



Urteil vom 23. November 2015

Besetzung

Richter Michael Peterli (Vorsitz),
Richter Beat Weber, Richter David Weiss,
Gerichtsschreiberin Susanne Fankhauser.

Parteien

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

gegen

Klinik Aadorf AG, Fohrenbergstrasse 23, 8355 Aadorf,
vertreten durch Daniel Staffelbach, Rechtsanwalt,
Beschwerdegegnerin,

Regierungsrat des Kantons Thurgau,
Regierungsgebäude, 8510 Frauenfeld,
handelnd durch Departement für Finanzen und Soziales,
Regierungsgebäude, Zürcherstrasse 188, 8510 Frauenfeld,

Vorinstanz.

Gegenstand

Krankenversicherung, Anpassung der Spitalliste 2012
Psychiatrie des Kantons Thurgau (Beschluss vom
11. März 2014).

Sachverhalt:**A.**

Im Hinblick auf die Einführung der neuen Spitalfinanzierung am 1. Januar 2012 erliess der Regierungsrat des Kantons Thurgau (nachfolgend: Regierungsrat) am 20. September 2011 neue Spitallisten für die akutsomatische Spitalversorgung, die Rehabilitation und die Psychiatrie "gemäss Anhang" (RRB 706 [in den Akten Vorinstanz nicht enthalten; vgl. aber Dossier C-5933/2011 act. 1 Beilage 2]). Den erwähnten Anhang bildet das Dokument "Kanton Thurgau Spitalplanung 2012 – Versorgungs- und Strukturbericht mit Spitallisten ab 1. Januar 2012" vom 20. September 2011 (C-1966/2014 act. 1 Beilage 3; nachfolgend: Bericht Spitalplanung 2012; abrufbar unter <www.gesundheit.tg.ch> Spitalversorgung > Spitalliste > Versorgungs- und Strukturbericht>, besucht am 28.10.2015).

A.a Der Klinik Aadorf AG (nachfolgend: Klinik Aadorf) wurde gemäss Spitalliste Psychiatrie im Bereich Erwachsenenpsychiatrie und -psychotherapie ein Leistungsauftrag für schwere Essstörungen erteilt und eine Kapazität von vier Plätzen zulasten der obligatorischen Krankenpflege (OKP) zugewiesen (Bericht Spitalplanung 2012, Anhang 6 S. 5). Dem Bericht Spitalplanung 2012 lässt sich dazu insbesondere entnehmen, dass zur Vermeidung von Überkapazitäten im Bereich Erwachsenenpsychiatrie eine Reduktion von drei auf zwei Leistungsaufträge (d.h. Leistungsaufträge an zwei Kliniken) vorgenommen werde. Die Klinik Aadorf könne kein umfassendes stationäres psychiatrisches Behandlungsangebot bieten. Die beiden bedarfsnotwendigen Leistungsaufträge würden deshalb an die Spital Thurgau AG (Psychiatrische Dienste Thurgau oder PKM) und die Clenia Littenheid AG (nachfolgend: Klinik Littenheid) erteilt. Zur Besitzstandswahrung von vier Plätzen gemäss bisheriger Spitalliste A werde der Leistungsauftrag "schwere Essstörungen" an die Klinik Aadorf vergeben. Der Leistungsauftrag werde in einem Kompetenzschwerpunkt der Klinik Aadorf erteilt. Die Konzentration auf einen Kompetenzschwerpunkt erfolge unter anderem deshalb, weil mit Leistungsaufträgen auch Kapazitäten für andere Kantone geschaffen würden, im Rahmen der interkantonalen Koordination aber kein entsprechender Bedarf angemeldet worden sei. Die Klinik habe sich bisher auch nicht um Aufnahme auf Spitallisten umliegender Zuweiskantone bemüht (Bericht Spitalplanung 2012, S. 143 ff.).

A.b Mit Beschwerde vom 28. Oktober 2011 (Verfahren C-5933/2011) liess die Klinik Aadorf insbesondere beantragen, es sei ihr der bisherige Leis-

leistungsauftrag unverändert im Leistungsbereich zu belassen, neu unter Berücksichtigung des Planungsauftrages im Zusatzversicherungsbereich unter Erweiterung auf zehn Betten (C-5933/2011 act. 1). Auf entsprechenden Antrag der Parteien wurde das Verfahren sistiert, um eine aussergerichtliche Einigung zu ermöglichen. Mit Beschluss vom 27. März 2012 (RRB 278) setzte der Regierungsrat die Spitalliste Psychiatrie rückwirkend per 1. Januar 2012 neu fest und gewährte der Klinik Aadorf eine Übergangsfrist bis zum 31. Dezember 2012 zur Anpassung des Leistungsspektrums und der Kapazitäten. Der Leistungsauftrag wurde – unter Bezugnahme auf die Diagnosegruppen gemäss ICD-10 Kapitel V (F) – erteilt für affektive Störungen F30 bis F39 (ohne F30, F31.0, F31.1, F31.2), einzelne Diagnosegruppen aus dem Bereich F40 bis F48, Essstörungen (F50) und Notfallversorgung. Die zugewiesenen Kapazitäten (vier Plätze) blieben unverändert (Akten Vorinstanz [V-act.] 8). Mit Eingabe vom 21. Mai 2012 zog die Klinik Aadorf ihre Beschwerde zurück, worauf das Beschwerdeverfahren als gegenstandslos geworden abgeschrieben wurde (Abschreibungsentscheid vom 29. Mai 2012, C-5933/2011 act. 19).

A.c Mit Datum vom 13. Dezember 2013 ersuchte die Klinik Aadorf den Vorsteher des Departements für Finanzen und Soziales des Kantons Thurgau, ab 1. Januar 2014 in der Spitalliste Psychiatrie "die Mengenbegrenzung für die innerkantonalen Patienten fallenzulassen. Unsere Klinik wird das innerkantonale stationäre Mengenziel von vier Betten für Thurgauer Patienten weiterhin strikt gemäss bisheriger Spitalliste 2012 einhalten" (V-act. 7). Zur Begründung wurde insbesondere auf den Entscheid der Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich verwiesen, wonach für Spitaleintritte im Rahmen der Spitalwahlfreiheit ab 1. Januar 2014 ohne Kostengutsprache nur noch für zwei Plätze Finanzierungsbeiträge für Zürcher Patientinnen und Patienten geleistet würden (vgl. auch V-act. 13 [Einspracheverfügung der Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich vom 28. Oktober 2013]). Weil Zürcher Patientinnen und Patienten bisher 38% der Kapazität belegt hätten, drohe der Klinik ein existentieller Umsatzverlust.

A.d Mit Beschluss vom 11. März 2014 (RRB 226) erliess der Regierungsrat eine neue Spitalliste Psychiatrie 2012 und setzte diese rückwirkend per 1. Januar 2014 in Kraft. Beschwerden gegen diesen Beschluss wurde (mit gewissen Ausnahmen) die aufschiebende Wirkung entzogen (V-act. 5). Die neue Spitalliste Psychiatrie enthält keine Kapazitätszuweisungen mehr. Zur Begründung wird unter anderem ausgeführt, die Kapazitätslimitierung betreffe nur die drei Kliniken mit Standort Thurgau und einzig die Behandlung innerkantonomer Patientinnen und Patienten, weshalb sie rückwirkend

per 1. Januar 2014 aufgehoben werden soll. Damit werde die Spitalliste Psychiatrie des Kantons Thurgau auch an die Systematik der Spitallisten der GDK-Ost-Kantone angeglichen. Die Leistungsaufträge und die zugewiesenen Leistungsspektren würden nicht geändert.

B.

Mit Beschwerde vom 11. April 2014 stellte der Kanton Zürich – in materiel-
ler Hinsicht – folgende Rechtsbegehren:

- "1. Die angepasste Spitalliste 2012 Psychiatrie des Kantons Thurgau vom 11. März 2014 sei mit Bezug auf die Zulassung der Klinik Aadorf AG als Leistungserbringer zu Lasten der OKP aufzuheben und zum neuen Ent-
scheid an den Regierungsrat des Kantons Thurgau zurückzuweisen.
2. Eventualiter sei der mit der Spitalliste Psychiatrie des Kantons Thurgau vom 11. März 2014 erteilte Leistungsauftrag an die Klinik Aadorf AG auf die Zulassung von insgesamt vier Betten zu Lasten der OKP zu beschrän-
ken."

Weiter stellte der Beschwerdeführer den Antrag auf Wiederherstellung der aufschiebenden Wirkung (Antrag 3) der Beschwerde sowie prozessuale Anträge, insbesondere betreffend Einholung von Beweismitteln (Versorgungs- und Strukturdaten der Kliniken PKM, Littenheid und Aadorf sowie Leistungsaufträge an bzw. Vereinbarungen mit den drei Kliniken) und Akteneinsicht (Anträge 4 und 5). Zudem sei auf die Erhebung eines Kostenvorschusses zu verzichten (Antrag 6).

Zur Begründung seiner Beschwerdelegitimation machte der Beschwerdeführer geltend, durch die unbeschränkte Aufnahme der Klinik Aadorf in die Spitalliste Psychiatrie sei er in mehreren schützenswerten Interessen betroffen, nämlich in seinem Mitwirkungsinteresse an der Planung, seinem finanziellen Interesse und seinem Planungsinteresse. Komme ein Kanton der Verpflichtung zur interkantonalen Koordination gemäss Art. 39 Abs. 2 KVG und Art. 58d KVV nicht nach, würden die durch diese Bestimmungen geschützten Interessen (Planungsinteressen und effizienter Mitteleinsatz) der davon betroffenen Kantone verletzt. Die Aufnahme eines Spitals, das für den Standortkanton nicht versorgungsnotwendig sei, würde dazu führen, dass im ausserkantonalen Verhältnis unnötige Kapazitäten geschaffen würden und die Spitalplanung der anderen Kantone unterlaufen bzw. sinnlos würde. Die Thurgauer Spitalliste beeinträchtige die bedarfsgerechte Spitalplanung des Kantons Zürich, weil die neu geschaffenen Überkapazitäten aufgrund der Spitalwahlfreiheit im Sinne von Art. 41 Abs. 1^{bis} KVG

auch im Kanton Zürich zur Verfügung stünden. Die Bemühungen des Kantons Zürich, die stationären Behandlungen soweit sinnvoll durch kostengünstigere ambulante Behandlungsangebote zu ersetzen, würden dadurch unterlaufen. Weil die Nachfrage nach den von der Klinik Aadorf angebotenen Leistungen erheblich angebotsinduziert sei, führe dies zu einer Mengenausweitung und einer Kostensteigerung für den Kanton Zürich.

In materieller Hinsicht rügte der Beschwerdeführer insbesondere eine Verletzung der Koordinationspflicht. Zudem beruhe die neue Spitalliste nicht auf einer bedarfsgerechten und bundesrechtskonformen Versorgungsplanung.

C.

Der Instruktionsrichter beschränkte den Schriftenwechsel zunächst auf die Frage der Beschwerdelegitimation und gab Vorinstanz und Beschwerdegegnerin Gelegenheit, sich zur aufschiebenden Wirkung der Beschwerde zu äussern (Verfügung vom 24. April 2014, act. 2).

C.a Die Vorinstanz beantragte in ihrer Stellungnahme vom 30. Juni 2014, der Antrag auf Wiederherstellung der aufschiebenden Wirkung sei abzuweisen und auf die Beschwerde sei mangels Beschwerdelegitimation nicht einzutreten (act. 7).

C.b Die Beschwerdegegnerin beantragte mit Eingabe vom 10. Juli 2014 ebenfalls die Abweisung des Antrags auf Wiederherstellung der aufschiebenden Wirkung (act. 8).

In ihrer Stellungnahme vom 28. Juli 2014 schloss die Beschwerdegegnerin auf Nichteintreten auf die Beschwerde (act. 10). Der Beschwerdeführer lege die bis Ende 2013 gültige Spitalliste falsch aus; bei richtiger Auslegung habe die neu erlassene Spitalliste im ausserkantonalen Verhältnis keine Auswirkungen, weshalb der Kanton Zürich nicht davon betroffen sei. Weiter sei das vom Beschwerdeführer geltend gemachte finanzielle Interesse lediglich mittelbar und daher unzureichend. Auch genüge ein allgemeines Interesse an der richtigen Rechtsanwendung nicht zur Begründung eines schutzwürdigen Interesses. Das geltend gemachte Planungsinteresse vermöge ebenfalls keine Beschwerdelegitimation zu begründen.

C.c Mit Zwischenverfügung vom 30. Juli 2014 hiess der Instruktionsrichter das Gesuch um Wiederherstellung der aufschiebenden Wirkung gut. Gleichzeitig wurde die Beschränkung des Schriftenwechsels auf die Frage der Beschwerdelegitimation aufgehoben (act. 9).

C.d In ihrer Beschwerdeantwort vom 1. September 2014 beantragte die Beschwerdegegnerin, auf die Beschwerde sei nicht einzutreten, eventualiter sei diese abzuweisen (act. 15). Weiter ersuchte sie um Wiedererwägung des Entscheides betreffend aufschiebende Wirkung und nahm zu den prozessualen Anträgen des Beschwerdeführers Stellung.

Zur Begründung des Gesuchs um Wiedererwägung machte die Beschwerdegegnerin insbesondere geltend, das Gericht habe ihre Argumente, die gegen eine Wiederherstellung der aufschiebenden Wirkung sprächen, nicht berücksichtigt und damit den Anspruch auf rechtliches Gehör verletzt. Zur Begründung des Antrags auf Nichteintreten wird auf die Stellungnahme vom 28. Juli 2014 verwiesen.

In materieller Hinsicht führte die Beschwerdegegnerin unter anderem aus, Überkapazitäten – aus regionalpolitischen Gründen – seien gesetzlich vorgesehen und daher nicht unzulässig (Rz. 26). Die Kantone seien nicht mehr zu einer Mengensteuerung verpflichtet. Der Bericht Spitalplanung 2012 sei entsprechend den bundesrechtlichen Vorgaben erstellt worden (Rz. 31 ff.). Die Kapazitätsbeschränkungen der Spitalliste Psychiatrie 2012 könnten nur für die Thurgauer Bevölkerung gelten, habe doch der Kanton Thurgau nur für seine eigene Bevölkerung zu planen (Rz. 56 ff.). Im vorliegenden Verfahren gehe es lediglich um die Anpassung des innerkantonalen Leistungsauftrages; für eine solche Anpassung sei keine umfassende Versorgungs- und Strukturplanung nötig (Rz. 79 und 103 ff.). Mit dem angefochtenen RRB habe der Regierungsrat die Spitalliste Psychiatrie 2012 in ihrer Systematik an die Spitallisten der Kantone der GDK-Ost, insbesondere diejenige des Kantons Zürich, angeglichen (Rz. 102). Es sei dem Kanton überlassen, ob er – gestützt auf eine bedarfsgerechte Spitalplanung – die Leistungsaufträge an die Listenspitäler leistungsorientiert oder kapazitätsorientiert ausgestalten wolle (Rz. 122).

C.e Gegen die Zwischenverfügung vom 30. Juli 2014 erhob der Regierungsrat am 1. September 2014 Beschwerde beim Bundesgericht und beantragte, die angefochtene Zwischenverfügung sei aufzuheben und es sei festzustellen, dass das Bundesverwaltungsgericht nicht zuständig sei zur Behandlung der Beschwerde des Kantons Zürich. Eventualiter sei unter Aufhebung der angefochtenen Zwischenverfügung festzustellen, dass der Kanton Zürich nicht legitimiert sei, gegen die Anpassung der Spitalliste Psychiatrie 2012 des Kantons Thurgau Beschwerde zu erheben. Subeventualiter sei die Zwischenverfügung des Bundesverwaltungsgerichts vom

30. Juli 2014 aufzuheben und die Sache zur Neuurteilung an dieses zurückzuweisen (act. 22).

C.f Mit Eingabe vom 2. September 2014 ersuchte die Vorinstanz um eine Sistierung des vorliegenden Verfahrens bis zu einem Entscheid des Bundesgerichts (act. 14). Nach Anhörung der Parteien (vgl. act. 18 und 19) hiess der Instruktionsrichter das Sistierungsgesuch mit Zwischenverfügung vom 23. September 2014 gut. Auf das Begehren der Beschwerdegegnerin um Wiedererwägung des Entscheids betreffend aufschiebende Wirkung wurde nicht eingetreten (act. 20).

C.g Mit Urteil vom 21. Mai 2015 (BGE 141 V 361) trat das Bundesgericht auf die Beschwerde gegen die Zwischenverfügung vom 30. Juli 2014 nicht ein. Es hielt insbesondere fest, der Bundesgesetzgeber habe bewusst einerseits den gerichtlichen Rechtsschutz im Bereich der Spitalisten einer eidgenössischen Behörde anheimstellen, andererseits den Weiterzug an das Bundesgericht ausschliessen wollen, um dadurch nicht zuletzt auch eine rasche Erledigung solcher Streitigkeiten zu ermöglichen (BGE 141 V 361 E. 1.3). Gegen einen Zulassungsentscheid nach Art. 39 KVG stehe allen Betroffenen – unabhängig von ihrem Status – ausschliesslich die Beschwerde an das Bundesverwaltungsgericht offen (Art. 53 Abs. 1 KVG). Es könne nicht angehen, dass der in Art. 83 Bst. r BGG ausgeschlossene Beschwerdeweg an das Bundesgericht über Art. 120 Abs. 1 Bst. b BGG (Klageverfahren) wieder offenstehen würde (BGE 141 V 361 E. 1.4).

D.

Das Bundesverwaltungsgericht nahm das Verfahren wieder auf und setzte der Vorinstanz erneut Frist zur Vernehmlassung (Verfügung vom 4. Juni 2015, act. 26).

E.

Die Vorinstanz reichte mit ihrer Vernehmlassung vom 15. Juni 2015 weitere Akten ein und beantragte, die Beschwerde sei – unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zu Lasten des Beschwerdeführers – abzuweisen.

E.a Zur Begründung wird insbesondere ausgeführt, der angefochtene RRB 226 stelle nicht eine neue Spitalplanung dar, sondern lediglich die formale Anpassung der Spitalliste an die Spitalisten der GDK-Ost. Die ausserkantonalen Patientenströme seien vom Beschluss nicht tangiert. Die ausserkantonale Inanspruchnahme sei bereits mit den rechtskräftigen Beschlüssen vom 20. September 2011 (RRB 726 [nicht bei den Akten, evtl. ist RRB

706 gemeint]) und vom 27. März 2012 (RRB 278) festgelegt worden. Die Behauptung des Beschwerdeführers, die – als marginal zu qualifizierende – Veränderung des Anteils der Klinik Aadorf würde seine Planung unterlaufen, sei vor dem Hintergrund der Zürcher Spitalplanung widersprüchlich und entbehre jeglicher objektiven Grundlage. Würden innerkantonale Kapazitätsgrenzen für ausserkantonale Patientinnen und Patienten angewendet, würde einerseits die Spitalwahlfreiheit beeinträchtigt und andererseits würde der Standortkanton hoheitlich für andere Kantone tätig.

E.b Zur Rüge der Gehörsverletzung wird im Wesentlichen ausgeführt, bereits mit den beiden Beschlüssen RRB 726 (evtl. ist RRB 706 gemeint) und RRB 278 seien für ausserkantonale Wahlbehandlungen keine Kapazitätsbeschränkungen festgelegt worden. Von der Aufhebung der innerkantonalen Kapazitätsbeschränkung sei der Beschwerdeführer nicht tangiert, weshalb er nicht anzuhören gewesen sei.

E.c Betreffend die prozessualen Anträge des Beschwerdeführers machte die Vorinstanz geltend, bei den verlangten Unterlagen handle es sich nicht um Verfahrensakten, da sie mit der formalen Anpassung der Spitalliste 2012 in keinem Zusammenhang stünden. Die aktuellen Geschäftsberichte der Kliniken (inkl. Bilanzen und Erfolgsrechnungen) würden – soweit vorhanden – aber eingereicht und es obliege dem Gericht über die Weitergabe an den Beschwerdeführer zu entscheiden.

F.

Nach Anhörung der Parteien stellte der Instruktionsrichter mit Verfügung vom 23. Juli 2015 fest, dass die von der Vorinstanz mit der Vernehmlassung eingereichten, aber nicht als Verfahrensakten bezeichneten Unterlagen (Nr. 28-35) aus den vorinstanzlichen Akten zu entfernen und an die Vorinstanz zurückzusenden seien. Weiter wurde festgehalten, dass dem Beschwerdeführer im Rahmen der Schlussstellungnahme das Akteneinsichtsrecht zu gewähren sei und über den Antrag betreffend Einreichung der Leistungsaufträge zu einem späteren Zeitpunkt entschieden werde (act. 32).

G.

Das BAG nahm als Fachbehörde mit Eingabe vom 24. August 2015 Stellung (act. 33). Das Amt führte unter anderem aus, die Führung einer Kapazitätsplanung sei nicht gleichbedeutend mit einer Festsetzung von Kapazitätsmengen. Die Planung sei leistungsorientiert oder kapazitätsorientiert,

weil namentlich die Bestimmung des Bedarfs und die Evaluation des Angebotes aufgrund von Leistungszahlen oder Bettenzahlen stattfinden. Die Planung sollte zur Auswahl der Institutionen und der entsprechenden Leistungsspektren gemäss Art. 58e KVV führen, welcher kohärent mit dem System der Spitalfinanzierung keine Mengensteuerung erwähne. Die bisherige Spitalliste Psychiatrie 2012, welche Kapazitätslimitierungen enthalten habe, sei "aus Sicht der Revision der Spitalfinanzierung fragwürdig" (S. 5). Eine neue Spitalliste müsse sich – unabhängig davon, ob eine formale oder eine materielle Anpassung vorgenommen werde – auf eine transparente und nachvollziehbare Spitalplanung stützen. Sollte sich die neue Liste auf den Bericht Spitalplanung 2012 stützen, sei insbesondere anzumerken, dass die Besitzstandswahrung zugunsten der Beschwerdegegnerin kein Planungskriterium sei, welches die Aufnahme auf die Spitalliste rechtfertige (S. 6).

Was die Beschwerdelegitimation betreffe, sei anhand der Akten nicht nachvollziehbar erkennbar, dass der Beschwerdeführer vom Beschluss der Vorinstanz vom 11. März 2014 betroffen bzw. anders betroffen sei, als er es bereits mit der (alten) Spitalliste Psychiatrie 2012 gewesen sei. Das Amt wirft sinngemäss die Frage auf, ob sich die Beschwerde nicht eher gegen die Beschlüsse vom 20. September 2011 und vom 27. März 2012 richte (S. 5).

H.

Mit Verfügung vom 2. September 2015 wurde den Parteien Frist für allfällige Schlussbemerkungen angesetzt und dem Beschwerdeführer Einsicht in die Vorakten gewährt (act. 35).

H.a Der Beschwerdeführer hielt mit Eingabe vom 9. September 2015 an seiner Beschwerde sowie an seinem prozessualen Antrag (betreffend Einreichung innerkantonalen Leistungsaufträge und -vereinbarungen [Nr. 5 gemäss Beschwerdeschrift]) fest (act. 38). Er äusserte sich zur Vernehmlassung der Vorinstanz, der Beschwerdeantwort der Beschwerdegegnerin sowie zum Bericht des BAG. Der Beschwerdeführer machte insbesondere geltend, bei der angefochtenen Änderung der Spitalliste handle es sich im Ergebnis um einen rechtsmissbräuchlichen Akt, weil die bisherigen Limitierungen im internen Verhältnis weiterhin Gültigkeit hätten. Die Klinik Aadorf sei – obwohl nicht versorgungsnotwendig – zunächst mit vier Betten in die Spitalliste aufgenommen worden. Mit der Aufhebung der Kapazitätsbeschränkungen würden KVG-widrige Überkapazitäten geschaffen, die zu

angebotsinduzierten, kostentreibenden Mengenausweitungen insbesondere auch für den Kanton Zürich führten. Entgegen der Behauptung der Vorinstanz handle es sich bei der streitigen Spitalliste nicht lediglich um eine formale Anpassung.

H.b In ihren Schlussbemerkungen vom 2. Oktober 2015 bestätigte die Vorinstanz ihren Antrag auf Abweisung der Beschwerde und verwies im Wesentlichen auf den angefochtenen RRB sowie die Vernehmlassung (act. 39). Zur Stellungnahme des BAG hielt sie insbesondere fest, es seien (mit dem Bericht Spitalplanung 2012) Planungsgrundlagen vorhanden, welche die Spitalliste transparent erläuterten. "Selbstverständlich [seien] – im Sinne der Spitalplanung gemäss KVG – die Kriterien der Qualität und Wirtschaftlichkeit relevant und nicht die Besitzstandswahrung zu Gunsten der Beschwerdegegnerin (S. 3)." Wie aus dem Versorgungs- und Strukturbericht hervorgehe, seien diese Kriterien erfüllt.

H.c Mit Eingabe vom 5. Oktober 2015 hielt die Beschwerdegegnerin – "mit neuer Begründung" – an ihrem Antrag auf Nichteintreten fest (act. 40). Wie das BAG zutreffend betone, sei nicht ersichtlich, wie der Beschwerdeführer vom angefochtenen Entscheid betroffen bzw. anders als mit der bisherigen Spitalliste betroffen sei. Für den Beschwerdeführer ändere sich durch den angefochtenen Entscheid materiell und formell nichts, weshalb auf seine Beschwerde nicht einzutreten sei.

H.d Nachdem die Schlussbemerkungen den Parteien zur Kenntnis zugestellt worden waren (act. 41), reichte die Beschwerdegegnerin unaufgefordert eine weitere Stellungnahme vom 23. Oktober 2015 ein, um einzelne Ausführungen des Beschwerdeführers zu berichtigen (act. 42). Mit Eingabe vom 11. November 2015 nahm der Beschwerdeführer dazu Stellung (act. 44).

I.

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

Das Bundesverwaltungsgericht zieht in Erwägung:

1.

Gegen Beschlüsse der Kantonsregierungen nach Art. 39 KVG kann beim Bundesverwaltungsgericht Beschwerde geführt werden (Art. 53 Abs. 1 KVG). Der angefochtene RRB 226 vom 11. März 2014 wurde gestützt auf Art. 39 KVG erlassen. Die Zuständigkeit des Bundesverwaltungsgerichts ist daher gegeben (vgl. auch Art. 90a Abs. 2 KVG). Dies gilt auch dann, wenn – wie vorliegend – ein Kanton gegen einen Spitallistenbeschluss eines anderen Kantons Beschwerde erhebt (vgl. Zwischenverfügung BVGer C-6266/2013 vom 23. Juli 2014 E. 2). Die (subsidiäre) Klage gemäss Art. 120 Abs. 1 Bst. b BGG steht dem Kanton nicht offen (BGE 141 V 361 E. 1.4).

2.

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

2.1 Anfechtungs- und Streitgegenstand ist der vorinstanzliche Spitallistenbeschluss, soweit der Klinik Aadorf damit ein Leistungsauftrag zur Behandlung von psychischen Störungen aus den Hauptdiagnosegruppen F3, F4 und F5 gemäss ICD-10 erteilt wurde (vgl. BVGE 2012/9 E. 3).

2.2 Zur Beschwerde berechtigt ist nach Art. 48 Abs. 1 VwVG, wer vor der Vorinstanz am Verfahren teilgenommen hat 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).

2.2.1 Die Anforderungen gemäss Art. 48 Abs. 1 VwVG – welche Art. 89 Abs. 1 BGG entsprechen (BGE 135 II 172 E. 2.1) – sind nach der Rechtsprechung besonders bedeutend, wenn es um die Beschwerde eines Dritten geht, der nicht Verfügungsadressat ist, sondern gegen eine den Adressaten begünstigende Verfügung Beschwerde erhebt (Drittbeschwerden; BVGE 2012/30 E. 4.2 m.w.H.). Die Regelung soll die Popularbeschwerde ausschliessen und den Charakter des allgemeinen Beschwerderechts als Instrument des Individualrechtsschutzes unterstreichen. Die Beschwerde führende Person muss durch den angefochtenen Entscheid stärker als ein beliebiger Dritter betroffen sein und in einer besonderen, beachtenswerten,

nahen Beziehung zur Streitsache stehen. Ein bloss mittelbares oder ausschliesslich allgemeines öffentliches Interesse berechtigt – ohne die erforderliche Beziehungsnähe zur Streitsache selber – nicht zur Beschwerde (BGE 135 II 172 E. 2.1; 135 II 145 E. 6.1, je m.w.H.).

2.2.2 Im Bereich Spitalisten ist die Beschwerdelegitimation praxismässig nach einem strengen Massstab zu beurteilen (vgl. BVGE 2012/9 E. 4.3.2; zur Zusammenfassung der Rechtsprechung siehe Zwischenverfügung C-6266/2013 vom 23. Juli 2014 E. 4.2).

2.2.3 Das allgemeine Beschwerderecht nach Art. 48 Abs. 1 VwVG (und Art. 89 Abs. 1 BGG) ist auf Privatpersonen zugeschnitten; es bezweckt in erster Linie den Schutz des Bürgers und der Bürgerin gegen fehlerhafte Verwaltungsakte und nicht den Schutz des Gemeinwesens (vgl. BGE 136 V 346 E. 3.3.2). Nach der Rechtsprechung kann sich auch das Gemeinwesen darauf stützen, falls es durch einen angefochtenen Entscheid gleich oder ähnlich wie ein Privater oder aber in spezifischer Weise in der Wahrnehmung einer hoheitlichen Aufgabe betroffen wird und nicht bloss das allgemeine Interesse an der richtigen Rechtsanwendung geltend macht (BGE 138 II 506 E. 2.1.1 m.w.H., vgl. auch Urteil BVGer C-8730/2010 vom 12. August 2011 E. 2.3, Urteil BVGer A-1275/2011 vom 20. September 2012 E. 3.4).

2.2.4 Steht die Betroffenheit in der Wahrnehmung einer hoheitlichen Aufgabe in Frage, muss das Gemeinwesen ein eigenes schutzwürdiges Interesse an der Aufhebung oder Änderung des angefochtenen Aktes haben. Die Beschwerdebefugnis ist dann zu bejahen, "wenn das Gemeinwesen als Träger öffentlicher Aufgaben schutzwürdige, spezifische öffentliche Interessen geltend machen kann und in einem Mass betroffen ist, das die Bejahung der Rechtsmittelbefugnis im als verletzt gerügten Aufgabenbereich rechtfertigen lässt. Verlangt wird mit anderen Worten eine qualifizierte Betroffenheit in eigenen hoheitlichen Interessen; eine solche Betroffenheit ist anzunehmen, wenn ein Hoheitsakt wesentliche Interessen in einem Politikbereich betrifft, der dem beschwerdeführenden Gemeinwesen zur Regelung zugewiesen wurde" (BERNHARD WALDMANN, in: Basler Kommentar, Bundesgerichtsgesetz, 2. Aufl. 2011, Art. 89 N. 43; Zwischenverfügung C-6266/2013 vom 23. Juli 2014 E. 4.4.2).

2.2.5 Im Beschwerdeverfahren C-6266/2013, welches die Beschwerde des Kantons Zürich gegen einen Spitalistenbeschluss der Regierung des Kantons Graubünden betraf, hat das Bundesverwaltungsgericht erkannt, dass

eine bedarfsgerechte Spitalplanung nach revidiertem KVG voraussetzt, dass die Kantone ihrer Pflicht zur Koordination (vgl. Art. 39 Abs. 2 KVG) nachkommen und ihre Planungsmassnahmen mit den davon in ihrer Versorgungssituation betroffenen Kantonen koordinieren. Kommt ein Kanton dieser Verpflichtung nicht nach, kann dies nicht nur seine eigene Versorgungsplanung, sondern auch diejenige anderer Kantone tangieren. Die durch Art. 41 Abs. 1^{bis} KVG gewährleistete Spitalwahlfreiheit hinsichtlich ausserkantonalen Wahlbehandlungen führt dazu, dass von einem Kanton geschaffene unzweckmässige oder überflüssige Spitalstrukturen die auch auf Kostenbegrenzung ausgerichteten Versorgungsplanungen anderer Kantone torpedieren können (Zwischenverfügung C-6266/2013 vom 23. Juli 2014 E. 4.6.7). Das Bundesverwaltungsgericht qualifizierte das vom Beschwerde führenden Kanton – als Träger öffentlicher Aufgaben – geltend gemachte Interesse an einer bedarfsgerechten Versorgungsplanung (Planungsinteresse und Mitwirkungsinteresse) als wesentliches Interesse, das eine Bejahung der Rechtsmittelbefugnis rechtfertigt (Zwischenverfügung C-6266/2013 vom 23. Juli 2014 E. 4.7). Offengelassen wurde hingegen, ob das ebenfalls geltend gemachte finanzielle Interesse als schutzwürdig im Sinne von Art. 48 Abs. 1 VwVG zu betrachten wäre (vgl. aber BVGE 2010/51 E. 6.7 m.w.H.).

2.2.6 Die Vorinstanz und die Beschwerdegegnerin vertreten die Ansicht, die streitige Spitalliste Psychiatrie 2012 vom 11. März 2014 habe für den Beschwerdeführer keine Auswirkungen, weil im ausserkantonalen Verhältnis bereits aufgrund der mit RRB 706 vom 20. September 2011 bzw. mit RRB 278 vom 27. März 2012 beschlossenen Spitalliste Psychiatrie 2012 keine Kapazitätsbeschränkungen gegolten hätten.

Dieser Ansicht kann nicht gefolgt werden, denn das KVG sieht – wie sogleich (E. 3 – E. 4.1.4) näher ausgeführt wird – nicht vor, dass ein Kanton im innerkantonalen Verhältnis die Kapazitäten seiner Spitäler limitieren und darüber hinaus weitere Spitalkapazitäten zur Tätigkeit zulasten der OKP zulassen kann, die nur ausserkantonalen Patientinnen und Patienten zur Verfügung stehen. Mit der Zuweisung von Kapazitäten wird der quantitative Umfang der OKP-Zulassung durch den betreffenden Kanton für das einzelne Spital festgelegt. Aufgrund der Publizitätswirkung der Spitalliste müssen die in der Liste verzeichneten Plätze mit der Anzahl zugelassener Plätze übereinstimmen (vgl. BVGE 2009/48 E. 12.6).

2.2.7 Da die Vorinstanz mit dem Erlass der neuen Spitalliste Psychiatrie 2012 die zuvor geltenden Kapazitätsbeschränkungen aufgehoben hat,

kann der Beschwerde führende Kanton – mit dem die Massnahme unbestrittenermassen nicht koordiniert wurde – geltend machen, er sei aufgrund der Auswirkungen auf seine eigene Versorgungsplanung in schutzwürdigen hoheitlichen Interessen (insbes. Interesse an einer bedarfsgerechten Versorgungsplanung) betroffen (vgl. oben E. 2.2.5). Die Beschwerdelegitimation des Kantons Zürich ist daher zu bejahen.

2.3 Die übrigen Eintretensvoraussetzungen (vgl. Art. 50 und Art. 52 VwVG) sind zweifellos erfüllt, weshalb auf die Beschwerde einzutreten ist.

Auf die Erhebung eines Kostenvorschusses (vgl. Art. 63 Abs. 4 VwVG) wurde vorliegend verzichtet, weil einer Beschwerde führenden kantonalen Behörde gemäss Art. 63 Abs. 2 VwVG Verfahrenskosten nur auferlegt werden, soweit sich der Streit um vermögensrechtliche Interessen von Körperschaften oder autonomen Anstalten dreht. Nach der Praxis bestehen vorliegend nicht (primär) Vermögensinteressen des Kantons, welche im Falle eines Unterliegens die Auferlegung von Verfahrenskosten rechtfertigen würden (Zwischenverfügung C-6266/2013 vom 23. Juli 2014 E. 5; vgl. auch MOSER/BEUSCH/KNEUBÜHLER, Prozessieren vor dem Bundesverwaltungsgericht, 2. Aufl. 2013, S. 258 Rz. 449; Urteil BVGer C-5634/2013 vom 9. Januar 2014 E. 4.1).

2.4 Ist wie vorliegend die Beschwerdelegitimation gegeben, kann der Beschwerdeführer sämtliche ihm gemäss anwendbaren Prozessrecht zustehende Rügen vorbringen, sofern ihm durch die Gutheissung der Beschwerde ein praktischer Nutzen entstehen könnte (BGE 137 II 30 E. 2.3; Urteil C-6266/2013 vom 29. September 2015 E. 2.2). Mit Beschwerde gegen einen Spitallistenentscheid im Sinne von Art. 39 Abs. 1 KVG kann die Verletzung von Bundesrecht unter Einschluss des Missbrauchs oder der Überschreitung des Ermessens und die unrichtige oder unvollständige Feststellung des rechtserheblichen Sachverhalts gerügt werden. Nicht zulässig ist hingegen die Rüge der Unangemessenheit (Art. 53 Abs. 2 Bst. e KVG i.V.m. Art. 49 VwVG).

3.

Streitig und im Folgenden zu beurteilen ist, ob die Aufhebung der Kapazitätslimiten für stationäre Behandlungen in der Klinik Aadorf zulasten der OKP bundesrechtskonform ist. Nicht zum Streitgegenstand gehört hingegen die Frage, ob die Psychiatrieplanung und -liste des Kantons Zürich den bundesrechtlichen Anforderungen entspricht, weshalb auf die diesbezüglichen Vorbringen nicht einzugehen ist.

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

3.2 Art. 39 Abs. 1 KVG, welcher – in Verbindung mit Art. 35 Abs. 1 KVG – bestimmt, unter welchen Voraussetzungen Spitäler zur Tätigkeit zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) zugelassen werden, hat mit der KVG-Revision zur Spitalfinanzierung keine Änderung erfahren. Demnach muss ein Spital eine ausreichende ärztliche Betreuung gewährleisten, über das erforderliche Fachpersonal und zweckentsprechende medizinische Einrichtungen verfügen und eine zweckentsprechende pharmazeutische Versorgung gewährleisten (Bst. a-c). Im Weiteren muss ein Spital für die Zulassung der von einem oder mehreren Kantonen gemeinsam aufgestellten Planung für eine bedarfsgerechte Spitalversorgung entsprechen, wobei private Trägerschaften angemessen in die Planung einzubeziehen sind (Bst. d). Bst. e setzt schliesslich voraus, dass die Spitäler oder die einzelnen Abteilungen in der nach Leistungsaufträgen in Kategorien gegliederten Spitalliste des Kantons aufgeführt sind.

Art. 39 Abs. 1 Bst. a-c KVG regeln die Dienstleistungs- und Infrastrukturvoraussetzungen, welche in erster Linie durch die Behörden des Standortkantons zu prüfen sind. Bst. d statuiert eine Bedarfsdeckungs- und Koordinationsvoraussetzung und Bst. e eine Publizitäts- und Transparenzvoraussetzung (an welche Rechtswirkungen geknüpft werden). Die Voraussetzungen gemäss Bst. d und e sollen eine Koordination der Leistungserbringer, eine optimale Ressourcennutzung und eine Eindämmung der Kosten bewirken (BVGE 2010/15 E. 4.1; Urteil BVGer C-401/2012 vom 28. Januar 2014 E. 6.1; Urteil BVGer C-6266/2013 vom 29. September 2015 E. 3.2, je m.w.H.).

3.3 Seit dem 1. Januar 2009 sind die Kantone nach Art. 39 KVG zudem (ausdrücklich) verpflichtet, ihre Planung zu koordinieren (Abs. 2) und im Bereich der hochspezialisierten Medizin gemeinsam eine gesamtschweizerische Planung zu beschliessen (Abs. 2^{bis}). Weiter hat der Bundesrat einheitliche Planungskriterien auf der Grundlage von Qualität und Wirtschaftlichkeit zu erlassen, wobei er zuvor die Kantone, die Leistungserbringer

und die Versicherer anzuhören hat (Abs. 2^{ter}). Diesem Auftrag ist der Bundesrat mit dem Erlass der Art. 58a ff. KVV (in Kraft seit 1. Januar 2009) nachgekommen.

3.3.1 Die Spitalplanung für eine bedarfsgerechte Versorgung im Sinne von Art. 39 Abs. 1 Bst. d KVG umfasst die Sicherstellung der stationären Behandlung im Spital für Einwohnerinnen und Einwohner der Kantone, die die Planung erstellen. Die Kantone haben ihre Planung periodisch zu überprüfen (Art. 58a KVV).

3.3.2 Gemäss Art. 58b KVV ermitteln die Kantone den Bedarf in nachvollziehbaren Schritten. Sie stützen sich namentlich auf statistisch ausgewiesene Daten und Vergleiche (Abs. 1). Sie ermitteln das Angebot, das in Einrichtungen beansprucht wird, die nicht auf der von ihnen erlassenen Liste aufgeführt sind (Abs. 2). Sie bestimmen das Angebot, das durch die Auf-führung von inner- und ausserkantonalen Einrichtungen auf der Spitalliste gemäss Art. 39 Abs. 1 Bst. e KVG zu sichern ist, damit die Versorgung gewährleistet ist. Dieses Angebot entspricht dem nach Art. 58b Abs. 1 KVV ermittelten 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). Weiter werden die Kriterien festgelegt, welche bei der Beurteilung der Wirtschaftlichkeit und Qualität zu beachten sind, nämlich die Effizienz der Leistungserbringung, der Nachweis der notwendigen Qualität und im Spitalbereich die Mindestfallzahlen und die Nutzung von Synergien (Abs. 5).

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

3.3.4 Im Rahmen der Verpflichtung zur interkantonalen Koordination der Planungen (Art. 39 Abs. 2 KVG) müssen die Kantone gemäss Art. 58d KVV insbesondere die nötigen Informationen über die Patientenströme auswerten und diese mit den betroffenen Kantonen austauschen (Bst. a) sowie

die Planungsmassnahmen mit den davon in ihrer Versorgungssituation betroffenen Kantonen koordinieren (Bst. b).

3.3.5 Art. 58e KVV sieht vor, dass die Kantone auf ihrer Liste nach Art. 39 Abs. 1 Bst. e KVG die inner- und ausserkantonalen Einrichtungen aufführen, die notwendig sind, um das nach Art. 58b Abs. 3 KVV bestimmte Angebot sicherzustellen (Abs. 1). Auf den Listen wird für jedes Spital das dem Leistungsauftrag entsprechende Leistungsspektrum aufgeführt (Abs. 2). Die Kantone erteilen jeder Einrichtung auf ihrer Liste einen Leistungsauftrag nach Art. 39 Abs. 1 Bst. e KVG. Dieser kann insbesondere die Pflicht zum Notfalldienst beinhalten (Abs. 3).

3.4 Gemäss Abs. 3 der Übergangsbestimmungen zur Änderung des KVG vom 21. Dezember 2007 (Spitalfinanzierung [nachfolgend: UeB KVG]) müssen die kantonalen Spitalplanungen spätestens drei Jahre nach dem Einführungszeitpunkt der Regelungen gemäss Abs. 1 UeB KVG (d.h. spätestens auf den 1. Januar 2015) den Anforderungen von Art. 39 KVG entsprechen. Dabei müssen sie auf Betriebsvergleiche zu Qualität und Wirtschaftlichkeit abgestützt sein.

3.5 Bei dem gemäss Art. 58b Abs. 2 KVV zu ermittelnden Angebot, das in Einrichtungen beansprucht wird, die nicht auf der vom betreffenden Kanton erlassenen Liste aufgeführt sind, sind namentlich die Vertragsspitäler sowie Spitäler, die von Versicherten gewählten ausserkantonalen Spitäler von Bedeutung.

3.5.1 Nach Art. 41 Abs. 1^{bis} KVG kann die versicherte Person für die stationäre Behandlung unter den Spitälern frei wählen, die auf der Spitalliste ihres Wohnkantons oder jener des Standortkantons aufgeführt sind (Listenspital). Der Versicherer und der Wohnkanton übernehmen bei stationärer Behandlung in einem Listenspital die Vergütung anteilmässig nach Art. 49a KVG höchstens nach dem Tarif, der in einem Listenspital des Wohnkantons für die betreffende Behandlung gilt.

3.5.2 Gemäss Art. 49a Abs. 4 KVG können die Versicherer mit Spitälern, die nicht auf der Spitalliste stehen, die aber die Voraussetzungen nach Art. 38 und Art. 39 Abs. 1 Bst. a-c KVG erfüllen, Verträge über die Vergütung von Leistungen aus der OKP abschliessen (sog. Vertragsspital). Die Vergütung entspricht maximal dem Anteil, den der Versicherer bei der Wahl eines Listenspitals tragen würde (OKP-Anteil). Der kantonale Anteil (im Sinne von Art. 49a Abs. 1 i.V.m. Abs. 2 KVG) ist nicht zu erbringen (vgl. zur

Rechtsstellung des Vertragsspitals im Unterschied zum Listenspital BVGE 2012/30 E. 4.6).

4.

Mit der kantonalen Spitalplanung soll einerseits die bedarfsgerechte Spitalversorgung der Bevölkerung gewährleistet werden, andererseits eine Kosteneindämmung und namentlich der Abbau von Überkapazitäten angestrebt werden. Daran hat, wie das Bundesverwaltungsgericht im Urteil C-6266/2013 erkannt hat, die KVG-Revision zur neuen Spitalfinanzierung nichts geändert (C-6266/2013 E. 4.3.4 ff. m.w.H. und E. 4.5). Zwar wollte der Gesetzgeber mit der KVG-Revision mehr Wettbewerbselemente verankern, namentlich durch die Einführung des Instituts des Vertragsspitals und die Neuregelung der ausserkantonalen Wahlbehandlung. Der angestrebte Wettbewerb ersetzt aber nicht die kantonale Planung für eine bedarfsgerechte Spitalversorgung. Bedarfsgerecht ist die Versorgungsplanung grundsätzlich dann, wenn sie den Bedarf – aber nicht mehr als diesen – deckt (Zwischenverfügung C-6266/2013 vom 23. Juli 2014 E. 4.6.1 m.w.H.).

4.1 Beschwerdegegnerin und Vorinstanz machen insbesondere geltend, ein Kanton könne nur für seine eigene Bevölkerung planen und allfällige Kapazitäten seien – soweit überhaupt zulässig – nur im innerkantonalen Verhältnis zuzuweisen. Kapazitätslimitierungen im ausserkantonalen Bereich würden die Spitalwahlfreiheit der Versicherten beeinträchtigen. Das BAG erachtet die Zuweisung von Kapazitäten und generell Mengensteuerungen unter der Herrschaft des revidierten KVG als problematisch.

4.1.1 Mit dem Erlass der Planungskriterien gemäss Art. 58a ff. KVV sollten einerseits neue Anforderungen, welche sich aufgrund der KVG-Revision ergeben, formuliert und andererseits wesentliche Grundsätze der bereits unter der Herrschaft des alten Rechts entwickelten Rechtsprechung verankert werden (vgl. Botschaft Spitalfinanzierung, S. 5568; BAG, KVV-Änderungen per 1. Januar 2009, Änderungen und Kommentar im Wortlaut [abrufbar unter: www.bag.admin.ch > Themen > Krankenversicherung > Revisionen der Krankenversicherung > abgeschlossene Revisionen > Spitalfinanzierung; besucht am 16.11.2015], nachfolgend: Kommentar KVV-Änderungen, S. 3 f.). Im Urteil C-325/2010 hat das Bundesverwaltungsgericht analysiert, inwiefern sich die Anforderungen an die Spitalplanung bzw. Spitalliste aufgrund der KVG-Revision zur Spitalfinanzierung und den neuen Planungskriterien grundlegend geändert haben. Grundlegend neu ist demnach die Verpflichtung der Kantone, eine integrale Spitalliste zu erlassen

und im Bereich der Akutsomatik eine leistungsorientierte (statt eine kapazitätsorientierte) Planung vorzunehmen. Die Bedarfsermittlung muss nicht nur auf statistisch ausgewiesene Daten, sondern auch auf Vergleiche abgestützt sein. Zudem müssen die Kantone ihre Planungen (vermehrt) interkantonal koordinieren. Bei der Bedarfsplanung haben die Kantone nun zwar zu berücksichtigen, dass die Versicherten auch ein ausserkantonales Listenspital wählen können (zu den Unterschieden betreffend freie Spitalwahl nach altem und neuem Recht vgl. BGE 141 V 206 E. 3.3.1) oder sich allenfalls in einem Vertragsspital behandeln lassen. Die in Art. 58b Abs. 1 - Abs. 3 verankerten Grundsätze zur Ermittlung des Angebots, das auf der Spitalliste zu sichern ist, entsprechen aber weitgehend der bisherigen Rechtsprechung. Auch stimmen die in Art. 58b Abs. 4 und Abs. 5 KVV aufgeführten Kriterien zur Beurteilung und Auswahl der Spitäler bzw. zur Prüfung der Wirtschaftlichkeit und Qualität mit der bisherigen Rechtsprechung überein (C-325/2010 E. 4.4.4).

4.1.2 Bereits vor Inkrafttreten der KVG-Revision zur neuen Spitalfinanzierung hatten die Kantone nur für ihre Bevölkerung zu planen beziehungsweise die bedarfsgerechte stationäre Gesundheitsversorgung sicherzustellen. Dabei waren auch die Patientenströme zu berücksichtigen. Der Begriff Patientenströme meint einerseits, dass sich Versicherte in ausserkantonalen Spitälern behandeln lassen (sog. Patientenexporte oder Abwanderung), und andererseits, dass ausserkantonale Patientinnen und Patienten innerkantonale Spitäler des planenden Kantons wählen (sog. Patientenimporte oder Zuwanderung). Nach der Rechtsprechung des Bundesrates hatten die Kantone "die erforderlichen Kapazitäten der innerkantonalen Spitäler nach dem Bettenbedarf pro Einwohner [...], abzüglich des Bettenbedarfs für Einwohner, die ausserkantonale behandelt werden, zuzüglich des Bettenbedarfs für ausserkantonale Patientinnen und Patienten, zu berechnen" (RKUV 6/1998 KV 54 E. 4.2.1.1 S. 550).

Von der planerischen Erfassung der ausserkantonalen Nachfrage (Patientenimporte) zu unterscheiden war nach der Rechtsprechung des Bundesrates hingegen "[...] die Frage, wieweit diese Nachfrage auch in den Leistungsaufträgen und den Bettenzuweisungen an die einzelnen Spitäler zu berücksichtigen ist. Um bestehende Überkapazitäten abzubauen oder neue Überkapazitäten zu vermeiden, muss sichergestellt werden, dass dieselben Gruppen von Patienten und Patientinnen nicht gleichzeitig vom Standortkanton des Spitals und vom Wohnsitzkanton der Versicherten in der Liste berücksichtigt werden. Sichern lässt sich dies durch eine Abstim-

mung der Planung zwischen den betroffenen Kantonen. Eine solche Koordination zwischen den Kantonen ist nach Ansicht des Bundesrates zwar wünschenswert. Sie kann den Kantonen aber nicht zur Pflicht gemacht werden. Artikel 39 Absatz 1 Buchstabe d KVG räumt den Kantonen nämlich einen Spielraum beim Entscheid darüber ein, ob sie die Spitalplanung allein oder gemeinsam mit anderen Kantonen durchführen. Wenn ein Kanton über die Aufnahme oder Nichtaufnahme eines Spitals in die Spitalliste zu entscheiden hat, kann er daher von Bundesrechts wegen nicht verpflichtet werden, bei diesem Entscheid die Spitalplanungen der anderen Kantone zu berücksichtigen. Soweit eine solche Koordination zwischen den betroffenen Kantonen nicht zustande kommt, müssen deren Spitallisten sich daher auf die Deckung des Bedarfs der eigenen Bevölkerung beschränken [...]." Dies müsse in den Leistungsaufträgen an die Spitäler angemessen zum Ausdruck kommen (RKUV 2001 [nur elektronische Publikation] E. II.4.2.1; nicht veröffentlichter Bundesratsentscheid [BRE] vom 8. November 2000 [betreffend Spitalliste des Kantons Luzern] E. II.4.3.3.2). Im BRE vom 8. November 2000 wird ergänzend festgehalten, die ausserkantonale Nachfrage (Patientenimporte) nach Leistungen von kantonalen Spitälern sei durch die Zuweisung der dafür benötigten Betten soweit einzurechnen, als dies auf die Spitalplanungen der Wohnkantone der Versicherten abgestimmt sei (E. II.4.3.3.2 in fine).

Wollte der Kanton eine Klinik nicht zur Deckung seines eigenen Bedarfs, sondern primär für deren Leistungen für ausserkantonale Patientinnen und Patienten auf seine Spitalliste aufnehmen, so musste er in Abstimmung mit den anderen Kantonen eine Bedarfserhebung vornehmen und dem Spital die entsprechenden Kapazitäten zuweisen (RKUV 5/2001 KV 182 E. II.8.4.2).

4.1.3 Die vom Bundesrat entwickelte Praxis erscheint nach Inkrafttreten der KVG-Revision zur neuen Spitalfinanzierung insoweit weiterhin sachgerecht, als die Kantone die ausserkantonale Nachfrage planerisch erfassen müssen, aber ohne Koordination mit den betroffenen Kantonen nicht zusätzliche Kapazitäten für ausserkantonale Nachfrage schaffen können. In diesem Sinn kann auch Art. 58d KVV interpretiert werden, wonach die nötigen Informationen über die Patientenströme auszuwerten und mit den betroffenen Kantonen auszutauschen, sowie die Planungsmassnahmen mit den in ihrer Versorgungssituation betroffenen Kantonen zu koordinieren sind (zum Ziel der Koordinationspflicht, eine Unterversorgung zu vermeiden, vgl. Kommentar KVV-Änderungen, S. 9). Weil die Kantone nunmehr bundesrechtlich verpflichtet sind, ihre Planungen zu koordinieren, steht es

einem Kanton nicht frei, ob er auf eine Koordination verzichten und die Kapazitätszuweisung auf die innerkantonale Nachfrage beschränken will. Dadurch würde nicht nur die gesetzlich verankerte Koordinationspflicht verletzt, sondern zudem – worauf Vorinstanz und Beschwerdegegnerin zu Recht hinweisen – die Spitalwahlfreiheit der Versicherten beeinträchtigt. Da ausserkantonale Wahlbehandlungen den interkantonalen Wettbewerb fördern sollen und gemäss BGE 141 V 206 (neu) als Teil der Grundversorgung zu betrachten sind, ist diesem Aspekt bei der Spitalplanung Rechnung zu tragen. Dass ausserkantonale Wahlbehandlungen insoweit nicht der Spitalplanung unterstehen, als dafür (vom Wohnkanton) kein Leistungsauftrag mit Aufnahmepflicht zu erteilen ist (vgl. BGE 141 V 206 E. 3.3.3), steht dem Gesagten nicht entgegen. Eine Spitalplanung, welche die ausserkantonale Nachfrage nicht berücksichtigt, kann kaum als bedarfsgerecht im Sinne von Art. 39 Abs. 1 Bst. d KVG bezeichnet werden.

4.1.4 Was die Zulässigkeit von Kapazitätslimitierungen nach revidiertem KVG betrifft, ist festzuhalten, dass nach der Rechtsprechung eine Mengensteuerung auch bei einer leistungsorientierten Spitalplanung nicht grundsätzlich unzulässig ist. Bei einer leistungsbezogenen Planung darf aber keine kapazitätsbezogene Mengensteuerung durch Vorgabe von Bettenkapazitäten erfolgen (Urteil BVGer C-4302/2011 vom 15. Juli 2015 E. 6.2-6.3; zur Zulässigkeit der Mengensteuerung vgl. auch BGE 138 II 398 E. 3). Wird hingegen kapazitätsbezogen geplant, erscheint die Zuweisung von Kapazitäten (in der Form von Bettenkapazitäten bzw. Plätzen) grundsätzlich weiterhin sachgerecht. Dies bedeutet indessen nicht, dass Kapazitätslimitierungen in jedem Fall zwingend sind. Entscheidend ist, dass mit entsprechenden Massnahmen gewährleistet wird, dass keine Überkapazitäten aufrechterhalten oder geschaffen werden. Weist der Standortkanton den einzelnen Spitälern aber Kapazitäten zu, wird damit festgelegt, wie viele Betten oder Plätze für die Behandlung zulasten der OKP durch den Standortkanton zugelassen sind. Zusätzliche Kapazitäten sind allenfalls aufgrund von Leistungsaufträgen anderer Kantone möglich.

4.2 Spitallisten müssen sich auf eine bundesrechtskonforme Spitalplanung stützen. Die streitige Spitalliste vom 11. März 2014 beruht gemäss den Ausführungen der Vorinstanz auf der von ihr am 20. September 2011 beschlossenen Spitalplanung 2012.

4.2.1 Der Bericht Spitalplanung 2012 enthält als "Teil B" den Versorgungsbericht (S. 30 ff.), in welchem die Bedarfsermittlung bis zum Jahr 2020 dar-

gelegt wird. Für die Aufbereitung der statistischen Grundlagen und die Erstellung der Prognosen über die künftige Inanspruchnahme von stationären medizinischen Leistungen wurde das Schweizerische Gesundheitsobservatorium (Obsan) in Neuenburg beauftragt. Die psychiatrischen Fälle wurden nach den Hauptdiagnosegruppen der ICD-10 Klassifikation gruppiert und analysiert (vgl. Bericht Spitalplanung 2012 S. 33). Die Prognosen (nach Aufenthaltsdauer) im Bereich Psychiatrie erachtete die Vorinstanz indessen als nicht plausibel. Der Grund liege darin, dass sich Prognosen ausschliesslich aufgrund von "normalisierten Durchschnittswerten" erstellen liessen. In der Psychiatrie habe kein standardisierter Verlauf einer Erkrankung festgestellt werden können, so dass auch nicht von einer standardisierten Aufenthaltsdauer ausgegangen werden könne. Ebenfalls nicht verwertbar sei das Szenario, das die Aufenthaltstage auf der Basis der schweizerischen Durchschnittswerte pro Diagnose berechne. Deshalb würden anstelle von Prognosen Zielwerte des Regierungsrates normativ vorgegeben (Bericht Spitalplanung 2012 S. 37).

Im Jahr 2008 habe die Thurgauer Bevölkerung inner- und ausserkantonale 1'779 stationäre Aufenthalte (Fälle) und 101'091 Pflage tage in psychiatrischen Kliniken beansprucht, wobei die durchschnittliche Aufenthaltsdauer 54 Tage betragen habe (Bericht Spitalplanung 2012 S. 61). In den Jahren 2009 und 2010 hätten die Anzahl Fälle zugenommen und die durchschnittliche Aufenthaltsdauer abgenommen. Im Jahr 2008 liege der Kanton Thurgau mit 419 Kliniktagen pro 1'000 Einwohner um 24.3 % über dem schweizerischen Vergleichswert, bei der rechnerischen Aufenthaltsdauer von 54 Tagen pro Fall werde der Vergleichswert um 45.9 % überschritten (Bericht Spitalplanung 2012 S. 63).

Betreffend Patientenströme wird festgehalten, im Jahr 2008 seien insgesamt 257 Fälle in ausserkantonalen Kliniken hospitalisiert gewesen. Demgegenüber seien 1'121 ausserkantonale Fälle im Thurgau behandelt worden, was 49 % der gesamthaft in Thurgauer Kliniken behandelten Fälle entspreche (Bericht Spitalplanung 2012 S. 64).

Aufgrund der Vorbringen im Vernehmlassungsverfahren sah der Regierungsrat davon ab, Zielwerte vorzugeben, die sich an den schweizerischen Durchschnittswerten orientieren (vgl. Bericht Spitalplanung 2012 S. 65 f.). Die Versorgung der Thurgauer Bevölkerung dürfe sich aufgrund der Planungspflicht nicht verschlechtern. Durch neue, qualitativ hochstehende ambulante Angebote sollte die wohnortnahe Versorgung verbessert werden und es sollte Zug um Zug ein monitorisierter Abbau der stationären

Betten erfolgen. Nach Einschätzung der WHO liege der heute als optimal erachtete Wert stationärer Behandlungsplätze zwischen 0.5 und 1.0 pro 1'000 Einwohner. Die ausserkantonale Inanspruchnahme liege unter 15 %. Als normativer Eckwert in der Erwachsenenpsychiatrie und -psychotherapie (>18-Jährige) in innerkantonalen psychiatrischen Kliniken ohne forensische Psychiatrie und Langzeiterkrankte werde ein Wert von 0.9 stationären Plätzen pro 1'000 Einwohner zur Festsetzung vorgegeben (Bericht Spitalplanung 2012 S. 67).

4.2.2 Der im "Teil C" enthaltene Strukturbericht habe zum Zweck, die zur Bedarfsabdeckung notwendige Anzahl Leistungsaufträge zu evaluieren und auf die in Frage kommenden Spitäler zuzuteilen (Bericht Spitalplanung 2012 S. 73). Die stationäre Psychiatrieplanung erfolge kapazitätsorientiert, da in der Psychiatrie auf absehbare Zeit keine homogenen Leistungsgruppen in Bezug auf Ressourcennutzung (Personal, Infrastruktur, Sicherheit) und Aufenthaltsdauer gebildet werden könnten (Bericht Spitalplanung 2012 S. 73). Unter dem Titel *Mengensteuerung* wird festgehalten, im Bereich Akutsomatik und Rehabilitation werde nur indirekt über die Vergabe von Leistungsaufträgen gesteuert. Die Psychiatrieplanung erfolge wie bisher kapazitätsorientiert. Die Kapazitäten seien "grundsätzlich einzuhalten" (Bericht Spitalplanung 2012 S. 76).

Der Regierungsrat gab für die psychiatrische Versorgung der Thurgauer Bevölkerung eine gesundheitspolitische Strategie vor. Als erster von fünf Grundsätzen wird festgehalten: "Ambulant vor stationär (soweit wirtschaftlich vertretbar): Bis zum 31. Dezember 2015 ist das innerkantonale stationäre Bettenangebot der Erwachsenenpsychiatrie und -psychotherapie (> 18 Jahre) ohne Langzeit- und forensische Psychiatrie auf 0.9 Betten pro 1'000 Einwohner zu reduzieren. Zur Kompensation ist Zug um Zug ein regionales, vernetztes, intensiviertes ambulantes Angebot aufzubauen, primär in Form von Modellprojekten, bei Bewährung als ständiges Angebot" (Bericht Spitalplanung 2012 S. 114). Dass die Kapazitätsverlagerungen von stationär zu ambulant in einem etappierten, koordinierten Prozess anzugehen seien, wird mehrmals hervorgehoben (vgl. oben E. 4.1.4 sowie Bericht Spitalplanung 2012 S. 116 und 118 f.). Weil Tagesklinikplätze allein mit KVG-Tarifen (aufgrund der Tarmed-Struktur) nicht kostendeckend betrieben werden könnten, sei eine Mitfinanzierung durch den Kanton vorzusehen (Bericht Spitalplanung 2012 S. 121).

In den Jahren 2008 bis 2010 seien bei leicht rückläufigen Pflēgetagen (von 103'134 bis 97'901 Pflēgetagen pro Jahr) im Durchschnitt 276 Plätze (Pflēgetage dividiert durch 365 Tage) belegt gewesen. Der Versorgungsanteil der Klinik Aadorf liege bei 2 bis 4 % (Bericht Spitalplanung 2012 S. 126 f.). Bis zum 1. Januar 2012 sollten im stationären Bereich 9 Plätze abgebaut und im Bereich Tageskliniken ein Ausbau von 14 Plätzen erfolgt sein. Bis zum 1. Januar 2016 sei ein weiterer Abbau von 20 Plätzen im stationären Bereich und ein Ausbau von 20 Tagesklinik-Plätzen vorzunehmen (Bericht Spitalplanung 2012 S. 134; vgl. auch S. 139).

Mit der Einwohnerzahl von 2009 resultiere eine rechnerische innerkantonale Platzzahl für Erwachsene (>18-Jährige) von rund 262 Plätzen als Durchschnitt der Jahre 2008 - 2010 resp. 1.07 Plätzen pro 1'000 Einwohner (2009: 244'330 Einwohner). Die Zahl sei aufgrund der Vernehmlassung bis zum Jahr 2016 auf den normativ vorgegebenen Zielwert von 229 vollstationären innerkantonalen Plätzen bei 100 % Belegung zuzüglich 4 Plätzen zur Besitzstandswahrung gemäss bestehender Spitalliste A zu reduzieren ($0.90 + 0.2$ Plätze / 1'000 Einwohner, 254'000 Einwohner gemäss mittlerem aktualisiertem Bevölkerungsszenario [Bericht Spitalplanung 2012 S. 139]).

4.2.3 Leistungsaufträge würden nur an Kliniken erteilt, welche – zusätzlich zu einem allfälligen Angebot der Spezialversorgung – auch die Grundversorgung umfassend sicherstellten, wobei auch eine Kooperation mit einem Partner möglich sei. Leistungserbringer, die in der gesamten Versorgungskette ein möglichst umfassendes Angebot und fachliche Erfahrung vorweisen könnten, würden bevorzugt (vgl. auch zu weiteren qualitativen Evaluationskriterien wie bisheriger Versorgungsanteil, Leistungsauftrag eines anderen Kantons etc.: Bericht Spitalplanung 2012 S. 142).

4.2.4 Ein weiterer Abbau stationärer Aufenthalte zugunsten von intensivierten ambulanten und tagesklinischen Angeboten entspreche dem versorgungspolitischen Integrationsziel. Er könne jedoch nicht nur mit Anreizen durchgesetzt werden. Aus wirtschaftlicher Sicht seien ganze Abteilungen resp. Leistungsaufträge abzubauen, damit die Strategie nicht durch stationäre Überkapazitäten mit entsprechenden Fehlanreizen zur Aufnahme unterlaufen werde. Die beiden Privatkliniken Littenheid und Aadorf würden viele ausserkantonale Patienten und Patientinnen betreuen und vom Aufbau ambulanter und wohnortnaher Angebote in den Herkunftskantonen betroffen sein. Es bestehe damit die Gefahr von Überkapazitäten im Kanton Thurgau. Eine Reduktion von drei auf zwei Leistungsaufträge für die be-

darfssichernde Versorgung der Thurgauer Bevölkerung in der Erwachsenenpsychiatrie mache Sinn. Die für inner- und ausserkantonale Patientinnen und Patienten quantitativ verfügbaren baulichen Kapazitäten seien auch mit zwei Leistungsaufträgen mehr als ausreichend. Die wohnortnahe Versorgung und die Wahlmöglichkeit für Patientinnen und Patienten seien gewährleistet (Bericht Spitalplanung 2012, S. 143 f.).

4.2.5 Betreffend Aufnahme in die Spitalliste bzw. zur Auswahl der Leistungserbringer wird namentlich festgehalten, die wirtschaftliche Leistungserbringung gelte für alle Thurgauer Kliniken als erfüllt. In qualitativer Hinsicht würden alle Leistungen, welche die Klinik Aadorf ausweise, auch von der PKM und der Klinik Littenheid erbracht. Umgekehrt würden die Leistungen, welche diese beiden Kliniken erbrächten, in wesentlichen Subbereichen von der Klinik Aadorf nicht erbracht. Sie verfüge derzeit weder über die entsprechenden Fachkräfte noch die entsprechenden Infrastrukturen wie z. B. geschlossene Abteilungen und könne kein umfassendes stationäres psychiatrisches Behandlungsangebot bieten. Die beiden bedarfsnotwendigen Leistungsaufträge würden an die PKM und die Klinik Littenheid erteilt (Bericht Spitalplanung 2012, S. 144 f.).

4.2.6 Weil die Klinik Aadorf in gewissen psychiatrischen Spezialgebieten Leistungen zu günstigen Kosten anbieten könne, wären für den Regierungsrat Kooperationen zwischen den Kliniken allenfalls sinnvoll. Die Klinik Aadorf habe dies jedoch nach Bekanntgabe der Rahmenbedingungen abgelehnt und beantrage einen eigenen Leistungsauftrag. Der Regierungsrat sei aufgrund der Vernehmlassung bereit, einer Besitzstandswahrung von vier Plätzen für die Klinik Aadorf AG gemäss bisheriger Bettenzahl der Spitalliste A stattzugeben. Der dritte Leistungsauftrag von vier Plätzen werde in einem massgeblichen Kompetenzschwerpunkt der Klinik Aadorf vergeben. Zur Begründung, weshalb eine Konzentration auf einen Kompetenzschwerpunkt erfolgen soll, hielt er unter anderem fest, mit Leistungsaufträgen würden auch Kapazitäten für andere Kantone geschaffen, die im Rahmen der interkantonalen Koordination keinen Bedarf angemeldet hätten. Die Klinik habe sich auch nicht um Aufnahme auf Spitallisten umliegender Zuweiserkantone bemüht. Weiter sei mit vier Plätzen keine Spezialisierung für die Thurgauer Bevölkerung in mehreren Abteilungen (inkl. geschlossenen Stationen) glaubwürdig umzusetzen. In den Diagnosen und Schweregraden würde eine Selektion stattfinden (Bericht Spitalplanung 2012, S. 145).

4.3 Ob die Psychiatrieplanung in allen Teilen – namentlich hinsichtlich der Koordinationspflicht – den bundesrechtlichen Vorgaben entspricht, lässt sich aufgrund der vorliegenden Akten nicht beurteilen. Da der Beschwerdeführer keine Verletzung der Koordinationspflicht im Rahmen der Spitalplanung 2012 (sondern im späteren Verfahren zur Anpassung der Spitalliste) rügt, muss vorliegend nicht weiter darauf eingegangen werden. Im Übrigen erscheint die Psychiatrieplanung des Kantons Thurgau weitgehend nachvollziehbar und sachgerecht. Diese ist auf das Ziel ausgerichtet, die Kapazitäten im stationären Bereich zu reduzieren und parallel dazu die ambulanten Angebote aufzubauen. Um einen effektiven Abbau der stationären Kapazitäten zu erreichen, sah der Regierungsrat vor, nur noch zwei innerkantonalen Kliniken einen Leistungsauftrag zu erteilen und gleichzeitig die Kapazitäten der Kliniken zu limitieren. Die Auswahl der Leistungserbringer erfolgte aufgrund von sachlichen Kriterien.

Die Klinik Aadorf ist gemäss Versorgungsbericht nicht bedarfsnotwendig und erfüllt die Evaluations- beziehungsweise Auswahlkriterien weit weniger als die beiden anderen Leistungserbringer. Im Bericht Spitalplanung 2012 wird klar unterschieden zwischen den beiden bedarfsnotwendigen Leistungsaufträgen und einem dritten Leistungsauftrag an die Klinik Aadorf. Wenn sich der Regierungsrat bereit erklärte, der Klinik Aadorf im Sinne einer Besitzstandswahrung vier Plätze zuzugestehen, wird damit nicht gesagt, die Klinik sei zur Deckung des (innerkantonalen oder interkantonalen) Bedarfs notwendig. Nicht zu den Zielen des KVG gehört es, die bisherigen Einkommen der Leistungserbringer auf Kosten der sozialen Krankenversicherung (und der öffentlichen Hand) zu sichern (RKUV 2001 [nur elektronische Publikation] E. II.7.1.5). Soweit es sich als nötig erweist, ein Spital oder einzelne seiner Abteilungen nicht (mehr) in die Spitalliste aufzunehmen, um den Abbau von Überkapazitäten zu erreichen, sind nach der Rechtsprechung die damit verbundenen wirtschaftlichen Einbussen dem Leistungserbringer zuzumuten (Urteil BVGer C-2907/2008 vom 26. Mai 2011 E. 8.4.6.1; RKUV 2001 [nur elektronische Publikation] E. II.7.1.5). Vor diesem Hintergrund stellt sich die Frage, ob die Vorinstanz der Klinik Aadorf überhaupt einen Leistungsauftrag im Sinne von Art. 39 Abs. 1 Bst. e KVG in Verbindung mit Art. 58e KVV erteilt hat, zumal diese vier Plätze auch zum normativ vorgegebenen Zielwert von 229 Plätzen hinzugerechnet wurden (vgl. Bericht Spitalplanung 2012 S. 139). Der Kanton kann grundsätzlich auch nicht bedarfsnotwendige Spitalkapazitäten aufrechterhalten. In diesem Fall wäre aber ein Leistungsauftrag für gemeinwirtschaftliche Leistungen zu erteilen und zu gewährleisten, dass die Kosten für diese Leistungen nicht der OKP belastet werden (vgl. Art. 49 Abs. 3 KVG).

4.4 Zusammenfassend ist festzuhalten, dass mit der Aufnahme der Klinik Aadorf (ohne Kapazitätslimitierung) in die Spitalliste Psychiatrie 2012 zusätzliche Kapazitäten für ausserkantonale Nachfrage geschaffen wurden, ohne dies mit den betroffenen Kantonen zu koordinieren, was nicht den Vorgaben des KVG entspricht (vgl. E. 4.3.1). Insbesondere aber widerspricht die streitige Spitallistenanpassung des Regierungsrates seiner eigenen Versorgungsplanung, wonach die Klinik Aadorf weder innerkantonale noch ausserkantonale bedarfsnotwendig sei. Entgegen den Vorbringen der Vorinstanz lässt sich die Spitallistenanpassung nicht auf die Spitalplanung 2012 stützen. Der angefochtene Beschluss ist – soweit die Klinik Aadorf betreffend – demnach aufzuheben und die Sache ist zur Neuurteilung an die Vorinstanz zurückzuweisen, was zur Gutheissung der Beschwerde führt.

Bei diesem Ergebnis erübrigt sich eine Beurteilung des noch offenen Verfahrensanspruchs des Beschwerdeführers sowie dessen Eventualantrag.

5.

Zu befinden ist abschliessend über die Verfahrenskosten und allfällige Parteientschädigungen.

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

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

6.

Die Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten an das Bundesgericht gegen Entscheide auf dem Gebiet der Krankenversicherung, die das Bundesverwaltungsgericht gestützt auf Art. 33 Bst. i VGG in Verbindung mit Art. 53 Abs. 1 KVG getroffen hat, ist gemäss Art. 83 Bst. r BGG unzulässig. Das vorliegende Urteil ist somit endgültig (vgl. auch BGE 141 V 361).

Demnach erkennt das Bundesverwaltungsgericht:

1.

Die Beschwerde wird gutgeheissen und der angefochtene Beschluss wird – soweit die Klinik Aadorf betreffend – aufgehoben.

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

2.

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

3.

Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.

4.

Dieses Urteil geht an:

- den Beschwerdeführer (Gerichtsurkunde)
- die Beschwerdegegnerin (Gerichtsurkunde; Beilage: Einzahlungsschein)
- die Vorinstanz (Ref-Nr. 226; Gerichtsurkunde)
- das Bundesamt für Gesundheit (Einschreiben)

Der vorsitzende Richter:

Die Gerichtsschreiberin:

Michael Peterli

Susanne Fankhauser

Versand: