

BGer 9C_14/2024 vom 31. März 2025

Bundesgericht, 2025-03-31, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bger_9C_14_2024

FR: TF 9C_14/2024 du 31 mars 2025

IT: TF 9C_14/2024 del 31 marzo 2025

Erwägungen

E. 1

Das Bundesgericht prüft seine Zuständigkeit und die weiteren Eintretensvoraussetzungen von Amtes wegen (Art. 29 Abs. 1 BGG) und mit freier Kognition (Art. 95 lit. a BGG ; BGE 148 I 160 E. 1 Ingress; Urteile 9C_37/2024 vom 15. Januar 2025 E. 1, zur Publikation vorgesehen [nachstehend: Urteil 9C_37/2024]; 9C_199/2023 vom 11. Dezember 2023 E. 2.1, nicht publ. in: BGE 150 V 1).

E. 2.1

Gemäss Art. 82 lit. b BGG beurteilt das Bundesgericht Beschwerden gegen kantonale Erlasse. Da der Kanton Bern kein abstraktes Normkontrollverfahren kennt, können entsprechende kantonale Erlasse direkt mit Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten beim Bundesgericht angefochten werden (Art. 87 Abs. 1 BGG ; BGE 143 I 1 E. 1.2 mit Hinweisen).

E. 2.1.1

Die angefochtene Verordnung stellt einen normativen Akt im Sinne von Art. 82 lit. b BGG dar. Es handelt sich dabei um einen allgemeinen (auf eine unbestimmte Anzahl von Personen anzuwendenden) und abstrakten (auf eine unbestimmte Anzahl von Situationen bezogenen) Akt, der die Rechtslage von Einzelpersonen in irgendeiner Weise beeinflusst, insbesondere indem er bestimmte Pflichten auferlegt (BGE 136 II 415 E. 1.1 mit Hinweisen).

E. 2.1.2

Da die ZulaV auf kantonaler Ebene nicht angefochten werden kann, steht direkt der Rechtsweg an das Bundesgericht offen (zur - hier nicht gegebenen - Beschwerdemöglichkeit an das Bundesverwaltungsgericht vgl. Art. 53 Abs. 1 KVG ; BGE 145 V 128 E. 1; zudem Urteil 9C_538/2023 vom 16. September 2024 E. 1.3 am Ende, in: SVR 2025 KV Nr. 3 S. 27).

E. 2.2

Nach dem Publikationsgesetz des Kantons Bern vom 18. Januar 1993 (PuG/BE [BSG 103.1]) sind regierungsrätliche Verordnungen mindestens fünf Tage vor ihrem Inkrafttreten in der Bernischen Amtlichen Gesetzessammlung (BSG) zu veröffentlichen (Art. 2 Abs. 1 lit. d i.V.m. Art. 6 Abs. 1 PuG /BE). Die angefochtene Verordnung, die gemäss deren Art. 12 am 1. Januar 2024 in Kraft getreten ist, wurde am 20. Dezember 2023 - und damit rechtzeitig - in der BSG publiziert.

Die entsprechende Publikation stellt die massgebliche Handlung dar, ab der die 30-tägige Rechtsmittelfrist nach Art. 101 BGG zu laufen beginnt (Urteil 9C_481/2023 vom 28. Mai 2024 E. 1.2 mit Hinweis, in: SVR 2024 KV Nr. 17 S. 76). Die am 8. Januar 2024

eingereichte Beschwerde erfolgte daher fristgerecht.

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 ; 147 I 308 E. 2.2 ; 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 ist hingegen ein bloss allgemeines Interesse an einer korrekten Rechtsanwendung (BGE 141 I 78 E. 3 f. ; 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 ; 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; Urteile 9C_37/2024 E. 3.1; 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 des Bundesrats 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; Urteil 9C_37/2024 E. 3.2).

E. 3.3

Die Beschwerdeführenden 2 bis 7 sind als Fachärztinnen und -ärzte für Allgemeine Innere Medizin (2 und 3), Gastroenterologie (4), Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates (5 und 6) sowie Pneumologie (7) in Fachgebieten tätig, die auf Grund von Art. 2 Abs. 3 ZulaV höchstzahlenmässig reguliert sind. Sie arbeiten aktuell als Oberärztinnen und -ärzte bzw. Assistenzärztinnen und -ärzte in Spitälern im Kanton Bern und verfügen selber weder über eine Zulassung als Leistungserbringer zulasten der OKP noch haben sie eine solche bislang beantragt. Bei einem möglichen späteren Wechsel zu einer freiberuflichen Tätigkeit in einer Arztpraxis bzw. einer kombinierten belegärztlichen Spital- und Praxistätigkeit wären sie gegebenenfalls, bei Erreichen der Höchstzahlen im betreffenden medizinischen Fachgebiet und in der fraglichen Region, von der in der ZulaV geregelten Zugangsbeschränkung unmittelbar betroffen, da nebst einer Berufsausübungsbewilligung eine Zulassung zur Tätigkeit zulasten der OKP erforderlich

wäre, damit sie selber oder der jeweilige Praxisinhaber die von ihnen erbrachten Leistungen entsprechend abrechnen könnten.

Ein Interesse im hiervor beschriebenen Sinne an der Anfechtbarkeit der Verordnung ist vor diesem Hintergrund ausgewiesen und die Beschwerdelegitimation daher - allseits unbestritten - gegeben.

E. 3.4

Bei der Beschwerdeführerin 1 handelt es sich um einen Verein nach Art. 60 ff. ZGB, der als kantonaler ärztlicher Berufsverband die Wahrung und Förderung der Interessen seiner Mitglieder bezweckt (Art. 1 und Art. 4 Ziff. 1 der Statuten, Fassung vom 1. Januar 2023). Als weitere Aufgabe obliegt ihr die Durchführung gemeinsamer Aktionen wie Hilfsaktionen, Aktionen zum Schutz des Ärztestandes und Ähnliches sowie die Beschaffung der hierfür notwendigen Mittel (Art. 4 Ziff. 5 der Statuten). Als Mitglieder umfasst sie jedes ordentliche ärztliche Mitglied eines ärztlichen Bezirksvereins, ausserordentliche ärztliche Mitglieder ohne Stimmrecht sowie ärztliche Ehren- und Freimitglieder (Art. 5 bis 7 der Statuten).

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 Humanmedizinerinnen und -ärzten, 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.; Urteil 9C_37/2024 E. 3.4.1 mit diversen Hinweisen).

E. 3.4.2

Sämtliche ordentlichen Mitglieder des Vereins "FMH Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte" (nachfolgend: FMH) müssen einer ärztlichen Basisorganisation angehören (vgl. Art. 8 Abs. 1 der FMH-Statuten vom 24. Juni 1998, abrufbar unter www.fmh.ch/files/pdf7/statuten-fmh.pdf, besucht am - wie auch sämtliche weiteren Internetquellen - 19. März 2025), wie die Beschwerdeführerin 1 eine darstellt (zur Definition siehe Art. 13 f. der FMH-Statuten). Der kantonalen Ärztesgesellschaft, in deren Gebiet die ärztliche Tätigkeit hauptberuflich ausgeübt wird (territorial zuständige kantonale Gesellschaft), gehören die in Arztpraxen oder in Einrichtungen gemäss Art. 35 Abs. 2 lit. n KVG ("Einrichtungen, die der ambulanten Krankenpflege durch Ärzte und Ärztinnen dienen") tätigen Ärztinnen und Ärzte sowie Belegärztinnen und -ärzte (Art. 8 Abs. 2 lit. a und b der FMH-Statuten), die hauptberuflich in Spitälern oder anderen Einrichtungen nach Art. 39 KVG resp. in Pflegeheimen oder Geburtshäusern tätigen leitenden Ärztinnen und Ärzte bzw. Chefärztinnen und -ärzte (Art. 8 Abs. 3 lit. a der FMH-Statuten) sowie die hauptberuflich stationär angestellt tätigen Belegärztinnen und -ärzte (Art. 8 Abs. 3 lit. b der FMH-Statuten) an.

Der Kreis der von der ZulaV - und damit der darin normierten Zulassungsbeschränkung - betroffenen Adressaten beinhaltet demnach zum einen Mitglieder der Beschwerdeführerin 1, die (noch) über keine Zulassung zur Tätigkeit als Leistungserbringer zulasten der OKP verfügen, eine solche aber zu erlangen wünschen. Umfasst sind davon ferner diejenigen

Mitglieder, die zwar über eine diesbezügliche Abrechnungsbefugnis im Kanton Bern verfügen, ihre ärztliche Tätigkeit aber in eine andere Region im Kanton Bern mit Zulassungsbeschränkung verlegen (Praxisstandortverlegung), sich in einer anderen Praxis in derselben - zulassungsbeschränkten - Region anstellen lassen, vom Spital in eine Arztpraxis oder in ein anderes Spital im Kanton Bern wechseln oder neben ihrer kader- oder belegärztlichen Tätigkeit auch in einer Arztpraxis tätig sein möchten. Ebenfalls tangiert sind schliesslich diejenigen Mitglieder der Beschwerdeführerin 1, die ihre Arztpraxis vergrössern und neue Ärztinnen und Ärzte anstellen wollen, sofern im entsprechenden Fachgebiet in der fraglichen Region eine Zulassungsbeschränkung nach Massgabe der ZulaV gilt.

E. 3.4.3

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 stellen die erwähnten Konstellationen, wie das in E. 3.4.1 hiervor erwähnte Urteil illustriert, grundsätzlich ein schützenswertes Interesse der statutarisch die Interessenvertretung ihrer Mitglieder beispielsweise durch Durchführung gemeinsamer Aktionen zum Schutz der bernischen Ärzteschaft wahrnehmenden Beschwerdeführerin 1 nach Art. 89 Abs. 1 lit. b und c BGG dar. Auch dieses berechtigt, sofern eine stattliche Anzahl der Mitglieder davon betroffen ist, zur "egoistischen Verbandsbeschwerde" (E. 3.1 hiervor). Wie es sich damit verhält - die Voraussetzungen werden vom Beschwerdegegner angezweifelt -, kann dahingestellt bleiben, da die Beschwerdeführerin 1 nach dem Gesagten so oder anders zur Beschwerdeerhebung legitimiert ist (vgl. dazu auch Urteil 9C_37/2024 E. 3.4.2; ferner Urteil 9C_529/2023 / 9C_530/2023 vom 24. März 2025 E. 3.3 am Ende).

Auf die Beschwerde ist einzutreten.

E. 4

Im Rahmen einer abstrakten kantonalen Normenkontrolle prüft das Bundesgericht nach freiem Ermessen die Grundrechtskonformität des strittigen Erlasses, sofern die Grundrechte gemäss den Anforderungen von Art. 106 Abs. 2 BGG geltend gemacht und begründet werden (vgl. BGE 148 I 160 E. 2 mit Hinweisen). Bei dieser Prüfung auferlegt sich das Bundesgericht jedoch eine gewisse Zurückhaltung, insbesondere im Hinblick auf die Grundsätze des Föderalismus und der Verhältnismässigkeit. Entscheidend ist, dass der fraglichen Norm nach den anerkannten Auslegungsgrundsätzen eine Bedeutung beigemessen werden kann, die mit den geltend gemachten Bestimmungen des übergeordneten Rechts vereinbar ist (BGE 145 I 73 E. 2). Das Bundesgericht hebt eine kantonale Norm daher nur dann auf, wenn sie sich nicht im Einklang mit der Bundesverfassung oder der EMRK interpretieren lässt (BGE 140 V 574 E. 3). Dabei sind namentlich das Ausmass des Grundrechtseingriffs, die Möglichkeit, später durch eine konkrete Normenkontrolle einen ausreichenden Rechtsschutz zu erlangen, sowie die konkreten Umstände, unter denen die Norm angewendet wird, zu berücksichtigen (BGE 144 I 306 E. 2 ; 140 I 2 E. 4).

Das Gericht darf sich nicht auf eine rein abstrakte Behandlung des Problems beschränken, sondern muss bei seiner Analyse auch der Wahrscheinlichkeit einer mit dem

übergeordneten Recht übereinstimmenden Anwendung Rechnung tragen. Dabei sind auch die Erläuterungen der kantonalen Behörde, in welcher Weise sie die beanstandete Bestimmung anwendet oder anzuwenden gedenkt, zu beachten. Erscheint eine allgemein gültige Regelung in normalen Situationen, wie sie der Gesetzgeber voraussehen konnte, im Hinblick auf die betreffenden Grundrechte vertretbar, vermag die Möglichkeit, dass ihre Anwendung in Einzelfällen allenfalls gegen Grundrechte verstösst, grundsätzlich kein Eingreifen des Gerichts auf der Stufe der abstrakten Normenkontrolle zu rechtfertigen (vgl. BGE 148 I 160 E. 2 ; 145 I 73 E. 2 ; 140 I 2 E. 4; Urteile 9C_37/2024 E. 5 mit Hinweisen; 9C_538/2023 vom 16. September 2024 E. 3, in: SVR 2025 KV Nr. 3 S. 27).

E. 5.1

Die Beschwerdeführenden berufen sich zum einen auf eine Verletzung des Legalitäts- und des Gewaltenteilungsprinzips als verfassungsmässiges Recht gemäss Art. 5 BV und Art. 66 der Verfassung des Kantons Bern vom 6. Juni 1993 (KV/BE [SR 131.212]), indem der Inhalt der ZulaV auf der Stufe eines Gesetzes im formellen Sinne und nicht einer regierungsrätlichen Verordnung hätte geregelt werden müssen. Mit dem Erlass der Verordnung habe der Beschwerdegegner seine Kompetenzen als Exekutivbehörde überschritten.

E. 5.2

Dem hält der Beschwerdegegner im Wesentlichen entgegen, dass etliche Vorgaben für die Festlegung der Höchstzahlen - anders als noch gemäss der Entwurfsversion des Art. 55a KVG - bereits im Bundesrecht festgeschrieben seien und den Handlungsspielraum der Kantone entsprechend begrenzen. Die per 1. Juli 2021 definitiv in Kraft getretene Fassung von Art. 55a KVG schränke den Handlungsspielraum der Kantone ein, indem sie nicht mehr nur berechtigt, sondern vielmehr verpflichtet seien, Höchstzahlen zumindest für einen Fachbereich oder für mehrere Fachbereiche vorzusehen. Dadurch, dass der Bund nunmehr allein die methodischen Grundsätze und Kriterien für die Festlegung der Höchstzahlen definiere, habe eine klare Kompetenzverschiebung hin zum Bund stattgefunden. Bei der ZulaV handle es sich daher um unselbstständiges kantonales Recht, welches auf dieser Normstufe - in Umsetzung der bundesrechtlich im Rahmen der Höchstzahlenverordnung gemachten Vorgaben - habe erlassen werden dürfen.

E. 6.1

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 ; 134 I 322 E. 2.1; Urteil 9C_37/2024 E. 7.1).

E. 6.2.1

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 ; 138 I 196 E. 4.1 ; 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 ; 142 I 26 E. 3.3 ; 130 I 1 E. 3.1 ; 128 I 327 E. 2.1; je mit Hinweisen), wobei das Bundesgericht die Auslegung der einschlägigen Verfassungsbestimmungen frei, jene des Gesetzesrechts 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; Urteile 9C_37/2024 E. 7.2.1; 2C_418/2020 vom 21. Dezember 2021 E. 3.2.1; vgl. auch BGE 149 I 329 E. 5.2).

E. 6.2.2

Im Kanton Bern wird der Grundsatz der Gewaltenteilung durch Art. 66 KV/BE 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. 6.3.1

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]).

In der 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 wirksameres Instrument zur Kontrolle des Leistungsangebots zur Verfügung zu stellen (vgl.

bundesrätliche Botschaft vom 9. Mai 2018 zur Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung [Zulassung von Leistungserbringern], BBl 2018 3125 ff., insb. 3126; Urteile 9C_535/2023 / 9C_536/2023 vom 24. März 2025 E. 6.3; 9C_37/2024 E. 7.3.1; 9C_538/2023 vom 16. September 2024 E. 5.3.1, in: SVR 2025 KV Nr. 3 S. 27).

E. 6.3.2

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 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 der Verordnung 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 der Verordnung ("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 der Verordnung 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 muss die in der Verordnung vorgesehene Methode vollumfänglich angewendet werden (Urteile 9C_535/2023 / 9C_536/2023 vom 24. März 2025 E. 6.3; 9C_37/2024 E. 7.3.2; 9C_538/2023 vom 16. September 2024 E. 5.3.2 am Ende, in: SVR 2025 KV Nr. 3 S. 27; 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 (EDI-Verordnung Versorgungsgrade [SR 832.107.1]) erlassen (Urteile 9C_535/2023 / 9C_536/2023 vom 24. März 2025 E. 6.3; 9C_37/2024 E. 7.3.2).

E. 6.3.3

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) für die gesamte Schweiz (Urteile 9C_535/2023 / 9C_536/2023 vom 24. März 2025 E. 6.3; 9C_37/2024 E. 7.3.3; 9C_538/2023 vom 16. September 2024 E. 5.3.3, in: SVR 2025 KV Nr. 3 S. 27; 9C_481/2023 vom 28. Mai 2024 E. 2.1, in: SVR 2024 KV Nr. 17 S. 76).

E. 7.1

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 lit. A hiervor) und ist per 1. Januar 2024 in Kraft getreten (vgl. bundesgerichtliche Verfügung vom 4. Juli 2024, wonach das Gesuch um aufschiebende Wirkung der dagegen erhobenen Beschwerde abgewiesen wurde).

E. 7.2

Sofern die Beschwerdeführenden geltend machen, die ZulaV sei auf zu tiefer Normstufe erlassen worden, lassen sie ausser Acht, was folgt: 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 2065] 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 ; 130 I 26 E. 5.3.2). Auf der Grundlage der bundesrechtlichen 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 Höchstzahlen 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 (Urteile 9C_535/2023 / 9C_536/2023 vom 24. März 2025

E. 7.2; 9C_37/2024 E. 8.2 und 8.3; 9C_538/2023 vom 16. September 2024 E. 5.5.1 mit Hinweisen, in: SVR 2025 KV Nr. 3 S. 27).

E. 7.2.1

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). Art. 55a KVG stellt auch in dieser neuesten Fassung eine direkt anwendbare Regelung dar, die bereits den Grundsatz und die wesentlichen Elemente der Bedürfnisklausel enthält. Sie muss durch kantonale Ausführungsverordnungen nurmehr konkretisiert werden. Derartige Vollziehungsverordnungen haben 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; Urteil 9C_535/2023 / 9C_536/2023 vom 24. März 2025 E. 7.2.1 mit Hinweisen).

E. 7.2.2

Als Zwischenfazit gilt es damit festzuhalten, dass es entgegen den Einwänden in der Beschwerde zur - inhaltlichen - Umsetzung von Art. 55a KVG keiner zusätzlichen formellen kantonalen Gesetzesgrundlage bedarf (vgl. zum Ganzen Urteil 9C_37/2024 E. 8.4 - 8.4.2).

E. 7.3

Die Existenz bundesrechtlicher Rahmenbedingungen inhaltlicher Natur allein ist indessen nicht ausschlaggebend für die Frage der Organzuständigkeiten auf kantonaler Ebene. Nachdem Art. 55a KVG die kantonalen Regierungen nicht zur Umsetzung von Bundesrecht auf dem Verordnungsweg ermächtigt, bedarf die regierungsrätliche Kompetenz, Ausführungs- und Vollzugsverordnungen betreffend Art. 55a KVG zu erlassen, einer formell-gesetzlichen Grundlage auf kantonaler Stufe (zum Ganzen Urteil 9C_37/2024 E. 8.5).

E. 7.4

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. 7.4.1

Bereits mit Urteil 9C_37/2024 hat das Bundesgericht erkannt, dass weder gestützt auf Art. 48 GesG/BE noch Art. 135 SpVG/BE eine unmittelbar auf kantonaler Gesetzesstufe verankerte regierungsrätliche Ermächtigung ersichtlich ist, im Bereich der hier streitgegenständlichen Höchstzahlen Verordnungsrecht erlassen zu dürfen (E. 8.6.1).

E. 7.4.2

Weiterführendes kann diesbezüglich indes - so das Bundesgericht in E. 8.6.2 des erwähnten Urteils - 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 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 ferner 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 im zitierten Urteil 9C_37/2024 in E. 8.5 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 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. 9 HZV; E. 6.3.3 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 Einföhrungsbestimmungen ohne Verzug durch ordentliches Recht abzulösen sind (vgl. E. 6.2.2 am Ende hiervor), braucht daher nicht abschliessend

beurteilt zu werden.

E. 8.1

Die Beschwerdeführenden beanstanden weiter eine Verletzung der Wirtschaftsfreiheit gemäss Art. 27 BV, welche insbesondere die freie Wahl des Berufs sowie den freien Zugang zu einer privatwirtschaftlichen Erwerbstätigkeit und deren freie Ausübung umfasse.

E. 8.2

In Bezug auf die Frage, ob die ZulaV die wirtschaftliche Freiheit der Ärztinnen und Ärzte schwerwiegend einschränkt, gilt es daran zu erinnern, dass die Beschränkung der Zulassung zur Berufsausübung zulasten der OKP darauf abzielt, den Anstieg der Gesundheitskosten und damit der Krankenkassenprämien zu bremsen. Dieser Anstieg stellt für die Versicherten anerkanntermassen ein ernsthaftes finanzielles Problem dar. Das Bundesgericht vertritt daher in ständiger Rechtsprechung die Auffassung, dass die - im vorliegenden Verfahren ohnehin nicht auf dem Prüfstand stehende - Bedürfnisklausel von Art. 55a KVG ein sozialpolitisches Ziel verfolgt, das im Hinblick auf die Wirtschaftsfreiheit zulässig ist, wobei privat praktizierende Ärztinnen und Ärzte aus der Wirtschaftsfreiheit nicht das Recht ableiten können, zulasten der sozialen Krankenversicherung Leistungen in unbegrenztem Umfang zu erbringen (BGE 141 V 557 E. 7.1; 140 V 574 E. 5.2.2; 130 I 26 E. 4.5 und 6.2). Diese Rechtsprechung gilt auch unter Art. 55a KVG in der seit dem 1. Juli 2021 geltenden Fassung (dazu Urteil 9C_538/2023 vom 16. September 2024 E. 5.5.3, in: SVR 2025 KV Nr. 3 S. 27). Eine Einschränkung der Wirtschaftsfreiheit der Beschwerdeführenden ist damit nicht erkennbar bzw. wäre bereits in einem Gesetz angelegt (vgl. Art. 36 Abs. 1 BV). Gemäss Art. 190 BV ist das Bundesgericht verpflichtet, Bundesgesetze - und folglich auch Art. 55a KVG - anzuwenden (Urteile 9C_37/2024 E. 9; 9C_535/2023 / 9C_536/2023 vom 24. März 2025 E. 10.1). Weiterungen dazu erübrigen sich.

E. 9.1

In der Beschwerde wird sodann geltend gemacht, der Erlass der ZulaV verstosse gegen das in Art. 8 Abs. 1 BV verankerte Rechtsgleichheitsgebot.

E. 9.2

Vorauszuschicken ist, dass die ambulante Bedarfsplanung 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 (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) erstellt wurde. Es spricht nichts dagegen, den Inhalt des erwähnten Obsan-Schlussberichts für die vorliegende Entscheidungsfindung zu berücksichtigen (vgl. BGE 150 III 209 E. 2.4; 149 I 91 E. 3.4 [zur Notorietät solcher Tatsachen]). Gleiches gilt auch für die übrigen, im Folgenden angerufenen Internetquellen (so bereits Urteil 9C_37/2024 E. 12.2 mit Hinweisen).

Wie höchstrichterlich bezogen auf den Kanton Bern bereits festgestellt wurde, hat der Regierungsrat die Zulassungen für Leistungserbringer, die zulasten der OKP tätig sind, nur

dort beschränkt, wo der Bedarf gedeckt ist. Im Sinne einer ganzheitlichen Steuerung fördert er hingegen jene ambulanten Fachgebiete der Grundversorgung, die tendenziell einen Mangel an Ärztinnen und Ärzten aufweisen. In diesem Bereich besteht - unabhängig vom Versorgungsgrad - keine Beschränkung durch Höchstzahlen. Namentlich gilt dies in folgenden Fachgebieten: Allgemeine Medizin, Praktische Ärztin oder Praktischer Arzt, Tropen- und Reisemedizin, Kinder- und Jugendmedizin, Psychiatrie und Psychotherapie sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (Urteil 9C_37/2024 E. 14.5; in diesem Sinne auch [den Kanton Zug betreffend] Urteil 9C_535/2023 / 9C_536/2023 vom 24. März 2025E. 9.2.2.2).

E. 9.2.1

Nicht stichhaltig ist die Behauptung der Beschwerdeführenden, es seien mit der Regionalisierung der Höchstzahlen "imaginäre Grenzen" gezogen worden, die "nicht der Realität" entsprächen. Dem ist mit dem Beschwerdegegner entgegenzuhalten, dass die Ermittlung der Versorgungsgrade auf kleinräumiger Ebene gerade für grössere und bevölkerungsreiche Kantone wie den Kanton Bern ein sinnvolles Instrument darstellt, um die Versorgungssituation regional differenziert bewerten zu können. Davon ausgehend hat der Kanton Bern die Versorgungsgrade und das ärztliche Angebot auf der Ebene Verwaltungsregion ausgewiesen (vgl. "Bedarfsplanung gemäss Artikel 55a KVG, Versorgungsgrade je ärztliches Fachgebiet und Verwaltungsregion" gemäss regierungsrätlichem Beschluss vom 22. November 2023 [abrufbar unter [www.gsi.be.ch - bedarfsplanung-gemaess-artikel-55a-kvg-de-3.pdf](http://www.gsi.be.ch-bedarfsplanung-gemaess-artikel-55a-kvg-de-3.pdf)]). Eine regionalisierte ambulante Bedarfsplanung ist dabei nicht, wie von den Beschwerdeführenden behauptet, imaginär, sondern real und in der Versorgungsplanung des Kantons Bern fest 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, Teilstrategie Integrierte Versorgung, Konsultationsversion; Urteil 9C_37/2024 E. 14.5). Beabsichtigt wird damit, eine allgemein zugängliche, bedarfsgerechte und qualitativ hochstehende Versorgung in allen Regionen sicherzustellen. Eine ambulante Versorgung ohne die Planung von ärztlichen Kapazitäten würde denn auch, worauf der Beschwerdegegner ebenfalls einleuchtend hinweist, Gefahr laufen, dass auf der einen Seite in als weniger attraktiv wahrgenommenen Gegenden, wie etwa in peripheren Regionen, kein angemessener Zugang zur ärztlichen Versorgung sichergestellt werden könnte und sich auf der anderen Seite in diesbezüglich reizvolleren Gefilden, so beispielsweise in urbanen Regionen, eine ärztliche Ballung abzeichnete (vgl. Vortrag der GSI betreffend ZulaV anlässlich der Regierungsratssitzung vom 22. November 2023, Version vom 31. Oktober 2023, S. 2 Ziff. 2 am Anfang). Um jedoch das ärztliche Angebot bzw. einen Versorgungsgrad kleinräumiger berechnen zu können, ist zum einen, zur Vermeidung von Verzerrungen, eine gewisse Menge an Daten und zum andern, um sinnvolle Subregionen zu bilden, eine spezifisch methodische Herangehensweise erforderlich. Das ärztliche Angebot im Kanton Bern wird denn auch, wie in Art. 3 ZulaV vorgesehen (ausführlicher dazu Urteil 9C_37/2024 E. 12.2.4), periodisch überprüft und das entsprechende Datenmaterial aktualisiert (vgl. nunmehr den 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). Der Beschwerdeführer ist dabei, wie er letztinstanzlich ausführt, insbesondere daran interessiert, für das Fachgebiet Allgemeine Innere Medizin in der Verwaltungsregion Bern-Mittelland noch kleinräumiger planen zu können.

Vor diesem Hintergrund ist nicht erkennbar, inwiefern die Einteilung der Verwaltungsregionen zu der von den Beschwerdeführenden monierten Ungleichbehandlung von Ärztinnen und Ärzten und damit zu einer Verletzung des Gleichbehandlungsgebots nach Art. 8 Abs. 1 BV führen sollte.

E. 9.2.2

Die Beschwerdeführenden vertreten ferner die Auffassung, die aktuell in der Schweiz geltende Leistungsabrechnung bewirke eine Ungleichbehandlung zwischen Spitälern und Arztpraxen bzw. ambulanten Einrichtungen bei der Zulassungsbeschränkung.

Der Umstand, dass Ärztinnen und Ärzte im spitalambulantem Bereich für die Zulassungssteuerung ebenfalls massgebend sind und dass letztere anhand von Vollzeitäquivalenten (VZÄ) bemessen wird, ergibt sich unmittelbar aus dem Bundesrecht (Art. 2 HZV). Die unterschiedlichen Möglichkeiten zur Erfassung der VZÄ im spital- und im praxisambulantem Bereich kann der Kanton nicht von sich aus ausgleichen. Es ist jedoch machbar, zielführende Voraussetzungen für die Erhebung der im spitalambulantem Bereich tätigen Ärztinnen und Ärzte zu schaffen. So ermöglichen es beispielsweise die Identifikationsnummer (Global Location Number, GLN, vgl. Art. 2 Abs. 2 HZV; eingehend Urteil 9C_37/2024 E. 14.4.1), Abrechnungsvolumina etc. durchaus, die ambulanten Tätigkeiten von stationären Einrichtungen zuverlässig festzumachen. Zudem existiert auch anlässlich der Erhebungen bei ambulanten Einrichtungen das Risiko fehlerhafter Angaben und damit einer Verzerrung der VZÄ in diesem Bereich. Sowohl stationäre als auch ambulante Einrichtungen würden diesfalls ihre Meldepflicht verletzen.

E. 9.3

Damit bestehen entgegen der Betrachtungsweise der Beschwerdeführenden sehr wohl sachliche und taugliche Unterscheidungskriterien bei der Festlegung von Höchstzahlen. Was im Übrigen den Besitzstandsschutz nach Art. 55a Abs. 5 KVG und die damit einhergehende Ungleichbehandlung von schon zugelassenen und neu zuzulassenden Ärztinnen und Ärzten anbelangt, ist offenkundig, dass bereits der Bundesgesetzgeber diese Unterscheidung getroffen hat und nicht der Kanton Bern mit der hier streitbetreffenden Zulassungsverordnung. In diesem Bereich ist den Kantonen die Regelungskompetenz entzogen (Urteile 9C_535/2023 / 9C_536/2023 vom 24. März 2025 E. 9.2.2.2 am Ende; 9C_37/2024 E. 14.5).

E. 10.1

Die Beschwerdeführenden rügen vor Bundesgericht im Weiteren Willkür in der Rechtsetzung.

E. 10.2

Ein Erlass ist willkürlich, wenn er sich nicht auf ernsthafte sachliche Gründe stützen lässt oder sinn- und zwecklos ist (BGE 134 | 23 E. 8). Eine solche Willkür ist nicht leichthin anzunehmen. Insbesondere soll im Rahmen der Willkürprüfung der Gestaltungsspielraum des Gesetz- bzw. Verordnungsgebers 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. 10.3

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. 9.2 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. 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 - Methodenbeschrieb" vom 3. März 2023 von Obsan/BSS, Begleitdokument zum Obsan-Schlussbericht; Urteile 9C_535/2023 / 9C_536/2023 vom 24. März 2025 E. 9.2.2; 9C_37/2024 E. 12.2 und 14.3).

E. 10.4.1

Das Bundesgericht hat in diesem Kontext bereits mit Urteil 9C_37/2024 das Folgende erwogen (E. 14.4.1) : Die vom Beschwerdegegner verwendeten Berechnungen des Obsan und des Beratungsbüros BSS basieren gesamtschweizerisch und folglich auch für den Kanton Bern auf den bundesgesetzlich vorgegebenen methodischen Kriterien sowie der fachlichen Expertise des Obsan und des BSS. 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 VZÄ ausgewiesen (vgl. die hiervor erwähnte "Bedarfsplanung gemäss Artikel 55a KVG - Versorgungsgrade je ärztliches Fachgebiet und Verwaltungsregion" gemäss Beschluss des Beschwerdegegners vom 22. November 2023). In der ambulanten Bedarfsplanung, die 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-refdatabase der Stiftung Refdata, welche die Basisreferenzierung aller Datensätze von öffentlichen und privatwirtschaftlichen Personen-Registern im Gesundheitswesen umfasst (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 bis 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 spitalambulantem Bereich entgegenzuwirken, wurden zudem die KS-Daten hinzugezogen. In der 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 spitalambulantem 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 spitalambulantem 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. 10.4.2

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 und aufzuzeigen, inwiefern die Versorgungssituation im Kanton Bern gestützt auf die herangezogene Berechnungsgrundlage unsorgfältig hätte ermittelt worden sein sollen. Namentlich unterlassen sie es darzulegen, wie ihrer Auffassung nach methodisch verlässlichere Daten als diejenigen des Obsan und des BSS hätten eruiert 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 bis 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 führten, um validierte 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 zusätzlich verbessert, sofern die Leistungserbringerinnen und -erbringer ihren diesbezüglichen Pflichten nachkommen (so bereits Urteil 9C_37/2024 E. 14.4.2).

E. 10.5

In der Beschwerde wird alsdann vorgebracht, der Beschwerdegegner habe sich willkürlich verhalten, indem er, soweit erkennbar, die ZulaV erlassen habe, ohne dass vorgängig die in Art. 55a Abs. 3 KVG vorgeschriebene interkantonale Koordination erfolgt sei.

E. 10.5.1

Der Kanton hört vor der Festlegung der Höchstzahlen die Verbände der Leistungserbringer, der Versicherer und der Versicherten an. Er koordiniert sich bei der Festlegung der Höchstzahlen mit den anderen Kantonen (Art. 55a Abs. 3 KVG). Nach Art. 6 HZV ("Festlegung des örtlichen Geltungsbereichs der Höchstzahlen") kann der Kanton bestimmen, dass die Höchstzahlen für den ganzen Kanton oder einen Kantonsteil gelten (Abs. 1). Nach Koordination mit den betroffenen Kantonen kann er auch bestimmen, dass die Höchstzahlen für ein kantonsübergreifendes Gebiet oder für mehrere Kantone gelten (Abs. 2). Art. 7 HZV ("Interkantonale Koordination bei der Festlegung der Höchstzahlen") normiert, dass die Kantone im Rahmen der Verpflichtung zur interkantonalen Koordination nach Art. 55a Abs. 3 KVG und nach Art. 6 Abs. 2 HZV insbesondere das Wirtschaftlichkeits- und Qualitätsstärkungspotenzial einer interkantonalen Festlegung der Höchstzahlen beurteilen (lit. a) und die Festlegung der Höchstzahlen mit den betroffenen Kantonen koordinieren (lit. b).

E. 10.5.2

Der Beschwerdegegner hat anlässlich des vom 15. Februar bis 8. März 2023 nach Massgabe von Art. 55a Abs. 3 KVG in Verbindung mit Art. 6 Abs. 2 und Art. 7 HZV durchgeführten Konsultationsverfahrens zur ZulaV Verbände, Interessenvertretungen sowie kantonale Gesundheitsdepartemente der elf direkten Nachbarkantone (AG, FR, JU, LU, NE, NW, OW, SO, UR, VD, VS) zur Stellungnahme gebeten. Diese erhoben keine Einwände zu den derart ermittelten Höchstzahlen (vgl. Auswertungsbericht zu den Ergebnissen der Konsultation, Version 1.0, Ziff. 2.1). Entgegen den Beschwerdeführenden hat der Beschwerdegegner folglich die geforderte interkantonale Koordination und

Zusammenarbeit bei der Festlegung der kantonalen Höchstzahlen beachtet (so das Urteil 9C_37/2024 E. 11.3). Dass der Beschwerdegegner gestützt auf die erwähnten Bestimmungen gleichsam verpflichtet wäre, wie in der Beschwerde angedeutet, eine allenfalls in angrenzenden Kantonen bestehende medizinische Unterversorgung auszugleichen, ist auszuschliessen, handelt es sich doch bei Art. 6 Abs. 2 HZV ausdrücklich um eine Kann-Vorschrift.

E. 10.6

Ferner vermag auch der in der Beschwerde hervorgehobene, in Art. 2 Abs. 3 ZulaV enthaltene redaktionelle Übertragungsfehler betreffend das Fachgebiet der Pneumologie in der Region Bern-Mittelland (Höchstzahl von 17,7 VZÄ bei Versorgungsgrad 115 %) keine Aufhebung der ZulaV zu rechtfertigen. Tatsächlich würde sich, wie der Beschwerdegegner letztinstanzlich denn auch einräumt, die angegebene Höchstzahl für die fragliche Fachrichtung bei einem - anlässlich der vorerwähnten Informationsveranstaltung des Beschwerdegegners zur Konsultationsversion vom 28. Februar 2023 im Rahmen der Angebotsermittlung aufgezeigten - Versorgungsgrad von 119 % bei 17,2 VZÄ mit Blick auf den festgelegten maximalen Versorgungsgrad von 115 % auf 16,6 (statt 17,7) VZÄ belaufen. Da sich der in diesem Sinne überhöhte Wert jedoch zugunsten der potenziell betroffenen Leistungserbringer, hier namentlich der Beschwerdeführerin 7, auswirkt (e) und das Bundesgericht auf Grund des Verbots der reformatio in peius (Art. 107 Abs. 1 BGG) keine diesbezügliche Korrektur vornehmen darf, hat es bei der entsprechenden Feststellung sein Bewenden. Anhaltspunkte dafür, dass die übrigen in Art. 2 Abs. 3 ZulaV aufgelisteten (Höchst-) Zahlen ebenfalls fehlerbehaftet wären, sind nicht erkennbar und werden seitens der Beschwerdeführenden auch nicht benannt. Auf eine generell willkürliche kantonale Rechtsetzung lässt sich gestützt darauf somit jedenfalls nicht schliessen.

E. 11.1

Kein Erfolg beschieden ist schliesslich auch dem eventualiter vorgebrachten Antrag, es seien, sofern sich nicht die gesamte ZulaV als bundesrechtswidrig erweise, zumindest Art. 2 Abs. 3 und Art. 4 der Verordnung aufzuheben.

E. 11.2.1

Aus den hiervor einlässlich erörterten Gründen sind keine Anzeichen ersichtlich, die darauf hindeuteten, dass Art. 2 Abs. 3 ZulaV insgesamt gegen Bundesrecht, insbesondere das Willkürverbot, verstossen würde. Es kann auf die entsprechenden Erwägungen verwiesen werde.

E. 11.2.2

Was Art. 4 ZulaV anbelangt ("Ausserordentlicher Zulassungsstopp"), wonach der Beschwerdegegner ohne eine Anpassung der Höchstzahlen einen sofortigen Zulassungsstopp verfügen kann, wenn die Voraussetzungen nach Art. 55a Abs. 6 KVG erfüllt sind, gilt es Folgendes zu beachten: Laut der letztgenannten Bestimmung ist es einem Kanton gestattet, sofern die jährlichen Kosten je versicherte Person in einem Fachgebiet mehr als die jährlichen Kosten der anderen 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. Art. 4 ZulaV basiert mithin auf einer ausdrücklichen bundesgesetzlichen Ermächtigungsnorm. Entgegen dem Dafürhalten der Beschwerdeführenden fehlt es der kantonalen Bestimmung daher nicht an der

"erforderlichen gesetzlichen Grundlage" und besteht keine Veranlassung, diese aufzuheben.

E. 12

Zusammenfassend sprachen und sprechen gewichtige Gründe, welche sich teilweise auch aus dem Bundesrecht ergeben, dafür, die Zulassung zur OKP im Kanton Bern im ambulanten Bereich zu beschränken. Die Zugangsregelung wurde nach sachlichen Kriterien vorgenommen, indem die Versorgungssituation nach Fachgebiet und Region wie auch die interkantonale Koordination beim Erlass der Höchstzahlen berücksichtigt wurden. Eines Eingreifens durch das Bundesgericht bedarf es nicht.

E. 13

Dem Ausgang des Verfahrens entsprechend haben die Beschwerdeführenden die Gerichtskosten zu tragen (Art. 66 Abs. 1 Satz 1 BGG). Der obsiegenden kantonalen Behörde steht keine Parteientschädigung zu (Art. 68 Abs. 3 BGG).

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