

BGE 151 V 100

Bundesgericht (BGE), 2025-01-15, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bge_151 V 100](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bge_151_V_100)

FR: ATF 151 V 100

IT: DTF 151 V 100

Regeste

Regeste Art. 55a KVG; Art. 2, 3 und 9 der Verordnung über die Festlegung der Höchstzahlen für Ärztinnen und Ärzte im ambulanten Bereich (Höchstzahlenverordnung); Art. 1, 2 und 12 der Verordnung des Regierungsrats des Kantons Bern über die Zulassung zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (ZulaV); Begrenzung der Anzahl der Ärztinnen und Ärzte, die im Kanton Bern ambulante Leistungen zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) erbringen können. Die Vereinigung A. ist legitimiert, im Rahmen einer abstrakten Normenkontrolle gegen die ZulaV Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten beim Bundesgericht zu führen (E. 3.4). Art. 55a KVG in der seit dem 1. Juli 2021 geltenden Fassung stellt eine direkt anwendbare Regelung dar, welche bereits den Grundsatz sowie die wesentlichen Elemente der Bedürfnisklausel enthält und durch kantonales Ausführungsrecht nurmehr konkretisiert werden muss. Sie beinhaltet eine Methodik zur Berechnung der maximalen Anzahl Ärztinnen und Ärzte, die ambulante Leistungen zulasten der OKP erbringen, und gliedert sich in drei zeitlich aufeinanderfolgende Phasen, in denen die Kompetenzverteilung zwischen Bund und Kantonen unterschiedlich ausgestaltet ist (E. 7; vgl. auch Urteile 9C_538/2023 vom 16. September 2024; 9C_481/2023 vom 28. Mai 2024). Die kantonalberrnische Gesetzeslage umfasst die Kompetenz des Regierungsrats des Kantons Bern, die Zulassung der Ärztinnen und Ärzte, die im ambulanten Bereich zulasten der OKP im Kanton Bern Leistungen erbringen, nach Massgabe von Art. 55a KVG i.V.m. Art. 1 der Höchstzahlenverordnung in quantitativer Hinsicht mittels Verordnung - in Form der ZulaV - festzulegen resp. einzuschränken (E. 8). Es kann darin weder eine Verletzung des in Art. 117a BV verankerten Rechts auf medizinische Grundversorgung (E. 10) noch der in Art. 5 der Höchstzahlenverordnung stipulierten kantonalen ambulanten Bedarfsplanung erblickt werden (E. 12). Ebenso wenig geht damit eine Gefährdung von bundesrechtlichen Leistungsaufträgen im Sinne der Anerkennung der Berner Spitäler als Weiterbildungsstätten resp. des Ziels der Verlagerung von stationären zu ambulanten Behandlungen einher (E. 13). Schliesslich ist nicht erkennbar, inwiefern der Erlass der ZulaV auf einer willkürlichen Rechtsetzung basieren sollte (E. 14).

Erwägungen

E. 3.1

Nach Art. 89 Abs. 1 lit. b und c BGG steht - in Einklang mit der ständigen Rechtsprechung - die Beschwerdebefugnis in Bezug auf kantonale Regierungsakte denjenigen Personen zu, die von ihnen aktuell oder virtuell besonders betroffen sind und ein schutzwürdiges Interesse an ihrer Aufhebung oder Änderung haben (BGE 149 I 81 E. 4.2 mit Hinweisen). Für das Berührtsein in diesem Sinne genügt es, dass mit einem Minimum an Wahrscheinlichkeit absehbar ist, dass die beschwerdeführende Partei eines Tages von der

angefochtenen Regelung unmittelbar betroffen sein wird (vgl. BGE 148 I 160 E. 1.4; BGE 147 I 308 E. 2.2; BGE 145 I 26 E. 1.2 mit Hinweisen). Was das schutzwürdige Interesse anbelangt, muss dieses nicht rechtlicher Natur sein; vielmehr reicht ein solches faktischer Art. Nicht zulässig BGE 151 V 100 S. 105 ist hingegen ein bloss allgemeines Interesse an einer korrekten Rechtsanwendung (BGE 141 I 78 E. 3 f.; BGE 136 I 49 E. 2.1; je mit Hinweisen). Ein als juristische Person konstituierter Verband kann in diesem Rahmen die Verletzung von Freiheitsrechten seiner Mitglieder geltend machen, soweit er nach den Statuten die entsprechenden Interessen zu wahren hat und die Mehrheit oder zumindest eine Grosszahl der Mitglieder durch die angefochtene Regelung direkt oder virtuell betroffen wird (sog. "egoistische Verbandsbeschwerde"; BGE 142 II 80 E. 1.4.2; BGE 130 I 26 E. 1.2.1; je mit Hinweisen). Eine solche ist, sofern die entsprechenden Voraussetzungen gegeben sind, auch im Verfahren der abstrakten Normenkontrolle zulässig (vgl. BGE 130 I 26 E. 1.2.1; Urteil 1C_181/2019 vom 29. April 2020 E. 1.2, nicht publ. in: BGE 147 I 103).

E. 3.2

Anzumerken ist, dass Leistungserbringer, die erstmals eine Zulassung zur Rechnungsstellung zulasten der OKP beantragen, grundsätzlich dem neuen Zulassungssystem unterstehen. Für bereits zugelassene Leistungserbringer gelten demgegenüber die erworbenen Rechte (vgl. Art. 36 ff., Art. 55a Abs. 5 KVG , Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 19. Juni 2020; AS 2021 413; Botschaft vom 9. Mai 2018 zur Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung [Zulassung von Leistungserbringern], BBl 2018 3125, 3154 ff., 3159 unten, 3160 unten f.; ferner - für den Kanton Bern - Art. 10 Abs. 1 und 2 ZulaV).

E. 3.3

Der Beschwerdeführer 2 ist in der Stadt U. sowohl als Facharzt für Allgemeine Innere Medizin - ein gemäss ZulaV in der Region Bern-Mittelland reguliertes Fachgebiet - als auch für Kardiologie, ein bei Erreichen des Versorgungsgrads von 115 % reguliertes Fachgebiet, tätig. Er verfügt selber über eine Zulassung als Leistungserbringer zulasten der OKP, weshalb die ZulaV ihn in dieser Hinsicht nicht unmittelbar tangiert. Davon betroffen ist er jedoch insoweit, als, falls er in der eigenen Praxis weitere Fachärztinnen und -ärzte anstellen wollte, um sich selber zu entlasten und/oder den Betrieb zu erweitern, er für diese auf Grund der ZulaV allenfalls keine entsprechende Zulassung erwirken könnte. Auch würde eine Nachfolgeregelung unter diesen Vorzeichen möglicherweise erschwert. Ein Interesse im hiervor beschriebenen Sinne an der Anfechtbarkeit der Verordnung ist vor diesem Hintergrund ausgewiesen und die Beschwerdelegitimation daher gegeben (so auch das Urteil 9C_481/2023 vom 28. Mai 2024 E. 1.3.3, in: SVR 2024 KV Nr. 17 S. 76). BGE 151 V 100 S. 106

E. 3.4

Bei der Beschwerdeführerin 1 handelt es sich um einen Verein nach Art. 60 ff. ZGB , der als Aktivmitglieder Fachärztinnen und -ärzte umfasst, die im Kanton Bern invasiv und/oder als Belegärztinnen und -ärzte tätig sind (Art. 3 der Statuten vom 2. September 2004/3. Dezember 2009). Die Vereinigung bezweckt gemäss Art. 2 der Statuten eine basisbezogene gesundheitspolitische und wirtschaftliche Interessenvertretung der invasiv tätigen Spezial- und Belegärztinnen und -ärzte im Kanton Bern. Ferner koordiniert sie ihre Tätigkeit mit der Ärztesgesellschaft des Kantons Bern, den kantonalen Fachgesellschaften und der Schweizerischen Belegärzte-Vereinigung (SBV). Wahrgenommen werden dabei

insbesondere das Schaffen angemessener Rahmenbedingungen für die optimale Ausübung der spezialärztlichen Tätigkeit in der freien Praxis und im Spital sowie günstiger Voraussetzungen für eine angemessene spezialärztliche Tätigkeit im Kanton Bern und die Vertretung der Mitglieder gegen aussen, namentlich gegenüber Krankenversicherern, kantonalen Behörden, Spitälern sowie weiteren Organisationen im Gesundheitswesen.

E. 3.4.1

In BGE 130 I 26 bejahte das Bundesgericht die Legitimation eines Vereins zur Anfechtung von Ärztehöchstzahlen, der die beruflichen Interessen von Humanmediziner*innen vertrat, sowie aller Ärztinnen und Ärzte, die in ihrer Befugnis zur Abrechnung zulasten der OKP inskünftig berührt sein könnten (E. 1.2.2). Ausgeführt wurde dabei insbesondere, dass die Nichtzulassung als Leistungserbringer zulasten der OKP die Führung einer eigenen Praxis faktisch wesentlich erschwere, womit eine diesbezügliche Zulassungsbeschränkung in den Schutzbereich der Wirtschaftsfreiheit falle (E. 4.4 f.; vgl. auch das Urteil 9C_538/2023 vom 16. September 2024 E. 2.2 mit Hinweis auf Urteil 9C_422/2014 vom 23. Dezember 2014 E. 2.3, nicht publ. in: BGE 140 V 574, aber in: SVR 2015 KV Nr. 7 S. 24).

E. 3.4.2

Auf Grund der in der ZulaV verankerten fachärztlichen Höchstzahlen ist es jedenfalls nicht auszuschliessen, d.h. mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit absehbar, dass mangels Abrechnungsberechtigung zulasten der OKP weniger Fachärztinnen und -ärzte ihre Tätigkeit im Kanton Bern aufnehmen können. Davon ist die Beschwerdeführerin 1 ihrerseits insofern direkt betroffen, als die Anzahl von Neumitgliedern sich tendenziell verringern wird. Überdies nimmt sie statutarisch die (gesundheitpolitische und wirtschaftliche) Interessenvertretung ihrer (Aktiv-)Mitglieder, der invasiv tätigen Spezial- und Belegärztinnen und -ärzte im Kanton Bern, wahr, indem BGE 151 V 100 S. 107 sie u.a. angemessene Rahmenbedingungen für die optimale Ausübung ihrer Tätigkeit schafft und ihre Mitglieder gegenüber Behörden vertritt. Denjenigen Mitgliedern, die (noch) über keine eigene Abrechnungsbefugnis zulasten der OKP verfügen, verunmöglicht die angefochtene Verordnung bei Erreichen der darin vorgesehenen Höchstzahlen die Erlangung einer solchen. Dies stellt, wie das in E. 3.4.1 erwähnte Urteil zeigt, grundsätzlich ein schützenswertes Interesse nach Art. 89 Abs. 1 lit. b und c BGG dar, das, sofern es eine stattliche Anzahl der Mitglieder betrifft, zur "egoistischen Verbandsbeschwerde" legitimiert (E. 3.1 hiervor). Wie es sich damit verhält - Entsprechendes wird vom Beschwerdegegner angezweifelt, da die Regelung einzig Neuzulassungen betreffe -, kann dahingestellt bleiben, da die Beschwerdeführerin 1 nach dem Gesagten so oder anders zur Beschwerdeerhebung berechtigt ist. Auf die Beschwerde ist einzutreten. (...)

E. 7.1

Das in Art. 5 Abs. 1 BV verankerte Legalitätsprinzip verlangt, dass die Behörden nur in dem durch das Gesetz vorgegebenen Rahmen handeln. Abgesehen vom Straf- und Steuerrecht, in welchen Bereichen ihm ein besonderer Stellenwert zukommt, ist das Legalitätsprinzip kein den Bürgerinnen und Bürgern zustehendes verfassungsmässiges Recht. Es handelt sich um ein Verfassungsprinzip, das nicht als solches, sondern nur im Zusammenhang mit der Verletzung insbesondere des Gewaltenteilungsprinzips, des Gleichheitsgrundsatzes, des Willkürverbots oder der Verletzung eines besonderen Grundrechts geltend gemacht werden kann (BGE 140 I 381 E. 4.4; BGE 134 I 322 E. 2.1).

E. 7.2.1

Das Bundesgericht hat seit jeher das sämtlichen Kantonsverfassungen zugrunde liegende Prinzip der Gewaltenteilung, das in Art. 51 Abs. 1 BV vorausgesetzt wird, als verfassungsmässiges Recht im Sinne von Art. 95 lit. c BGG anerkannt (BGE 145 V 380 E. 6.3; BGE 138 I 196 E. 4.1; BGE 126 I 180 E. 2a/aa). Es schützt die Einhaltung der verfassungsmässigen Zuständigkeitsordnung. Sein Inhalt ergibt sich in erster Linie aus dem kantonalen Recht (BGE 145 I 259 E. 4.2; BGE 142 I 26 E. 3.3; BGE 130 I 1 E. 3.1; BGE 128 I 327 E. 2.1; je mit Hinweisen), wobei das Bundesgericht die Auslegung der einschlägigen Verfassungsbestimmungen frei, jene des Gesetzesrechts BGE 151 V 100 S. 108 dagegen lediglich auf Willkür hin prüft (BGE 127 I 60 E. 2a; Urteil 2C_234/2016 vom 24. Mai 2017 E. 3.2, nicht publ. in: BGE 143 I 388). Gewaltenteilung bedeutet namentlich, dass Bestimmungen, die in einem Gesetz stehen müssen, nicht durch andere Organe erlassen werden dürfen, es sei denn auf Grund gültiger Gesetzesdelegation (BGE 147 I 478 E. 3.1.1 mit Hinweisen; Urteil 2C_418/2020 vom 21. Dezember 2021 E. 3.2.1; vgl. auch BGE 149 I 329 E. 5.2).

E. 7.2.2

Im Kanton Bern wird der Grundsatz der Gewaltenteilung durch Art. 66 der Verfassung des Kantons Bern vom 6. Juni 1993 (KV/BE; SR 131.212) gewährleistet. Danach richtet sich die Organisation der Behörden nach dem Grundsatz der Gewaltenteilung. Keine Behörde darf staatliche Macht unkontrolliert und unbegrenzt ausüben (Abs. 1). Wer öffentliche Aufgaben wahrnimmt, ist an die Verfassung und Gesetzgebung gebunden (Abs. 2). Ferner dürfen kantonale Erlasse, die höherrangigem Recht widersprechen, von den Justizbehörden nicht angewandt werden (Abs. 3). Der Grosse Rat des Kantons Bern erlässt als Legislativbehörde Gesetze und Dekrete (Art. 74 Abs. 1 KV/BE). Gesetze unterliegen der fakultativen Volksabstimmung (Art. 62 Abs. 1 lit. a KV/BE). Nach Art. 69 Abs. 1 KV/BE können Befugnisse des Volkes an den Grossen Rat und an das Exekutivorgan, den Regierungsrat, übertragen werden, falls die Delegation auf ein bestimmtes Gebiet beschränkt ist und das Gesetz den Rahmen der Delegation festlegt. Soll die Delegation an den Dekretsgeber erfolgen, sind im Gesetz diejenigen Bestimmungen zu bezeichnen, die durch Dekret näher auszuführen sind (Art. 74 Abs. 1 KV/BE). Art. 88 KV/BE sieht schliesslich vor, dass der Regierungsrat im Rahmen der Verfassung und der Gesetzgebung Verordnungen erlässt (Abs. 2). Er kann in Fällen zeitlicher Dringlichkeit Bestimmungen, die zur Einführung übergeordneten Rechts nötig sind, in einer Verordnung regeln. Dringliche Einführungsbestimmungen sind ohne Verzug durch ordentliches Recht abzulösen (Abs. 3).

E. 7.3.1

Um die Zunahme der Zahl der Leistungserbringer und den damit verbundenen Anstieg der Gesundheitskosten zu dämpfen, hat der Gesetzgeber Art. 55a KVG erlassen (ursprünglich in Kraft getreten am 1. Januar 2001 [AS 2000 2305], vorgesehen für eine Dauer von drei Jahren, dann verlängert bis zum 31. Dezember 2011, mehrfach geändert [AS 2005 2353, 2008 3165 und 2009 5339] und wieder eingeführt am 1. Juli 2013 [AS 2013 2065, 2016 2265, 2019 1211]; dazu Urteil 9C_538/2023 vom 16. September 2024 E. 5.3.1). BGE 151 V 100 S. 109 In seiner seit 1. Juli 2021 geltenden Fassung (AS 2021 413) sieht Art. 55a KVG u.a. vor, dass die Kantone in einem oder mehreren Fachbereichen oder in bestimmten Regionen die Zahl der Ärztinnen und Ärzte begrenzen, die ambulante Leistungen zulasten der OKP erbringen (Abs. 1 Satz 1), und dass der Bundesrat die Kriterien und methodischen Grundsätze für die Festlegung der Höchstzahlen bestimmt (Abs. 2 Satz 1). Mit der

diesbezüglichen Änderung sollten - so der Bundesrat - die Anforderungen an die zulasten der OKP tätigen Leistungserbringer erhöht und dadurch die Qualität sowie die Wirtschaftlichkeit der von ihnen erbrachten Leistungen gesteigert werden. Zudem wurde bezweckt, den Kantonen ein wirksames Instrument zur Kontrolle des Leistungsangebots zur Verfügung zu stellen (vgl. BBl 2018 3125 ff., insb. 3126).

E. 7.3.2

Gebrauch machend von der ihm gemäss Art. 55a Abs. 2 Satz 1 KVG (in der seit dem 1. Juli 2021 geltenden Fassung) eingeräumten Kompetenz hat der Bundesrat die Höchstzahlenverordnung (im Folgenden: HZV) erlassen. Laut dieser beruht die Festlegung der Höchstzahlen durch die Kantone auf der Berechnung des Ärzteangebots und des Bedarfsdeckungsgrads pro Region; ferner werden damit die anwendbaren Kriterien und Grundsätze definiert. Danach sind die Kantone verpflichtet, das Angebot an Ärztinnen und Ärzten (Art. 2 ["Ermittlung des Angebots an Ärztinnen und Ärzten"]) ins Verhältnis zum Versorgungsgrad der betroffenen Region je medizinisches Fachgebiet zu setzen (Art. 3 ["Methode zur Herleitung des Versorgungsgrades"]), um die Höchstzahlen für eine wirtschaftliche Versorgung festzulegen, die auf ihrem Gebiet notwendig ist (Art. 5 Abs. 1). Art. 8 HZV enthält sodann die Berechnungsgrundlagen, um insbesondere das Angebot an Ärztinnen und Ärzten nach Art. 2, den Bedarf an medizinischen Leistungen nach Art. 3 und die medizinischen Fachgebiete nach Art. 4 HZV ("Ein- und Zuteilung der medizinischen Fachgebiete") zu bestimmen. Das System kann von den Kantonen ausgestaltet werden, wobei diese namentlich vorsehen können, dass die Höchstzahlen für das gesamte Kantonsgebiet oder nur für einen Teil davon gelten (Art. 6 Abs. 1). Schliesslich können die Kantone gemäss der in Art. 9 HZV festgehaltenen Übergangsnorm bestimmen, dass längstens bis zum 30. Juni 2025 das nach Art. 2 HZV ermittelte Angebot an Ärztinnen und Ärzten je medizinisches Fachgebiet und Region einer bedarfsgerechten und wirtschaftlichen Versorgung entspricht. Die betreffende Übergangsregelung gilt mithin längstens bis Ende Juni 2025. Ab dem 1. Juli 2025 BGE 151 V 100 S. 110 muss die in der HZV vorgesehene Methode vollumfänglich angewendet werden (Urteile 9C_538/2023 vom 16. September 2024 E. 5.3.2 am Ende; 9C_481/2023 vom 28. Mai 2024 E. 2.1, in: SVR 2024 KV Nr. 17 S. 76). Mit Blick auf die konkrete Methode zur Herleitung des Versorgungsgrades legt nach Art. 3 Abs. 1 HZV das Eidgenössische Departement des Innern (EDI) ein gesamtschweizerisches Regressionsmodell des Angebots an ambulanten ärztlichen Leistungen fest. Es leitet daraus für jede Region den Bedarf an ärztlichen Leistungen pro medizinisches Fachgebiet her (bedarfsadjustiertes Leistungsvolumen a). In einem nächsten Schritt passt es das bedarfsadjustierte Leistungsvolumen a auf Grund der Patientenströme zwischen den Regionen an, um für jede Region pro medizinisches Fachgebiet das für eine bedarfsgerechte Versorgung notwendige Leistungsvolumen herzuleiten (bedarfsadjustiertes Leistungsvolumen b; Art. 3 Abs. 3 HZV). Es leitet - so Abs. 4 von Art. 3 HZV - für jede Region den Versorgungsgrad je medizinisches Fachgebiet her, indem es das von den Ärztinnen und Ärzten erbrachte Leistungsvolumen ins Verhältnis zum bedarfsadjustierten Leistungsvolumen b setzt, und legt ihn in einer Verordnung fest. Auf der Grundlage von Art. 3 Abs. 4 HZV hat das EDI die Verordnung vom 28. November 2022 über die Festlegung der regionalen Versorgungsgrade je medizinisches Fachgebiet im ambulanten Bereich (SR 832.107.1) erlassen.

E. 7.3.3

Zusammenfassend sieht die am 1. Juli 2021 in Kraft getretene KVG-Revision eine Methodik zur Berechnung der maximalen Anzahl Ärztinnen und Ärzte vor, die ambulante Leistungen erbringen. Sie gliedert sich in drei zeitlich aufeinanderfolgende Phasen, in denen die Kompetenzverteilung zwischen Bund und Kantonen unterschiedlich ausgestaltet ist. Während der ersten zweijährigen Phase vom 1. Juli 2021 bis zum 30. Juni 2023 konnten die Kantone weiterhin das geltende Recht anwenden (vgl. Abs. 1 der Übergangsbestimmungen zur Änderung des KVG vom 19. Juni 2020, AS 2021 413). In der zweiten bis zum 30. Juni 2025 dauernden Phase können die Höchstzahlen von den Kantonen nach Massgabe von Art. 9 HZV bestimmt werden, der ihnen diesbezüglich Autonomie einräumt. Trotz dieses Handlungsspielraums sind die Grundsätze, nach denen die Anzahl der Leistungserbringer begrenzt werden kann, im Bundesrecht festgelegt. Ab dem 1. Juli 2025 (dritte Phase) gilt das vom EDI definierte Regressionsmodell für das Angebot an ambulanten medizinischen Leistungen (vgl. Art. 3 HZV) BGE 151 V 100 S. 111 für die gesamte Schweiz (Urteile 9C_538/2023 vom 16. September 2024 E. 5.3.3; 9C_481/2023 vom 28. Mai 2024 E. 2.1, in: SVR 2024 KV Nr. 17 S. 76).

E. 8.1

Um die Bundesgesetzgebung zu konkretisieren, hat der Regierungsrat des Kantons Bern am 22. November 2023 die ZulaV verabschiedet, die sich auf Art. 55a KVG und die HZV stützt; sie enthält die Höchstzahlen pro medizinischem Fachgebiet sowie Region (vgl. Sachverhalt Bst. A hiervor) und ist per 1. Januar 2024 in Kraft getreten (vgl. bundesgerichtliche Verfügung vom 27. Juni 2024, wonach das Gesuch um aufschiebende Wirkung der dagegen erhobenen Beschwerde abgewiesen wurde).

E. 8.2

Die Beschwerdeführenden machen zunächst geltend, die angefochtene ZulaV sei auf zu tiefer Normstufe erlassen worden, weil sie einen Grundrechtseingriff darstelle und wichtige Regelungen enthalte, die in einem formellen kantonalen Gesetz hätten festgelegt werden müssen. Dem Beschwerdegegner fehle eine entsprechende kantonale rechtliche Ermächtigung. Eine taugliche Delegationsbestimmung sei nicht auszumachen. Auch könne seine Zuständigkeit nicht unmittelbar aus dem Bundesrecht abgeleitet werden, weshalb er kompetenzwidrig gehandelt habe. Die Verordnung sei daher aufzuheben.

E. 8.3

Rechtsprechungsgemäss handelte es sich bei der bundesrechtlichen Beschränkung der Zulassung von Leistungserbringern zur Tätigkeit zulasten der OKP sowohl im Zeitpunkt ihrer Einführung am 1. Januar 2001 (Art. 55a KVG [AS 2000 2305, 2005 2353, 2008 3165, dann 2009 5339] und Verordnung vom 3. Juli 2002 über die Einschränkung der Zulassung von Leistungserbringern zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung [VEZL; AS 2002 2549]) als auch bei ihrer Wiedereinführung per 1. Juli 2013 (Art. 55a KVG [AS 2013 2255] und Verordnung vom 3. Juli 2013 über die Einschränkung der Zulassung von Leistungserbringern zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung [VEZL; AS 2013 2255]) um eine unmittelbar anwendbare Regelung. Diese konnte auf kantonaler Ebene vollzogen werden und bedurfte einzig der Konkretisierung durch entsprechende Ausführungsbestimmungen, wobei deren Umsetzung durch kantonales Recht unselbstständiges Vollzugsrecht darstellte (BGE 140 V 574 E. 5.2.5; BGE 130 I 26 E. 5.3.2). Auf der Grundlage der bundesrechtlichen BGE 151 V 100 S. 112 Regelung war es Sache der Kantone zu entscheiden, ob die von der Limitierung

betroffenen Leistungserbringer, die eine Berufsausübungsbewilligung erhielten, auch zulasten der OKP praktizieren durften (BGE 140 V 574 E. 5.2.5; Urteil 9C_219/2010 vom 13. September 2010 E. 5.3). Die Höchstzahl der Ärztinnen und Ärzte pro jeweiligem Kanton und Fachbereich legte der Bundesrat in Anhang 1 der VEZL fest (AS 2013 2065, dann 2013 2255). Die VEZL wurde auf Ende Juni 2021 aufgehoben (zum Ganzen: Urteil 9C_538/2023 vom 16. September 2024 E. 5.5.1 mit Hinweisen).

E. 8.4

Seit dem 1. Juli 2021 wird die maximale Anzahl von Ärztinnen und Ärzten pro Kanton und Fachgebiet nicht mehr durch den Bundesrat definiert. Vielmehr ist diese von den Kantonen basierend auf den bundesrätlich festgelegten Kriterien und methodischen Grundsätzen zu bestimmen (Art. 55a Abs. 1 und 2 KVG , in der seit 1. Juli 2021 geltenden Fassung [AS 2021 413]; vgl. auch Urteil 9C_481/ 2023 vom 28. Mai 2024 E. 2.1, in: SVR 2024 KV Nr. 17 S. 76). In diesem Zusammenhang stellt sich die Frage, ob Art. 55a KVG auch in seiner neuen Fassung noch eine direkt anwendbare Regelung darstellt, die durch kantonale Ausführungsreglemente nurmehr zu konkretisieren ist und keiner zusätzlichen kantonalen gesetzlichen Grundlage bedarf.

E. 8.4.1

Hierbei gilt es vorab darauf hinzuweisen, dass der Bundesrat in seiner Botschaft vom 9. Mai 2018 darauf hingewiesen hatte, Art. 55a KVG und die Bestimmungen, die er gestützt auf dessen Abs. 2 erlassen könne, seien nicht mehr direkt anwendbar, sondern es sei künftig Sache des kantonalen Rechts, im Rahmen des Bundesrechts die Voraussetzungen für die Begrenzung der Zahl der Ärztinnen und Ärzte autonom festzulegen (vgl. BBl 2018 3158 [zu Art. 55a KVG]). Tatsächlich räumte dieser ursprüngliche Entwurf des Bundesrats (BBl 2018 3125) den Kantonen einen grossen Handlungsspielraum ein, indem er vorsah, dass die Begrenzung der Anzahl Ärztinnen und Ärzte, die ambulante Leistungen zulasten der OKP erbringen, durch die Kantone erfolgte; ebenso stand es dem Bundesrat zwar offen ("kann"), methodische Grundsätze und Kriterien für die Festlegung der Höchstzahlen zu definieren, um eine möglichst einheitliche Anwendung unter den Kantonen zu fördern, dies jedoch ausdrücklich mit der Auflage, deren Handlungsspielraum nicht übermässig einzuschränken (BBl 2018 3158 [zu Art. 55a Abs. 2 KVG]). BGE 151 V 100 S. 113 Der Entwurf wurde in der Folge indessen vom Parlament erheblich abgeändert. Im Rahmen der parlamentarischen Beratungen war beschlossen worden, die Kantone zu verpflichten, die Zahl der Ärztinnen und Ärzte zu begrenzen (vgl. AB 2019 N 1435 ff.), und die Kompetenz der Kantone zur Festlegung der Höchstzahlen dahingehend einzudämmen, dass sie sich auf die vom Bundesrat zu bestimmenden Kriterien und methodischen Grundsätze stützen müssen. Die Frage, ob der Bundesrat die Befugnis zur Festlegung der Höchstzahlen, die er bis zum 30. Juni 2021 innehatte (vgl. E. 8.3 hiervoor), weiterhin behalten sollte, war zwar ebenfalls diskutiert worden; das Parlament hielt jedoch letztendlich dafür, dass die Kantone künftig für die Festlegung der Höchstzahlen zuständig sein sollten (siehe AB 2018 N 2162 ff.). Das am 19. Juni 2020 verabschiedete Gesetz (AS 2021 413) hat die bundesrätlich angestrebte Autonomie der Kantone somit wieder beschnitten: Einerseits verpflichtet es die Kantone, die Zahl der Ärztinnen und Ärzte, die ambulante Leistungen zulasten der OKP in mindestens einem Fachgebiet oder in bestimmten Regionen erbringen, zu beschränken (Art. 55a Abs. 1 KVG). Andererseits hält es den Bundesrat dazu an, die Kriterien und methodischen Grundsätze für die Festlegung der Höchstzahlen zu definieren (Art. 55a Abs. 2 KVG), was dieser mit dem Erlass der HZV denn auch getan hat (vgl. E. 7.3.2 hiervoor).

Anzumerken bleibt, dass die Kantone gemäss der in Art. 9 HZV enthaltenen Übergangsbestimmung dennoch bis zum 30. Juni 2025 eine gewisse Autonomie behalten, indem sie bis spätestens zu diesem Zeitpunkt verfügen können, dass das nach Art. 2 der Verordnung berechnete Ärzteangebot je medizinisches Fachgebiet und Region einer bedarfsgerechten wirtschaftlichen Deckung entspricht. Ungeachtet dessen bilden Art. 55a KVG und die dazugehörige Verordnung des Bundesrats die rechtliche Grundlage für die von den Kantonen gegebenenfalls konkret angeordneten Einschränkungen. Ab dem 1. Juli 2025 muss hingegen das vom EDI festgelegte Regressionsmodell für das Angebot an ambulanten medizinischen Leistungen (vgl. Art. 3 HZV) eingehalten werden, was zu einem zusätzlichen Autonomieverlust für die Kantone führt (zum Ganzen: Urteil 9C_538/2023 vom 16. September 2024 E. 5.5.2).

E. 8.4.2

Art. 55a KVG stellt somit auch in seiner seit dem 1. Juli 2021 geltenden Fassung eine direkt anwendbare Regelung dar, die bereits den Grundsatz und die wesentlichen Elemente der Bedürfnisklausel BGE 151 V 100 S. 114 enthält; sie muss durch kantonale Ausführungsverordnungen nurmehr konkretisiert werden. Derartige Vollziehungsverordnungen haben einzig den Gedanken des Gesetzgebers durch Aufstellung von Detailvorschriften näher auszuführen und auf diese Weise die Anwendbarkeit der Gesetze zu ermöglichen. Sie dürfen das auszuführende Gesetz - wie auch alle anderen Gesetze - weder aufheben noch abändern; sie müssen der Zielsetzung des Gesetzes folgen und dürfen dabei lediglich die Regelung, die in grundsätzlicher Weise bereits im Gesetz Gestalt angenommen hat, aus- und weiterführen. Durch eine Vollziehungsverordnung dürfen dem Bürger grundsätzlich keine neuen Pflichten auferlegt werden, selbst wenn diese durch den Gesetzeszweck gedeckt wären (dazu BGE 130 I 140 E. 5.1 mit Hinweisen). Einer zusätzlichen formellen kantonalen Gesetzesgrundlage zur - inhaltlichen - Umsetzung von Art. 55a KVG bedarf es somit entgegen der Auffassung der Beschwerdeführenden nicht.

E. 8.5

Die Existenz bundesrechtlicher Rahmenbedingungen inhaltlicher Natur allein ist indessen nicht ausschlaggebend für die Frage der Organzuständigkeiten auf kantonalen Ebene. Diese richten sich in erster Linie nach der Kantonsverfassung. Zwar kann der Bundesgesetzgeber unmittelbar eine kantonale Regierung anstelle des ordentlichen Gesetzgebungsorgans zur Umsetzung von Bundesrecht auf dem Verordnungsweg ermächtigen. So wurden beispielsweise die kantonalen Exekutivorgane explizit zur Rechtsetzung legitimiert in Art. 61 Abs. 2 Satz 2 des Bundesgesetzes vom 8. März 1960 über die Nationalstrassen (NSG; SR 725.11), Art. 36 Abs. 2 des Raumplanungsgesetzes vom 22. Juni 1979 (RPG; SR 700) oder Art. 16 Abs. 2 des Bundesgesetzes vom 4. Oktober 1985 über Fuss- und Wanderwege (FWG; SR 704; vgl. auch Caroline Rausch, Ausgleichsmechanismen bei gesetzgeberischem Unterlassen, 2023, S. 70 ff.). Eine vergleichbare Ermächtigung der kantonalen Regierungen zur Rechtsetzung findet sich in Art. 55a KVG nicht. Die Bestimmung unterscheidet sich in ihrem Wortlaut klar von den genannten Normen, welche eine derartige Befugnis ausdrücklich enthalten. Daraus lässt sich der Schluss ziehen, dass die regierungsrätliche Kompetenz, Ausführungs- und Vollzugsverordnungen betreffend Art. 55a KVG zu erlassen, ihrerseits eine formell-gesetzliche Grundlage auf kantonalen Stufe voraussetzt. In diesem Sinne haben denn auch etwa die folgenden Kantone legiferiert: BGE 151 V 100 S. 115 - Nidwalden (Art. 9b Abs. 2 des Einführungsgesetzes vom 25. Oktober 2006 zum Bundesgesetz über die Krankenversicherung [Krankenversicherungsgesetz, kKVG/NW;

NG 742.1]: "Der Regierungsrat legt die Höchstzahlen gemäss Art. 55a KVG nach den Kriterien und methodischen Grundsätzen des Bundes sowie den örtlichen Geltungsbereich der Höchstzahlen in einer Verordnung fest.", - Solothurn (§ 25 ter des Gesundheitsgesetzes vom 19. Dezember 2018 [GesG/SO; BGS 811.11]: " 1 Der Regierungsrat legt in einem oder mehreren medizinischen Fachgebieten oder in bestimmten Regionen Höchstzahlen für Ärzte und Ärztinnen, die im ambulanten Bereich Leistungen zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung erbringen, gemäss den bundesrechtlichen Vorgaben in einer Verordnung fest. 2 Er kann einen sofortigen Zulassungsstopp in einem bestimmten Fachgebiet anordnen, sofern die Voraussetzungen gemäss Artikel 55a Absatz 6 KVG erfüllt sind."), - Uri (Art. 2 Abs. 1 lit. e bis der - vom Legislativorgan erlassenen - Verordnung vom 15. November 1995 zum Bundesgesetz über die Krankenversicherung [Uerner Rechtsbuch 20.2202]: "Der Regierungsrat hat die Höchstzahl für die Beschränkung der Ärztinnen und Ärztefestzulegen [Art. 55a KVG]."), - Graubünden (Art. 19e des Gesetzes vom 26. November 1995 über die Krankenversicherung und die Prämienverbilligung [KPVG/GR;BR 542.100]: " 1 Die Regierung ist für die Beschränkung der Anzahl Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer gemäss Art. 55a f. KVG und der Verordnung über die Festlegung der Höchstzahlen für Ärztinnen und Ärzte im ambulanten Bereich zuständig."), - Freiburg (Art. 2 des Ausführungsgesetzes vom 24. November 1995 zum Bundesgesetz über die Krankenversicherung [KVGG/FR; SGF842.1.1]: " 1 Der Staatsrat [als Exekutivorgan, Anmerk. der Red.] übt die Oberaufsicht auf dem Gebiet der sozialen Krankenversicherung im Sinne von Artikel 1 des Bundesgesetzes aus. 2 Er trifft oder genehmigt die Vereinbarungen und erlässt die Bestimmungen, die zum Vollzug des Bundesgesetzes und dieses Gesetzes nötig sind, soweit das Gesetz diese Befugnisse nicht einer anderen Behörde erteilt."), - Zug (§ 3 des Einführungsgesetzes vom 29. Februar 1996 zum Bundesgesetz über die Krankenversicherung [EG KVG/ZG; BGS 842.1]:" 1 Der Regierungsrat ist zuständig für d) Massnahmen zur Eindämmung der Kostenentwicklung [Art. 54 und 55 KVG]. 2 Er ist ermächtigt, ergänzende Vollzugsbestimmungen zu erlassen und mit BGE 151 V 100 S. 116 anderen Kantonen Vereinbarungen zu treffen."; § 24 des Gesetzes vom 30. Oktober 2008 über das Gesundheitswesen im Kanton Zug [Gesundheitsgesetz, GesG/ZG; BGS 821.1]: " 1 Der Regierungsrat bestimmt durch Verordnung die besonderen Rechte und Pflichten der Personen, die einen universitären Medizinalberuf fachlich selbstständig und gewerbsmässig ausüben, namentlich den Tätigkeitsbereich, das Verfahren und die Zulassung von Assistenzen und Stellvertretungen sowie die Auskündigung.").

E. 8.6

Die ZulaV stützt sich gemäss Ingress auf Art. 55a KVG , Art. 1 und 5 HZV, Art. 48 des Gesundheitsgesetzes des Kantons Bern vom 2. Dezember 1984 (GesG/BE; BSG 811.01) und Art. 135 des Spitalversorgungsgesetzes des Kantons Bern vom 13. Juni 2013 (SpVG/BE; BSG 812.11).

E. 8.6.1

Art. 48 GesG/BE hält - als Sanktionsbestimmung - fest, dass, wer anderen Vorschriften dieses Gesetzes oder der auf ihm beruhenden Erlasse zuwiderhandelt, mit Busse bestraft wird, welche sich in schweren Fällen oder bei wiederholten Zuwiderhandlungen auf bis zu Fr. 50'000.- belaufen kann. Art. 135 SpVG/BE seinerseits stipuliert - ebenfalls als Strafnorm - unter dem Titel "Verletzung anderer Pflichten aus diesem Gesetz", dass, falls ein Leistungserbringer andere ihm in diesem Gesetz auferlegte Pflichten verletzt, die

verantwortlichen Personen mit Busse bis zu Fr. 60'000.- und im Wiederholungsfall mit Busse bis zu Fr. 100'000.- bestraft werden. Daraus ist unmittelbar keine auf kantonaler Gesetzesstufe verankerte regierungsrätliche Ermächtigung ersichtlich, im Bereich der hier streitgegenständlichen Höchstzahlen Verordnungsrecht erlassen zu dürfen. Die aufgeführten Strafbestimmungen beziehen sich vielmehr auf die Durchsetzbarkeit der den Leistungserbringern gemäss Art. 55a Abs. 4 KVG und Art. 2 HZV obliegenden Datenlieferungspflichten (Sanktionsmöglichkeiten; vgl. Vortrag der GSI betreffend ZulaV anlässlich der Regierungsratssitzung vom 22. November 2023, Version vom 31. Oktober 2023, S. 3 Ziff. 3 am Ende).

E. 8.6.2

Weiterführendes kann diesbezüglich indes aus Art. 6 Abs. 1 des kantonalen Gesetzes vom 6. Juni 2000 betreffend die Einführung der Bundesgesetze über die Kranken-, die Unfall- und die Militärversicherung (EG KUMV/BE; BSG 842.11) geschlossen werden, nach welcher Norm sich die Zulassung der Leistungserbringer zur Berufsausübung oder Betriebsführung nach den Bestimmungen der kantonalen Spezialgesetzgebung richtet. Laut Art. 7 GesG/BE BGE 151 V 100 S. 117 führt der Regierungsrat die Oberaufsicht über das öffentliche Gesundheitswesen; nach Art. 8 GesG/BE vollzieht im Regelfall die GSI das Gesundheitsgesetz (Abs. 1), wobei die zuständige Stelle der GSI die im Gesetz vorgesehenen Bewilligungen erteilt und entzieht (Abs. 3). Art. 21 Abs. 1 GesG/BE sieht im Weiteren vor, dass der Regierungsrat durch Verordnung ausführende Bestimmungen über die Zulassung zu Tätigkeiten des Gesundheitswesens erlässt. Er bestimmt gemäss Art. 15 Abs. 2 GesG/BE die einzelnen, im Rahmen des Gesundheitswesens bewilligungspflichtigen Tätigkeiten oder Berufe; die Erteilung der betreffenden Berufsausübungsbewilligungen erfolgt durch das in der GSI angesiedelte Gesundheitsamt (GA; Art. 8 Abs. 1 und 3 i.V.m. Art. 14a Abs. 1 der Verordnung des Regierungsrats des Kantons Bern vom 24. Oktober 2001 über die beruflichen Tätigkeiten im Gesundheitswesen [Gesundheitsverordnung, GesV/BE; BSG 811.111]). Darunter fallen nach Art. 2 Abs. 1 lit. a GesV/BE auch Ärztinnen und Ärzte, deren Bewilligungsvoraussetzungen sich wiederum nach Massgabe von Art. 36 des Bundesgesetzes vom 23. Juni 2006 über die universitären Medizinalberufe (Medizinalberufegesetz, MedBG; SR 811.11; vgl. Art. 15 Abs. 3 und Art. 15b Abs. 2 GesG/BE i.V.m. Art. 16 GesV/BE) richten. Die genannten Bestimmungen behandeln zwar die Aspekte der Zulassung von Ärztinnen und Ärzten zur Ausübung eines Medizinalberufs ("Polizeibewilligung") und nicht spezifisch derjenigen des zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung abrechnungsberechtigten Leistungserbringers. Die hier fragliche Bedürfnisklausel betrifft letztere im Sinne der Zulassung zum System der Sozialversicherung (vgl. BGE 130 I 26 E. 6.2 mit Hinweisen), nicht aber, jedenfalls nicht unmittelbar, die Berufsausübung als solche. Dennoch erlauben die erwähnten kantonalen Regeln, einem weiten Begriffsverständnis folgend, den Schluss, dass diese auch die Kompetenz des Beschwerdegegners umfassen (sollen), die Zulassung der Ärztinnen und Ärzte, die im ambulanten Bereich zulasten der OKP im Kanton Bern Leistungen erbringen, nach Massgabe von Art. 55a KVG i.V.m. Art. 1 HZV in quantitativer Hinsicht mittels Verordnung festzulegen resp. einzuschränken. Entsprechendes lässt sich gestützt darauf, wenn auch nicht in der (erwünschten) Deutlichkeit, wie sie die vorstehend exemplarisch aufgelisteten kantonalen Gesetzesgrundlagen zumindest teilweise aufweisen, ableiten. Zuständig für den Vollzug der Bestimmungen über die Zulassungsbeschränkungen von Ärztinnen und Ärzten, die zulasten der OKP im BGE 151 V 100 S. 118 ambulanten Bereich tätig sind, ist dabei gemäss Art. 5 ZulaV das GA. Ob sich der Beschwerdegegner für die

kantonale Umsetzung von Art. 55a KVG - im Sinne einer übergangsrechtlichen Vollzugsregelung bis Ende Juni 2025 (vgl. Art. 9 HZV; E. 7.3.3 hiervor) - auch auf seine allgemeine Kompetenz zum Erlass von Verordnungen im Rahmen der Verfassung und der Gesetzgebung gemäss Art. 88 Abs. 2 resp. Abs. 3 KV/BE stützen könnte, nach welcher Bestimmung er in Fällen zeitlicher Dringlichkeit Bestimmungen, die zur Einführung übergeordneten Rechts nötig sind, in einer Verordnung regeln kann, wobei dringliche Einführungsbestimmungen ohne Verzug durch ordentliches Recht abzulösen sind (vgl. E. 7.2.2 am Ende hiervor), braucht daher nicht abschliessend beurteilt zu werden. (...)

E. 10.1

Nach Auffassung der Beschwerdeführenden verletzt die ZulaV ferner das in Art. 117a BV stipulierte Recht auf eine medizinische Grundversorgung.

E. 10.2

Bund und Kantone sorgen danach im Rahmen ihrer Zuständigkeiten für eine ausreichende, allen zugängliche medizinische Grundversorgung von hoher Qualität. Sie anerkennen und fördern die Hausarztmedizin als einen wesentlichen Bestandteil dieser Grundversorgung (Abs. 1). Der Bund erlässt dabei gemäss Abs. 2 Vorschriften über (lit. a) die Aus- und Weiterbildung für Berufe der medizinischen Grundversorgung und über die Anforderungen zur Ausübung dieser Berufe sowie (lit. b) die angemessene Abgeltung der Leistungen der Hausarztmedizin.

E. 10.3

Der Beschwerdegegner beschränkt die OKP-Zulassung nur dort, wo der Bedarf gedeckt ist. Im Sinne einer ausreichenden, allen zugänglichen Grundversorgung von hoher Qualität gemäss Art. 117a Abs. 1 BV fördert er hingegen jene ambulanten Fachgebiete der Grundversorgung, in denen tendenziell ein Mangel an Ärztinnen und Ärzten besteht. Dabei hat der Beschwerdegegner beispielsweise, worauf er in seiner Vernehmlassung hinweist, zur Förderung der Hausarztmedizin im Jahr 2008 das Programm "Praxisassistenz" lanciert, das per 2023 erneut für vier Jahre verlängert wurde (vgl. Programm "Praxisassistenz", einsehbar unter [www.gsi.be.ch /de/start/themen/gesundheit/gesundheitspolitik/programm-praxisassistenz.html](http://www.gsi.be.ch/de/start/themen/gesundheit/gesundheitspolitik/programm-praxisassistenz.html) [zuletzt besucht - wie auch sämtliche nachfolgenden Internetquellen - am 29. Oktober 2024]). Im Rahmen der Neuregelung der BGE 151 V 100 S. 119 ärztlichen Weiterbildung, welche mit der Teilrevision des SpVG/BE auf 1. Januar 2023 in Kraft getreten ist, werden zudem - so der Beschwerdegegner im Weiteren - Weiterbildungsstellen in den vier Fachrichtungen Allgemeine Innere Medizin, Kinder- und Jugendmedizin, Psychiatrie und Psychotherapie und Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie -psychotherapie gefördert. Diese vier Fachrichtungen können, zusätzlich zur regulären Abgeltung von Fr. 15'000.- pro Vollzeitäquivalent ärztlicher Weiterbildungsstelle, einen Förderbeitrag von Fr. 35'000.- pro Weiterbildungsstelle erhalten. Zusätzlich unterstützt der Kanton Bern den nachhaltigen Aufbau neuer Weiterbildungsstellen in diesen Fachrichtungen durch Innovationsprogramme, in deren Rahmen der Kanton bis zu 90 % der anfallenden Kosten übernimmt. Auch dies zeigt überzeugend auf, dass der Beschwerdegegner an einer bedarfsgerechten Versorgung seiner Bevölkerung mit medizinischen Leistungen interessiert ist und eine ganzheitliche Steuerung anstrebt. Eine Verletzung von Art. 117a BV durch den Erlass der ZulaV ist somit nicht auszumachen. (...)

E. 12.1

Die Beschwerdeführenden machen im Weiteren eine Verletzung von Art. 5 HZV und die Gefährdung einer ausreichenden Gesundheitsversorgung im Kanton Bern geltend, da die im Rahmen der ZulaV ermittelten Höchstzahlen nicht mit Blick auf den tatsächlichen Bedarf der Bevölkerung festgelegt worden seien.

E. 12.2

Die ambulante Bedarfsplanung wurde gemäss Art. 55a KVG in Verbindung mit der ZulaV auf der Basis des vom Bundesamt für Gesundheit (BAG) beim Schweizerischen Gesundheitsobservatorium (Obsan) und beim Beratungsbüro BSS Volkswirtschaftliche Beratung (nachfolgend: BSS) in Auftrag gegebenen Schlussberichts "Regionale Versorgungsgrade pro Fachgebiet als Grundlage für die Höchstzahlen in der ambulanten ärztlichen Versorgung" vom 14. November 2022 erstellt (Obsan Bericht 05/2022 [nachfolgend: Obsan-Schlussbericht], abrufbar unter www.obsan.admin.ch/de/publikationen/2022-regionale-versorgungsgrade-pro-fachgebiet-als-grundlage-fuer-die-hoehchstzahlen). Vorauszuschicken ist, dass nichts dagegen spricht - auch die Beschwerdeführenden führen nichts Derartiges an -, den Inhalt des erwähnten Obsan-Schlussberichts für die vorliegende BGE 151 V 100 S. 120 Entscheidfindung zu berücksichtigen (vgl. BGE 150 III 209 E. 2.4; BGE 149 I 91 E. 3.4 [zur Notorietät solcher Tatsachen]). Gleiches gilt auch für die übrigen, im Folgenden angerufenen Internetquellen.

E. 12.2.1

Entgegen der Behauptung der Beschwerdeführenden, dass die Beschränkung der Anzahl Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer in einem bestimmten Fachgebiet zu einem Abbau des medizinischen Grundversorgungsniveaus oder gar zu einer Gefährdung der medizinischen Versorgung der Bevölkerung im Kanton Bern führe, ermöglicht die ambulante Bedarfsplanung eine Bewertung der bestehenden Versorgungssituation. Sie macht kenntlich, wo ein über- bzw. ein unterdurchschnittliches Versorgungsniveau vorliegt. Angestrebt wird - durch das öffentliche Interesse begründet -, eine flächendeckende, bedarfsgerechte und wohnortnahe medizinische Versorgung der Bevölkerung in allen Regionen des Kantons sicherzustellen und den gleichmässigen Zugang zur ambulanten ärztlichen Versorgung unter Berücksichtigung regionaler Besonderheiten zu gewährleisten (vgl. "Bedarfsplanung gemäss Artikel 55a KVG - Versorgungsgrade je ärztliches Fachgebiet und Verwaltungsregion" gemäss Beschluss des Beschwerdegegners vom 22. November 2023). Nach der vom BAG in Auftrag gegebenen Studie zu den Effizienzpotenzialen bei den KVG-pflichtigen Leistungen wurde denn auch u.a. bei den ambulanten ärztlichen Leistungen ein Effizienzpotenzial von insgesamt Fr. 1,46 bis 1,60 Mrd. bzw. 3,2 % bis 3,5 % und bei den spitalambulanten Behandlungen von Fr. 0,96 bis 1,05 Mrd. bzw. 2,1 % bis 2,3 % geschätzt (vgl. die von der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften [ZHAW] im Auftrag des BAG erstellte Studie "Effizienzpotenzial bei den KVG-pflichtigen Leistungen", Schlussbericht vom 2. September 2019, S. 89 f., einsehbar unter [www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/kuv-leistungen/Laufende %20Revisionsprojekte/kvg-aenderung-massnahmen-kostendaempfung-paket-2/schlussbericht-effizienzpotenzial-bei-den-kvg-pflichtigen-leistungen.pdf.download](http://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/kuv-leistungen/Laufende%20Revisionsprojekte/kvg-aenderung-massnahmen-kostendaempfung-paket-2/schlussbericht-effizienzpotenzial-bei-den-kvg-pflichtigen-leistungen.pdf.download)).

E. 12.2.2

Hervorzuheben ist mit dem Beschwerdegegner ferner, dass im Kanton Bern in den durch die ZulaV neu beschränkten Fachgebieten im Vergleich zum schweizerischen Durchschnitt

nachweislich ausgabenintensiver versorgt wird (dazu etwa die Zahlen im Rahmen der Informationsveranstaltung zur Konsultationsversion vom 28. Februar 2023). Laut Art. 55a Abs. 6 KVG ist es einem Kanton denn auch gestattet, sofern die jährlichen Kosten je versicherte Person in einem Fachgebiet mehr als die jährlichen Kosten der anderen BGE 151 V 100 S. 121 Fachgebiete im Kanton oder mehr als die jährlichen Kosten des gesamtschweizerischen Durchschnitts im betroffenen Fachgebiet ansteigen, vorzusehen, dass kein Arzt und keine Ärztin im betroffenen Fachgebiet neu eine Tätigkeit zulasten der OKP aufnehmen kann.

E. 12.2.3

In der früheren Zulassungsbeschränkung betreffend die Jahre 2002 bis 2011 hatte im Übrigen festgestellt werden können, dass gesamtschweizerisch die Kosten der OKP in der Spezialmedizin erst mit der Aufhebung der Zulassungsbeschränkung im Jahr 2012 bis 2013 deutlich angestiegen waren und nicht etwa während des Zulassungsstopps (dazu "Zulassungsstopp für Ärztinnen und Ärzte in Praxen - Entwicklung des Ärztestandes und der Kosten", Obsan Bulletin 2017 vom 21. November 2017, S. 3, einsehbar unter www.obsan.admin.ch/sites/default/files/obsan_bulletin_2017-04_d.pdf). Der Einwand in der Beschwerde, es bestehe keine Evidenz, dass sich eine Zulassungsbeschränkung kostendämpfend auswirke, lässt sich vor diesem Hintergrund nicht erhärten. Ebenso beruht die Prognose der Beschwerdeführenden, die per 1. Januar 2024 in Kraft getretene ZulaV werde zu hohen künftigen Kosten und gar Kostensteigerungen führen, auf nicht weiter belegten Mutmassungen, mit welchen die Neuregelung der KVG-Änderung vom 19. Juni 2020 in ihren Grundzügen angezweifelt wird. Denn mit der Beschränkung der Zulassung soll gemäss BAG u.a. eine Überversorgung, die Mehrkosten für das System verursacht, reguliert werden. Es geht demnach mit der Zulassungsbeschränkung mittel- und langfristig durchaus auch darum, den Kostenanstieg einzudämmen (vgl. Erläuternder Bericht des BAG vom 23. Juni 2021 zur Verordnung über die Festlegung der Höchstzahlen für Ärztinnen und Ärzte im ambulanten Bereich, Umsetzung der Änderung vom 19. Juni 2020 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung betreffend die Zulassung von Leistungserbringern, Wortlaut und Kommentar, S. 3 f., abrufbar unter www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/kuv-leistungen/rev-kvg-zulassung-leistungserbringer/erlaeuternder-bericht-verordnung-hoehchstzahlen.pdf.download).

E. 12.2.4

Sollte der Fall eintreffen, dass durch die Zulassungsbeschränkung in einem bestimmten Fachgebiet in einer Region die Versorgung nicht mehr gewährleistet werden könnte, hat der Beschwerdegegner gemäss Art. 3 und Art. 6 Abs. 3 ZulaV die Grundlage geschaffen, bei Bedarf eine Anpassung der Höchstzahlen vorzunehmen und/oder in begründeten Einzelfällen Ausnahmegesuche zu bewilligen. Dies trifft auch, wie von den Beschwerdeführenden BGE 151 V 100 S. 122 angemerkt, etwa auf Spezialgebiete oder Subspezialitäten zu. Hierbei hat sich der Beschwerdegegner in der Festlegung der Höchstzahlen grundsätzlich an den Vorgaben des Bundes orientiert und die Einteilung der Fachgebiete nach den eidgenössischen Weiterbildungstiteln, gemäss Art. 4 HZV (i.V.m. Art. 2 Abs. 1 lit. a und b der Verordnung vom 27. Juni 2007 über Diplome, Ausbildung, Weiterbildung und Berufsausübung in den universitären Medizinalberufen [Medizinalberufeverordnung, MedBV; SR 811.112.0]), umgesetzt. Spezialisierungen innerhalb der einzelnen medizinischen Fachgebiete zur Strukturierung der Höchstzahlen wurden demgegenüber, nach fachlicher Einschätzung von Obsan und BSS auf

Bundesebene, auch kantonal nicht berücksichtigt (vgl. vorerwähnter Obsan-Schlussbericht, S. 23). Zudem wird das ärztliche Angebot im Kanton Bern, wie erwähnt, periodisch überprüft bzw. ist die Aktualisierung der Daten im Rahmen eines weiteren Mandats durch das Obsan und das Beratungsbüro BSS bereits geplant (dazu nunmehr der Obsan-Bericht vom 17. Oktober 2024, 16/2024, "Weiterentwicklung der Methodik und Aktualisierung der regionalen Versorgungsgrade - Grundlagen für die Festlegung von Höchstzahlen in der ambulanten ärztlichen Versorgung", abrufbar unter [www.obsan.admin.ch /de/publikationen /2024-weiterentwicklung-der-methodik-und-aktualisierung-der-regionalen-versorgungsgrade](http://www.obsan.admin.ch/de/publikationen/2024-weiterentwicklung-der-methodik-und-aktualisierung-der-regionalen-versorgungsgrade)).

E. 13.1

Gerügt wird ferner, die ZulaV gefährde sowohl die Erfüllung der bundesrechtlichen Leistungsaufträge und die Anerkennung der Berner Spitäler als Weiterbildungsstätten als auch das bundesrechtliche Ziel der Verlagerung von stationär zu ambulant.

E. 13.2

Dem kann ebenfalls nicht gefolgt werden.

E. 13.2.1

Während Spitalplanung und Spitalliste gemäss Art. 39 KVG und SpVG/BE der Sicherstellung der stationären Spitalversorgung dienen, stellen ambulante Bedarfsplanung und Höchstzahlen gemäss Art. 55a KVG und ZulaV ein Instrument zur Gewährleistung der ambulanten ärztlichen Versorgung dar. Beide Sektoren (ambulant, stationär) haben eine gewisse Schnittmenge, sind jedoch nicht deckungsgleich. Mit dem Beschwerdegegner ist zu bezweifeln, dass die Festlegung von Höchstzahlen im ambulanten Bereich die Erfüllung der personellen Anforderungen inkl. Weiterbildungsmöglichkeiten im stationären Bereich negativ beeinflusst. Vielmehr ist davon auszugehen, dass die Fixierung von ambulanten Höchstzahlen BGE 151 V 100 S. 123 sogar einen positiven Effekt auf den stationären Bereich haben dürfte. Dies gilt insbesondere für Fachgebiete, in denen ein grundsätzlicher Mangel an Ärztinnen und Ärzten besteht. Hier kann die stationäre Versorgung inkl. Weiterbildung in Zukunft nur noch dann garantiert werden, wenn auch weiterhin eine ausreichende Anzahl von Ärztinnen und Ärzten bereit ist, in diesem beruflichen Umfeld zu arbeiten. So ist es denn vorstellbar, dass inskünftig auf Grund der ambulanten Zulassungsbeschränkung vermehrt ärztliche Anstellungen im stationären Sektor nachgefragt werden. Eine eigentliche Versorgungsstrategie in diesem Sinne wird vom Beschwerdegegner zwar nach eigener Aussage (noch) nicht aktiv verfolgt; er hält eine solche aber nicht für grundsätzlich ausgeschlossen.

E. 13.2.2

Seit dem 1. Januar 2019 gilt gemäss der Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV; SR 832.112.31; vgl. Art. 3c und Anhang 1a KLV) die Regelung "ambulant vor stationär" (AvS). Per Anfang 2023 wurde die AvS-Liste schweizweit harmonisiert. Danach werden aktuell in der ganzen Schweiz 18 Gruppen von elektiven, also nicht dringlichen Eingriffen nur noch bei ambulanter Durchführung von der OKP vergütet, es sei denn, es liegen besondere Umstände vor, die eine stationäre Durchführung erfordern (vgl. "Ambulant vor Stationär (AvS)", einsehbar unter [www.bag.admin.ch /bag/de/home/versicherungen/krankenversicherung/krankenversicherung-leistungen-tarife/Aerztliche-Leistungen-in-der-Krankenversicherung/ambulant-vor-statio](http://www.bag.admin.ch/bag/de/home/versicherungen/krankenversicherung/krankenversicherung-leistungen-tarife/Aerztliche-Leistungen-in-der-Krankenversicherung/ambulant-vor-statio)

naer.html). Der Beschwerdegegner führt im Rahmen seiner (Spital-)Versorgungsplanung ein periodisches AvS-Monitoring durch (so Berichte "Versorgungsplanung 2016 gemäss Spitalversorgungsgesetz, Teile A - D" vom 14. Dezember 2016 und "Aktualisierte Bedarfsprognosen bis 2030", abrufbar unter www.be.ch [Spitalplanung], sowie das Schreiben "Information zur Umsetzung der 18er AVOS Liste im Kanton Bern" vom 20. Dezember 2023). Eine weitere Analyse des Beschwerdegegners zu den kantonalen Leistungsdaten der Medizinischen Statistik 2018 bis 2022 zur Umsetzung der bis Ende 2022 geltenden AvS-Liste zeigt ferner, dass vier Jahre nach Einführung und 1 1/2 Jahre nach Erweiterung der AvS-Liste insgesamt ein Rückgang von rund 52 % der stationären AvS-Fälle in den Spitälern des Kantons zu verzeichnen war. In den Datengrundlagen für die ZulaV wurde dieser Umstand berücksichtigt. Der Beschwerdegegner ist BGE 151 V 100 S. 124 sich folglich der Verlagerung von stationären Leistungen in den ambulanten Bereich bewusst und steht ihr jedenfalls nicht im Weg. Gemäss Art. 3 ZulaV überprüft er indessen, wie bereits mehrfach herausgestrichen, regelmässig die ambulante Bedarfsplanung und passt seine diesbezüglichen Höchstzahlen gemäss Art. 55a KVG und der ZulaV nötigenfalls an. Gleichzeitig kontrolliert er auch seine Spitalplanung und Spitalliste nach Art. 39 KVG und SpVG/BE kontinuierlich und trägt den stationären Leistungsaufträgen bedarfsweise entsprechend Rechnung.

E. 14.1

In der Beschwerde wird im Weiteren Willkür in der Rechtsetzung moniert.

E. 14.2

Ein Erlass ist willkürlich, wenn er sich nicht auf ernsthafte sachliche Gründe stützen lässt oder sinn- und zwecklos ist (BGE 134 I 23 E. 8). Eine solche Willkür ist nicht leichthin anzunehmen. Insbesondere soll im Rahmen der Willkürprüfung der Gestaltungsspielraum des Gesetz- bzw. Ordnungsgebers nicht durch eine eigene Gestaltungsvorstellung der Rechtsmittelinstanz geschmälert werden (vgl. BGE 129 I 1 E. 3.1). Es reicht also nicht, in einer Beschwerde anzuführen, dass eine andere Lösung auch denkbar gewesen wäre.

E. 14.3

Das EDI bzw. das BAG haben in Umsetzung von Art. 55a KVG ein gesamtschweizerisches Regressionsmodell des Angebots an ambulanten ärztlichen Leistungen festgelegt. Es wird daraus für jede Versorgungsregion der Bedarf an ärztlichen Leistungen pro medizinisches Fachgebiet hergeleitet. Mit dem Versorgungsgrad gemäss Art. 1 Abs. 1 HZV wird abgebildet, inwiefern das tatsächliche Leistungsvolumen in einer Region dem Leistungsvolumen entspricht, welches anhand des nationalen Regressionsmodells nach Art. 3 Abs. 1 HZV und der Patientenströme nach Art. 3 Abs. 3 HZV erwartet werden dürfte. Bei der Erarbeitung des Regressionsmodells wurden verschiedene Einflussfaktoren (Prädiktoren) wie Alter, Geschlecht, Indikatoren zur Morbidität, zur Krankheitslast einer Population etc. berücksichtigt, welche regionale Unterschiede im Leistungsvolumen erklären können (vgl. im Detail Obsan-Schlussbericht, E. 12.2 hiervor). Ein Versorgungsgrad von 100 % besagt, dass das beobachtete Leistungsvolumen dem erwarteten Leistungsvolumen gemäss Regressionsmodell entspricht. Ein Versorgungsgrad von unter 100 % bezeichnet ein beobachtetes Leistungsvolumen, das geringer ist als das erwartete Leistungsvolumen gemäss Regressionsmodell. BGE 151 V 100 S. 125 Ein Versorgungsgrad von über 100 % gibt an, dass das beobachtete Leistungsvolumen das erwartete Leistungsvolumen übertrifft, das ausgehend von den Prädiktoren im nationalen

Regressionsmodell zu erwarten wäre (vgl. "Ermittlung des ambulanten ärztlichen Angebots im Kanton Bern - Methodenbeschreibung" vom 3. März 2023 von Obsan/BSS, Begleitdokument zum Obsan-Schlussbericht).

E. 14.4

Die Beschwerdeführenden machen vor dem Bundesgericht insbesondere geltend, der Beschwerdegegner habe sich beim Erlass der ZulaV auf unzureichende Daten abgestützt resp. es sei ihm in diesem Zeitpunkt weder das ärztliche Angebot im Kanton Bern noch der objektive Bedarf nach fachmedizinischen Leistungen im Kanton bekannt gewesen.

E. 14.4.1

Dem ist entgegenzuhalten, dass die vom Beschwerdegegner verwendeten Berechnungen des Obsan und des Beratungsbüros BSS gesamtschweizerisch und folglich auch für den Kanton Bern auf den bundesgesetzlich vorgegebenen methodischen Kriterien und der fachlichen Expertise des Obsan und des BSS basieren. Die beiden Letztgenannten haben im Rahmen eines zusätzlichen Mandats des Beschwerdegegners ausserdem nebst den Versorgungsgraden auch das Angebot an Ärztinnen und Ärzten im Kanton Bern auf Verwaltungsregionsebene ermittelt und in Vollzeitäquivalenten (VZÄ) ausgewiesen (vgl. "Bedarfsplanung gemäss Artikel 55a KVG - Versorgungsgrade je ärztliches Fachgebiet und Verwaltungsregion" gemäss Beschluss des Beschwerdegegners vom 22. November 2023). In der ambulanten Bedarfsplanung, welche auf der Webseite des Beschwerdegegners für die Öffentlichkeit zugänglich publiziert wurde, sind statistische Informationen, u.a. die verwendeten Datenjahre, hinterlegt. Zudem wurde für die interessierten Verbände am 28. Februar 2023 eine Informationsveranstaltung durchgeführt, bei der auch die verwendeten Datenquellen zur Sprache kamen. Um die im definierten Zeitraum aktiv tätigen Ärztinnen und Ärzte zu identifizieren, wurden folgende Datenquellen herangezogen: Das Zahlstellenregister (ZSR; vgl. Näheres in BGE 132 V 303 E. 4.3.2) und der Tarifpool der SASIS AG, einer Tochtergesellschaft des Krankenkassenverbands Santésuisse, das Medizinalberuferegister (MedReg) des BAG, die Partner-refdata der Stiftung Refdata, welche die Basisreferenzierung aller Datensätze von öffentlichen und privatwirtschaftlichen Personen-Registern im Gesundheitswesen umfasst BGE 151 V 100 S. 126 (Identifikationscode ["Global Location Number", GLN]), und die Krankenhausstatistik (KS). Ausgangspunkt für die Identifikation der ambulant tätigen Ärztinnen und Ärzte bildeten die fakturierten Leistungen des Tarifsystems TARMED aus dem Tarifpool der Jahre 2019-2021. Diese erlaubten es, anhand der GLN alle Personen zu bestimmen, die ambulante ärztliche Leistungen zulasten der OKP erbracht hatten. Durch die Verknüpfung mit dem ZSR liessen sich die Daten auf den Kanton Bern eingrenzen. Mittels Koppelung mit Refdata und MedReg wurde zudem ersichtlich, welche Ärztinnen und Ärzte mit welchen Facharzttiteln bei welchen Institutionen (Praxen, Spitäler) ambulante OKP-Leistungen erbracht hatten. Obwohl der Tarifpool nahezu eine Vollerhebung darstellt, ist die Datenqualität in Bezug auf die GLN eingeschränkt. Bei den ärztlichen TARMED-Leistungen im Kanton Bern beträgt der Leistungsanteil mit gültiger GLN-Information rund 85 % bei Arztpraxen und 70 % bei Spitälern. Diese Werte liegen gemäss Obsan und Beratungsbüro BSS höher als im gesamtschweizerischen Durchschnitt. Bei den übrigen Leistungen ist entweder keine GLN oder eine Betriebe-GLN hinterlegt. Obsan und BSS waren jedoch der Ansicht, die Liste der aktiven Ärztinnen und Ärzte sollte (nahezu) vollständig sein, da die Wahrscheinlichkeit sehr klein sei, dass eine Leistungserbringerin oder ein Leistungserbringer die GLN nie korrekt erfasst habe. Ebenso

konnte das Fachgebiet bzw. Hauptfachgebiet und die Region, in der eine Ärztin oder ein Arzt tätig war, zugeordnet werden. Jedoch enthielten die Analysen keine VZÄ bzw. individuellen Arbeitspensen. Diese wurden im Rahmen des Mandats ausgehend von der erstellten Liste der ambulanten Leistungserbringenden sowie auf der Basis der vom Bundesamt für Statistik (BFS) erhobenen "Strukturdaten Arztpraxen und ambulante Zentren (MAS)" und der KS-Daten geschätzt. Insofern pro Fachgebiet und differenziert nach Geschlecht eine ausreichende Anzahl an Ärztinnen und Ärzten aus dem Kanton Bern ($n > 20$) in den MAS-Daten enthalten war, wurden die Referenzpensen anhand des durchschnittlichen Pensums pro Fachgebiet und Geschlecht im Kanton Bern ermittelt. Andernfalls ($n < 20$) basierten die Referenzpensen auf dem durchschnittlichen Pensum der Ärztinnen und Ärzte pro Fachgebiet in der Schweiz resp. insgesamt (differenziert nach Geschlecht). Ein Pensum von zehn Halbtagen oder mehr wurde als ein Arbeitspensum von 100 % definiert. Um einer Überschätzung der VZÄ im spitalambulanten Bereich entgegenzuwirken, wurden zudem die KS-Daten hinzugezogen. In der BGE 151 V 100 S. 127 KS sind u.a. Angaben zur Anzahl und Struktur der Beschäftigten enthalten sowie die VZÄ nach Spital. Die VZÄ sind jedoch nicht weiter differenziert (u.a. stationär, ambulant). Deshalb wurden die berechneten Referenzpensen für den spitalambulanten Bereich anhand der Kostenanteile gemäss REKOLE-Wert (Revision der Kostenrechnung und der Leistungserfassung [REKOLE] als vom nationalen Verband der Spitäler und Kliniken H+ erstelltes einheitliches System von Normen für das betriebliche Rechnungswesen in Spitälern) ambulant und stationär zusätzlich kalibriert. So wurde auch sichergestellt, dass das Total der spitalambulanten VZÄ mit den Daten aus der KS kohärent ist (zum gesamten Vorgehensprozess im Detail vgl. Dokumente zur Informationsveranstaltung des Beschwerdegegners zur Konsultationsversion vom 28. Februar 2023).

E. 14.4.2

Eine mit Blick auf die ZulaV als geradezu willkürlich einzustufende Berechnungsgrundlage ist nach dem Ausgeführten nicht erstellt. Die Beschwerdeführenden kritisieren diese denn auch, ohne nähere Differenzierungen vorzunehmen. Namentlich unterlassen sie es darzulegen, wie ihrer Auffassung nach methodisch verlässlichere Daten als diejenigen des Obsan und des BSS hätten ermittelt werden können. Des Weiteren verhält sich die Ärzteschaft selber nicht widerspruchsfrei, wenn sie einerseits die Datenqualität in Zweifel zieht, sie sich andererseits aber nicht ausreichend an verpflichtenden Datenerhebungen, welche die Qualität massgeblich verbessern würden, beteiligt. So lag bei der vom BFS durchgeführten Erhebung betreffend MAS die Antwortquote im Kanton Bern in den Jahren 2015-2021 lediglich zwischen 40,7 % und 58,8 % (vgl. Strukturdaten der Arztpraxen und ambulanten Zentren - Teilnahme, einsehbar unter www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit/gesundheitswesen/arztpraxen.html). Für eine aussagekräftige Datenqualität ist jedoch zentral, dass sämtliche ambulant praktizierenden Ärztinnen und Ärzte aktiv an den Erhebungen teilnehmen. Zudem führen, um verlässliche Angaben zur nationalen Versorgungslage für den Themenbereich Über- und Unterversorgung machen zu können, Obsan und BSS im Auftrag der Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren und im Rahmen des Mandats zu den Gewichtungsfaktoren eine gesamtschweizerische Befragung bei den Leistungserbringerinnen und -erbringern durch. Auch mit der Datenerhebungsplattform des Kantons Bern und den damit verbundenen Datenlieferungs-, Melde- und Registrierungspflichten gemäss Art. 7 und 8 der ZulaV wird die Qualität der Daten inskünftig BGE 151 V 100 S. 128 zusätzlich verbessert, sofern die Leistungserbringerinnen

und -erbringer ihren diesbezüglichen Pflichten nachkommen.

E. 14.5

Soweit die Beschwerdeführenden in diesem Kontext die rechtsungleiche Behandlung von Fachgebieten und Fachärztinnen und -ärzten bemängeln, ist festzuhalten, dass der Beschwerdegegner die OKP-Zulassungen nur dort beschränkt, wo der Bedarf gedeckt ist. Im Sinne einer ganzheitlichen Steuerung fördert er hingegen jene ambulanten Fachgebiete der Grundversorgung, in denen tendenziell ein Mangel an Ärztinnen und Ärzten besteht. Eine regionalisierte ambulante Bedarfsplanung ist zudem in der Versorgungsplanung des Kantons Bern etabliert. Sie deckt sich ebenfalls mit dem 4+ RegionenModell des Berichts von PricewaterhouseCoopers (PwC) Schweiz über die Berner Spitallandschaft und der Teilstrategie zur Integrierten Versorgung des Kantons Bern vom 12. Mai 2021 (vgl. Die Berner Spitallandschaft im Umbruch, einsehbar unter www.gsi.be.ch/content/dam/gsi/dokumente-bilder/de/themen/gesundheit/gesundheitsversorger/spitaeler-psychiatrie-rehabilitation/spitalstrategie/Beilage-Bericht-12.05.2021-de.pdf, vgl. Teilstrategie Integrierte Versorgung, Konsultationsversion). Damit bestehen entgegen der Betrachtungsweise der Beschwerdeführenden sehr wohl sachliche und taugliche Unterscheidungskriterien bei der Festlegung von Höchstzahlen. Bezüglich des Besitzstandschutzes nach Art. 55a Abs. 5 KVG und der damit bestehenden Ungleichbehandlung von bereits zugelassenen und neu zuzulassenden Ärztinnen und Ärzten ist offenkundig, dass bereits der Bundesgesetzgeber diese Unterscheidung getroffen hat und nicht der Kanton Bern mit Art. 10 ZulaV, welche Bestimmung ("Besitzstand und Registrierungspflicht") explizit Bezug nimmt auf die bundesgesetzliche Norm. Auch in diesem Bereich ist den Kantonen die Regelungskompetenz entzogen.

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.