

Rathausgasse 1
Postfach
3000 Bern 8
Telefon +41 (31) 633 79 20
Telefax +41 (31) 633 79 09
www.gef.be.ch

Referenz: osm, stm
GEF.2018-0069

BESCHWERDEENTSCHEID vom 25. Oktober 2018

in der Beschwerdesache zwischen

A.____

Beschwerdeführerin



gegen

Spitalamt (SPA), Rathausgasse 1, 3011 Bern

Vorinstanz

betreffend Gesuch um Gewährung eines Beitrags zur Förderung medizinischer Innovationen
(Verfügung der Vorinstanz vom 13. Dezember 2017)

I. Sachverhalt

1. Die A.____ (fortan: Beschwerdeführerin) stellte am 23. Juni 2017 beim Spitalamt (SPA, fortan: Vorinstanz) ein Gesuch im Sinne von Art. 116 SpVG¹ um Gewährung eines Beitrags in der Höhe von CHF 265'600.00 zur Überbrückung der Deckungslücke beim Einsatz der medizinischen Innovation "Repetitive Transkranielle Magnetstimulation (fortan: rTMS) zur alternativen Behandlung von Depressionen, Halluzinationen und andern psychiatrischen Erkrankungen".² Nach einer ersten Prüfung auf Vollständigkeit wies die Vorinstanz das Gesuch am 13. Juli 2017 zur Anpassung und Ergänzung an die Beschwerdeführerin

¹ Spitalversorgungsgesetz vom 13. Juni 2013 (SpVG; BSG 812.11)

² Vgl. Beschwerdebeilage 3

zurück.³ Gestützt darauf erneuerte die Beschwerdeführerin ihr Gesuch am 10. August 2017 und beantragte diesmal die Gewährung eines Beitrags in der Höhe von CHF 287'297.90.⁴

2. Die Vorinstanz wird bei der Gewährung von Beiträgen für medizinische Innovationen gemäss Art. 40a SpVV⁵ durch einen Beirat in der Entscheidungsfindung unterstützt. Dieser prüft, ob das Beitragsgesuch die Voraussetzungen nach Art. 116 SpVG erfüllt. Mit dem Ergebnisprotokoll vom 27. September 2017 seiner Sitzung vom 15. September 2017 hielt der Beirat zur „Nachvollziehbarkeit Deckungslücke“ Folgendes fest:

„Die Herleitung der Kosten ist nicht nachvollziehbar. Teilweise wird ein zeitlicher Aufwand von einer Stunde (max. Kapazität ärztliche Leistung in erster Tabelle) und teilweise von 1.5 Stunden (Simulation Angebot) angegeben. Es stellt sich die Frage, weshalb die A.____ bei einer Behandlungsdauer von 1.5 Stunden lediglich vier Mal die Position „Leistung in Abwesenheit verrechnet.“ Es fehlt ausserdem ein Hinweis, ob weitere Erlöse generiert werden können.

Dem Gesuch wird unter der Bedingung zugestimmt, dass der beantragte Betrag nachkalkuliert und/oder begründet wird. Das Spitalamt wird über die Plausibilität der Nachkalkulation und/oder Begründung entscheiden.“⁶

3. Mit E-Mail vom 27. September 2017 teilte die Vorinstanz der Beschwerdeführerin den Vorbehalt des Beirats sinngemäss mit und bat sie um diesbezügliche Zusatzinformationen. Die Beschwerdeführerin nahm mittels E-Mail vom 20. Oktober 2017 Stellung zu den einzelnen Punkten. Sie hielt fest, dass die gesamte Deckungslücke für 30 Patienten mindestens CHF 282'498.00, aber eigentlich CHF 287'297.90 betrage. Auf die Frage bezüglich „Leistung in Abwesenheit“ antwortete sie mit einer Gegenfrage. Eine Nachkalkulation lieferte sie nicht.⁷

4. Mit Verfügung vom 13. Dezember 2017 wies die Vorinstanz das Gesuch der Beschwerdeführerin vom 23. Juni mit den Ergänzungen vom 10. August und 20. Oktober 2017 ab.

5. Gegen diese Verfügung hat die Beschwerdeführerin am 12. Januar 2018 bei der Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern (GEF) Beschwerde erhoben. Sie beantragt die Gewährung eines Beitrags von CHF 281'691.55 zur Überbrückung der De-

³ Vgl. Vorakten, Beilage 5

⁴ Vgl. Beschwerdebeilage 4

⁵ Spitalversorgungsverordnung vom 23. Oktober 2013 (SpVV; BSG 812.112)

⁶ Vorakten, Beilage 8

⁷ Vgl. Vorakten, Beilage 9

ckungslücke beim Einsatz der medizinischen Innovation rTMS zur alternativen Behandlung von Depressionen, Halluzinationen und andern psychiatrischen Erkrankungen.

6. Mit Instruktionsverfügung vom 17. Januar 2018 wies das Rechtsamt, welches die Beschwerdeverfahren für die GEF leitet,⁸ die nicht rechtsgültig unterzeichnete Beschwerde zur Verbesserung zurück. Mit der Eingabe vom 25. Januar 2018 verbesserte die Beschwerdeführerin ihre Beschwerde fristgerecht.

7. Das Rechtsamt holte die Vorakten ein und führte den Schriftenwechsel durch. Die Vorinstanz beantragt in ihrer Beschwerdevernehmlassung vom 23. März 2018 die Abweisung der Beschwerde unter Kostenfolge.

Auf die Rechtsschriften und Akten wird, soweit für den Entscheid wesentlich, in den nachfolgenden Erwägungen eingegangen.

II. Erwägungen

1. Sachurteilsvoraussetzungen

1.1 Angefochten ist die Verfügung der Vorinstanz vom 13. Dezember 2017. Diese Verfügung ist gemäss Art. 137 Abs. 1 SpVG i.V.m. Art. 62 Abs. 1 Bst. a VRPG⁹ bei der GEF als der in der Sache zuständigen Direktion anfechtbar. Somit ist die GEF zur Beurteilung der Beschwerde vom 12. Januar 2018 zuständig.

1.2 Die Beschwerdeführerin ist als Adressatin der Verfügung ohne Weiteres zur Beschwerdeführung befugt (Art. 65 VRPG).

1.3 Auf die gemäss Art. 67 VRPG fristgerecht eingereichte und gemäss Art. 33 VRPG verbesserte Beschwerde ist somit einzutreten.

1.4 Die GEF prüft, ob die Vorinstanz von einer unrichtigen oder unvollständigen Feststellung des Sachverhalts ausgegangen ist, ob sie Recht verletzt hat (einschliesslich allfälliger Rechtsfehler bei der Ausübung des Ermessens) und ob die angefochtene Verfügung unangemessen ist (Art. 66 VRPG). Der GEF steht somit volle Kognition zu.

2. Streitgegenstand, Rechtsgrundlagen, Gesuchsverfahren und die Prüfkriterien der Vorinstanz

⁸ Art. 10 der Verordnung vom 29. November 2000 über die Organisation und die Aufgaben der Gesundheits- und Fürsorgedirektion (Organisationsverordnung GEF, OrV GEF; BSG 152.221.121)

⁹ Gesetz vom 23. Mai 1989 über die Verwaltungsrechtspflege (VRPG; BSG 155.21)

2.1 Streitgegenstand

2.1.1 Beschwerden sind nur im Rahmen des Streitgegenstandes zulässig. Dieser braucht sich nicht mit dem Anfechtungsobjekt zu decken, kann aber auch nicht darüber hinausgehen. Streitgegenstand ist, was die beschwerdeführende Partei anbegehrt und die Behörde nicht zugestehen will. Zur Bestimmung des Streitgegenstandes ist das Rügeprinzip massgebend. Konkret bezeichnen die Parteien den Streitgegenstand durch ihre Eingaben.¹⁰

2.1.2 Anfechtungsobjekt ist vorliegend die Verfügung der Vorinstanz vom 13. Dezember 2017. Die Vorinstanz weist darin das Gesuch der Beschwerdeführerin ab, weil die Voraussetzungen im Sinne von Art. 116 SpVG zur Gewährung eines Beitrags zur Förderung medizinischer Innovationen insgesamt nicht erfüllt sind.¹¹ Allerdings anerkennt sie ausdrücklich, dass die medizinische Innovation rTMS zur alternativen Behandlung von Depressionen und Halluzinationen und andern psychiatrischen Erkrankungen" einerseits dem Zweckbereich des SpVG entspricht und andererseits bei Patientinnen und Patienten mit Depressionen und Halluzinationen, aber immer häufiger auch mit andern psychiatrischen Erkrankungen im Vergleich zu den im Beitragsgesuch dargestellten herkömmlichen Vorgehensweisen (Komparator) eine echte medizinisch relevante Innovation darstellt.¹² Insofern ist die Verfügung unstrittig.

Demgegenüber ist die Nachvollziehbarkeit der Deckungslücke¹³ als Teil der finanziellen Voraussetzungen gemäss Art. 116 Abs. 2 SpVG für die Gewährung eines Betrags umstritten und bildet damit grundsätzlich den Streitgegenstand. Nicht bestritten ist hingegen die Nachvollziehbarkeit der Abbildungslücke¹⁴.

Im Gegensatz zum Verwaltungsverfahren, in dem die Beschwerdeführerin um einen Beitrag von insgesamt CHF 287'297.90 bzw. mindestens CHF 282'498.00 ersuchte, beantragt sie in ihrer Beschwerde vom 12. Januar 2018 lediglich den Betrag von CHF 281'691.55. Der Streitgegenstand dieses Verfahrens reduziert sich somit um den nicht strittigen Betrag in der Höhe von CHF 806.45.

2.1.3 Streitgegenstand und damit zu prüfen bleibt somit, ob die Deckungslücke nachvollziehbar ist und damit auch die finanziellen Voraussetzungen für die Gewährung eines Bei-

¹⁰ Vgl. zum Ganzen: Merkli/Aeschlimann/Herzog, Kommentar zum Gesetz über die Verwaltungsrechtspflege im Kanton Bern, Bern 1997, Art. 72 N. 6 ff. und Art. 25 N 13 f.

¹¹ Angefochtene Verfügung vom 13. Dezember 2017, Ziff. B.5, letzter Abschnitt

¹² Angefochtene Verfügung vom 13. Dezember 2017, Ziff. B.5, 1. Abschnitt

¹³ Das Beitragsgesuch muss eine nachvollziehbare detaillierte Kalkulation der Kosten enthalten, die zunächst nicht mittels den entsprechenden ordentlichen Tarifstrukturen oder durch andere Erlöse finanziert werden können. (vgl. E. 2.3.4 hienach)

¹⁴ Im Beitragsgesuch müssen Aktivitäten dokumentiert sein, die im Hinblick auf die ordentliche Tarifierung der medizinischen Innovation unternommen wurden oder geplant sind (vgl. E. 2.3.4 hienach)

trages zur Förderung einzelner medizinischer Innovationen im Sinne von Art. 116 Abs. 2 SpVG vorliegend erfüllt sind. Falls diese Voraussetzungen erfüllt sind, ist in einem zweiten Schritt zu klären, in welchem Umfang ein Beitrag zu gewähren ist.

2.2 Rechtsgrundlagen

2.2.1 Die Vorinstanz kann den Universitätsspitalern und anderen Listenspitälern im Rahmen der dafür bewilligten Ausgaben Beiträge zur Förderung einzelner medizinischer Innovationen gewähren (Art. 116 Abs. 1 SpVG i.V.m. Art. 13 Abs. 1 OrV GEF). Beiträge werden nur gewährt, wenn die Kosten der medizinischen Innovation nicht durch die pauschale Abgeltung nach Art. 49a KVG¹⁵, durch Versicherungsleistungen, durch Beiträge oder Abgeltungen anderer Gemeinwesen oder durch Beiträge Privater gedeckt werden können (Art. 116 Abs. 2 SpVG).

2.2.2 Zur Gewährung von Beiträgen für medizinische Innovationen unterstützt ein Beirat das Spitalamt (Art. 40a Abs. 1 SpVV). Der Beirat prüft, ob die Beitragsgesuche die Voraussetzungen für Beiträge nach Art. 116 SpVG erfüllen (Art. 40c Abs. 1 SpVV). Er gibt zuhanden der Vorinstanz begründete Empfehlungen darüber ab, in welcher Weise die Vorinstanz über die Beitragsgesuche entscheiden soll (Art. 40c Abs. 2 SpVV).

2.3 Das Gesuchsverfahren und die Prüfkriterien der Vorinstanz für die Gewährung eines Beitrages zur Förderung einzelner medizinischer Innovationen

2.3.1 Die einschlägigen gesetzlichen Grundlagen sehen kein spezielles Verfahren vor, weshalb sich das Gesuchsverfahren grundsätzlich nach dem VRPG richtet (Art. 1 VRPG).

2.3.2 Im Vortrag zur Revision des SpVG steht, dass die B.____ ein auf die einzelne medizinische Innovation bezogenes Beitragsgesuch einreichen müssen. Im Gesuch muss einerseits nachvollziehbar dargelegt werden, dass das neue Verfahren oder Produkt eine echte, medizinisch relevante Innovation darstellt bzw. ein von Fachleuten identifiziertes markantes Defizit eines gängigen Behandlungsverfahrens behebt. Andererseits muss das Gesuch eine nachvollziehbare, detaillierte Kalkulation der Mehrkosten enthalten, die zunächst nicht mit der Fallpauschale im Sinne von Art. 49a KVG finanziert werden können. Die Beiträge des Kantons an medizinische Innovationen werden grundsätzlich nach dem Subsidiaritätsprinzip und damit nur dann gewährt, wenn mögliche andere Finanzierungsquellen ausgeschöpft

¹⁵ Bundesgesetz vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG; SR 832.10)

bzw. nicht vorhanden sind. Beiträge an medizinische Innovationen können grundsätzlich nur dann gewährt werden, wenn die Kosten nicht durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung, durch andere Versicherungsleistungen, durch Beiträge oder Abgeltungen anderer Gemeinwesen oder durch Beiträge Privater gedeckt werden können. Auch hierzu müssen die B.____ im Beitragsgesuch detaillierte Ausführungen machen.¹⁶

2.3.3 Anhand dieser Punkte und im Sinne von Art. 116 SpVG hat die Vorinstanz vier Prüfkriterien entwickelt, nach welchen sie und der Beirat die Gesuche prüfen (vgl. E. 2.3.4 hienach). Bei diesen Prüfkriterien handelt es sich nicht um Rechtsätze, sondern nach bundesgerichtlicher Rechtsprechung und herrschender Lehre um vollzugslenkende Verwaltungsverordnungen, welche eine einheitliche Handhabung des Verwaltungsermessens sicherstellen sollen.¹⁷ Verwaltungsverordnungen entfalten grundsätzlich nur im Verhältnis zwischen übergeordneter und untergeordneter Verwaltungseinheit verpflichtende Wirkung. Für die Gerichte sind sie zwar nicht verbindlich, aber gemäss der bundesgerichtlichen Praxis dennoch zu berücksichtigen, sofern sie eine dem Einzelfall angepasste und gerecht werdende Auslegung der anwendbaren gesetzlichen Bestimmungen zulassen; das Gericht weicht nicht ohne triftigen Grund von der Verwaltungsverordnung ab, wenn diese eine überzeugende Konkretisierung der rechtlichen Vorgaben darstellt. Eine allfällige Abweichung müsste deshalb begründet werden.¹⁸

2.3.4 Der Beirat und die Vorinstanz prüfen die Gesuche nach den folgenden vier Kriterien¹⁹:

Zweckbereich SpVG

Im Beitragsgesuch muss nachvollziehbar dargelegt werden, dass die neue Leistung „aus der Forschung herausgewachsen“ ist und bereits ausserhalb von Forschungsprotokollen für die Patientenversorgung zur Verfügung steht und dass es sich bei der neuen Leistung um ein Verfahren nach Artikel 24 bis 34 KVG handelt, das heisst, dass deren Leistungspflicht in der aktuellen Fassung des KVG grundsätzlich vorgesehen ist.

Nachvollziehbarkeit Innovation

¹⁶ Vortrag des Regierungsrates an den Grossen Rat zum Spitalversorgungsgesetz (Gesetzesrevision) und zum Dekret über die Gebühren des Grossen Rates und des Regierungsrates (Dekretsrevision) vom 16. Januar 2013, S. 72 f. Erläuterungen zu Artikel 115, Absatz 1 und 2

¹⁷ Vgl. Tschannen/Zimmerli/Müller, Allgemeines Verwaltungsrecht, 4. Auflage, Bern 2014, § 41 N. 13

¹⁸ Vgl. zum Ganzen: BGE 141 III 401 E. 4.2.2 S. 404 f.

¹⁹ Vgl. zum Ganzen: angefochtene Verfügung vom 13. Dezember 2017, Ziff. B.3.

Im Beitragsgesuch muss nachvollziehbar dargelegt werden, dass die neue Leistung eine echte medizinisch relevante Innovation darstellt bzw. ein von Fachleuten identifiziertes markantes Defizit eines gängigen Behandlungsverfahrens behebt.

Nachvollziehbarkeit Deckungslücke

Das Beitragsgesuch muss eine nachvollziehbare detaillierte Kalkulation der Kosten enthalten, die zunächst nicht mittels den entsprechenden ordentlichen Tarifstrukturen (Swiss DRG, TARMED, TARPSY, Tarifstruktur für die rehabilitative Versorgung, inskünftig ST Reha usw.) oder durch andere Erlöse finanziert werden können.

Nachvollziehbarkeit Abbildungslücke

Im Beitragsgesuch müssen Aktivitäten dokumentiert sein, die im Hinblick auf die ordentliche Tarifierung der medizinischen Innovation unternommen wurden oder geplant sind.

Die ersten zwei Kriterien "Zweckbereich SpVG" und "Nachvollziehbarkeit Innovation" betreffen die Frage, ob überhaupt eine medizinische Innovation gemäss Art. 116 Abs. 1 SpVG vorliegt. Die anderen zwei Kriterien "Nachvollziehbarkeit Deckungslücke" und "Nachvollziehbarkeit Abbildungslücke" helfen die Frage zu beantworten, ob die finanziellen Voraussetzungen gemäss Art. 116 Abs 2 SpVG erfüllt sind.

2.3.5 Die Prüfkriterien decken sich mit den verbindlichen gesetzlichen Grundlagen von Art. 116 SpVG. Sie sind dem vorliegenden Fall angepasst, bieten eine einzelfallgerechte Auslegung der anwendbaren gesetzlichen Bestimmungen und gewährleisten ein transparentes und faires Verfahren. Es ist daher nicht zu beanstanden, dass sich die Vorinstanz darauf abstützt und auch kein Grund ersichtlich, weshalb vorliegend davon abgewichen werden sollte.

2.3.6 Die Vorinstanz stellt ein Antragsformular zur Verfügung, welches sich anhand der vier Prüfkriterien strukturiert.²⁰ In einem weiteren Dokument wird das Verfahren ausführlich beschrieben.²¹ Sowohl das Antragsformular als auch der Verfahrensbeschrieb wurde den Listenspitälern und damit auch der Beschwerdeführerin am 28. März 2017 per Mail zugestellt.²² Die Gesuchsteller werden zwar darauf hingewiesen, dass die Kalkulation anhand der vorgegebenen Struktur abzubilden ist, allerdings steht es gemäss Ausführungen der Vorinstanz den Gesuchstellern grundsätzlich frei andere Darstellungen der Deckungslücken zu wählen. Diese müssen aber nachvollziehbar sein.²³

²⁰ Vgl. Vorakten, Beilage 1

²¹ Vgl. Vorakten, Beilage 2

²² Vgl. Vorakten, Beilage 3

²³ Vgl. Beschwerdevernehmlassung vom 23. März 2018, Ziff. 3.1

2.3.7 Nach erfolgter Prüfung der Beitragsgesuche gibt der Beirat zuhanden der Vorinstanz in schriftlicher Form und in für medizinische Laien nachvollziehbarer Diktion begründete Empfehlungen darüber ab, in welcher Weise die Vorinstanz aus Sicht des Beirats über die Innovationsgesuche entscheiden sollte (Art. 40c Abs. 2 SpVV).²⁴ Gestützt auf diese Empfehlungen entscheidet schliesslich die Vorinstanz über die Gewährung von Beiträgen (Art. 116 SpVG).²⁵ Nach dem Gesagten müssen demnach für die Gewährung der Beiträge alle Voraussetzungen von Art. 116 SpVG und damit auch alle vier Prüfkriterien kumulativ erfüllt sein.

3. Rechtliche Würdigung

3.1 Mitwirkungspflicht

3.1.1 Die Vorinstanz hält in ihrer Beschwerdevernehmlassung fest, die Beschwerdeführerin habe in ihrem Antragsformular die vorgegebene Form der Kalkulation nicht eingehalten. Zur Darstellung der Deckungslücke habe die Beschwerdeführerin ihrem Antrag fünf Tabellen beigelegt, welche nicht auf einem Nachweis der effektiven Fallkosten basierten, sondern vielmehr die Kosten und Erlöse modellhaft herleiten würden.²⁶ Die Beschwerdeführerin sei daher zu einer Nachkalkulation aufgefordert worden. Die Vorinstanz wirft der Beschwerdeführerin konkret vor, sie habe gegen ihre in Art. 20 Abs. 1 VRPG verankerte Pflicht verstossen, an der Feststellung des Sachverhalts mitzuwirken, indem sie trotz dieser Aufforderung keine Nachkalkulation geliefert und lediglich die im Gesuch gemachten Angaben bestätigt habe. Die Vorinstanz hält fest, dass die Beschwerdeführerin somit ihre Mitwirkungspflicht verweigert habe, und sie nach Art. 20 Abs. 2 VRPG im Grunde genommen nicht einmal eine Abweisungsverfügung hätte eröffnen müssen, sondern gar nicht auf das Gesuch hätte eintreten können.

3.1.2 Wer aus einem Begehren eigene Rechte ableitet, ist verpflichtet, an der Feststellung des Sachverhalts mitzuwirken (Art. 20 Abs. 1 VRPG). Die Mitwirkung der Parteien ist zunächst eine verfahrensrechtliche Pflicht. Der Untersuchungsgrundsatz gemäss Art. 18 Abs. 1 VRPG entbindet sie nicht etwa davon; vielmehr ist dieser durch die Mitwirkungspflicht begrenzt. Die Mitwirkungspflicht gilt grundsätzlich für alle Arten von Tatsachen, kommt aber vorab für jene Umstände in Frage, die eine Partei besser kennt als die Behörden und welche diese ohne die Mitwirkung der Partei gar nicht oder nicht mit vernünftigem Aufwand erheben

²⁴ Vgl. auch Vortrag der Gesundheits- und Fürsorgedirektion an den Regierungsrat zur Teilrevision 2015 der Spitalversorgungsverordnung vom 7. September 2015, S. 11, Erläuterungen zu Artikel 40 c, Absatz 2

²⁵ Vgl. Vorakten, Beilage 2

²⁶ Vgl. Vorakten, Beilage 6

könnten.²⁷ Bei Verweigerung der Mitwirkung wird – ausgenommen, es besteht ein öffentliches Interesse an der Behandlung – auf das Begehren nicht eingetreten (Art. 20 Abs. 2 VRPG). Dies gilt für das Gesuchsverfahren uneingeschränkt. Die Nichteintretensfolge ist allerdings nur ausnahmsweise zu verhängen; einzelne geringfügige Versäumnisse sind im Rahmen der Beweiswürdigung zu berücksichtigen.²⁸

3.1.3 Der Untersuchungsgrundsatz hat indessen keinen Einfluss auf die Beweislast. Der Gesuchsteller muss vorliegend nach der Beweisregel von Art. 8 ZGB²⁹ beweisen,³⁰ dass das beschriebene Verfahren die Voraussetzungen von Art. 116 SpVG erfüllt.³¹ Eine gesetzliche Pflicht, das Formular der Vorinstanz zu benutzen, gibt es indessen nicht. Bleibt ein Sachumstand unbewiesen, so muss die beweisbeleistete Partei die Folgen der Beweislosigkeit tragen.³²

3.1.4 Da die Vorinstanz auf das Gesuch eingetreten ist und es damit auch materiell behandelt hat, erübrigen sich grundsätzlich weitere Ausführungen zu diesem Punkt.

Der guten Ordnung halber sei festgehalten, dass mitnichten von einer Verweigerung der Mitwirkung gesprochen werden kann. Die Beschwerdeführerin hat unbestrittenermassen auf die Aufforderung reagiert – wenn auch nicht in der von der Vorinstanz erhofften Art und Weise. Trotz der fehlenden Nachkalkulation konnte die Vorinstanz gestützt auf die vorhandenen Informationen das Gesuch überprüfen. Die fehlende Nachkalkulation stellt damit keine Verweigerung der Mitwirkung dar, war aber im Rahmen der Beweiswürdigung zu beachten und führte letztlich infolge der Beweislosigkeit zur Abweisung des Gesuchs (vgl. E. 3.2 ff. hienach).

3.2 Abweisungsgründe der Vorinstanz

In ihrer Verfügung vom 13. Dezember 2017 beurteilt die Vorinstanz die Nachvollziehbarkeit der Deckungslücke als Teil der finanziellen Voraussetzungen von Art. 116 Abs. 2 SpVG als nicht erfüllt. Insbesondere die Kalkulation der Beschwerdeführerin sei nicht nachvollziehbar. Begründet wird dies im Einzelnen mit der Nichtnachvollziehbarkeit der Behandlungsdauer sowie des fehlenden Ausweisens von Erlösen und der Kosten der stationären Behandlung. Im Folgenden wird auf die einzelnen Abweisungsgründe der Vorinstanz näher eingegangen.

²⁷ Vgl. BGer 2C_2/2015 vom 13.08.2015

²⁸ Vgl. Müller, Bernische Verwaltungsrechtspflege, 2. Auflage, Bern 2011, S. 58 f.

²⁹ Schweizerisches Zivilgesetzbuch vom 10. Dezember 1907 (ZGB; SR 210)

³⁰ Vgl. BGE 138 II 465 E. 6.8.2 S. 486; BGE 138 V 218 E. 6 S. 222

³¹ Vgl. Müller, a.a.O., S. 57 ff.

³² Merkli / Aeschlimann / Herzog, a.a.O., Art. 18 N. 6

3.3 Behandlungsdauer

3.3.1 Argumentation der Verfahrensbeteiligten

3.3.1.1 Die Vorinstanz hält in ihrer Verfügung vom 13. Dezember 2017 fest, die durchgehende Kalkulation mit einem Personaleinsatz von 90 Minuten erscheine nicht plausibel. Der Personaleinsatz sei in der angepassten Gesuchsversion vom 10. August 2017 gegenüber der ursprünglichen Version vom 23. Juni 2017 ohne Begründung um fünfzig Prozent erhöht worden. Neben der unplausibel hohen Personaldotation führe dies dazu, dass die Angaben zum Personaleinsatz zwischen den verschiedenen Kalkulationstabellen der angepassten Gesuchsversion nicht mehr übereinstimmen würden.

3.3.1.2 Die Beschwerdeführerin bringt mit Beschwerde vom 12. Januar 2018 vor, die von der Vorinstanz dargelegte Sichtweise, wonach der Personaleinsatz mit 90 Minuten pro Behandlungssession unplausibel sei, werde von der Vorinstanz nicht weiter begründet. Für die Nachvollziehbarkeit verweist die Beschwerdeführerin auf ihre eingereichten Berechnungen, welche den Personaleinsatz pro Behandlungssession in «Vorbereitung», «Durchführung» und «Nachbereitung» detailliert aufteilen würden.

Die Feststellungen der Vorinstanz zur Steigerung des Personaleinsatzes in der Gesuchsversion vom 10. August 2017 gegenüber der Version vom 23. Juni 2017 um 50% könne sie nicht nachvollziehen. In der Gesuchversion 23. Juni 2017 seien 750 Stunden für 600 Behandlungssession à 1.5 Stunden berechnet worden. Diesen offensichtlichen Fehler ($600 \times 1.5 = 900$ und nicht 750) habe sie in der Gesuchsversion vom 10. August 2017 korrigiert. Die Beschwerdeführerin hält fest, dass sie es bedaure, diese Änderung in der angepassten Gesuchsversion unbegründet gelassen zu haben.

3.3.1.3 In ihrer Beschwerdevernehmlassung führt die Vorinstanz aus, die Beschwerdeführerin habe in ihrem angepassten Gesuch vom 10. August 2017 eine Behandlungsdauer von 60 Minuten sowie eine Vor- und Nachbereitungsdauer von 30 Minuten angegeben. Die Vorinstanz nehme nicht für sich in Anspruch, die angemessene Dauer von medizinischen Behandlungen einschätzen zu können. Dass die Behandlungsdauern unplausibel seien, ergebe sich denn auch nicht aus einer medizinischen Einschätzung, sondern vielmehr aus dem Kontext bzw. den folgenden (allgemeinen) Überlegungen:

Wie in der ablehnenden Verfügung vom 13. Dezember 2017 erläutert, sei der Personaleinsatz von der Beschwerdeführerin in der angepassten Gesuchsversion vom 10. August 2017 ohne Begründung gegenüber der ursprünglichen Version vom 23. Juni 2017 erhöht wor-

den.³³ Der Grund für die Einreichung einer angepassten Gesuchsversion sei gewesen, dass die Vorinstanz die Beschwerdeführerin zur Berichtigung von zwei nicht korrekten Angaben in der Kalkulation aufgefordert habe. Einerseits habe die Beschwerdeführerin in ihrem ursprünglichen Gesuch zwei unterschiedliche Beträge für die Deckungslücken angegeben. Andererseits sei ein zu tiefer Tarif für stationäre Leistungen eingesetzt worden, so dass insgesamt zu tiefe Erlöse und eine zu hohe Deckungslücke ausgewiesen worden seien.³⁴

In ihrer angepassten Version habe die Beschwerdeführerin zwar den korrekten Tarif und übereinstimmende Deckungslücken abgebildet. Jedoch sei im Vergleich zur Vorversion die Behandlungsdauer so erhöht worden, dass trotz der tieferen Erlöse eine höhere Deckungslücke und damit ein höherer beantragter Kantonsbeitrag resultiert hätten. Gründe für die erhöhte Behandlungsdauer seien nicht angegeben worden. Neben der Behandlungsdauer seien ausserdem die Einsatzzeiten des Sekretariats und der Verwaltung erhöht worden.³⁵ Insgesamt gebe die Beschwerdeführerin an, dass pro Einzelsitzung 45 Minuten direkte Sekretariats- und Verwaltungsleistungen anfallen würden – und dies zusätzlich zu einem Gemeinkostenzuschlag von 30 Prozent. Es sei nicht nachvollziehbar, dass die direkten Sekretariats- und Verwaltungsarbeiten etwa zehn Mal so lange dauern würden wie bei einer üblichen Behandlungssitzung. Ausserdem zeige die Tatsache, dass die Einsatzzeiten von vier Berufsgruppen (Ärztliche Leitung, Assistenzärztinnen und -ärzte, Sekretariat, Verwaltung) nachträglich erhöht worden seien, dass es sich dabei keineswegs um die Korrektur eines Versehens gehandelt habe.

Das Gesuch der Beschwerdeführerin sei sodann dem Beirat für medizinische Innovationen zur Prüfung zugeschickt worden. Bereits bei der individuellen schriftlichen Beurteilung hätten drei Beiratsmitglieder die angegebene Behandlungsdauer für nicht plausibel gehalten – ohne von der Vorinstanz auf die Anpassung der Behandlungsdauer hingewiesen worden zu sein.³⁶ Auch in der Beiratssitzung vom 15. September 2017 sei die Behandlungsdauer diskutiert und schliesslich für zu wenig nachvollziehbar befunden worden. Moniert worden sei unter anderem, dass für sämtliche Patientinnen und Patienten eine Behandlungsdauer von 60 Minuten angegeben werde statt die effektive und von Fall zu Fall variierende Dauer zu dokumentieren. Mit der im Antragsformular vorgegebenen Tabelle hätten solche normativen und fallübergreifenden Annahmen vermieden werden sollen, indem die effektiven Kosten pro Fall in nachprüfbarer Weise abgebildet würden.³⁷

³³ Vgl. Vorakten, Beilage 4

³⁴ Vgl. Vorakten, Beilage 5

³⁵ Vgl. Vorakten, Beilage 6

³⁶ Vgl. Vorakten, Beilage 7

³⁷ Vgl. Vorakten, Beilage 8

Weitere Unstimmigkeiten hinsichtlich der angegebenen Behandlungsdauer würden sich aus den Anhängen ergeben, welche die Beschwerdeführerin selbst dem Gesuch beigelegt habe. So sei in sämtlichen Forschungsartikeln zur rTMS von einer variablen Behandlungsdauer die Rede. In der Richtlinie des "Canadian Journal of Psychiatry" werde ausserdem festgehalten, dass eine konventionelle Behandlung zwischen 15 und 45 Minuten dauern würde.³⁸ Im Papier von Rossi et al. finde sich eine Übersicht der Behandlungsdauern in unterschiedlichen Studien.³⁹ Daraus werde deutlich, dass die Dauer stark variere und meistens kürzer sei als 30 Minuten.

Die Vorinstanz hält weiter fest, dass eine einfache Internetrecherche (Google-Suche mit den Suchbegriffen "Behandlungsdauer rTMS") unter den ersten Treffern ein Interview mit einem bei der Beschwerdeführerin arbeitenden Arzt anzeige, welcher darüber informiere, dass *„die Dauer der einzelnen Sitzung [...] vom Einzelfall ab[hängt]. Sie beträgt zwischen einer Viertel- und einer halben Stunde.“* Der Arzt führe aus, dass man versuche, *„mit höheren Dosen und kürzerer Behandlungsdauer die Therapie zeitlich weniger aufwendig und somit auch kostengünstiger zu machen.“*⁴⁰ Aber auch eine einfache Internetsuche zu anderen Anbietern von rTMS (ausserhalb des Forschungskontextes) zeige, dass meist von Behandlungsdauern unter 30 Minuten die Rede sei.

3.3.2 Würdigung

Vorab kann festgehalten werden, dass die Vorinstanz ihre Sichtweise, wonach der Personaleinsatz mit 90 Minuten pro Behandlungssession unplausibel sei, durchaus begründet hat. Zumal die Begründung der Beanstandung des Beirates entspricht, welche der Beschwerdeführerin bereits mit E-Mail vom 27. September 2017 mitgeteilt worden war.⁴¹

Wie die Vorinstanz nimmt auch die Beschwerdeinstanz nicht für sich in Anspruch, die angemessene Dauer von medizinischen Behandlungen einschätzen zu können. Die Frage, ob die Behandlungsdauer vorliegend unplausibel erscheint, ist letztlich jedoch auch eine juristische und keine medizinische Frage. Wenn sich die Beschwerdeführerin dazu entschliesst, für ihr Gesuch nicht oder nur teilweise das Formular der Vorinstanz zu benützen, liegt es an ihr, eine entsprechend klare und damit nachvollziehbare Kalkulation zu liefern. Gelingt ihr das nicht und bleibt ein Sachumstand auch nach einer Verbesserung des Gesuchs unbewiesen,

³⁸ Vgl. Vorakten, Beilage 12, S. 564

³⁹ Vgl. Vorakten, Beilage 13, S. 10

⁴⁰ Vgl. Vorakten, Beilage 14

⁴¹ Vgl. Vorakten, Beilage 9

so muss die Beschwerdeführerin nach der allgemeinen Beweislastregel von Art. 8 ZGB die Folgen der Beweislosigkeit tragen.

Dadurch, dass die Beschwerdeführerin nicht die effektive (von Fall zu Fall variierende) Behandlungsdauer, sondern lediglich schematisch im Rahmen einer Simulation für sämtliche Patientinnen und Patienten eine Behandlungsdauer von 60 Minuten angegeben hat, ist es nicht möglich, die effektiven Kosten zu prüfen. Zumal aus den Unterlagen klar ersichtlich ist, dass von einer variablen Behandlungsdauer auszugehen ist und die konventionelle Behandlung zwischen 15 und 45 Minuten dauert. Dazu kommen die offenbar ungewöhnlich hohen Sekretariats- und Verwaltungsleistungen. Die Beschwerdeführerin hat es verpasst, die lange Sitzungsdauer von insgesamt 90 Minuten mit der effektiven Dauer der jeweiligen Fälle zu belegen. Die Behandlungsdauer ist auch nach den Erläuterungen und dem pauschalen Verweis auf die eingereichten Berechnungen nicht nachvollziehbar. Die Folgen dieser Beweislosigkeit hat die Beschwerdeführerin zu tragen. Nach dem Gesagten ist der Vorinstanz Recht zu geben, dass die durchgehende Kalkulation mit einem Personaleinsatz von 90 Minuten nicht plausibel erscheint.

3.4 Ausweis der Erlöse

3.4.1 Argumentation der Verfahrensbeteiligten

3.4.1.1 Die Vorinstanz macht in ihrer Verfügung geltend, weitere Erlöse im ambulanten und stationären Bereich in der Kalkulation seien zu wenig abgebildet. So sei nicht nachvollziehbar, aus welchen Gründen das ärztliche Personal im ambulanten Bereich lediglich 20 Minuten Leistungen in Abwesenheit verrechne, wenn es neben der einstündigen Behandlungsdauer zwingend weitere 30 Minuten anwesend sein müsse. Ebenfalls sei nicht klar, warum für das ärztliche Personal psychologische (und nicht ärztliche) Leistungen in Abwesenheit verrechnet würden.

3.4.1.2 Die Beschwerdeführerin bringt in ihrer Beschwerde vor, die von der Vorinstanz bemängelte Verrechnung von lediglich 20 Minuten anstelle von 30 Minuten Leistung in Abwesenheit ergebe sich aus 5 Minuten Vorbereitung, 5 Minuten Nachbereitung und 10 Minuten Dokumentation pro Behandlungssession. Die restlichen 10 Minuten würden keine KVG-Leistungen darstellen und könnten deshalb nicht als Leistung in Abwesenheit verrechnet werden. Dennoch seien es im Rahmen der rTMS-Behandlung anfallende Leistungen. Die Verrechnung von 20 Minuten Leistung in Abwesenheit sei deshalb korrekt.

Die Beschwerdeführerin räumt ein, dass ihr bei der Wahl der Leistungsposition für die Leistung in Abwesenheit ein Fehler unterlaufen sei, für den sie sich entschuldige. Es hätte die

Tarifposition 02.0070 (Ärztliche Leistung in Abwesenheit des Patienten [inkl. Aktenstudium] durch den Facharzt für Psychiatrie, pro 5 Min.) anstelle der Tarifposition 02.0160 (Leistung in Abwesenheit des Patienten durch behandelnden Psychologen/Psychotherapeuten, pro 5 Min.) zur Anwendung kommen sollen. Mit der Korrektur des Fehlers können mehr Taxpunkte pro Leistungseinheit via TARMED geltend gemacht werden (berechnet nach dem System 1.08 BR). Die Deckungslücke werde dadurch geringer. Sie habe dies im beantragten Betrag berücksichtigt.⁴²

3.4.1.3 Die Vorinstanz führt in ihrer Vernehmlassung aus, neben der Behandlungsdauer hätten einige Beiratsmitglieder in ihren schriftlichen Rückmeldungen und an der Beiratssitzung die Erträge im ambulanten Bereich als nicht plausibel beurteilt. Nachvollziehbar und bekannt sei die Tatsache, dass keine spezifische TARMED-Position existiere, mit der die Anwesenheitsleistung der rTMS verrechnet werden könne.

Als verrechenbare Leistung habe die Beschwerdeführerin die Leistungen in Abwesenheit angegeben, wobei jeweils vier Mal fünf Minuten psychologische Leistungen in Abwesenheit verrechnet würden (also insgesamt 20 Minuten). Mit E-Mail vom 27. September 2017 habe die Vorinstanz die Beschwerdeführerin um zusätzliche Informationen zu ihrem Gesuch um Beiträge für medizinische Innovationen gebeten. Unter anderem habe die Vorinstanz die Frage gestellt, aus welchen Gründen lediglich vier Mal fünf Minuten Leistungen in Abwesenheit verrechnet würden (also insgesamt 20 Minuten), obwohl zwei ärztliche Fachpersonen jeweils 30 Minuten Leistungen in Abwesenheit erbringen (also insgesamt 60 Minuten). Schliesslich könnten auch Assistenzärztinnen und -ärzte ihre Leistungen verrechnen, wenn sie unter Anleitung der ärztlichen Leitung arbeiten. Diese Frage habe die Beschwerdeführerin mit einer Gegenfrage beantwortet, ohne zusätzliche Informationen oder Erläuterungen vorzubringen.⁴³ Die Vorinstanz hält fest, dass ihr nach wie vor nicht klar sei, aus welchem Grund nur ein Teil der Leistungen in Abwesenheit verrechnet würden.

Die Vorinstanz bringt weiter vor, dass bisher ebenfalls unklar gewesen sei, weshalb die Beschwerdeführerin die ärztlichen Leistungen in Abwesenheit mit TARMED-Positionen für Psychologinnen und Psychologen verrechnet habe. Zumindest diesen Teil habe die Beschwerdeführerin in ihrer Beschwerde korrigiert.

⁴² Vgl. Beschwerdebeilage 2

⁴³ Vgl. Vorakten, Beilage 9

3.4.2 Würdigung

Gemäss E-Mail der Vorinstanz vom 27. September 2017 musste die Beschwerdeführerin für die Nachvollziehbarkeit der Deckungslücke die Herleitung der Kosten mit einer Nachkalkulation oder einer Neubegründung verständlich und nachweislich darlegen, damit die Vorinstanz die Richtigkeit der Berechnung der Deckungslücke überprüfen kann.⁴⁴ Dieser Aufforderung kommt die Beschwerdeführerin weder in ihrer Antwortmail vom 20. Oktober 2017⁴⁵ noch in ihrer Beschwerde nach. Eine Überprüfung wäre aber nur dann möglich gewesen, wenn die Beschwerdeführerin genau dargelegt hätte, welche Leistungen sie im Rahmen der rTMS-Behandlung erbringt, welche davon KVG-Leistungen im Sinne von Art. 25 f. KVG sind und welche nicht – genau so, wie es in der im Antragsformular vorgegebenen Tabelle vorgesehen ist. Per E-Mail vom 20. Oktober 2017 stellt die Beschwerdeführerin lediglich eine Gegenfrage. Die Ausführungen in der Beschwerde vom 12. Januar 2018 betreffend Leistungen in Abwesenheit erklären nur 30 Minuten der 90-minütigen Gesamtbehandlungsdauer.⁴⁶ Unklar bleibt damit weiterhin, welche Leistungen die Beschwerdeführerin in der Restbehandlungszeit von 60 Minuten genau erbringt, und welche davon KVG-Leistungen darstellen. Eine nachvollziehbare und lückenlose Herleitung der Kosten ist aber unabdingbar, da die Beiträge des Kantons an medizinische Innovationen nach dem Subsidiaritätsprinzip und damit nur dann gewährt werden, wenn mögliche andere Finanzierungsquellen ausgeschöpft bzw. nicht vorhanden sind. Der Beschwerdeführerin gelingt es nach dem Gesagten nicht, ihre Erträge im ambulanten Bereich und damit ihre Kalkulation plausibel zu machen.

3.5 Kosten der stationären Behandlung

3.5.1 Argumentation der Verfahrensbeteiligten

3.5.1.1 Schliesslich hält die Vorinstanz in ihrer Verfügung fest, dass im stationären Bereich die Vollkosten der Innovation zu den Vollkosten für stationäre Leistungen hinzugerechnet würden. Es sei nicht plausibel, dass die neuartige Behandlung die üblichen Behandlungsleistungen in keiner Weise ersetzen und dadurch uneingeschränkt als Zusatzkosten zu Buche schlagen würden.

3.5.1.2 Zu diesem Punkt bringt die Beschwerdeführerin in ihrer Beschwerde vor, im stationären Bereich werde die rTMS-Behandlung ergänzend zu anderen Behandlungsmethoden

⁴⁴ Vgl. Vorakten, Beilage 9

⁴⁵ Vgl. Vorakten, Beilage 9

⁴⁶ Vgl. Beschwerde vom 12. Januar 2018

angewendet. Sie ersetze diese nicht, weshalb die Vollkosten der rTMS-Behandlung auf die Vollkosten der stationären Behandlung aufgeschlagen würden.

3.5.1.3 In der Beschwerdevernehmlassung hält die Vorinstanz bezüglich Kosten der stationären Behandlung an ihrer Begründung fest. Sie erachte es als unwahrscheinlich, dass die rTMS im stationären Bereich die üblichen Behandlungsleistungen in keiner Weise ersetzen und dadurch uneingeschränkt als Zusatzkosten zu Buche schlagen würden. Wenig plausibel sei ein schlichtes Aufsummieren der Kosten insbesondere, wenn die rTMS – wie von der Beschwerdeführerin angegeben – bei einer stationären Behandlung täglich durchgeführt werde. Mindestens eine andere Therapiestunde müsse für die behandelte Person durch die rTMS zwingendermassen ausfallen. Wenn man die Vollkosten für die übliche stationäre Behandlung und die von der Beschwerdeführerin angegebenen Vollkosten für die rTMS addiere, resultierten Gesamtkosten in einer Höhe von CHF 1'246.31 pro Tag, welche selbst für B.____ übermässig hoch seien.

Die Vorinstanz bringt weiter vor, dass sie die Vollkosten pro Tag hätte prüfen können, wenn die Beschwerdeführerin die im neuen Antragsformular vorgegebene Tabelle zur fallbezogenen Kosten- und Erlöskalkulation verwendet hätte. Aus der von der Beschwerdeführerin gelieferten Herleitung lasse sich jedoch lediglich ein Betrag ablesen, der der Vorinstanz zwar nicht plausibel erscheine, aber mangels zusätzlicher Informationen bzw. Dokumentationen auch nicht auf seine Höhe überprüft werden könne.

3.5.4 Würdigung

Die Behauptung der Beschwerdeführerin, die rTMS-Behandlung werde im stationären Bereich nur ergänzend zu anderen Behandlungsmethoden angewendet und ersetze diese nicht, erscheint nicht plausibel. Es ist nämlich davon auszugehen, dass der Einsatz von rTMS zumindest einzelne andere Therapiestunden ersetzt, zumal die Behandlung ausdrücklich eine Alternative zu den üblichen Behandlungsmethoden darstellt.⁴⁷ Die Beschwerdeführerin bringt keine eigentliche Begründung für ihre Behauptung vor und unterlässt es auch, entsprechende Nachweise vorzubringen. Die Frage, ob die rTMS im stationären Bereich die üblichen Behandlungsleistungen teilweise ersetzt oder nicht, kann daher mit den vorhandenen Unterlagen nicht eindeutig beantwortet werden. Indem die Beschwerdeführerin es unterlässt diesen Punkt zu belegen, ist nach den allgemeinen Beweisregeln zu ihren Lasten davon auszugehen, dass die Kostenberechnung der stationären Behandlung nicht korrekt erfolgt ist.

⁴⁷ Bereits im Titel des Gesuchs wird von einer „alternativen Behandlung“ gesprochen

4. Ergebnis

Die Beschwerdeführerin musste insbesondere im Gesuchs-, aber auch im Beschwerdeverfahren beweisen, dass das beschriebene rTMS-Verfahren die Voraussetzungen von Art. 116 SpVG erfüllt. Sie benützte dazu teilweise eigene Tabellen und nicht die im Antragsformular vorgegebene Tabelle, in welchen die effektiven Kosten pro Fall in nachprüfbarer Weise abgebildet wären. Mit der eigenen Kalkulation gelingt es der Beschwerdeführerin jedoch nicht, die Deckungslücke nachvollziehbar zu belegen. Das Gesuch der Beschwerdeführerin um Gewährung eines Beitrags zur Überbrückung der Deckungslücke beim Einsatz der medizinischen Innovation rTMS zur alternativen Behandlung von Depressionen, Halluzinationen und andern psychiatrischen Erkrankungen“ vom 10. August 2017 erfüllt damit die finanziellen Voraussetzungen von Art. 116 Abs. 2 SpVG nicht. Die Beschwerde vom 12. Januar 2018 ist daher abzuweisen.

5. Kosten

5.1 Die Verfahrenskosten, bestehend aus einer Pauschalgebühr (Art. 103 VRPG), werden der unterliegenden Partei auferlegt, es sei denn, das prozessuale Verhalten einer Partei gebiete eine andere Verlegung oder die besonderen Umstände rechtfertigen, keine Verfahrenskosten zu erheben (Art. 108 Abs. 1 VRPG).

Vorliegend unterliegt die Beschwerdeführerin vollumfänglich. Dementsprechend werden die Verfahrenskosten, pauschal festgesetzt auf CHF 1'500.00, der Beschwerdeführerin zur Bezahlung auferlegt (vgl. Art. 19 Abs. 1 GebV⁴⁸).

5.2 Parteikosten sind keine angefallen (Art. 104 Abs. 3 VRPG) und demzufolge keine zu sprechen (Art. 108 Abs. 3 VRPG).

⁴⁸ Verordnung vom 22. Februar 1995 über die Gebühren der Kantonsverwaltung (Gebührenverordnung, GebV; BSG 154.21)

III. **Entscheid**

1. Die Beschwerde vom 12. Januar 2018 wird **abgewiesen**.
2. Die Verfahrenskosten, festgesetzt auf **CHF 1'500.00**, werden der Beschwerdeführerin zur Bezahlung auferlegt.

Eine separate Zahlungseinladung folgt, sobald dieser Entscheid in Rechtskraft erwachsen ist.

3. Parteikosten werden keine gesprochen.

IV. **Eröffnung**

- Beschwerdeführerin, per Einschreiben
- Vorinstanz, per Kurier

DER GESUNDHEITS- UND
FÜRSORGEDIREKTOR

Pierre Alain Schnegg
Regierungsrat

Rechtsmittelbelehrung

Dieser Entscheid kann innert 30 Tagen seit seiner Eröffnung mit schriftlicher und begründeter Beschwerde beim Verwaltungsgericht des Kantons Bern, Verwaltungsrechtliche Abteilung, Speichergasse 12, 3011 Bern angefochten werden. Die Verwaltungsgerichtsbeschwerde, die mindestens in 2 Exemplaren einzureichen ist, muss einen Antrag, die Angabe von Tatsachen und Beweismitteln, eine Begründung sowie eine Unterschrift enthalten; der angefochtene Entscheid und greifbare Beweismittel sind beizulegen.