalts (Art. 49 VwVG). In Beschwerdeverfahren gegen Spitallistenbeschlüsse ist Art. 53 Abs. 2 Bst. e KVG zu beachten, wonach – in Abweichung von Art. 49 VwVG und entgegen der Haltung der Beschwerdeführerin – die Rüge der Unangemessenheit unzulässig ist.

3.2 Das Bundesverwaltungsgericht ist gemäss dem Grundsatz der Rechtsanwendung von Amtes wegen nicht an die Begründung der Begehren der Parteien gebunden (Art. 62 Abs. 4 VwVG). Es kann die Beschwerde auch aus anderen als den geltend gemachten Gründen gutheissen oder den angefochtenen Entscheid im Ergebnis mit einer Begründung bestätigen, die von jener der Vorinstanz abweicht (vgl. BVGE 2009/65 E. 2.1).

4.

Das Bundesverwaltungsgericht prüft von Amtes wegen, ob die Prozessvoraussetzungen erfüllt sind und auf eine Beschwerde einzutreten ist (BVGE 2007/6 E. 1 mit Hinweisen).

4.1 Nach Art. 48 Abs. 1 VwVG ist zur Erhebung der Beschwerde berechtigt, wer vor der Vorinstanz am Verfahren teilgenommen oder keine Möglichkeit zur Teilnahme erhalten hat (Bst. a), durch die angefochtene Verfügung besonders berührt ist (Bst. b) und ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Änderung hat (Bst. c).

4.1.1 Die Beschwerdeführerin wurde im Verwaltungsverfahren zur Mitwirkung eingeladen (BVGer-act. 1 Beilage 5; HSM-act. 1.01 bis 1.03), hat schriftliche Stellungnahmen eingereicht und zum Ausdruck gebracht, dass sie in diesem Bereich einen Versorgungsbeitrag leisten möchte (BVGer-act. 1 Beilage 6; HSM-act. 1.21). Als Klinik, welche Behandlungen in diesem Bereich anbietet, steht die Beschwerdeführerin in einer besonderen Nähe zur Streitsache und ist vom angefochtenen Entscheid mehr als jedermann betroffen. Die Voraussetzungen der formellen und materiellen Beschwer sind erfüllt.

4.1.2 Soweit die Beschwerdeführerin die nicht erfolgte Zuteilung eines Leistungsauftrages an ihr Spital rügt, ist ihre Beschwerdelegitimation gegeben. Soweit sie beschwerdeweise die Aufhebung des Beschlusses vom 20. Mai 2011 (und damit die Nichterteilung des Leistungsauftrags an die berücksichtigten Spitäler) beantragt, ist sie dazu nicht beschwerdelegitimiert. Eine Anfechtung, welche nicht darauf begrenzt wird, die eigene Aufnahme auf die Liste zu fordern, kommt einer Konkurrentenbeschwerde gleich und begründet kein besonders schützenswertes Interesse an einer Anfechtung (BVGE 2012/9 E. 4). Auf die Beschwerde ist daher, soweit die Beschwerdeführerin die Aufhebung des Beschlusses als solchen und die Rückweisung der Sache zur Erarbeitung einer neuen Liste verlangt, nicht einzutreten.

4.2 Im Übrigen erfolgte die am 21. Juli 2011 (BVGer-act. 1) eingereichte Beschwerde form- und fristgerecht, so dass darauf einzutreten ist.

5.

Im Folgenden werden die für die Streitsache wesentlichen Bestimmungen und von der Rechtsprechung dazu entwickelten Grundsätze dargestellt.

5.1 Spitalplanung ist Aufgabe der Kantone (vgl. Art. 39 Abs. 1 Bst. e KVG, BVGE 2009/48 E. 12.1). Gemäss Art. 39 Abs. 2 KVG (in der seit 1. Januar 2009 gültigen Fassung) koordinieren die Kantone ihre Planung. Nach Art. 39 Abs. 2^{bis} KVG (in Kraft seit 1. Januar 2009) beschliessen die Kantone im Bereich der hochspezialisierten Medizin gemeinsam eine gesamtschweizerische Planung. Kommen sie dieser Aufgabe nicht zeitgerecht nach (vgl. auch Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 21. Dezember 2007 [Spitalfinanzierung] Abs. 3), so legt der Bundesrat fest, welche Spitäler für welche Leistungen auf den kantonalen Spitallisten aufzuführen sind.

5.2 Um die gesamtschweizerische Planung zu gewährleisten, haben die Kantone am 14. März 2008 die interkantonale Vereinbarung über die hochspezialisierte Medizin (IVHSM) beschlossen, die – nachdem alle Kantone beigetreten sind – am 1. Januar 2009 in Kraft getreten ist. Art. 3 IVHSM regelt Zusammensetzung, Wahl und Aufgaben des HSM-Beschlussorgans. Das Beschlussorgan bestimmt gemäss Art. 3 Abs. 3 IVHSM die Bereiche der hochspezialisierten Medizin, die einer schweizweiten Konzentration bedürfen, und trifft die Planungs- und Zuteilungsentscheide. Hierzu erstellt es eine Liste der Bereiche der hochspezialisierten Medizin und der mit der Erbringung der definierten Leistungen beauftragten Zentren. Die Liste wird periodisch überprüft. Sie gilt als gemeinsame Spitalliste der Vereinbarungskantone gemäss Artikel 39 KVG. Die Zuteilungsentscheide werden befristet (Art. 3 Abs. 4 IVHSM). Art. 9 Abs. 1 IVHSM hält zudem fest, dass die Vereinbarungskantone ihre Zuständigkeit gemäss Art. 39 Abs. 1 Bst. e KVG zum Erlass der Spitalliste für den Bereich der hochspezialisierten Medizin dem HSM-Beschlussorgan übertragen.

5.3 Das Bundesrecht schreibt den Kantonen nicht vor, in welcher Form sie über die gemeinsame gesamtschweizerische Planung Beschluss zu fassen haben. Dass sie dafür ein durch interkantonale Vereinbarung (Konkordat) geschaffenes interkantonales Organ, das mit entsprechenden Entscheidungskompetenzen ausgestattet ist, vorgesehen haben, ist

zulässig (BVGE 2012/9 E. 1.2.3.4; vgl. Art. 48 der Bundesverfassung der Schweizerischen Eidgenossenschaft vom 18. April 1999 [BV, SR 101]).

5.4 Wie bei den übrigen Spitalplanungen entscheidet auch über die HSM-Listen ein politisches Organ: Das HSM-Beschlussorgan setzt sich aus Mitgliedern der GDK-Plenarversammlung zusammen, wobei den fünf Kantonen mit Universitätsspital je ein Sitz (mit Stimmrecht) zusteht und die weiteren fünf Sitze (mit Stimmrecht) auf die übrigen Kantone verteilt werden (vgl. Art. 3 Abs. 1 IVHSM). Das HSM-Beschlussorgan hat die gesetzlichen Bestimmungen (einschliesslich die Planungskriterien gemäss Art. 58a ff. der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung [KVV, SR 832.102]) und die IVHSM zu beachten; im Übrigen steht ihm jedoch – wie den zum Erlass der kantonalen Spitallisten zuständigen Organen – ein weiter Ermessensspielraum zu (vgl. auch BGE 132 V 6 E. 2.4.1 mit Hinweisen).

5.5 Der Begriff der HSM wird weder im KVG noch in der KVV definiert. Erst die IVHSM enthält in der Zweckbestimmung eine Definition. Demnach umfasst die HSM diejenigen medizinischen Bereiche und Leistungen, die durch ihre Seltenheit, durch ihr hohes Innovationspotenzial, durch einen hohen personellen oder technischen Aufwand oder durch komplexe Behandlungsverfahren gekennzeichnet sind. Für die Zuordnung müssen mindestens drei der genannten Kriterien erfüllt sein, wobei immer aber das der Seltenheit vorliegen muss (Art. 1 Abs. 1 IVHSM).

5.6 Art. 4 Abs. 4 IVHSM definiert die Kriterien, welche das HSM-Beschlussorgan bei der Zuordnung zum Bereich der HSM und bei der Zuteilung der Leistungsaufträge zu berücksichtigen hat. Für die Aufnahme in die Liste der HSM-Bereiche sind die Wirksamkeit, der Nutzen, die technologisch-ökonomische Lebensdauer und die Kosten der Leistung zu berücksichtigen. Kriterien für den Zuteilungsentscheid sind Qualität, Verfügbarkeit hochqualifizierten Personals und Teambildung und die Verfügbarkeit der unterstützenden Disziplinen. Für die Zuordnung und die Zuteilung sind Relevanz des Bezugs zu Forschung und Lehre und die internationale Konkurrenzfähigkeit zu berücksichtigen.

5.7 Die Tätigkeit zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung setzt den Leistungsauftrag aufgrund einer kantonalen oder interkantonalen Spitalliste voraus (Art. 35 i.V. mit Art. 39 Abs. 1 Bst. d und e und Abs. 2^{bis} KVG). Ab dem Zeitpunkt der Bestimmung eines Bereiches der hochspezialisierten Medizin und seiner Zuteilung an HSM-Zentren gelten

abweichende Spitallistenzulassungen der Kantone im entsprechenden Umfang als aufgehoben (Art. 9 Abs. 2 IVHSM).

5.8 Die IVHSM enthält spezifische Planungsgrundsätze für die HSM. Demnach sollen die hochspezialisierten Leistungen zur Gewinnung von Synergien auf wenige universitäre oder multidisziplinäre Zentren konzentriert werden (Art. 7 Abs. 1). Die Planung der HSM soll mit jener im Bereich der Forschung abgestimmt werden, Forschungsanreize sollen gesetzt und koordiniert werden (Art. 7 Abs. 2). Die Interdependenzen zwischen verschiedenen hochspezialisierten medizinischen Bereichen sind bei der Planung zu berücksichtigen (Art. 7 Abs. 3). Die Planung umfasst jene Leistungen, die durch schweizerische Sozialversicherungen mitfinanziert werden (Art. 7 Abs. 4). Die Zugänglichkeit für Notfälle ist bei der Planung zu berücksichtigen (Art. 7 Abs. 5). Die Planung berücksichtigt die vom schweizerischen Gesundheitswesen erbrachten Leistungen für das Ausland, und Kooperationsmöglichkeiten mit dem nahen Ausland können genutzt werden (Art. 7 Abs. 6 und 7). Die Planung kann in Stufen erfolgen (Art. 7 Abs. 8). Gemäss Art. 8 IVHSM sind bei der Zuordnung der Kapazitäten folgende Vorgaben zu beachten: Die gesamten in der Schweiz verfügbaren Kapazitäten sind so zu bemessen, dass die Zahl der Behandlungen, die sich unter umfassender kritischer Würdigung erwarten lassen, nicht überschritten werden kann (Bst. a). Die resultierende Anzahl der Behandlungsfälle der einzelnen Einrichtung pro Zeitperiode darf die kritische Masse unter den Gesichtspunkten der medizinischen Sicherheit und der Wirtschaftlichkeit nicht unterschreiten (Bst. b). Den Möglichkeiten der Zusammenarbeit mit Zentren im Ausland kann Rechnung getragen werden (Bst. c).

5.9 Im Übrigen sind bei der Erstellung einer interkantonalen Spitalliste grundsätzlich dieselben Anforderungen gemäss den Vorschriften des KVG und seiner Ausführungsverordnungen wie bei der Erstellung einer kantonalen Spitalliste zu beachten. Die zugelassenen Spitäler haben somit die Anforderungen von Art. 39 Abs. 1 KVG zu erfüllen, und das interkantonale Beschlussorgan hat die Planungskriterien nach Art. 58a ff. KVV zu beachten. Das Beschlussorgan ermittelt den Bedarf in nachvollziehbaren Schritten und stützt sich auf statistisch ausgewiesene Daten und Vergleiche (Art. 58b Abs. 1 KVV). Es ermittelt das Angebot, das in Einrichtungen beansprucht wird, die nicht auf der von ihr erlassenen Liste aufgeführt sind (Abs. 2). Es bestimmt das Angebot, das durch die Aufführung der Spitäler auf der Spitalliste zu sichern ist, damit die Versorgung gewährleistet ist. Dieses Angebot entspricht dem nach Art. 58b Abs. 1 KVV

festgestellten Versorgungsbedarf abzüglich des nach Art. 58b Abs. 2 KVV ermittelten Angebots (Abs. 3). Bei der Beurteilung und Auswahl des auf der Liste zu sichernden Angebotes berücksichtigen die Kantone insbesondere die Wirtschaftlichkeit und Qualität der Leistungserbringung, den Zugang der Patientinnen und Patienten zur Behandlung innert nützlicher Frist sowie die Bereitschaft und Fähigkeit der Einrichtung zur Erfüllung des Leistungsauftrages (Abs. 4). Bei der Prüfung der Wirtschaftlichkeit und Qualität beachtet das Beschlussorgan insbesondere die Effizienz der Leistungserbringung, den Nachweis der notwendigen Qualität, die Mindestfallzahlen und die Nutzung von Synergien (Abs. 5). Die Planung erfolgt für die Versorgung der versicherten Personen in Spitälern zur Behandlung von akutsomatischen Krankheiten leistungsorientiert (Art. 58c Bst. a KVV).

5.10 Im Rahmen der Verpflichtung zur interkantonalen Koordination der Planungen nach Art. 39 Abs. 2 KVG müssen die Kantone insbesondere die nötigen Informationen über die Patientenströme auswerten und diese mit den betroffenen Kantonen austauschen (Art. 58d Bst. a KVV) und die Planungsmassnahmen mit den davon in ihrer Versorgungssituation betroffenen Kantonen koordinieren (Bst. b). Während die Auswertung der nötigen Informationen über die Patientenströme auch bei der interkantonalen Planung der HSM von Bedeutung ist, dürften die übrigen in Bst. a und b genannten Anforderungen durch die Einsetzung des interkantonalen Beschlussorgans nach Art. 3 IVHSM abgedeckt sein.

6.

Im Folgenden ist zu prüfen, ob der angefochtene Entscheid vom 20. Mai 2011 rechtmässig erfolgt ist.

6.1 Die Vorinstanz war zum Erlass des angefochtenen Entscheides zuständig (vgl. E. 5.3). Art. 53 und 90a KVG, aus welchen die Beschwerdeführerin eine ausschliessliche Kompetenz der Kantonsregierungen ableitet, regeln den Zugang zum Bundesverwaltungsgericht und nicht die Zuständigkeit beim Erlass der Spitalistenentscheide. Die Rüge, der Beschluss sei zufolge Unzuständigkeit der Vorinstanz nichtig oder anfechtbar, trifft nicht zu, weshalb sowohl das Hauptbegehren als auch das Eventualbegehren der Beschwerde abzuweisen ist, soweit darauf einzutreten ist.

6.2 Die Beschwerdeführerin rügt eine Verletzung des rechtlichen Gehörs, indem sie sich im Verwaltungsverfahren nur marginal habe beteiligen

können und nicht alle entscheiderelevanten Grundlagen zur Stellungnahme zugestellt worden seien. Ein transparentes Verfahren, in welchem sich interessierte Leistungserbringer als Behandlungszentren für den relevanten HSM-Bereich hätten empfehlen können, habe nicht stattgefunden. Die Kriterien für den Entscheid seien nie offengelegt worden. Die durch die fehlende Vertretung der Privatspitäler im Beschlussorgan bedingte Benachteiligung hätte durch die vollständige Gewährung der Gehörsrechte kompensiert werden müssen. Aufgrund der Art der Ausgestaltung der Umfrage vom 11. Oktober 2010 sei nicht erkennbar gewesen, dass in diesem Bereich ein Konzentrationsentscheid geplant sei. Bei der begrenzten Zahl der an einem Leistungsauftrag interessierten Spitäler hätte das rechtliche Gehör problemlos gewährt werden können. Demgegenüber äusserte die Vorinstanz die Auffassung, mit Bezug auf das rechtliche Gehör sei dem Erlasscharakter der Spitalistenentscheide Rechnung zu tragen und im Rahmen der kollektiven Anhörung sei der Gehörsanspruch der Beschwerdeführer gewährt worden.

6.2.1 Nach Art. 12 Abs. 2 IVHSM finden auf Beschlüsse des HSM-Beschlussorgans sinngemäss die bundesrechtlichen Vorschriften über das Verwaltungsverfahren Anwendung. Nach Art. 29 BV und Art. 29 VwVG haben die Parteien Anspruch auf rechtliches Gehör. Der verfassungsmässige Gehörsanspruch und die Verfahrensbestimmungen des VwVG gebieten die Anhörung der Parteien vor Erlass einer Verfügung (Art. 30 VwVG). Das Recht auf Anhörung beinhaltet das Recht auf vorgängige Orientierung, welches Voraussetzung für die weitere Mitwirkung im Verfahren ist. Durch die Orientierung ist sicherzustellen, dass die Partei sich in ausreichender Kenntnis des Sachverhalts äussern kann. Der Sachverhalt ist der Partei derart detailliert zu unterbreiten, dass sie hierzu konkret ihre Einwände vorbringen kann. Der Anspruch auf rechtliches Gehör und Orientierung kann sich auch auf die rechtliche Würdigung erstrecken, und dient dem Ziel einer richtigen Wahrheits- und Rechtsfindung. Die Durchführung eines bundesrechtskonformen Verwaltungsverfahrens auf Erlass einer Verfügung, und damit die Gewährung des rechtlichen Gehörs ist von Amtes wegen zu prüfen.

6.2.2 Auch hinsichtlich des Gehörsanspruchs ist zwischen Zuordnung eines Bereichs zur HSM einerseits und Spitalliste im Sinne der Zuteilung von Leistungsaufträgen andererseits zu differenzieren.

6.2.2.1 Mit der Zuordnung wird definiert, was zum Spektrum der hochspezialisierten Medizin gehört, und wie die interkantonale Planung von

der durch die Kantone selbst vorzunehmenden Planung abzugrenzen ist. Die Zuordnung zur HSM grenzt den betreffenden Bereich von der «Normalmedizin» ab, entzieht ihn der kantonalen Planungshoheit, und die nicht spezialisierten Kliniken werden von der Leistungserbringung in diesem Bereich ausgeschlossen (vgl. Art. 9 Abs. 2 IVHSM). Die Zuordnung zur HSM betrifft eine unbestimmte Anzahl Spitäler in der ganzen Schweiz, welche potentiell Leistungen im Bereich der Behandlung von Hirnschlägen erbringen könnten, sowie die Kantone und weitere interessierte Kreise, was hinsichtlich der Mitwirkung im Verfahren beachtlich ist. Unter diesem Aspekt gleicht das Verfahren einem Rechtsetzungsverfahren. Bei der Rechtsetzung besteht kein Anspruch auf rechtliches Gehör (BGE 129 I 232 E. 3.2; BGE 121 I 230 E. 2c.).

6.2.2.2 Mit der Zuteilung werden innerhalb des HSM-Bereichs die Spitalplanung vorgenommen, Leistungsaufträge an die spezialisierten Kliniken erteilt, spezifiziert und Auflagen gemacht. Anspruch auf rechtliches Gehör besteht immer dann, wenn ein Hoheitsakt unmittelbar die Rechtsstellung eines Einzelnen berührt (BGE 129 I 232 E. 3.2). Diesbezüglich war insbesondere das Recht auf Orientierung und Anhörung der spezialisierten Kliniken, welche für einen Leistungsauftrag in Frage kamen, zu beachten.

6.2.3 Zur Beurteilung der Gewährleistung des Gehörsanspruchs in vorliegender Sache wird im Folgenden die Abfolge im Verwaltungsverfahren geprüft:

6.2.3.1 Gestützt auf seine Notiz vom 13. September 2010 erarbeitete das HSM-Fachorgan einen Beschlussvorschlag zuhanden des HSM-Beschlussorgans für die Sitzung vom 23. September 2010 (HSM-act. 4.01 und 4.02). Der Beschlussvorschlag sah unter anderem die Zuordnung der schweren Hirnschläge, welche einer komplexen Behandlung bedürfen, zur HSM vor. Ein an der Sitzung vom 23. September 2010 allenfalls ergangener Entscheid des Beschlussorgans ist in den Akten nicht dokumentiert, wurde nicht publiziert oder den Parteien eröffnet.

6.2.3.2 Die Beschwerdeführerin wurde mit Schreiben des Präsidenten des HSM-Fachorgans vom 11. Oktober 2010 eingeladen, anhand von Fragebogen ihre Zahlen zu komplexen Interventionen in den Bereichen Neurochirurgie und Neuroradiologie bekanntzugeben (BVGer-act. 1 Beilage 5). Mit Schreiben vom 9. November 2010 teilte die Beschwerdeführerin dem Präsidenten des HSM-Fachorgans mit, sie strebe die Anerkennung als Leistungserbringerin in den Bereichen der HSM in der Neurochi-

urgie und der interventionellen Neuroradiologie an und begründete dies (BVGer-act. 1 Beilage 6).

6.2.3.3 Mit Brief vom 15. November 2010 (HSM-act. 1.01) wurde der erläuternde Bericht des HSM-Fachorgans vom 15. November 2010 zur hochspezialisierten Behandlung von Hirnschlägen (HSM-act. 1.00) diversen Akteuren im Gesundheitswesen unterbreitet (Liste der Anhörsadressaten: HSM-act. 1.03). Die Adressaten wurden eingeladen mittels Fragebogen (HSM-act. 1.02) anhand von fünf Fragen zu den vorgeschlagenen Planungsoptionen bzw. Zuteilungsvorschlägen Stellung zu nehmen und Bemerkungen anzubringen. Die Eröffnung des Anhörungsverfahrens wurde zudem am 16. November 2010 im Bundesblatt publiziert (BBl 2010 2867). Die Beschwerdeführerin reichte am 22. Dezember 2010 eine schriftliche Stellungnahme ein (HSM-act. 1.21 und 1.69) und teilte mit, dass beide Planungsoptionen akzeptabel seien. Sie brachte zum Ausdruck, sie erfülle die Qualitätskriterien eines CSC, und wolle in diesem Bereich einen Versorgungsbeitrag leisten.

6.2.3.4 Die Ergebnisse des Anhörungsverfahrens wurden im Bericht des HSM-Fachorgans vom 11. Januar 2011 zusammengestellt (HSM-act. 4.04). Die summarische Wiedergabe der Stellungnahmen betraf in erster Linie die Vernehmlassungen zu den Planungsoptionen. Mit Bezug auf die Beschwerdeführerin wurde erwähnt, dass diese beide Planungsoptionen akzeptieren könne und als Leistungserbringerin in der Netzwerkorganisation tätig werden möchte.

6.2.3.5 Gestützt auf den Bericht des HSM-Fachorgans vom 14. Januar 2011 (HSM-act. 4.05) beschloss das HSM-Beschlussorgan am 27. Januar 2011, der Planungsoption A (acht Versorgungsregionen) den Vorzug zu geben (HSM-act. 4.07 S. 6 und 29).

6.2.3.6 Mit Brief vom 6. April 2011 (HSM-act. 3.02) gelangte der Präsident des HSM-Fachorgans an die Repräsentanten derjenigen Zentren, welche zur Leitung der Versorgungsregion vorgesehen waren (Adressatenliste: HSM-act. 3.01). Diese wurden eingeladen, mit einem Fragebogen (HSM-act. 3.03) Auskunft zu geben, ob die Bereitschaft und die Voraussetzungen zur Übernahme des Leistungsauftrages bestehen würden. Bereitschaftserklärungen der acht Listenspitäler wurden in der Folge abgegeben (HSM-act. 3.04 bis 3.11).

6.2.3.7 Gestützt auf den Bericht des HSM-Fachorgans zur hochspezialisierten Behandlung von Hirnschlägen in der Schweiz vom 3. Mai 2011 (HSM-act. 4.07) und den Beschlussvorschlag vom 5. Mai 2011 (HSM-act. 4.08) traf das HSM-Beschlussorgan am 20. Mai 2011 den angefochtenen Spitallistenentscheid.

6.2.4 Beim Entscheid, ob ein Spital in die Spitalliste aufzunehmen sei, handelt es sich primär um einen politischen Entscheid. Dementsprechend gibt das Gesetz den einzelnen Spitälern keinen Rechtsanspruch auf Aufnahme in die Spitalliste (BGE 133 V 123 E. 3.3). Bei der Ausübung des ihnen zustehenden Auswahlermessens haben die Behörden allerdings die allgemeinen Schranken der Ermessensbetätigung zu beachten. Der Bundesrat ging in seiner Rechtsprechung davon aus, dass die Kantone bei der Erstellung der Spitallisten an den Grundsatz der allgemeinen Rechtsgleichheit gebunden sind, d.h. die Leistungserbringer und ihre Angebote nach sachgerechten Kriterien auswählen müssen (BVGE 15/2010 E. 4.2, vgl. auch BGE 138 V 377 E. 3.6.1). Um eine willkürfreie, transparente und sachgerechte Auswahl zu gewährleisten, muss ein interessierter Leistungserbringer im Laufe des Zuteilungsverfahrens Gelegenheit haben, sich um die Zuteilung eines Leistungsauftrags zu bewerben und damit gehört zu werden. Das vorliegende Verfahren sah kein Bewerbungsverfahren vor. Die Beschwerdeführerin hat jedoch mit Eingaben vom 11. Oktober 2010 und vom 22. Dezember 2010 ihr Interesse für die HSM-Behandlungen angezeigt.

6.2.5 Der Bericht des HSM-Fachorgans vom 15. November 2010, welcher den Anhörungsteilnehmern zur Stellungnahme unterbreitet wurde, thematisierte in erster Linie die schweizweite Organisation der allgemeinen Hirnschlagbehandlung und die Regionenbildung unter der Leitung je eines koordinierenden Spitals. Ausserdem wurde mit dem Bericht die Auswahl der hochspezialisierten Hirnschlag-Behandlungen als HSM-Bereich erstmals zur Diskussion gestellt. Gleichzeitig wurde die Zuteilung entsprechender Leistungsaufträge an mehrere namentlich aufgeführte Spitäler thematisiert. Auf den Seiten 5 und 21 des Berichtes wurde erwähnt, dass weitere Spitäler, darunter auch Privatspitäler, sich als «Schlaganfall-HSM-Behandlungszentren» melden könnten. Die Absicht einer exklusiven Zuteilung der HSM-Behandlungen an die Listenspitäler war aus diesem Bericht somit nicht erkennbar, und es war dem Bericht nicht zu entnehmen, dass zur Zuteilung der Leistungsaufträge keine weitere Möglichkeit zur Vernehmlassung oder Interessenbekundung bestehen würde.

6.2.6 Das Recht auf Anhörung setzt ein Recht auf vorgängige Orientierung voraus. Durch die Orientierung muss sichergestellt sein, dass sich die Partei in der Folge im Rahmen der Anhörung in ausreichender Kenntnis des Sachverhalts äussern kann. Der Sachverhalt, wie er sich aus Sicht der Behörde darstellt, muss im Mindesten derart detailliert unterbreitet werden, dass die Partei hierzu konkret ihre Einwände vorbringen kann (PATRICK SUTTER; Art. 30 N. 4, mit Hinweisen). Eine Stellungnahme zu vorgesehenen Zuteilungsentscheiden setzt eine ausreichende Kenntnis und Orientierung über den Sachverhalt und damit über den Gegenstand des zu konzentrierenden und zuzuteilenden Leistungsbereichs voraus. Nur wenn ausreichend bestimmt ist, welcher Bereich zur HSM gehört und wie dieser Bereich definiert ist (Zuordnung), kann sich ein betroffenes Spital mit ausreichender Kenntnis zum Zuteilungsentscheid äussern, konkrete Anträge stellen oder Einwände vorbringen. Einerseits ist eine klare Orientierung dazu geboten, dass im laufenden Verfahren über die Zuteilung oder Nichtzuteilung entschieden werde. Andererseits setzt eine ausreichende Orientierung voraus, dass der Entscheid über die Zuordnung im Zeitpunkt der Anhörung zur Zuteilung bereits feststeht (vgl. BVGE C-6539/2011 vom 26. November 2013 E. 6). Im vorliegend einstufig durchgeführten Verfahren war im Zeitpunkt der Anhörung der zu konzentrierende Bereich noch nicht rechtskräftig festgelegt, und die Zuordnung zur HSM stand noch in der Schwebe. Dem Bericht war ausserdem nicht klar zu entnehmen, dass das Beschlussorgan seine Zuteilungsentscheide ohne weitere Vernehmlassungsstufe abschliessend fällen würde. Damit verletzte die Vorinstanz ihre Orientierungspflicht.

6.2.7 Die Beschwerdeführerin bekundete in ihren Eingaben vom 9. November 2010 und vom 22. Dezember 2010 ihr Interesse an einem Leistungsauftrag für die HSM-Behandlungen. Im Bericht des HSM-Fachorgans vom 11. Januar 2011 über die Resultate der Anhörung wurde zwar erwähnt, dass die Beschwerdeführerin davon ausgeht, innerhalb der Netzwerkorganisation tätig zu werden. Der Antrag der Beschwerdeführerin, als Leistungserbringerin im Bereich der HSM in der Neurochirurgie und der Neuroradiologie anerkannt zu werden, wurde jedoch in der Zusammenstellung der Anhörungsergebnisse nicht erwähnt. Auch in den folgenden Berichten, welche das Fachorgan zuhanden des Beschlussorgans erstellte (HSM-act. 4.05 und 4.07), und im angefochtenen Beschluss wurde nicht erwähnt, dass die Beschwerdeführerin an der Erbringung der angesprochenen HSM-Leistungen interessiert war.

6.2.8 Im Zuteilungsverfahren war das Recht auf Orientierung und Anhörung der spezialisierten Kliniken, welche für einen Leistungsauftrag in Frage kamen, zu beachten. Die bundesrechtskonforme Durchführung des Verfahrens beinhaltet nicht nur die Information und die Anhörung der betroffenen Personen. Nach ausdrücklicher Regelung in Art. 32 VwVG hat die Behörde, bevor sie verfügt, alle erheblichen Vorbringen der Parteien zu würdigen. Voraussetzung ist, dass die Behörde die Vorbringen des vom Entscheid in seiner Rechtsstellung Betroffenen auch tatsächlich hört, sorgfältig und ernsthaft prüft und in der Entscheidungsfindung berücksichtigt (BGE 112 Ia 107 E. 2b; BGE 134 I 83 E. 4.1; BGE 129 I 232 E. 3.2; BGE 126 I 97 E. 2b; Urteil des BVerG E-5283/2006 vom 10. Juli 2007 E. 5.4.1; PATRICK SUTTER in: Auer/ Müller/Schindler [Hrsg.], Kommentar zum Bundesgesetz über das Verwaltungsverfahren, Bern 2008, hiernach: Patrick Sutter, Art. 32 N. 1). Das Recht auf Prüfung der Parteivorbringen bildet einen Teilgehalt des Gehörsanspruchs nach Art. 29 BV und Art. 29 VwVG und hängt eng mit der Begründungspflicht zusammen. Der Begründung lassen sich Hinweise entnehmen, ob sich die Behörde tatsächlich mit allen erheblichen Vorbringen der Parteien befasst und auseinandergesetzt hat (BGE 117Ib 481 E. 6b.bb; PATRICK SUTTER; Art. 32 N. 1).

6.2.9 Durch die im angefochtenen Entscheid erfolgte Zuordnung der ausgewählten Behandlungen zur HSM und die nicht erfolgte Zuteilung eines Leistungsauftrages wurde das Leistungsspektrum der Beschwerdeführerin eingeschränkt. Gegenüber der Vorinstanz hat sie ihr Interesse an einem Leistungsauftrag in diesem Bereich angemeldet und machte von einem persönlichkeitsbezogenen Mitwirkungsrecht Gebrauch. Die Vorbringen waren somit erheblich und bedurften einer entsprechenden Prüfung durch die entscheidende Behörde. Aus der Begründung des HSM-Beschlusses ist zwar ersichtlich, dass die Zuteilung der Leistungsaufträge an die acht Listenspitäler aus geografischen Überlegungen erfolgte. Die nicht erfolgte Zuteilung eines Leistungsauftrages an die Beschwerdeführerin wurde in der Begründung jedoch nicht erwogen. Da die Interessenbekundung der Beschwerdeführerin weder aus dem Beschlussvorschlag vom 5. Mai 2011 noch aus dem Bericht vom 3. Mai 2011 und den darin zitierten Berichten ersichtlich war, und da in der Begründung zum Beschluss kein entsprechender Hinweis besteht, kann vorliegend nicht davon ausgegangen werden, dass sich das HSM-Beschlussorgan mit dem Vorbringen der Beschwerdeführerin auseinandergesetzt hat.

6.2.10 Bei der Einladung der verschiedenen Akteure des Gesundheitswesens zur Stellungnahme im Anhörungsverfahren wurde nicht differenziert,

ob die Anhörungsteilnehmer in ihrer individuellen Rechtsstellung tangiert würden oder nicht. In ihrer Anlage war die Fragestellung auf die Erhebung der verschiedenen Meinungen zu den Planungsoptionen ausgerichtet. In dieser Ausrichtung diene das Anhörungsverfahren der Meinungsbildung der HSM-Organen zu einer erlassähnlichen Entscheidung und glich einem politischen Vernehmlassungsverfahren bei der Rechtsetzung. Für Rechtssubjekte, welche durch den Zuteilungsentscheid in ihrer individuellen Rechtsstellung tangiert werden oder Rechte geltend machen wollen, hatte die Anhörung jedoch die Funktion des rechtlichen Gehörs zur Geltendmachung der persönlichkeitsbezogenen Mitwirkungsrechte. Dieser Kreis besonders betroffener Spitäler ist begrenzt auf diejenigen, welche für einen Leistungsauftrag in Frage kommen. Das Anhörungsverfahren diene damit sehr unterschiedlichen Zwecken. Die Kombination von Vernehmlassung weiter interessierter Kreise zu einer allgemein-abstrakten Regelung (Neuorganisation der allgemeinen Hirnschlagbehandlung und Definition des HSM-Bereichs) mit der Gewährung des rechtlichen Gehörs zu einer individuell-konkreten Anordnung, welche wenige Rechtssubjekte besonders betrifft (Zuteilung der Leistungsaufträge) beinhaltet die Gefahr, dass dem individuellen Gehörsanspruch besonders Betroffener zu wenig Rechnung getragen wird. Unter diesem Aspekt erscheint eine differenzierte Ausgestaltung der Gewährung des rechtlichen Gehörs im Zusammenhang mit dem Zuteilungsentscheid sachgerecht.

6.2.11 Die Planungsorgane haben ein berechtigtes Interesse, vor der Auftragserteilung die Bereitschaft der vorgesehenen Spitäler abzuklären. Die Umfrage vom 6. April 2011 hatte jedoch nebst der Eignung zur Hub-Funktion auch die Erfüllung der Voraussetzungen zur Erbringung der HSM-Behandlungen zum Gegenstand. Da vorgesehen war, mit dem angefochtenen Beschluss auch die HSM-Behandlungen zuzuteilen respektive nicht zuzuteilen, hätten der Grundsatz der Gleichbehandlung im Verfahren und der Anspruch auf rechtliches Gehör geboten, alle in Frage kommenden Spitäler zur Vernehmlassung einzuladen.

6.2.12 Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die Vorinstanz den Anspruch der Beschwerdeführerin auf rechtliches Gehör verletzt hat, indem diese vor der Anhörung nicht ausreichend über den Sachverhalt und den Gegenstand des laufenden Verfahrens orientiert wurde. Die einstufige Ausgestaltung des Verfahrens und die Kombination verschiedener Entscheidungsthemen (Hirnschlagorganisation, Zuordnung und Zuteilung) führte dazu, dass dem persönlichkeitsbezogenen Gehörsanspruch der Beschwerdeführerin nicht ausreichend Rechnung getragen wurde, und dass

dem Beschlussorgan das Anliegen der Beschwerdeführerin nicht in zureichender Form zum Entscheid unterbreitet wurde.

6.3

Die Beschwerdeführerin rügt, die nicht erfolgte Berücksichtigung als Leistungserbringerin sei nicht begründet worden. Weder im angefochtenen Entscheid noch in der Vernehmlassung vom 14. Oktober 2011 sei dargelegt worden, aufgrund welcher Kriterien kein Leistungsauftrag zugeteilt worden sei.

6.3.1 Nach Art. 35 VwVG sind Beschlüsse und Verfügungen zu begründen. Auch die Begründungspflicht ist Teilgehalt des Anspruchs auf rechtliches Gehör und folgt aus der Verpflichtung, die Vorbringen der Betroffenen tatsächlich zu hören, sorgfältig und ernsthaft zu prüfen und zu berücksichtigen (vgl. BGE 112 Ia 107 E. 2b). Das Bundesgericht hat die Begründungspflicht als «Kehrseite der Prüfungspflicht» bezeichnet (BGE 117Ib 481 E. 6b.bb). Das betroffene Rechtssubjekt soll wissen, warum die Behörde entgegen seinem Antrag entschieden hat. Zudem kann durch die Verpflichtung zur Offenlegung der Entscheidungsgründe verhindert werden, dass sich die Behörde von unsachlichen Motiven leiten lässt. Die Begründungspflicht erscheint so nicht nur als ein bedeutsames Element transparenter Entscheidungsfindung, sondern dient zugleich auch der wirksamen Selbstkontrolle der Behörde (BGE 129 I 232 E. 3.2; BGE 112 Ia 110 E. 2b). Die Begründung eines Entscheids muss deshalb so abgefasst sein, dass Betroffene ihn gegebenenfalls sachgerecht anfechten können. Dies ist nur möglich, wenn sowohl sie wie auch die Rechtsmittelinstanz sich über die Tragweite des Entscheids ein Bild machen können. In diesem Sinne müssen wenigstens kurz die Überlegungen genannt werden, von denen sich die Behörde leiten liess und auf welche sich ihr Entscheid stützt (BGE 129 I 232 E. 3.2; BGE 126 I 97 E. 2b; BGE 112 Ia 110). Es ist nicht erforderlich, dass sie sich mit allen Parteistandpunkten einlässlich auseinandersetzt und jedes einzelne Vorbringen ausdrücklich widerlegt. Vielmehr kann sie sich auf die für den Entscheid wesentlichen Punkte beschränken (vgl. BGE 134 I 83 E. 4.1 BGE 133 III 439 E. 3.3; BGE 130 II 530 E. 4.3 S. 540; BGE 129 I 232 E. 3.2; BGE 126 I 97 E. 2b, je mit Hinweisen). Erforderlich ist aber stets eine Auseinandersetzung mit dem konkret zu beurteilenden Sachverhalt, so dass Erwägungen allgemeiner Art ohne Bezugnahme auf den Einzelfall nicht genügen (Urteil des Bundesverwaltungsgerichts A-3629/2007 vom 9. Januar 2008). Die Begründung braucht nicht in der Verfügung selbst enthalten zu sein. Die Rechtsprechung hat auch den Verweis auf separate Schriftstücke anerkannt

(BGE 123 I 31 E. 2c und 2d; BGE 113 II 205 E. 2). Die Anforderungen an die Begründungsdichte einer Verfügung richten sich nach den Umständen des Einzelfalles sowie nach den Interessen des Betroffenen, wobei auf die Eingriffsschwere, die Eingriffsintensität, und die Komplexität der zu beurteilenden Fragen abzustellen ist. Nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung sind umso strengere Anforderungen an die Begründung zu stellen, je grösser der der Behörde eingeräumte Ermessensspielraum ist und je vielfältiger die tatsächlichen Voraussetzungen sind, die bei der Betätigung des Ermessens zu berücksichtigen sind (BGE 112 Ia 107 E. 2b; BGE 129 I 232 E. 3.3). Um zu bestimmen, wie eingehend eine Verfügung im Einzelfall zu begründen ist, können auch die Vorbringen der Verfahrensbeteiligten nicht ausser Acht gelassen werden. Je eingehender und spezifischer die Parteien ihre Standpunkte begründen, desto ausführlicher muss tendenziell auch die Entscheidungsbegründung ausfallen (LORENZ KNEUBÜHLER in: Auer/ Müller/Schindler [Hrsg.], Kommentar zum Bundesgesetz über das Verwaltungsverfahren, Bern 2008, hiernach: Lorenz Kneubühler, Art. 35 N. 15).

6.3.2 Bei der Begründung von Spitallistenentscheiden, wo ein breites Anhörungsverfahren durchgeführt wird, ist es nicht praktikabel, auf die Stellungnahmen aller Anhörungsteilnehmer detailliert einzugehen. Es kann sachgerecht sein, Stellungnahmen verschiedener Teilnehmer zusammenzufassen und summarisch wiederzugeben oder Tendenzen aufzuzeigen. Sachverhalte und Überlegungen, welche verschiedene Rechtssubjekte gleichermaßen betreffen, können zusammenfassend dargestellt werden. Soweit einzelne Rechtssubjekte vom Entscheid besonders betroffen werden, sind jedoch höhere Anforderungen an die Begründungsdichte zu stellen. Mit den Entscheiden über die Zuordnung von Bereichen zur HSM und über die Zuteilung von Leistungsaufträgen werden bestimmte Leistungserbringer von der Abrechnung zulasten der OKP ausgeschlossen, was im Einzelfall erhebliche finanzielle Folgen und Konsequenzen für die Investitions- und Personalplanung haben kann. Die Eingriffsintensität wiegt in solchen Fällen nicht leicht. Das HSM-Beschlussorgan verfügt bei seinen Entscheiden über einen erheblichen Ermessensspielraum (BVGE 9/2012 E. 4.3.3; vgl. BGE 133 V 123 E. 3.3 mit Hinweisen), was die Anforderungen an die Begründungsdichte erhöhen kann.

6.3.3 Die Beschwerdeführerin bekundete mit ihren Eingaben vom 11. November 2010 bzw. 22. Dezember 2010 ihr Interesse für die angesprochenen HSM-Behandlungen und begründete dies. Aus Sicht eines Spitals, welches im betreffenden Bereich tätig ist, bedeutet die Zuordnung

zur HSM und die nicht erfolgte Zuteilung eines Leistungsauftrages einen erheblichen Eingriff. Im angefochtenen Beschluss und in den Berichten, auf die verwiesen wurde, fehlt eine individuelle Auseinandersetzung mit der nicht erfolgten Zuteilung eines Leistungsauftrages an die Beschwerdeführerin. Durch diese Unterlassung verletzte die Vorinstanz den Gehörsanspruch der Beschwerdeführerin.

6.4 Der Anspruch auf rechtliches Gehör ist formeller Natur. Seine Verletzung führt ungeachtet der Erfolgsaussichten der Beschwerde in der Sache selbst zur Aufhebung des angefochtenen Entscheids. Es kommt mit anderen Worten nicht darauf an, ob die Anhörung im konkreten Fall für den Ausgang der materiellen Streitentscheidung von Bedeutung ist, d.h. die Behörde zu einer Änderung ihres Entscheides veranlasst wird oder nicht (BGE 127 V 431 E. 3d.aa; BGE 126 V 130; BGE 125 I 113 E. 3). Nach der Rechtsprechung kann eine - nicht besonders schwer wiegende - Verletzung des rechtlichen Gehörs als geheilt gelten, wenn die betroffene Person die Möglichkeit erhält, sich vor einer Beschwerdeinstanz zu äussern, die sowohl den Sachverhalt wie die Rechtslage frei überprüfen kann. Die Heilung eines - allfälligen - Mangels soll aber die Ausnahme bleiben (BGE 127 V 431 E. 3d.aa; BGE 126 V 132 Erw. 2b mit Hinweisen). Die Kognition des Bundesverwaltungsgerichts in Beschwerdeverfahren gegen Spitalistenbeschlüsse ist nach Art. 53 Abs. 2 Bst. e KVG eingeschränkt. Die festgestellte Verletzung des Anspruchs auf rechtliches Gehör wiegt überdies nicht leicht. Da das Gericht die Spitalistenentscheide nicht frei prüfen kann, ist eine Heilung der Verletzung des rechtlichen Gehörs im Rechtsmittelverfahren nicht möglich.

6.5 Die Beschwerdeführerin rügt, die Datengrundlage des Entscheides sei ungenügend und das beschränkte Angebot an Fachkräften der interventionellen Neuroradiologie sei bei der Planung nicht berücksichtigt worden. Von Amtes wegen ist zu prüfen, ob die Vorinstanz die massgebenden rechtlichen Vorschriften des KVG, der KVV und der IVHSM im Verfahren zur Erstellung der Spitalliste beachtet hat.

6.5.1 Die Definition des HSM-Bereichs und damit die Festlegung der Zuständigkeit des HSM-Beschlussorgans ist eine unabdingbare Voraussetzung dafür, dass die Planung für eine bedarfsgerechte Spitalversorgung nach Art. 39 Abs. 1 Bst. d KVG vorgenommen werden kann. Die Versorgungsplanung setzt ihrerseits eine Bedarfsanalyse voraus. Dazu gehören die Definition des Kreises möglicher Patientinnen und Patienten sowie die Festlegung der erforderlichen Kapazitäten (BVGE 2009/48 E. 11.3). Das

HSM-Beschlussorgan hat das Angebot zu ermitteln, welches durch die Aufführung der Spitäler auf der Spitalliste zur Gewährleistung der Versorgung zu sichern ist, wobei namentlich die Vorschriften von Art. 58a ff. KVV zu beachten sind. Bei der Beurteilung und Auswahl des auf der Liste zu sichernden Angebotes hat es zudem 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 zu berücksichtigen. Bei der Prüfung der Wirtschaftlichkeit und Qualität sind insbesondere die Effizienz der Leistungserbringung, der Nachweis der notwendigen Qualität, die Mindestfallzahlen und die Nutzung von Synergien zu beachten (Art. 58b KVV; Urteil des BVGer C-5647/2011 vom 16. Juli 2013 E. 5.4).

6.5.2 Weder die Begründung des angefochtenen Entscheids noch die Vorakten lassen darauf schliessen, dass die Zuteilung der Leistungsaufträge auf einem Planungsverfahren basiert, welches den erwähnten bundesrechtlichen Vorschriften Rechnung trägt. Auch unter dem Aspekt der Planungsvorschriften drängt sich ein zweistufig ausgestaltetes Verfahren auf, da erst mit der rechtskräftigen Definition des HSM-Bereichs die Ausgangslage für eine rechtskonforme Planung geschaffen wird (BVGE C-6539/2011 vom 26. November 2013 E. 7). Damit ist festzuhalten, dass der angefochtene Beschluss nicht in einem bundesrechtskonform ausgestalteten Verfahren zustande gekommen ist.

6.6 Die Beschwerdeführerin rügt, die Auflage der Listenspitäler zur Zusammenarbeit mit anderen Spitälern in Netzwerken sei unbestimmt. Weder für die Kantone noch für die HSM-Organen sei ein Mitspracherecht definiert. Die Spitalplanung und der Entscheid, wer zulasten der OKP abrechnen dürfe, sei eine staatliche Aufgabe, welche unter Wahrung des rechtsstaatlichen Verfahrens erfolgen müsse und nicht ins freie Ermessen einzelner Spitäler delegiert werden dürfe. Die unzulässige Delegation verletze die Planungs- und Versorgungspflicht der Kantone.

6.6.1 Gemäss Ziff. 2 Bst. h des angefochtenen Beschlusses arbeiten die Listenspitäler in Netzwerken mit entsprechend ausgerüsteten (Privat-)Spitälern im Sinne von CSCs und PSCs zusammen und haben die Aufgabe, die stufengerechte Versorgung der Hirnschlagpatienten in ihrem Netzwerk zu definieren und zu organisieren. Der Bericht des HSM Fachorgans vom 3. Mai 2011 erwähnt, dass diese Netzwerkspitäler als CSC oder PSC auch eine Funktion als HSM-Behandlungszentren wahrnehmen könnten (HSM-act. 4.07 S. 6, 7 und 22). Der Beschluss und die Vorakten

äussern sich nicht dazu, von welcher Instanz und in welchem Verfahren entsprechende Leistungsaufträge für HSM-Behandlungen in Netzwerkitälern erteilt werden. Das HSM-Beschlussorgan selbst hat in seinem Beschluss keine Leistungsaufträge für HSM-Behandlungen ausserhalb der Hub-Spitäler erteilt.

6.6.2 Gemäss Ziff. 2 Bst. h wurde den Listenspitälern die Aufgabe übertragen, die stufengerechte Versorgung der Hirnschlagpatienten in ihrem Netzwerk zu definieren und zu organisieren. Diese Aufgabe kann nicht die Kompetenz zur Erteilung von Leistungsaufträgen für HSM-Behandlungen umfassen, da es sich dabei um eine kantonale (Art. 39 Abs. 1 Bst. e KVG) respektive um eine interkantonale Aufgabe (Art. 39 Abs. 2 KVG und Art. 3 Abs. 3 IVHSM) handelt.

6.6.3 Das HSM-Fachorgan empfahl in seinem Bericht vom 3. Mai 2011 die Einsetzung eines Hirnschlag-Koordinationsorgans, welches sich aus Vertretern verschiedener medizinischer Fachgesellschaften zusammensetzen soll, und dem verschiedene Koordinationsaufgaben, unter anderem die Anerkennung der Hirnschlagzentren, zu übertragen sei. Auch ein solches Zentrum könnte keine Leistungsaufträge für HSM-Behandlungen erteilen, da es sich dabei um eine staatliche Aufgabe handelt.

6.6.4 Nach Art. 3 Abs. 3 der IVHSM ist das HSM-Beschlussorgan zur Zuteilung von Leistungsaufträgen zuständig. Die Übertragung öffentlicher Aufgaben an Private ist nur unter speziellen Voraussetzungen möglich und bedarf unter anderem einer gesetzlichen Grundlage (ULRICH HÄFELIN / GEORG MÜLLER / FELIX UHLMANN, Allgemeines Verwaltungsrecht, 6. Aufl., Zürich 2010, N. 1509). Eine Delegation dieser Aufgabe ist in der IVHSM nicht vorgesehen. Damit gewährleistet ist, dass die Planungs- und Verfahrensgrundsätze eingehalten werden und der Rechtsweg garantiert ist, hat das HSM-Beschlussorgan über Leistungsaufträge im HSM-Bereich selbst zu entscheiden.

6.7 Die Beschwerdeführerin macht geltend, das HSM-Beschlussorgan verfüge nur im HSM-Bereich über eine Beschlusskompetenz. Soweit es mit dem Beschluss nicht hochspezialisierte Medizin reguliere, fehle die rechtliche Grundlage.

6.7.1 Gemäss Bericht des HSM-Fachorgans vom 3. Mai 2011 fällt bei der Hirnschlag-Therapie nur ein Teil der Behandlungen unter den Begriff der HSM. Der Hauptteil der ca. 15'000 Patienten mit Hirnschlag bedürfe kei-

ner der im Beschluss regulierten HSM-Behandlungen (HSM-act. 4.07 S. 10). Abgesehen von den drei in Ziff. 1 Abs. 1 aufgeführten Behandlungen ist die Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Hirnschlägen demnach nicht dem HSM-Bereich zuzuordnen. Da dem HSM-Beschlussorgan ausschliesslich im Bereich der HSM-Behandlungen eine Planungshoheit zukommt, stellt sich die Frage, wie das HSM-Beschlussorgan seine Kompetenz zur Bildung von Versorgungsregionen für die allgemeine Hirnschlagbehandlung und die Erteilung von Leistungsaufträgen zur Führung der Versorgungsregionen herleitet.

6.7.2 Die Frage, ob eine Planungshoheit auch über den HSM-Bereich hinaus besteht, wenn die Planung des «Nicht-HSM-Bereichs» eine unabdingbare Voraussetzung der HSM-Planung wäre, kann offengelassen werden. Für den vorliegenden Fall wäre diese Voraussetzung allenfalls gegeben, wenn die Zuteilung der HSM-Behandlungen nicht unabhängig von der Organisation von Versorgungsregionen und der Zuteilung von Führungsaufträgen erfolgen könnte. Ein derartiger zwingender Zusammenhang zwischen HSM-Behandlungen und der Hub-Funktion ist jedoch weder aus der Begründung des Entscheides noch aus den Grundlagenberichten ersichtlich. Nachvollziehbar ist einzig ein Zusammenhang zwischen Versorgungsregionen und intravenösen Thrombolysebehandlungen, welche aber nicht der HSM zugeordnet sind. Da den Unterlagen kein zwingender Sachzusammenhang zwischen Regionenbildung, Führungsfunktion und Zuteilung der HSM-Behandlungen entnommen werden kann, lässt sich daraus auch nicht indirekt eine Begründung für die Zuteilung oder Nichtzuteilung der Leistungsaufträge ableiten.

7.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass der angefochtene Beschluss nicht in einem bundesrechtskonform ausgestalteten Verfahren zustande gekommen ist. Eine Beurteilung in der Sache durch das Bundesverwaltungsgericht ist ausgeschlossen, da vorerst das Verwaltungsverfahren unter Einhaltung der vom Bundesrecht und der IVHSM vorgegebenen Planungs- und Verfahrensgrundsätze durchzuführen ist. Die Vorinstanz hat nach rechtskräftiger Definition des HSM-Bereichs die Planung für eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit den entsprechenden Leistungen vorzunehmen und gestützt darauf unter Wahrung der Grundsätze des Verwaltungsverfahrens den Zuteilungsentscheid zu treffen und die Spitalliste zu erstellen (Art. 39 Abs. 1 Bst. d und e, Art. 39 Abs. KVG).

7.1 Bei diesem Ergebnis erübrigt es sich, auf die weiteren von der Beschwerdeführerin vorgebrachten Rügen einzugehen.

7.2 Die Beschwerde ist im Sinne der Erwägungen im Haupt-, Eventual- und Subeventualbegehren abzuweisen, soweit darauf einzutreten ist. Gutzuheissen ist das Subsubeventualbegehren.

8.

Zu befinden ist abschliessend über die Verfahrenskosten und die Parteientschädigung.

8.1 Das Bundesverwaltungsgericht auferlegt die Verfahrenskosten in der Regel der unterliegenden Partei. Unterliegt diese nur teilweise, so werden die Verfahrenskosten ermässigt (Art. 63 Abs. 1 VwVG). Eine Rückweisung aufgrund eines Verfahrensfehlers gilt praxismässig als Obsiegen (MOSER/BEUSCH/KNEUBÜHLER, Rz 4.43), sofern die vorzunehmende Neuurteilung noch zu einer vollständigen Gutheissung führen könnte (HANSJÖRG SEILER in: Hansjörg Seiler / Nicolas von Werdt / Andreas Güngerich, Kommentar zum Bundesgerichtsgesetz, Bern 2007, Rz. 22 zu Art. 66, Urteil K 68/01 des eidgenössischen Versicherungsgerichtes vom 14. Januar 2003, E. 7 [nicht publiziert in BGE 129 V 32], Urteil I 383/03 des eidgenössischen Versicherungsgerichtes vom 6. Januar 2004, E. 5 [nicht publiziert in BGE 130 V 97]). Die Beschwerdeführerin, welche mit einem Teil ihrer Anträge unterliegt, hat reduzierte Verfahrenskosten in der Höhe von CHF 2'000.- zu tragen. Vom geleistete Kostenvorschuss von CHF 4'000.- wird ein Betrag von CHF 2'000.- zurückerstattet. Der Vorinstanz werden keine Verfahrenskosten auferlegt (Art. 63 des Verwaltungsverfahrensgesetzes vom 20. Dezember 1968 [VwVG, SR 172.021]).

8.2 Gemäss Art. 64 Abs. 1 VwVG hat die obsiegende Partei Anspruch auf eine Parteientschädigung für die ihr erwachsenen notwendigen und verhältnismässig hohen Kosten (vgl. auch Art. 7 ff. des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht [VGKE, SR 173.320.2]). Obsiegt die Partei nur teilweise, so ist die Parteientschädigung entsprechend zu kürzen (Art. 7 Abs. 2 VGKE). Die Entschädigung wird der Körperschaft oder autonomen Anstalt auferlegt, in deren Namen die Vorinstanz verfügt hat, soweit sie nicht einer unterliegenden Gegenpartei auferlegt werden kann (Art. 64 Abs. 2 VwVG). Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens ist der Beschwerdeführerin eine reduzierte Parteientschädigung zuzusprechen. In Anbetracht des gebotenen Aufwandes, des Umfangs der Eingaben sowie der einge-

reichten Unterlagen ist eine gekürzte Parteientschädigung in der Höhe von CHF 4'000.- (inkl. Auslagen und Mehrwertsteuer) angemessen. Das Gesuch der Spitäler B._____ und C._____ vom 24. Mai 2012 um Ausrichtung einer Parteientschädigung ist unbeachtlich, da das Verfahren zuvor - mit dem Teilentscheid vom 21. Mai 2012 (BVGer-act. 25) - für die Gesuchstellerinnen bereits rechtskräftig abgeschlossen und auch betreffend der Kostenfolgen beurteilt war.

9.

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 KVG getroffen hat, ist gemäss Art. 83 Bst. r des Bundesgerichtsgesetzes vom 17. Juni 2005 (BGG, SR 173.110) unzulässig. Der vorliegende Entscheid ist endgültig.

Das Dispositiv folgt auf der nächsten Seite.

Demnach erkennt das Bundesverwaltungsgericht:

1.

Die Beschwerde wird teilweise gutgeheissen, soweit darauf einzutreten ist. Der angefochtene Beschluss wird aufgehoben und die Sache im Sinn der Erwägungen an die Vorinstanz zurückgewiesen.

2.

Die reduzierten Verfahrenskosten in der Höhe von CHF 2'000.- werden der Beschwerdeführerin auferlegt. Vom geleisteten Kostenvorschuss wird ein Betrag von CHF 2'000.- zurückerstattet.

3.

Der Beschwerdeführerin wird eine Parteientschädigung in der Höhe von CHF 4'000.- (inkl. Auslagen und MWST) zugesprochen.

4.

Dieses Urteil geht an:

- die Beschwerdeführerin (Gerichtsurkunde; Beilage: Auszahlungsf formular)
- die Vorinstanz (Gerichtsurkunde).
- das Bundesamt für Gesundheit (Einschreiben)

Die vorsitzende Richterin:

Der Gerichtsschreiber:

Franziska Schneider

Tobias Merz

Versand: