



Urteil vom 9. April 2018

Besetzung

Richterin Franziska Schneider (Vorsitz),
Richter Christoph Rohrer,
Richterin Madeleine Hirsig-Vouilloz,
Richterin Michela Bürki Moreni,
Richter Vito Valenti
Gerichtsschreiberin Marion Sutter.

Parteien

1. Dr. med. **A.** _____,
2. Dr. med. **B.** _____,
beide vertreten durch Prof. Dr. iur. Urs Saxer, Rechtsanwalt,
und MLaw Nathalie Stoffel, Rechtsanwältin,
Beschwerdeführende,

gegen

Assura-Basis SA,
Avenue Charles-Ferdinand-Ramuz 70, Case postale 533,
1009 Pully,
vertreten durch Prof. Dr. iur. Tomas Poledna, Rechtsanwalt,
Vorinstanz.

Gegenstand

KVG; Löschung aus Ärzteverzeichnis,
Verfügungen vom 6. Mai 2016.

Sachverhalt:**A.**

A.a Dr. med. B._____ wandte sich mit Löschungsbegehren vom 27. September 2015 an die Assura-Basis SA (im Folgenden: Assura oder Vorinstanz) und erklärte, er sei nicht damit einverstanden, dass sein Name auf der von der Assura publizierten und an die Versicherten abgegebenen Ärzteliste figuriere. Er lehne die von der Assura getroffene Auswahl als Listenarzt ab. Mangels vertraglicher und gesetzlicher Grundlage, welche die Bekanntgabe seiner Daten rechtfertige, fordere er die Assura gestützt auf das Bundesgesetz über den Datenschutz vom 19. Juni 1992 (DSG; SR 235.1) auf, seine Daten (wie Name, Adresse, Telefonnummer und Tätigkeitsbereich) zu löschen und künftig – ohne seine Einwilligung – nicht mehr an versicherte Personen weiterzugeben (Dossier C-3615/2016, Beilage 5 zu BVGer-act. 1).

A.b Mit Schreiben vom 5. November 2015 wies die Assura das Löschungs-gesuch von Dr. med. B._____ ab. Sie führte zur Begründung aus, die Geschäftsdaten seien frei zugänglich und insbesondere im Medizinalberuferegister (Register der universitären Medizinalberufe, im Folgenden: Medizinalberuferegister oder MedReg; abrufbar unter <https://www.medregom.admin.ch/>) des Bundesamts für Gesundheit (im Folgenden: BAG) enthalten. Daher fielen diese nicht unter die Kategorie der persönlichen oder sensiblen Daten, welche vom DSG geschützt würden. Gemäss Art. 41 KVG (SR 832.10) sei es dem Versicherer gestattet, die Wahl der Leistungserbringenden aufgrund gewisser Bedingungen einzugrenzen. Die Versicherungsmodelle der Assura begrenzten diese freie Arztwahl auf Allgemeinmediziner und Internisten ohne weitere Spezialisierungen. Da Dr. med. B._____ diese Kriterien des Hausarztes gemäss den allgemeinen Geschäftsbedingungen der Assura erfülle, sei die Assura gegenüber ihren Versicherten verpflichtet, ihn in die Liste der anerkannten Ärzte aufzunehmen (Dossier C-3615/2016, Beilage 8 zu BVGer-act. 1).

A.c Mit Eingabe vom 17. Februar 2016 beantragte Dr. med. B._____, nunmehr vertreten durch Rechtsanwalt Prof. Dr. iur. Urs Saxer und Rechtsanwältin MLaw Nathalie Stoffel, erneut die Löschung seiner Angaben aus der Ärzteliste der Assura. Er führte zur Begründung aus, die aufgrund von Art. 41 Abs. 4 KVG entwickelten Modelle besonderer Versicherungsformen basierten jeweils auf vertraglichen Vereinbarungen zwischen Ärztinnen und Ärzten respektive ihrem Verband einerseits und einem Krankenversicherer andererseits. Ohne eine entsprechende besondere Vereinbarung

könne die Krankenversicherung einzelne Ärztinnen und Ärzte nicht dazu verpflichten, als Leistungserbringende eines besonderen Versicherungsmodells zur Verfügung zu stehen. Ebenfalls handle es sich bei den von der Assura publizierten Angaben um Personendaten im Sinne des DSGVO. Selbst wenn das MedReg ein öffentliches Register des Privatverkehrs im Sinne von Art. 2 Abs. 2 Bst. d DSGVO darstellen sollte, was bestritten werde, dürfe die Assura nicht daraus Daten entnehmen und beliebig weiterverarbeiten. Die von der Assura veröffentlichte Liste sei ihrerseits privater Natur und suggeriere zu Unrecht das Vorliegen einer rechtlichen und/oder geschäftlichen Beziehung zwischen Dr. med. B._____ und der Krankenpflegeversicherung. Ferner sei die Assura nicht verpflichtet, besondere Versicherungsmodelle zur Verfügung zu stellen. Die Verpflichtungen der Assura gegenüber ihren Versicherten verpflichte Dr. med. B._____ nicht. Für den Fall einer verweigerten Löschung seiner Daten hielt Dr. med. B._____ die Assura an, eine anfechtbare Verfügung zu erlassen (Dossier C-3615/2016, Beilage 6 zu BVGer-act. 1).

A.d Mit Schreiben vom 17. März 2016 lehnte es die Assura ab, eine anfechtbare Verfügung hinsichtlich des Löschungsgesuchs von Dr. med. B._____ zu erlassen. Sie führte zur Begründung aus, sie führe seit dem 13. November 2015 keine Liste der anerkannten Hausärzte mehr. Im neuen Hausarztmodell könnten neu alle Ärztinnen und Ärzte ausgewählt werden, die zur Tätigkeit zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zugelassen seien. Das auf ihrer Internetseite aufgeführte Ärzteverzeichnis sei unverbindlich und nicht ausschliesslich. Es handle sich dabei lediglich um eine Suchmaske, die alle Ärztinnen und Ärzte gemäss der offiziellen FMH-Liste enthalte. Bei dem alternativen Versicherungsmodell „Hausarzt“ handle es sich nicht um ein „Managed Care Modell“, das auf Dienstleistungsverträgen zwischen den Krankenpflegeversicherungen sowie den Ärztinnen und Ärzten beruhe. In jenen Modellen verpflichteten sich die Leistungserbringenden, die gesamte medizinische Versorgung eines Behandlungsfalles zu steuern und eine Budgetverantwortung für die anfallenden Kosten zu tragen. Beim eigenen Hausarztmodell der Assura könnten die Versicherten ihre Hausärztin respektive ihren Hausarzt aus einer definierten Gruppe aussuchen. Dieses Modell bringe weder eine Budgetverantwortung noch irgendwelche Sonderpflichten der Leistungserbringenden mit sich. Die mit der vermehrten Ausstellung von Überweisungsschreiben verbundene administrative Tätigkeit könne gemäss TarMed gegenüber der Krankenpflegeversicherung abgerechnet werden. Eine Pflicht zur Übernahme zusätzlicher Patientinnen und Patienten bestehe nicht. Eine grundsätzliche Ablehnung von Patientinnen und Patienten aufgrund ihrer

Versicherung sei jedoch unzulässig. Die beanstandeten Daten seien schliesslich von Dr. med. B._____ selber veröffentlicht worden und keine besonders schützenswerte Personendaten im Sinne des DSGVO. Überdies sei die Assura gemäss KVG berechtigt, Daten über ein automatisiertes Abrufverfahren zu veröffentlichen. Da ihre Entscheidung, Dr. med. B._____ in ihrem Ärzteverzeichnis zu belassen, dessen Rechtsstellung nicht verändere, erlasse sie keine anfechtbare Verfügung (Dossier C-3615/2016, Beilage 9 zu BVGer-act. 1).

A.e Mit Eingabe vom 14. April 2016 hielt Dr. med. B._____ fest, er und die Assura verträten offenbar grundlegend verschiedene Auffassungen, was bereits die Verfügungspflicht der Assura begründe. Indem seine Daten weiterhin in der Ärzteliste auf der Website der Assura einsehbar seien, entstehe der falsche Eindruck, er sei ein von der Assura anerkannter Arzt und an deren Hausarztmodell beteiligt. Nur durch eine Löschung seiner Daten würde sein Recht auf informationelle Selbstbestimmung und das Prinzip der Vertragsfreiheit anerkannt. Ob seine Daten auf der Website der Assura veröffentlicht werden dürften, könne die Assura nicht selber in abschliessender Form entscheiden (Dossier C-3615/2016, Beilage 7 zu BVGer-act. 1).

B.

B.a Mit Löschungsbegehren vom 1. Oktober 2015 beantragte Dr. med. A._____ gegenüber der Assura, sie sei nicht länger als Listenärztin auf der an die Versicherten abgegebenen Ärzteliste für die Versicherungsprodukte Hausarztmodell und PharMed Modell aufzuführen. Ihre Daten seien entsprechend gestützt auf das DSGVO zu löschen (Dossier C-3612/2016 Beilage 2.B zu BVGer-act. 1).

B.b Mit Eingabe vom 16. Februar 2016 erneuerte Dr. med. A._____, nunmehr ebenfalls vertreten durch Rechtsanwalt Prof. Dr. iur. Urs Saxer und Rechtsanwältin MLaw Nathalie Stoffel, ihr Löschungsbegehren gegenüber der Assura (Dossier C-3612/2016 Beilage 2.F zu BVGer-act. 1). Diese Eingabe entspricht inhaltlich jener von Dr. med. B._____ vom 17. Februar 2016 (vgl. Sachverhalt Bst. A.c). Im Übrigen ist in den dem Bundesverwaltungsgericht vorliegenden Unterlagen kein weiterer Schriftenwechsel zwischen Dr. med. A._____ und der Assura vor Erlass der angefochtenen Verfügung dokumentiert.

C.

Mit Verfügungen vom 6. Mai 2016 stellte die Assura fest, die von ihr vorgenommene Veröffentlichung der persönlichen Daten von Dr. B. _____ respektive von Dr. med. A. _____ (mit Name, Vorname und Adresse) zum Zweck der Durchführung der besonderen Versicherungsmodelle „Hausarzt“ und „PharMed“ erfolge rechtmässig, weshalb die Daten nicht aus dem Ärzteverzeichnis der Krankenpflegeversicherung zu löschen seien. Sie führte zur Begründung aus, mit der alleinigen Aufführung der Daten der Ärztinnen und Ärzte sei weder direkt noch indirekt die Information verbunden, dass diese vertraglich verpflichtet wären, neue Patientinnen und Patienten aufzunehmen, eine Behandlung durchzuführen oder dass ein besonderes Vertragsverhältnis zwischen ihnen und der Assura bestehe. Als Bundesorgan im Sinne von Art. 2 Abs. 1 Bst. b DSGVO unterstehe die Assura den entsprechenden Regelungen des DSGVO. Bei den von ihr veröffentlichten Daten handle es sich nicht um besonders schützenswerte Daten im Sinne von Art. 3 Abs. 1 Bst. c DSGVO. Vorliegend sei die Datenveröffentlichung überdies in Art. 84a Abs. 3 KVG durch eine gesetzliche Regelung gedeckt. Die von der Assura angebotenen Versicherungsmodelle „Hausarzt“ und „PharMed“, bei welchen die Versicherten immer zuerst die von ihnen gewählten und der Assura mitgeteilten, zur Tätigkeit zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zugelassenen Hausärztinnen und Hausärzte zu konsultieren hätten, seien beide vom BAG genehmigt worden und setzten die Verarbeitung der entsprechenden Daten voraus. Überdies bestehe für die Veröffentlichung der Daten ein überwiegendes öffentliches Interesse im Sinne von Art. 19 Abs. 1^{bis} DSGVO. So wiege das Interesse der Versicherungsnehmer, die Adressdaten der für die Leistungserbringung in Frage kommenden Ärztinnen und Ärzte direkt bei ihrem Versicherer aufzufinden, schwerer als das Interesse der Ärztinnen und Ärzte, diese nicht zu veröffentlichen (Dossiers C-3612/2016 und C-3615/2016, je Beilage 2 zu BVGer-act. 1).

D.

Gegen die Verfügungen vom 6. Mai 2016 erhoben Dr. med. B. _____ und Dr. med. A. _____ (im Folgenden: Beschwerdeführende), weiterhin vertreten durch Rechtsanwalt Prof. Dr. iur. Urs Saxer und Rechtsanwältin MLaw Nathalie Stoffel, in zwei separaten Eingaben vom 8. Juni 2016 Beschwerde beim Bundesverwaltungsgericht mit den Anträgen, die angefochtenen Verfügungen vom 6. Mai 2016 seien aufzuheben und es sei die Assura zu verpflichten, die persönlichen Daten (Name und Adresse) von Dr. med. B. _____ respektive von Dr. med. A. _____ vollumfänglich und unverzüglich von deren Ärzteverzeichnis – einschliesslich des online

auf der von ihr betriebenen Website abrufbaren Ärzteverzeichnis über die anerkannten Ärztinnen und Ärzte im Hausarzt- und PharMed-Modell – zu löschen und es künftig zu unterlassen, diese Daten an ihre Versicherten, welche sich für ein Versicherungsmodell gemäss Art. 41 Abs. 4 KVG interessierten und/oder entschieden hätten, auf irgendeine Art und Weise direkt oder indirekt weiterzugeben; unter Kosten- und Entschädigungsfolge (zuzüglich Mehrwertsteuer) zu Lasten der Beschwerdegegnerin. Darüber hinaus beantragten die Beschwerdeführenden, es sei im Sinne einer vorsorglichen Massnahme gegenüber den verantwortlichen Organen der Assura unter Androhung einer Busse wegen Ungehorsams anzuordnen, die persönlichen Daten von Dr. med. B. _____ respektive Dr. med. A. _____ im Ärzteverzeichnis der Assura, welches auf ihrer Website im Zusammenhang mit den besonderen Versicherungsmodellen „Hausarzt“ bzw. „PharMed“ publiziert werde, unverzüglich und mindestens für die Dauer des vorliegenden Beschwerdeverfahrens in allen verfügbaren Sprachen zu löschen. In verfahrensrechtlicher Hinsicht beantragten die Beschwerdeführenden, es sei erstens vor einem allfälligen Nichteintretensentscheid mangels Zuständigkeit mit der kantonalen Paritätischen Kommission TARMED des Kantons Bern und/oder mit dem kantonalen Schiedsgericht ein Meinungs austausch im Sinn von Art. 8 Abs. 2 VwVG (SR 172.021) zu führen. Zweitens seien die von Dr. med. B. _____ sowie von Dr. med. A. _____ eingeleiteten Beschwerdeverfahren zu vereinigen.

Zur Begründung brachten die Beschwerdeführenden vor, im online zugänglichen Ärzteverzeichnis der von der Assura angebotenen Hausarzt- und PharMed-Modelle gebe die Assura Name und Adresse der Beschwerdeführenden als Daten bekannt. Auf ihrer Website weise die Assura ausserdem darauf hin, dass sämtliche Facharzt konsultationen von der Hausärztin oder vom Hausarzt verordnet werden müssten durch Ausfüllen eines von der Assura hierzu erstellten Überweisungsscheins. Hierdurch werde der (falsche) Eindruck erweckt, die Assura habe mit den in ihrem Verzeichnis publizierten Ärztinnen und Ärzten eine Absprache getroffen, aufgrund derer sie über die Anforderungen an eine Kostenübernahme unter dem Hausarzt-Versicherungsmodell in Kenntnis seien. Die Beschwerdeführenden seien indessen nicht über die Modalitäten und Pflichten im Zusammenhang mit der Vornahme von Überweisungsschreiben in Kenntnis gesetzt worden. Überdies wüssten sie nicht einmal, ob eine Patientin oder ein Patient im Hausarzt-Versicherungsmodell der Assura versichert sei, obwohl sie diesfalls als deren erste Anlaufstelle fungierten. Aus diesem Grund sei eine vorgängige Information bzw. Absprache zwischen den Ärztinnen und

Ärzten sowie den Krankenversicherungen, welche besondere Versicherungsformen nach Art. 41 Abs. 4 KVG anböten, unerlässlich. Es sei die Regel, dass diese die Durchführung der besonderen Versicherungsformen mit den Ärztinnen und Ärzten vertraglich regelten. Diese Verträge enthielten oft Vereinbarungen über die finanzielle Beteiligung der Leistungserbringenden am Versicherungsrisiko (Budgetverantwortung), über die Optimierung des Kosten-/Nutzenverhältnisses der Behandlungsprozesse sowie der Qualitätssteigerung. Im Gegenzug verpflichteten sich die Versicherer, die Leistungen der Ärztinnen und Ärzte finanziell zu entschädigen. Einzelne Versicherer, wie auch die Assura, seien indessen nicht bereit, im Zusammenhang mit dem Angebot von Hausarzt-Versicherungsmodellen solche Verträge abzuschliessen und die Leistungen zur Steigerung der Qualität und Effizienz der ambulanten Grundversorgung zu honorieren. Diese würden somit – als Trittbrettfahrer – von den bereits bestehenden Modellen anderer Krankenversicherer und den zusätzlichen Anstrengungen der Ärztinnen und Ärzte profitieren. Hierbei werde das Risiko der korrekten Ausstellung von Überweisungsschreiben vollumfänglich auf die Versicherungsnehmerinnen und Versicherungsnehmer überwältigt, ohne dass diese über diesen Umstand Bescheid wüssten. Allenfalls müssten die Beschwerdeführenden sogar befürchten, es sei implizit ein Vertrag zwischen ihnen und der Assura zustande gekommen. Da jedoch keine Kontrahierungspflicht bestehe, müssten sich die Beschwerdeführenden gegen die Auswahl der Assura zur Wehr setzen können.

Alternativ stützten sich die Beschwerdeführenden auf eine Verletzung des DSGVO. So könne sich die Assura für die Veröffentlichung ihrer Daten nicht auf Art. 84a KVG stützen, da sie nicht dazu verpflichtet sei, besondere Versicherungsformen gemäss Art. 41 Abs. 4 KVG anzubieten. Ausserdem beziehe sich besagter Artikel lediglich auf die Daten der Versicherten und nicht auf den „Transfer“ der Daten von Ärztinnen und Ärzten. Selbst wenn eine ausreichende gesetzliche Grundlage für die Veröffentlichung der Daten vorläge, sei diese Veröffentlichung unverhältnismässig. So stünden im Hausarztmodell der Assura alle zu Lasten der Krankenpflegeversicherung zugelassenen Ärztinnen und Ärzte zur Auswahl. Diese Mitteilung respektive ein Verweis auf die offizielle FMH-Liste würden vollends ausreichen, ohne dass die Assura die Daten der einzelnen Ärztinnen und Ärzte selber veröffentlichen müsste. Indem die Assura ihr Verzeichnis als unverbindlich und unvollständig bezeichne, stelle sie die Notwendigkeit der Datenveröffentlichung selber in Frage. Es sei sodann fraglich, ob es sich bei der Durchführung eines besonderen Versicherungsmodells um die Erfüllung einer öffentlichen Aufgabe im Sinne von Art. 19 Abs. 1^{bis} DSGVO handle. Die

Veröffentlichung der Daten entgegen dem Willen der Beschwerdeführenden verletze deren Persönlichkeit, das Recht auf informationelle Selbstbestimmung sowie die Grundsätze von Treu und Glauben und der Verhältnismässigkeit (Dossiers C-3612/2016 und C-3615/2016, je BVGer-act. 1).

E.

In der Folge eröffnete das Bundesverwaltungsgericht die beiden Beschwerdeverfahren C-3612/2016 (betreffend das Verfahren von Dr. med. A. _____ gegen die Assura) und C-3615/2016 (betreffend das Verfahren von Dr. med. B. _____ gegen die Assura), welche es mit Zwischenverfügung vom 14. Juni 2016 antragsgemäss vereinigte und unter dem Hauptdossier C-3612/2016 fortführte. Gleichzeitig wies das Bundesverwaltungsgericht die Anträge auf superprovisorische Anordnung der beantragten vorsorglichen Massnahmen ab (BVGer-act. 2).

F.

Der mit Zwischenverfügung vom 14. Juni 2016 einverlangte Kostenvorschuss von insgesamt Fr. 5'000.– ging am 27. Juni 2016 bei der Gerichtskasse des Bundesverwaltungsgerichts ein (BVGer-act. 5).

G.

Mit Vernehmlassung vom 28. Juni 2016 beantragte die Vorinstanz, nunmehr vertreten durch Rechtsanwalt Prof. Dr. iur. Tomas Poledna, die Beschwerde, soweit auf diese einzutreten sei, sowie die beantragten vorsorglichen Massnahmen seien abzuweisen, unter Kosten- und Entschädigungsfolgen. Sie führte zur Begründung aus, die Beschwerdeführenden legten vordergründig eine Sorge um die Verwendung ihrer persönlichen Daten dar, ihr eigentliches Ziel seien indessen lediglich monetäre Gesichtspunkte, da die Beschwerdeführenden bei einer vertraglichen Regelung zusätzliche Entschädigungen für diverse, über den TARMED-Anschlussvertrag bereits entgeltene Leistungen erhalten und zudem zum Teil für Leistungen entschädigt würden, die Teil ihrer gesetzlichen Pflichten (wie die Einhaltung und Anhebung der Qualität, die Weiter- und Fortbildung oder das Beachten der WZW-Kriterien) seien. Entgegen der Auffassung der Beschwerdeführenden sei eine vertragliche Regelung zwischen ihnen und den Versicherern nicht die einzige mögliche Grundlage für ein besonderes Versicherungsmodell. Das besondere Versicherungsmodell gemäss KVG regle das Rechtsverhältnis zwischen der versicherten Person und den Versicherungen, nicht aber die Beziehung der Versicherung zu den Leistungserbringenden. Bereits gestützt auf den von den Beschwerdeführenden sowie der Vorinstanz unterzeichneten TARMED-Rahmenvertrag müssten

sich die Beschwerdeführenden für die Versicherten der Vorinstanz zur Verfügung halten. Gleiche Versicherungsmodelle wie die Vorinstanz böten die nachfolgenden Versicherungen an: KTP, Groupe Mutuel, sympany, Sanitas, SWICA und Visana.

Streitgegenstand sei vorliegend die Rechtmässigkeit der fraglichen Datenbekanntgabe. Diesbezüglich sei ein aktuelles, schutzwürdiges Interesse der Beschwerdeführenden zu verneinen. Die Beschwerdeführenden führten nicht an, worin die Schwere der Beeinträchtigung liege. Das Online-Register der Vorinstanz entspreche den Angaben im MedReg sowie dem FMH-Verzeichnis. Beides seien öffentlich zugängliche Verzeichnisse. Das Online-Verzeichnis der Vorinstanz diene lediglich der Orientierungshilfe für die Versicherten respektive für andere Besucher und gestatte der Vorinstanz eine administrative Vereinfachung der Abwicklung des Versicherungsverhältnisses. Die Internetseite erwecke nicht den Eindruck, dass die Vorinstanz mit den aufgeführten Ärztinnen und Ärzten eine besondere vertragliche Beziehung eingegangen sei. Mangels Betroffenheit respektive Legitimierung der Beschwerdeführenden sei auf die Beschwerde nicht einzutreten.

Die Assura regle das Hausarzt-Modell in Art. 22.2 ihrer besonderen Vertragsbestimmungen (BVB). Entscheidend sei hierbei, dass die Assura als Hausärztin/Hausarzt im Sinne des Hausarztmodells alle zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zugelassenen Ärztinnen und Ärzte akzeptiere, da der Kostenspareffekt immer eintrete, wenn die Versicherten nicht beliebig viele Konsultationen bei Fachärzten in Anspruch nehmen könnten. Die Bestimmung sei vom BAG in dieser Form genehmigt worden, weshalb diese vorliegend nicht mehr in Frage gestellt werden könne. Indem das Assura-Hausarztmodell darauf abziele, dass die Versicherten konsequent zuerst eine Hausärztin oder einen Hausarzt im Sinne der Grundversorgung aufsuchen müssten, sei die Funktion der Hausärztin respektive des Hausarztes dieselbe wie im Standardmodell, was mit der angepassten Tarifstruktur grundsätzlich auch tariflich gewürdigt werde. Damit setze das Assura-Hausarztmodell lediglich auf Seiten des Verhaltens der Versicherten an. Entgegen der Auffassung der Beschwerdeführenden sei das Hausarztmodell der Assura nicht mangels einer vertraglichen Grundlage respektive ihrer Zustimmung in Frage zu stellen. Art. 41 Abs. 4 KVG sehe nämlich lediglich eine Vertragsbeziehung zwischen den Versicherern und den Versicherten vor und gewähre den Versicherern das Recht, die Leistungserbringenden einseitig auszuwählen. Eine Mitsprache oder Mitgestaltung durch die Leistungserbringenden sei nicht vorgesehen.

Mit ihrem Hausarztmodell nehme die Assura eine Beschränkung der Wahl der Leistungserbringenden vor, indem die Versicherten für die Erstkonsultation lediglich Allgemeinpraktikerinnen und Allgemeinpraktiker konsultieren dürften. Gleichzeitig definiere sie den Behandlungspfad, der – sofern und soweit nötig – von Hausärztin/Hausarzt zur Spezialistin respektive zum Spezialisten führe. Dieses besondere Versicherungsmodell bedürfe keiner vertraglichen Einbindung der Hausärztinnen und Hausärzte. Diese seien als zugelassene Leistungserbringende vertraglich über den Anschlussvertrag zum TARMED-Rahmenvertrag zur Leistungserbringung verpflichtet und müssten von Gesetzes wegen die Kriterien der Behandlung nach Art. 32 f. KVG beurteilen, samt einer allfälligen Überweisung an einen anderen Leistungserbringenden. Dazu gehöre auch die Ausstellung eines Überweisungsformulars. Diese Leistung sei integraler Bestandteil eines ärztlichen Behandlungsverhältnisses und werde gemäss TARMED-Anschlussvertrag besonders entgolten. Demgegenüber trügen die Beschwerdeführenden vorliegend keine Budgetverantwortung, da sie nach dem Einzelleistungstarif entschädigt würden. Grund für die Prämienreduktion sei damit nicht die hausärztliche Tätigkeit, sondern das Verhalten der Versicherten. Der TARMED-Anschlussvertrag sehe sodann eine freie Arztwahl vor, welche einerseits ein Recht zu Gunsten der Versicherten und andererseits eine Verpflichtung der Ärztinnen und Ärzte, sich für die Versicherten der Versicherer (im Rahmen ihrer Kapazitäten) zur Verfügung zu halten, beinhalte. Entsprechend liege auch zwischen der Vorinstanz und den Beschwerdeführenden eine vertragliche Bindung vor.

Den Argumenten der Beschwerdeführenden hinsichtlich der Datenbekanntgabe hielt die Vorinstanz entgegen, gemäss der Rechtsprechung des Bundesgerichts richte sich die Durchführung von besonderen Formen der Versicherung nach den Bestimmungen des KVG und des öffentlichen Rechts. Damit handle es sich bei der Durchführung von besonderen Formen der Versicherung um eine öffentliche Aufgabe, die im allgemeinen Interesse liege. Art. 84a Abs. 3 KVG sei in zwei Sätze gegliedert und erwähne lediglich im zweiten Satz Versichertendaten ausdrücklich. Es sei daher durchaus denkbar sowie vorhersehbar, dass auch über Leistungserbringende (als wesentliche Akteure im Bereich des KVG) konkrete Daten veröffentlicht werden dürften, ohne diese zu anonymisieren. Schliesslich seien diese Daten weniger schutzbedürftig als Versichertendaten, welche sich fast zwangsläufig direkt oder indirekt auf die Gesundheit bezögen und daher besonders sensibel seien. Aufgrund seiner Sachüberschrift beziehe sich Art. 84a Abs. 3 KVG eindeutig auf die Datenbekanntgabe. Die Publi-

kation der Daten der Leistungserbringenden sei schliesslich verhältnismässig, da am Hausarztmodell ein erhebliches öffentliches Interesse bestehe und die Versicherten ein gewichtiges Interesse daran hätten, sich über die verschiedenen Modelle in einfacher Weise informieren zu können. Die in Frage stehende Liste diene der Transparenz über das Versicherungsmodell. Die Datenbekanntgabe sei daher ein geeignetes Instrument, um dem öffentlichen Interesse an reduzierten KVG-Prämien und einer möglichst breiten Verfügbarkeit dieser Prämien nachzukommen. Die von der Vorinstanz praktizierte Ärzteliste sei für die Erreichung des Ziels einer umfassenden Information erforderlich. Für die Beschwerdeführenden wiege der Eingriff in das informationelle Selbstbestimmungsrecht äussert leicht, da die Daten bereits auf anderen Plattformen verfügbar seien und deren öffentliche Zugänglichkeit im Rahmen des MedReg gesetzlich vorgesehen sei. Ein Vergleich mit konkurrierenden Versicherern bestätige, dass die Versicherten heutzutage erwarteten, die Verfügbarkeit einer Ärztin oder eines Arztes online überprüfen zu können. Widrigenfalls entstünde der Vorinstanz ein Wettbewerbsnachteil. Damit falle die Interessenabwägung zu Gunsten der Vorinstanz aus. Nachdem ferner das MedReg gemäss Art. 51 Abs. 4 MedBG dem Vollzug der Krankenversicherung diene, dürfe es auch von den Krankenversicherern verwendet und selber veröffentlicht werden, um die Krankenversicherung durchzuführen (BVGer-act. 6).

H.

Das Bundesverwaltungsgericht wies mit Zwischenverfügung vom 7. Juli 2016 den Antrag der Beschwerdeführenden auf Anordnung einer vorsorglichen Massnahme ab mit der Begründung, die Beschwerdeführenden seien im Zusammenhang mit dem Hausarzt- und PharMed-Modell bereits im unverbindlichen Ärzteverzeichnis der Vorinstanz aufgeführt. Auch mit Blick auf bloss mögliche zusätzliche Patientinnen und Patienten erscheine eine Löschung aus dem erwähnten Verzeichnis nicht besonders dringlich, weshalb es den Beschwerdeführenden zuzumuten sei, während der Dauer des vorliegenden Beschwerdeverfahrens weiterhin im Ärzteverzeichnis zu verbleiben (BVGer-act. 6).

I.

Mit Verfügung vom 19. Juli 2016 eröffnete das Bundesverwaltungsgericht einen Meinungs austausch mit den Schiedsgerichten der Kantone Bern und Zürich, wobei es die Auffassung vertrat, es handle sich bei der vorliegend zu beurteilenden Streitsache um eine KVG-spezifische Streitigkeit zwischen der Vorinstanz als Krankenversicherung und den Beschwerdefüh-

renden als Leistungserbringende, für welche die Schiedsgerichte in Sozialversicherungsstreitigkeiten der Kantone Bern und Zürich zuständig seien (BVGer-act. 10).

J.

Am 11. August 2016 äusserte das Schiedsgericht in Sozialversicherungssachen des Kantons Bern die Auffassung, die Streitigkeit falle in die Zuständigkeit des Bundesverwaltungsgerichts, da es sich bei den Löschungsgesuchen der Beschwerdeführenden um keine KVG-spezifische Streitigkeit handle. So gehe es nicht um das Verhältnis zwischen der Vorinstanz und den Beschwerdeführenden, insbesondere sei weder die Anerkennung der Beschwerdeführenden noch deren Ausschluss von einem Versicherungsmodell streitig. Vielmehr scheine es sich vorliegend um eine datenschutzrechtliche Streitigkeit mit einem sozialversicherungsrechtlichen Hintergrund zu handeln. Aufgrund des vor dem Schiedsgericht geltenden Verfahrens der ursprünglichen Verwaltungsrechtspflege erscheine eine Weiterleitung der Beschwerde überdies nicht möglich (BVGer-act. 13).

K.

In ihrer Stellungnahme vom 5. September 2016 schloss sich das Schiedsgericht in Sozialversicherungsstreitigkeiten des Kantons Zürich den Ausführungen des Schiedsgerichts in Sozialversicherungssachen des Kantons Bern an. Eine sozialversicherungsrechtliche Streitigkeit zwischen den Leistungserbringenden und Versicherungsträgern, für welche die Schiedsgerichte zuständig seien, liege lediglich vor, wenn mit der Löschung aus einem Verzeichnis die Leistungserbringung von Ärztinnen und Ärzten eingeschränkt oder diese zu einer Leistung angehalten würden, welche sie nicht erbringen wollten. Dies sei vorliegend unbestrittenermassen nicht der Fall. Vielmehr gehe es vorliegend um die Frage, ob die von der Assura betriebene Werbung mit den Daten der Beschwerdeführenden zulässig sei. Für diese datenschutzrechtliche Streitigkeit sei das Schiedsgericht nicht zuständig (BVGer-act. 14).

L.

In ihrer Replik vom 14. November 2016 hielten die Beschwerdeführenden sinngemäss an ihren bisherigen Anträgen fest. Hinsichtlich der fraglichen Zuständigkeit des Bundesverwaltungsgerichts zur Beurteilung der Beschwerde habe die Vorinstanz den vorliegenden Streitgegenstand zu Unrecht auf eine reine datenschutzrechtliche Frage reduziert. Nur weil das KVG keine Antwort zum Löschungsanspruch enthalte, bedeute dies nicht,

dass vorliegend keine KVG-rechtliche Streitigkeit vorliege. Gegen eine Zuständigkeit des Bundesverwaltungsgerichts für die Beurteilung ihrer Beschwerde hätten die Beschwerdeführenden nichts einzuwenden, solange auch ihre mit dem KVG verknüpften Vorbringen geprüft würden. Materiell bemerkten die Beschwerdeführenden, das Hausarztmodell der Vorinstanz beinhalte eine quasi uneingeschränkte Auswahlmöglichkeit, so dass eine Orientierungshilfe bei der Auswahl der Hausärztin oder des Hausarztes nicht nötig sei. Der allfällige, indessen nicht zwingend notwendige Verweis auf ein anderes öffentliches, bereits bestehendes Ärzteregister (zum Beispiel das MedReg) sei sogar viel effizienter, da jene Einträge detaillierter und informativer seien. Zudem biete das Medizinalberuferegister eine benutzerfreundliche und selbsterklärende Suchmaske. Offenbar liege es im wirtschaftlichen Interesse der Vorinstanz, den konkurrierenden Versicherern, welche ebenfalls Listen von Ärztinnen und Ärzten publizierten, nicht nachzustehen, wobei jene anderen Versicherern mit den auf ihren Listen figurierenden Leistungserbringenden Verträge unterhielten, in welchen die Publikation der Daten geregelt werde. Die Ärzteliste der Vorinstanz erfülle keinen eigentlichen Zweck, da bei ihr jede Ärztin und jeder Arzt als Hausärztin oder Hausarzt gewählt werden könne. Demgegenüber weise sie den Vorwurf der Vorinstanz zurück, die Beschwerde aus rein monetären Gründen erhoben zu haben, um für gewisse Leistungen quasi doppelt entschädigt zu werden.

Die Verträge über besondere Versicherungsmodelle zwischen den Versicherern und Leistungserbringenden bzw. deren Netzwerken sähen typischerweise und insbesondere folgende Aufgaben vor, welche von den Versicherern entschädigt würden: Mitteilung des Leistungserbringenden an die neu eingetretenen Patientinnen und Patienten, dass sie im Hausarztmodell versichert seien, mit dem Hinweis auf ihre Rechte und Pflichten; Übermittlung der Überweisungsschreiben in einem speziellen elektronischen Tool an den Versicherer; elektronische Beantwortung von Rückfragen bei fehlenden Überweisungen; Kostencontrolling; die Betreuung einer speziell auf das Hausarztmodell ausgerichteten, datenschutzkonformen IT-Infrastruktur mit Datenbanken und Schnittstellen zur eigenen Praxissoftware; Hinweise an die Spezialistinnen und Spezialisten, sie müssten die Hausärztin/den Hausarzt über den Behandlungsverlauf informieren; Aufbau eines verbindlichen Netzes an Spezialistinnen und Spezialisten für die Zusammenarbeit; Erarbeiten verbindlicher Regelungen bei Einweisungen/Rücküberweisungen; Aufbau des elektronischen Datenaustausches mit Spitälern sowie Spezialistinnen und Spezialisten; Einführung der elekt-

ronischen Krankengeschichte; Erreichen eines Qualitätslabels; Einkauf/Erarbeitung von verbindlichen Guidelines unter Berücksichtigung des Aspekts Managed Care; Erstellen von (über TARMED nicht abgegoltener) Patienteninformationsunterlagen. Diese Zusatzleistungen könnten nicht nach TARMED Tarif abgerechnet werden und müssten auch nicht von den Ärztinnen und Ärzten entschädigungsfrei für alle Versicherer erbracht werden. Die Vorinstanz gehe zu Unrecht davon aus, dass die von den Ärztinnen und Ärzten im Hausarztmodell erbrachten zusätzlichen Leistungen durch die Stärkung der Hausärztinnen und Hausärzte als Grundversorgerinnen und Grundversorger mittels bundesrätlicher Tarifreform abgedeckt seien. Tatsächlich sei diese Reform zwecks stärkerer Gewichtung der intellektuellen ärztlichen Leistungen gegenüber den technischen Leistungen erfolgt. Um eine wirkungsvolle Patientensteuerung im Sinne des Gatekeepings durchführen zu können, sei die Hausärztin/der Hausarzt darauf angewiesen, dass ihm der Versicherer die Bestandes- und Kostendaten der im Hausarztmodell versicherten Patientinnen und Patienten übermittle. Nur so könne eine effektive Planung (insbesondere Kostencontrolling) sowie die tatsächliche Verfügbarkeit der Hausärztin/des Hausarztes im Bedarfsfall gewährleistet werden. Damit die Patientin/der Patient nicht im Bedarfsfall wegen Kapazitätsengpässen einen Wechsel der Hausärztin/des Hausarztes beantragen müsse, sei eine vorgängige koordinierte Zusammenarbeit zwischen der Hausärztin/dem Hausarzt und dem Krankenversicherer unabdingbar. Das bloße Auswählen einer Hausärztin/eines Hausarztes – ohne zusätzliche Massnahmen in der Dreiecksbeziehung zwischen den Versicherten, Versicherern und Leistungserbringenden – könne denn auch keine wirtschaftliche (bzw. kostengünstigere) und gleichzeitig qualitativ hochwertige Medizin bewerkstelligen, wie dies die Vorinstanz in ihrem Informationsblatt „Hausarzt – Fragen/Antworten“ schreibe. Eine Organisation der Hausärztinnen und Hausärzte über ihre gewohnten Praxisstrukturen hinaus in Netzwerken sei für die an sie im Rahmen eines Hausarztversicherungsmodells gestellten Ansprüche als Gatekeeper notwendig. Der Aufbau dieser Netzwerke werde nicht über den TARMED abgegolten. Deshalb sei es nur fair, dass die Versicherer, welche besondere Versicherungsmodelle anböten, sich an den anfallenden Kosten zumindest teilweise beteiligten.

Eine vom BAG in Auftrag gegebene Studie über die Kosteneffizienz und Qualität von Managed-Care-Modellen bei kostenintensiven Patientinnen und Patienten habe aufgezeigt, dass Listenmodelle nur vereinzelt Verbesserungen gegenüber den Standardversicherungen aufzeigten. Bei der von der Vorinstanz erwähnten Genehmigung würden lediglich die Prämientarife

genehmigt, nicht aber das Versicherungsmodell. Dies wäre denn auch nicht nachvollziehbar, da jenes die von Gesetzes wegen geforderten Voraussetzungen für eine Prämienermässigung nicht erfülle. So seien Prämienermässigungen bei besonderen Versicherungsmodellen nur zulässig, wenn das Wahlrecht der Versicherten im Hinblick auf eine kostengünstigere Versorgung beschränkt werde. Nachdem im Hausarztmodell der Vorinstanz jede praktizierende Ärztin und jeder praktizierende Arzt gewählt werden könne – so auch teure Spezialistinnen/Spezialisten (zum Beispiel nachweislich eine Gynäkologin sowie ein Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurg) – habe sie entgegen Art. 41 Abs. 4 KVG keine Arztauswahl im Hinblick auf eine kostengünstigere Versorgung vorgenommen. Ebenfalls sei beim Hausarztmodell der Vorinstanz keine nach Art. 101 KVV (SR 832.102) geforderte besondere Art und Höhe der Entschädigung der Leistungserbringenden gegeben. Die von der Vorinstanz als Anbieter ähnlicher Versicherungsmodelle genannten Versicherer hätten beispielsweise zu grössten Teilen mit dem Netzwerk der C._____ AG sowie der D._____ AG Verträge abgeschlossen. Gemäss teleologischer Auslegung von Art. 41 Abs. 4 KVG erfordere es Sinn und Zweck der Bestimmung, dass die Zusammenarbeit zwischen Leistungserbringenden sowie Versicherern vertraglich geregelt werde. Hinsichtlich der unrechtmässigen Datenbekanntgabe sei zu berücksichtigen, dass die Vorinstanz ihr Hausarztmodell auf freiwilliger Basis anbiete. Entsprechend sei es ihr zuzumuten, sich selber um den Datenschutz zu kümmern, indem sie vorgängig die Zustimmung der Betroffenen einhole. Unnötig sei die Publikation der Daten auch, da die Patientinnen und Patienten ohnehin erst bei Bekanntgabe ihrer Auswahl gegenüber der Vorinstanz erführen, ob diese die Ärztin oder den Arzt akzeptiere. Die unverbindliche Liste der Vorinstanz bringe den Versicherten daher nichts, dies umso mehr, als sie nicht vollständig sei. Aus dem auszugsweise ins Recht gelegten Gutachten von Prof. Dr. Ueli Kieser sei zu entnehmen, dass ein einzelner Leistungserbringender nicht verpflichtet sei, im Zusammenhang mit besonderen Versicherungsformen (HMO, Hausarztmodell oder Listenmodell) eine vertragliche Bindung einzugehen bzw. die vom Krankenversicherer vorgenommene Auswahl zu akzeptieren (BVGer-act. 19).

M.

Am 6. Januar 2017 duplizierte die Vorinstanz, ähnliche Versicherungsmodelle wie sie böten die Sanitas im Modell Sanitas NetMed, die Visana im Modell Visana Med Direct, die KPT im Modell KPT.win.doc, die Groupe Mutuel im Modell PrimaCare und die Sympany in verschiedenen Modellen,

zum Beispiel im Casamed Hausarzt-Modell, an. Hierbei könnten die Versicherten ihre Hausärztin oder ihren Hausarzt ebenfalls frei wählen, ohne dass die Versicherungen mit diesen eine vertragliche Beziehung eingegangen wären. Bei jenen Modellen seien die Modalitäten der Überweisung stark vereinfacht. Teilweise stünden sehr einfache, minimale Formulare als Überweisungsbestätigung zur Verfügung, auf welchen die Ärztin/der Arzt nur wenige Zeilen Text erfassen müsse. Bei der Assura gebe es für die Überweisung keine Formvorschriften, die Hausärztin/der Hausarzt könne diese auf seinem Briefpapier oder dem Rezeptblock vornehmen. Abgesehen von der Überweisung gebe es bei diesem Modell denn auch keine Verbindung zwischen der Assura und den Ärztinnen und Ärzten. Bei einer Ausstellung des Überweisungsscheins während der ärztlichen Untersuchung werde diese wie folgt nach TARMED abgerechnet: 00.0010 Konsultation, erste 5 Min. (Grundkonsultation), 00.0015 Zuschlag für hausärztliche Leistungen in der Arztpraxis, 00.0020 Konsultation, jede weitere 5 Min. (Konsultationszuschlag), 00.0030 Konsultation, letzte 5 Min. (Konsultationszuschlag). Bei späterer Anforderung des Überweisungsscheins per Telefon könne dieser über die Position 00.0140 (ärztliche Leistung in Abwesenheit der Patientin/des Patienten [inkl. Aktenstudium] pro 5 Min.) abgerechnet werden.

Aus dem eingereichten E-Mail Verkehr mit dem BAG sei ersichtlich, dass das BAG die Änderungen der AVB der Assura hinsichtlich der Entfernung sämtlicher Einschränkungen bezüglich der Anforderungen an die Hausärztin/den Hausarzt positiv zur Kenntnis genommen habe. Im Hausarztmodell der Vorinstanz werde mit einfachen Mitteln eine Kostendämpfung erreicht, indem durch die Konsultationspflicht bei der Hausärztin/dem Hausarzt die Notwendigkeit weiterer fachärztlicher Behandlungen kritisch reflektiert werde. Entsprechend habe das BAG auch die tieferen Prämien im Vergleich zum Standardmodell genehmigt. Die Beschwerdeführenden seien überdies auch in den Suchmaschinen der Sanitas sowie der Sympany, welche ähnliche Versicherungsmodelle wie die Vorinstanz anböten, zu finden, was diese nicht zu stören scheine. Gemäss der Rechtsprechung des Bundesgerichts sei es schliesslich zulässig, öffentliche und ohne besonderes Interesse zugängliche (Handelsregister-) Daten weiterzuverbreiten, solange die Daten unverändert und vollständig übernommen würden. Löschungen aus dem übernommenen Register führten demgegenüber zu Intransparenz und unterliefen daher den Zweck der informationellen Erleichterung (BVGer-act. 20).

N.

Mit Triplik vom 19. Januar 2017 erwiderten die Beschwerdeführenden, bei den Hausarztversicherungsmodellen der Sanitas, Visana und KPT seien nicht alle Ärztinnen und Ärzte wählbar, welche zur Tätigkeit zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zugelassen seien. Lediglich bei der Groupe Mutuel sei dies ebenfalls der Fall, woraus die Vorinstanz indessen nichts zu ihren Gunsten ableiten könne. Auch aus dem Umstand, dass noch andere Versicherer Hausarztmodelle anböten, ohne dass mit den Beschwerdeführenden darüber eine Kooperation bestehe, könne die Vorinstanz nichts zu ihren Gunsten ableiten. Anders als die Vorinstanz publizierten die anderen Versicherer indessen die Daten der Beschwerdeführenden nicht ungefragt und schon gar nicht gegen deren ausdrücklich geäußerten Willen. Die Beschwerdeführenden behielten sich vor, nach Abschluss des Verfahrens gegen andere Versicherer, welche ihre Daten ebenfalls ungefragt auf einer Ärztesliste publizierten, zur Löschung aufzufordern. Entgegen ihrer Behauptung, die Überweisung sei bei ihr an keine besondere Form gebunden, sei auf der Website der Vorinstanz ein Überweisungsschein abgebildet, wobei sie die Versicherten explizit dazu auffordere, dieses Dokument von der Hausärztin/vom Hausarzt ergänzen zu lassen.

Aus den durch die Vorinstanz eingereichten E-Mail Schreiben sei keine Genehmigung des Hausarztmodelles der Vorinstanz durch das BAG ersichtlich. Insbesondere im E-Mail vom 30. November 2015 bedanke sich das BAG leidlich für die Bestätigung über die erfolgte Anpassung der Versicherungsbedingungen. Darin könne weder eine Genehmigung noch eine positive Kenntnisnahme der fraglichen Passage der Versicherungsbedingungen des Hausarztmodells der Vorinstanz erblickt werden. Schliesslich stimme die Hausarztliste der Vorinstanz auch nicht mit den Daten aus dem MedReg überein. So sei enthalte diese beispielsweise nach wie vor eine bereits vor zwei Jahren verstorbene Ärztin (BVGer-act. 23).

O.

In ihrer Quadruplik vom 17. Februar 2017 hielt die Vorinstanz ergänzend fest, gemäss Kreisschreiben des BAG sei ein besonderes Versicherungsmodell ohne Vertrag mit der Ärztin oder dem Arzt ausdrücklich zulässig. Bei dem auf ihrer Website zur Verfügung gestellten Überweisungsformular handle es sich um eine Serviceleistung für die Versicherten, welche dieses ausdrucken und der Hausärztin oder dem Hausarzt zum Ausfüllen übergeben könnten. Die Versicherten seien jedoch nicht verpflichtet, dieses For-

mular zu verwenden. Aus der Eingabemaske sei ersichtlich, dass der Überweisungsschein primär durch die Versicherten ausgefüllt werden müsse. Die von der Vorinstanz aufgeführten Daten würden einmal pro Woche aufgrund der von der SASIS AG zugestellten Angaben aktualisiert (BVGer-act. 27).

P.

Mit Quintuplik vom 3. März 2017 erwiderten die Beschwerdeführenden, das BAG-Kreisschreiben regle lediglich den Nachweis der Kostenunterschiede bei besonderen Versicherungsformen mit eingeschränkter Wahl des Leistungserbringenden und nicht die generelle Zulässigkeit dieser Modelle. Selbst wenn das BAG besondere Versicherungsmodelle ohne Vertrag mit den Ärztinnen und Ärzten für zulässig halten sollte, bedeute dies nicht, dass die Vorinstanz berechtigt sei, die Daten der Beschwerdeführenden entgegen deren ausdrücklichen Willen auf ihrer Website zu publizieren. Dass die Versicherten den Überweisungsschein hauptsächlich auszufüllen hätten, gehe an der Realität vorbei. Tatsächlich entscheide die Hausärztin oder der Hausarzt, ob eine Überweisung an eine Spezialistin oder einen Spezialisten erforderlich sei. Jeder Überweisungsschein, in welcher Form auch immer, müsse mit der Krankengeschichte der Patientin/des Patienten ergänzt werden. Daten der SASIS AG seien oft auch nicht hinreichend aktualisiert, da Meldungen seitens der Ärztinnen und Ärzte unterlassen würden, jedoch immer noch aktueller als das Register der Vorinstanz, weshalb ein Verweis auf jenes Register anstelle eines eigenen Registers der Vorinstanz vorzuziehen wäre (BVGer-act. 29).

Q.

Auf die weiteren Vorbringen der Parteien und die eingereichten Unterlagen wird – soweit erforderlich und rechtserheblich – in den nachfolgenden Erwägungen eingegangen.

Das Bundesverwaltungsgericht zieht in Erwägung:

1.

1.1 Im Streit liegen die Verfügungen der Assura vom 6. Mai 2016 betreffend Dr. med. A. _____ (Dossiers C-3612/2016) und Dr. B. _____ (C-3615/2016). Das Bundesverwaltungsgericht beurteilt gemäss Art. 31 VGG (SR 173.32) Beschwerden gegen Verfügungen nach Art. 5 VwVG.

Die Beschwerde ist zulässig gegen Verfügungen der Instanzen oder Organisationen ausserhalb der Bundesverwaltung, die in Erfüllung der ihnen übertragenen öffentlich-rechtlichen Aufgaben des Bundes verfügen (Art. 33 Bst. h VGG). Die Vorinstanz nimmt als zugelassener Krankenversicherer bei der Durchführung des KVG öffentliche Aufgaben des Bundes wahr.

1.2 Gemäss Art. 32 Abs. 2 Bst. b VGG ist die Beschwerde unzulässig gegen Verfügungen, die nach einem anderen Bundesgesetz durch Beschwerde an eine kantonale Behörde anfechtbar sind. Die angefochtenen Verfügungen vom 6. Mai 2016 betreffen eine Streitigkeit zwischen Krankenversicherer und Leistungserbringenden. Für diese ist nach Art. 89 Abs. 1 KVG das kantonale Schiedsgericht zuständig (vgl. BGE 141 V 557 E. 2). Das Bundesgericht geht bezüglich der Streitigkeit zwischen Krankenversicherern und Leistungserbringenden von der sachlichen Zuständigkeit des Schiedsgerichts für alle Streitigkeiten zwischen Krankenversicherern und Leistungserbringenden aus, wenn und soweit sie Rechtsbeziehungen zum Gegenstand haben, die sich aus dem KVG ergeben oder auf Grund des KVG eingegangen worden sind (BGE 132 V 303 E. 4.1 mit Hinweis auf BGE 131 V 193 E. 2, 114 V 323 E. 3b und BGE 112 V 310 f. E. 3b).

1.3 Vorliegend ist die Streitfrage zu beurteilen, ob die Veröffentlichung der persönlichen Daten der Beschwerdeführenden 1 und 2, umfassend deren Namen, Vornamen und Adresse, durch die Vorinstanz zum Zweck der Durchführung der besonderen Versicherungsmodelle „Hausarzt“ und „PharMed“ gemäss Verfügungen vom 6. Mai 2016 rechtmässig erfolgt ist, oder ob die Beschwerdeführenden antragsgemäss einen Anspruch darauf haben, dass die Vorinstanz ihre persönlichen Daten vollumfänglich und unverzüglich vom Ärzteverzeichnis entfernt und es zukünftig unterlässt, diese Daten an ihre Versicherten, welche sich für ein Versicherungsmodell gemäss Art. 41 Abs. 4 KVG interessieren und/oder entschieden haben, auf irgendeine Art und Weise direkt oder indirekt weiterzugeben.

1.3.1 Die Vorinstanz hat den Erlass der angefochtenen Verfügungen vom 6. Mai 2016 explizit auf Art. 25 DSG i. V. m. Art. 5 VwVG gestützt. In ihrer Verfügungsbegründung hat sie ausgeführt, dass ihr Vorgehen durch Art. 17 und 19 DSG gedeckt sei, welche auf eine gesetzliche Regelung verwiesen, die eine Bearbeitung von Personendaten durch ein Bundesorgan ermöglichen. Eine solche gesetzliche Grundlage finde sich in Art. 84a Abs. 3 KVG.

1.3.2 Die kantonalen Schiedsgerichte Bern und Zürich haben sich im Rahmen des von der Instruktionsrichterin durchgeführten Meinungsaustauschs mit Eingaben vom 11. August 2016 bzw. vom 5. September 2016 gegen ihre Zuständigkeit zur Beurteilung der Beschwerden gegen die angefochtenen Verfügungen ausgesprochen, da eine datenschutzrechtliche – und keine KVG-spezifische – Streitigkeit zu beurteilen sei, welche in die Zuständigkeit des Bundesverwaltungsgerichts falle.

1.3.3 Ob dem in der Tat so ist, wird im Rahmen der nachfolgenden materiellen Beurteilung der Streitsache eingehend zu prüfen sein. Bei dieser Ausgangslage erscheint es als zulässig, die Zuständigkeit des Bundesverwaltungsgerichts gestützt auf Art. 31 i. V. m. Art. 33 Bst. h VGG (SR 173.32) zu bejahen.

1.4 Die Beschwerdeführenden sind als Adressaten der Verfügungen vom 6. Mai 2016 berührt und haben ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Änderung, so dass sie im Sinn von Art. 48 VwVG beschwerdelegitimiert sind.

1.5 Nachdem der einverlangte Kostenvorschuss fristgerecht geleistet wurde (Art. 63 Abs. 4 VwVG), ist auf die im Übrigen frist- und formgerecht (Art. 52 VwVG) eingereichten Beschwerden einzutreten.

2.

2.1 Anfechtungsobjekt und damit Begrenzung des Streitgegenstandes des vorliegenden Beschwerdeverfahrens (BGE 131 V 164 E. 2.1; 125 V 413 E. 1a) bilden die Verfügungen der Vorinstanz vom 6. Mai 2016, mit welchen diese festgestellt hat, die von ihr vorgenommene Veröffentlichung der persönlichen Daten der Beschwerdeführenden (mit Name, Vorname und Adresse) zum Zweck der Durchführung der besonderen Versicherungsmodelle „Hausarzt“ und „PharMed“ sei rechtmässig erfolgt. Vorliegend streitig und durch das Bundesverwaltungsgericht zu prüfen ist demnach, ob die Vorinstanz die Daten der Beschwerdeführenden zu Recht veröffentlicht hat, oder ob die Beschwerdeführenden 1 und 2 antragsgemäss einen Anspruch auf deren Beseitigung haben.

2.2 Die Beschwerdeführenden bestreiten das Recht der Vorinstanz, ihre Namen auf der Ärzteliste der von der Vorinstanz angebotenen Versicherungsmodelle „Hausarzt“ und „PharMed“ aufzuführen, da zwischen ihnen als Leistungserbringenden und der Vorinstanz als Krankenversicherer kein

Vertrag über die Durchführung bzw. Teilnahme am besonderen Versicherungsmodell abgeschlossen worden sei. In einem ersten Schritt ist daher zu prüfen, ob zur Durchführung der besonderen Versicherungsmodelle „Hausarzt“ und „PharMed“ ein Vertragsabschluss zwischen den Beschwerdeführenden und der Vorinstanz erforderlich ist.

3.

3.1 Nachfolgend sind die rechtlichen Grundlagen der fraglichen Versicherungsmodelle der Vorinstanz, welche besondere Versicherungsformen darstellen, zu prüfen.

3.1.1 Grundsätzlich ist jede Person mit Wohnsitz in der Schweiz in der obligatorischen Krankenpflege (im Folgenden: OKP) versicherungspflichtig (vgl. Art. 3 KVG i. V. m. Art. 1 ff. KVV). Gemäss Art. 4 Abs. 1 KVG können die versicherungspflichtigen Personen unter den Versicherern nach Artikel 11 KVG frei wählen.

3.1.2 Nach Art. 61 KVG legt der Versicherer die Prämien für seine Versicherten fest. Soweit das KVG keine Ausnahme vorsieht, erhebt der Versicherer von seinen Versicherten die gleichen Prämien (Abs. 1). Der Versicherer kann die Prämien nach den ausgewiesenen Kostenunterschieden kantonale und regional abstufen. Massgebend ist der Wohnort der versicherten Person. Das BAG legt die Regionen für sämtliche Versicherer einheitlich fest (Abs. 2).

3.1.3 Art. 62 KVG regelt unter dem Marginal „Besondere Versicherungsformen“, dass der Versicherer die Prämien für Versicherungen mit eingeschränkter Wahl des Leistungserbringers nach Art. 41 Abs. 4 vermindern kann (Abs. 1). Der Bundesrat kann weitere Versicherungsformen zulassen (Abs. 2); dies gilt namentlich für solche, bei denen die Versicherten die Möglichkeit erhalten, sich gegen eine Prämienermässigung stärker als mit den Franchisen und dem Selbstbehalt nach Artikel 64 KVG an den Kosten zu beteiligen (Bst. a), oder bei denen die Höhe der Prämie der Versicherten sich danach richtet, ob sie während einer bestimmten Zeit Leistungen in Anspruch genommen haben oder nicht (Bst. b). Der Bund regelt die besonderen Versicherungsformen näher (Abs. 3).

3.1.4 Gemäss Art. 41 Abs. 1 KVG können die Versicherten für die ambulante Behandlung unter den zugelassenen Leistungserbringenden, die für die Behandlung ihrer Krankheit geeignet sind, frei wählen. Der Versicherer

übernimmt die Kosten höchstens nach dem Tarif, der am Wohn- oder Arbeitsort der versicherten Person oder in deren Umgebung gilt. Gemäss Art. 41 Abs. 4 KVG können die Versicherten ihr Wahlrecht im Einvernehmen mit dem Versicherer auf Leistungserbringende beschränken, die der Versicherer im Hinblick auf eine kostengünstigere Versorgung auswählt (Art. 62 Abs. 1 und 3 KVG). Der Versicherer muss in diesem Fall nur die Kosten für diejenigen Leistungen übernehmen, die von diesen Leistungserbringenden ausgeführt oder veranlasst werden (vgl. GEBHARD EUGSTER, Besondere Versicherungsformen, in: Soziale Sicherheit, 3. Aufl., 2016, S. 385-884, Rz. 1419).

3.1.5 Nach Art. 99 KVV können die Versicherer neben der ordentlichen Krankenpflegeversicherung Versicherungen betreiben, bei denen die Wahl der Leistungserbringer eingeschränkt ist (Abs. 1). Bei einer Versicherung mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer kann der Versicherer auf die Erhebung des Selbstbehaltes und der Franchise ganz oder teilweise verzichten (Abs. 2). Nach Art. 100 KVV stehen die Versicherungen mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer sämtlichen Versicherten mit Wohnsitz im Gebiet offen, in dem der Versicherer die betreffende Versicherungsform betreibt (Abs. 1). Der Wechsel von der ordentlichen Versicherung in eine Versicherung mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer ist jederzeit möglich (Abs. 2).

3.1.6 Mit Blick auf die Prämien legt Art. 101 KVV fest, dass Versicherungen mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringenden keine besonderen Risikogemeinschaften innerhalb eines Versicherers sind (Abs. 1). Prämienermässigungen sind nur zulässig für Kostenunterschiede, die auf die eingeschränkte Wahl der Leistungserbringenden sowie auf eine besondere Art und Höhe der Entschädigung der Leistungserbringenden zurückzuführen sind. Kostenunterschiede aufgrund eines günstigeren Risikobestandes geben keinen Anspruch auf Prämienermässigung (Abs. 2).

3.1.7 Eine detailliertere Regelung der besonderen Versicherungsformen sehen das KVG und seine Ausführungsverordnungen nicht vor. Insbesondere ist ihnen nicht zu entnehmen, dass für die Durchführung einer besonderen Versicherungsform ein Vertragsabschluss zwischen Krankenversicherer und Leistungserbringer erforderlich wäre. Vielmehr ist in Art. 41 Abs. 1 KVG lediglich das Einvernehmen – und damit eine vertragliche Vereinbarung – zwischen Versicherer und Versicherten erwähnt.

3.2 Den Materialien zu Gesetz und Verordnung lassen sich zur Durchführung der besonderen Versicherungsformen ebenfalls keine weiterführenden Angaben entnehmen.

3.3 Mit der 3. KVG-Revision hätten die Managed-Care-Modelle gefördert werden sollen, vorab in Form von integrierten Versorgungsnetzen mit Budgetverantwortung, das heisst mittels Zusammenschlüssen medizinischer Fachpersonen, welche es erlaubten, den Versicherten eine umfassende und über die gesamte Behandlungskette koordinierte Betreuung und Behandlung anzubieten. Die beteiligten Leistungserbringenden dieses integrierten Versorgungsnetzes hätten mit einem oder mehreren Versicherern einen Vertrag ausgehandelt. Eigene Versorgungsnetze der Krankenkassen wären nicht mehr zulässig gewesen. Diese Revision wurde am 17. Juni 2012 abgelehnt (BBl 2012 7685; vgl. GEBHARD EUGSTER, Besondere Versicherungsformen, a.a.O., Rz. 1427).

3.4 Einen gewissen Aufschluss über die Ausgestaltung und Durchführung der besonderen Versicherungsmodelle gibt die nachfolgende Antwort des Bundesrats auf die Motion (14.3813) „Hausärztinnen und Hausärzte. Klarheit schaffen und Abläufe vereinfachen“, eingereicht am 24. September 2014 von Nationalrat Pierre-Alain Fridez. Mit der Motion wird der Bundesrat „beauftragt, eine Ergänzung der Gesetzgebung vorzulegen. Darin sollen Krankenkassen, die im Rahmen des Krankenversicherungsgesetzes das ‚Hausarztmodell‘ anbieten, jedem Arzt und jeder Ärztin automatisch eine Liste der Versicherten weiterleiten, die in diesem Versicherungsmodell die betroffene Arztperson explizit als ihren Hausarzt oder ihre Hausärztin angegeben haben. Um die Abläufe zu vereinfachen, sollen die Krankenkassen im Weiteren den betroffenen Versicherten zu Jahresbeginn eine ausreichende Anzahl Überweisungsscheine zuzustellen.“

3.4.1 Auf diese Motion antwortete der Bundesrat am 28. November 2014 wie folgt:

„Den Versicherern ist freigestellt, ob sie ihren Versicherten besondere Versicherungsformen mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer anbieten. Auch in deren Ausgestaltung sind sie weitgehend frei. Diese Freiheit, die einen gewissen Wettbewerb schafft, ist vom Gesetzgeber gewollt. Dies wurde von der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrates in ihrem Bericht vom 13. August 2014 zur parlamentarischen Initiative Feller 13.433, ‚Keine Benachteiligung von Fachärztinnen und Fachärzten für allgemeine innere Medizin mit einem zweiten Facharztstitel‘ bestätigt. Ebenso hat der Bundesrat in seiner Antwort auf die Frage John-Calame 14.5439, ‚Allmächtige Krankenkasse im Modell Callmed‘,

dargelegt, dass die Versicherer ziemlich frei sind, wie sie die Rechte und Pflichten der Versicherten, die diese besonderen Versicherungsformen wählen, ausgestalten. Als Gegenleistung für die darin vorgesehenen Einschränkungen werden ihnen Prämienrabatte gewährt. Der Gesetzgeber hat für diese Versicherungsformen keine weiteren Rechte der Versicherten vorgesehen. Er hat den Versicherern bewusst eine grosse Freiheit eingeräumt, wie sie diese Versicherungsformen ausgestalten. Sie sollen innovative Modelle entwickeln können, welche erlauben, die Kosten zu senken. Der Bundesrat hat auch darauf hingewiesen, dass die Revision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) zu ‚Managed Care‘, welche das Parlament am 30. September 2011 verabschiedet hatte, eine besondere Versicherungsform näher definierte. Gegen diese Vorlage wurde das Referendum ergriffen, und sie wurde von etwa drei Vierteln der Bevölkerung abgelehnt. Die für diese Versicherungsformen gewährten Prämienermässigungen sind aber nur zulässig für Kostenunterschiede, welche auf die eingeschränkte Wahl der Leistungserbringer sowie auf eine besondere Art und Höhe der Entschädigung der Leistungserbringer zurückzuführen sind. Kostenunterschiede aufgrund eines günstigeren Risikobestandes geben keinen Anspruch auf Prämienermässigung (Art. 101 Abs. 2 der Verordnung über die Krankenversicherung). Die vom Motionär geforderte Transparenz liegt in erster Linie im Interesse der behandelnden Ärztin oder des behandelnden Arztes und der versicherten Person. Der Bundesrat ist deshalb der Meinung, dass es im Hinblick auf die heutigen gesetzlichen Grundlagen primär an den Leistungserbringern ist, ihre Patientinnen und Patienten regelmässig nach der gewählten Versicherungsform zu fragen. Es wäre ein unverhältnismässiger Aufwand, wenn der Versicherer jeder versicherten Person jedes Jahr mehrere Überweisungsformulare zustellen müsste, obschon viele diese nicht benötigen, zumal die Überweisungsformulare von einer Arztpraxis im Bedarfsfall im Internet heruntergeladen werden können. Deshalb will es der Bundesrat weiterhin den Versicherern überlassen, welche Anforderungen sie an eine Überweisung stellen. (...).“

Die Motion wurde in der Folge am 29. September 2016 zurückgezogen.

3.4.2 Es bleibt festzuhalten, dass der Bundesrat eine gesetzliche Verpflichtung der Krankenversicherer abgelehnt hat, den betroffenen Ärztinnen und Ärzten (unter anderem) eine Liste der Versicherten, welche das Hausarztmodell gewählt haben, weiterzuleiten. Er hat dies mit der grossen Freiheit begründet, die den Versicherern bei der Durchführung der besonderen Versicherungsformen zustehe, was vom Gesetzgeber gewollt sei. Diese Ausführungen sprechen gegen den gesetzgeberischen Willen, dass zur Durch-

führung der besonderen Versicherungsformen zwingend ein Vertrag zwischen den Krankenversicherern und den Leistungserbringenden abzuschliessen wäre.

3.5 Das BAG regelt im Kreisschreiben Nr. 5.3 betreffend „besondere Versicherungsform mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer: Nachweis Kostenunterschiede“ vom 13. März 2015 die Berechnung der Kostenunterschiede nach Art. 101 Abs. 2 KVV. In der Beilage zum Kreisschreiben führt es unter der Ziff. 2, Tabellenblatt „Modelle“ auf, es seien folgende Typen zulässig: Modelle ohne Vertrag zwischen Versicherer und Leistungserbringenden, wie zum Beispiel Ärztelisten; Hausärzte, Ärztenetzwerke und HMO-Praxen mit Vertrag zwischen Versicherer und Leistungserbringenden ohne Budgetmitverantwortung; Hausärzte, Ärztenetzwerke und HMO-Praxen mit Vertrag zwischen Versicherer und Leistungserbringenden mit Budgetmitverantwortung; andere MC-Modelle wie Telefonmodelle mit Vertrag zwischen Versicherer und Anbieter ohne Budgetmitverantwortung und andere MC-Modelle wie Telefonmodelle mit Vertrag zwischen Versicherer und Anbieter mit Budgetmitverantwortung.

3.5.1 Beim Kreisschreiben des BAG handelt es sich um eine so genannte Verwaltungsverordnung, das heisst um eine generelle Dienstanweisung einer Behörde an die ihr untergeordneten Behörden (respektive vorliegend an die die Krankenversicherungsgesetzgebung vollziehenden Krankenversicherer; HÄFELIN/MÜLLER/UHLMANN, Allgemeines Verwaltungsrecht, 7. Aufl., 2016, Rz. 81). Die Hauptfunktion einer Verwaltungsverordnung besteht darin, eine einheitliche, gleichmässige und sachrichtige Praxis des Gesetzesvollzugs sicherzustellen und so behördliche Willkür und Zufälligkeiten zu verhindern. Sie dient der Vereinfachung und Rationalisierung der Verwaltungspraxis, erhöht die Kohärenz, Kontinuität sowie Voraussehbarkeit des Verwaltungshandelns und erleichtert dessen Kontrolle (GIOVANNI BIAGGINI, Die vollzuglenkende Verwaltungsverordnung: Rechtsnorm oder Faktum?, Schweizerisches Zentralblatt für Staats- und Verwaltungsrecht [Zbl] 1997, S. 4; HÄFELIN/MÜLLER/UHLMANN, a.a.O., Rz. 83). Sie umschreibt daher grundsätzlich keine Rechte und Pflichten der Bürger (HÄFELIN/MÜLLER/UHLMANN, a.a.O., Rz. 84; TSCHANNEN/ZIMMERLI/MÜLLER, Allgemeines Verwaltungsrecht, 4. Aufl., 2014, § 14 Rz. 10 f., § 41 Rz. 12 ff.). Ist eine Verwaltungsverordnung allerdings – wie vorliegend – darauf ausgerichtet, der untergeordneten Behörde für die Anwendung des Gesetzes Weisungen zu erteilen, entfaltet sie unvermeidlich mittelbar oder unmittelbar Aussenwirkungen auf Private (FRITZ GYGI, Verwaltungsrecht, 1986, S. 103). Sie wirkt sich somit wie eine Rechtsnorm auf die Rechtsstellung der

Privaten aus (HÄFELIN/MÜLLER/UHLMANN, a.a.O., Rz. 129). Verwaltungsgerichte sind grundsätzlich nicht an Verwaltungsverordnungen gebunden. Prüfungsmassstab bilden allein Verfassung, Gesetz und Rechtsverordnung. Sie berücksichtigen allerdings in der Regel bei ihrer Entscheidung die Verwaltungsverordnungen, soweit diese eine dem Einzelfall gerecht werdende Auslegung der massgebenden Bestimmung zulassen, da sie nicht ohne Not von einer einheitlichen Praxis der Verwaltungsbehörden abweichen wollen (BGE 122 V 19 E. 5b/bb, BGE 132 V 200 E. 5.1.2; HÄFELIN/MÜLLER/UHLMANN, a.a.O., Rz. 87).

3.5.2 Festzuhalten ist aufgrund des Kreisschreibens Nr. 5.3, dass das BAG als Aufsichtsbehörde über die Krankenversicherer von der Zulässigkeit der besonderen Versicherungsformen mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer *ohne* Vertrag zwischen Versicherer und Leistungserbringer ausgeht, was namentlich auch für die vorliegend in Frage stehende Veröffentlichung von Daten der Beschwerdeführenden zutrifft.

3.6 Der Rechtsprechung des Bundesgerichts ist zur vorliegend zu behandelnden Fragestellung nichts zu entnehmen.

3.7 Auch in der Doktrin ist, soweit ersichtlich, kein Hinweis darauf zu finden, dass von einem Vertragszwang zwischen Versicherern und Leistungserbringern im Rahmen des Hausarzt- oder Telefonmodells ausgegangen würde. EUGSTER hat in diesem Zusammenhang ausgeführt, dass Art. 41 Abs. 4 KVG auf so genannte Health Maintenance Organisations (HMOs), Hausarztssysteme und Versicherungsmodelle mit Ärztelisten (Preferred-Provider-Organization/ PPO) Bezug nehme mit dem Ziel der Kosteneindämmung. Wer sich ausserhalb von Notfällen nicht von der Hausärztin/vom Hausarzt (Gatekeeper) oder einem von diesem durch Überweisung bezeichneten Arzt oder Spital behandeln lasse, genieße keinen Leistungsanspruch. Daneben seien sogenannte Telefonmodelle zulässig und vom BAG akzeptiert, in welchen sich die angeschlossenen Versicherten verpflichteten, sich vor der Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen telefonisch oder über das Internet an ein medizinisches Beratungszentrum zu wenden und dessen Anordnungen hinsichtlich der einzuschlagenden Behandlung Folge zu leisten. Im Hausarztmodell verpflichteten sich die Versicherten, aus einer vom Versicherer beschränkten Anzahl Allgemeinpraktikerinnen und Allgemeinpraktikern ihre Hausärztin oder ihren Hausarzt und damit ihren Gatekeeper zu wählen. Als Gatekeeper würden Ärztinnen und Ärzte bezeichnet, die für ihre Patientinnen und Patienten immer die erste Anlaufstelle für medizinische Dienstleistungen darstellten. Diese

übernehmen die medizinische Grundversorgung ihrer Patientinnen und Patienten und überwiesen sie, falls medizinisch angezeigt, an Spezialistinnen und Spezialisten oder Spitäler. Die HMOs und Hausarztssysteme beruhen auf vertraglichen Vereinbarungen zwischen Leistungserbringenden oder Organisationen von Leistungserbringenden und Versicherern, die sich als Leistungsverträge kombiniert mit tarifvertraglichen Komponenten qualifizierten. Daneben existierten Versicherungsmodelle mit einer Ärzteliste (Preferred-Provider-Organization/PPO), in denen die Versicherten die Leistungserbringenden von einer Anbieterliste auswählten, welche jährlich von den Krankenversicherungen angepasst werde. Für diese Listen würden nur Ärztinnen und Ärzte berücksichtigt, deren Kosten in der Höhe der Durchschnittskosten der jeweiligen Fachgruppe liegen. Bei diesem Modell fehlten sowohl Gatekeeping als auch Budgetverantwortung der Leistungserbringenden (GEBHARD EUGSTER, Besondere Versicherungsformen, a.a.O., Rz. 1419 ff.).

3.8 Bei den fraglichen Versicherungsformen der Vorinstanz handelt es sich um die Hausarzt- und PharMed-Modelle, die im Rahmen der OKP angeboten werden.

3.8.1 Im Hausarztmodell der Vorinstanz kann die versicherte Person die Ärztin oder den Arzt, die oder der sie medizinisch individuell betreut, aus dem „unverbindlichen Ärzteverzeichnis“ auswählen. Sie soll auf diese Weise von einer individuellen Betreuung sowie von vorteilhaften Prämien profitieren. Die versicherte Person hat immer zuerst den Hausarzt zu konsultieren. Erachte es dieser als notwendig, überweise er die versicherte Person an einen Spezialisten oder an ein Spital und empfehle eine zuständige Fachperson, womit die medizinische Betreuung optimiert und unnötige Konsultationen vermieden würden. Das Verzeichnis der zur Berufsausübung berechtigten Ärzte hat die Vorinstanz auf der Internetseite „asura.ch/anerkannte-aerzte“ publiziert, wo auch die Namen der Beschwerdeführenden und ihre Praxisadressen aufgeführt sind. Im PharMed-Modell wählt die versicherte Person ihre Ärztin oder ihren Arzt, die oder der sie medizinisch individuell betreut, aus dem „unverbindlichen Ärzteverzeichnis“ aus. Sie kauft ihre Medikamente überdies in einer Partnerapotheke der Vorinstanz. Dadurch profitiere sie von einer individuellen Betreuung sowie von vorteilhaften Prämien.

3.8.2 Die fraglichen Versicherungsmodelle sehen einzig eine Vereinbarung zwischen der Vorinstanz als Krankenversicherer und den Versicherten, die eines dieser Modelle wählen, vor. Eine vertragliche Vereinbarung zwischen

der Vorinstanz und den Beschwerdeführenden als Leistungserbringenden hat die Vorinstanz als betroffener Krankenversicherer jedoch nicht in Betracht gezogen. Zu den Durchführungsmodalitäten dieser Versicherungsmodelle enthalten das KVG und seine Ausführungsverordnungen keine ausdrückliche Regelung. Namentlich sehen sie keine Verpflichtung der Krankenversicherer vor, diesbezüglich mit den Leistungserbringern Verträge abzuschliessen. Aus der bundesrätlichen Antwort auf die Motion 14.3813 „Hausärztinnen und Hausärzte. Klarheit schaffen und Abläufe vereinfachen“ vom 24. September 2014 und dem Kreisschreiben 5.3 des BAG ist zu schliessen, dass das Hausarztmodell ohne Vertrag zwischen dem Krankenversicherer und den Leistungserbringenden zulässig sei.

3.8.3 Das Bundesverwaltungsgericht kommt aufgrund der vorstehenden Erwägungen ebenfalls zum Schluss, dass keine gesetzliche Regelung besteht, welche die Vorinstanz verpflichten würde, mit den Beschwerdeführenden einen Vertrag zur Durchführung ihrer Hausarzt- und PharMed-Modelle abzuschliessen. Vielmehr müsste der Gesetzgeber für eine einschlägige Vertragspflicht erst eine gesetzliche Grundlage schaffen.

4.

4.1 Die Beschwerdeführenden machen geltend, die Vorinstanz habe ihre Daten ohne das Vorliegen einer genügenden gesetzlichen Grundlage sowie ohne ihre Zustimmung veröffentlicht. Öffentliche und ohne besonderes Interesse zugängliche Daten dürften nur bei einer unveränderten und vollständigen Übernahme weiterverbreitet werden. Die Hausarztliste der Asura entspreche jedoch nicht vollständig den Angaben im MedReg und sei fehlerhaft. Bei der Durchführung eines besonderen Versicherungsmodells handle es sich überdies nicht um die Erfüllung einer öffentlichen Aufgabe. Die Veröffentlichung der Daten der Beschwerdeführenden verletze daher deren verfassungsmässigen Grundrechte.

4.2 Die Vorinstanz hält dem im Wesentlichen entgegen, sie habe auf ihrer Hausarztliste alle Ärzte aufgeführt, die bereits im MedReg und im FMH-Verzeichnis aufgeführt seien, weshalb sie nur öffentlich zugängliche Daten zur Verfügung stelle. Das MedReg diene gemäss Art. 51 Abs. 4 MedBG dem Vollzug der Krankenversicherung und dürfe daher von den Krankenversicherern verwendet und auch veröffentlicht werden. Die von ihr veröffentlichten Daten würden einmal wöchentlich aufgrund der von der SASIS AG zugestellten Angaben aktualisiert. Bei den Daten handle es sich nicht um besonders schützenswerte Daten. An deren Veröffentlichung bestehe ein überwiegendes öffentliches Interesse.

4.3 Nachfolgend sind die anwendbaren Gesetzesnormen zu prüfen.

4.3.1 Das DSG ist anwendbar auf das Bearbeiten von Personendaten durch private Personen und Bundesorgane (Art. 2 Abs. 1 DSG). Bearbeiten in diesem Sinne bedeutet jeder Umgang mit Personendaten, unabhängig von den angewandten Mitteln und Verfahren, insbesondere das Beschaffen, Aufbewahren, Verwenden, Umarbeiten, Bekanntgeben, Archivieren oder Vernichten von Daten (Art. 3 Bst. e DSG). Vorliegend nicht zutreffende Ausnahmen sind in Art. 2 Abs. 2 DSG geregelt.

4.3.2 Krankenversicherer – und damit auch die Vorinstanz – gelten als Organe des Bundes (URS MAURER-LAMBROU/SIMON KUNZ, in: Maurer-Lambrou/Blechta [Hrsg.], Datenschutzgesetz, Basler Kommentar, 3. Aufl., 2014, Rz. 3 ff. zu Art. 3 DSG; vgl. Art. 2 des Bundesgesetzes betreffend die Aufsicht über die soziale Krankenversicherung vom 26. September 2014 [KVAG; SR 832.12]). Als solche dürfen sie nach Art. 17 Abs. 1 DSG Personendaten bearbeiten, wenn dafür eine gesetzliche Grundlage besteht. Nach Art. 19 Abs. 1 DSG dürfen sie Daten bekannt geben, wenn dafür eine Rechtsgrundlage im Sinn von Art. 17 besteht.

4.3.3 Art. 84 und 84a KVG enthalten eine eigenständige Regelung des Datenschutzes in der Krankenversicherung und stellen eine formellgesetzliche Grundlage im Sinn von Art. 17 Abs. 1 i. V. m. Art. 19 Abs. 1 DSG für das Zugänglichmachen – wie Einsichtgewähren, Weitergeben oder Veröffentlichungen – von Personendaten dar. Die Datenbearbeitung im Bereich der Krankenversicherung richtet sich daher in erster Linie nach den Bestimmungen des KVG, welche den Datenschutz konkretisieren und dem DSG als sowohl jüngere (lex posterior) wie auch speziellere (lex specialis) Bestimmungen vorgehen (BGE 133 V 359 E. 6.4; GEBHARD EUGSTER, BGer-Rechtsprechung, KVG, Art. 84a, Rz. 1).

4.4 Somit ist nachfolgend insbesondere zu prüfen, ob Art. 84 und 84a KVG eine hinreichende gesetzliche Grundlage bieten, um die Namen und Adressen der Beschwerdeführenden im Ärzteverzeichnis der Vorinstanz zu publizieren.

4.4.1 Gemäss Art. 84 KVG (Bearbeiten von Personendaten) sind die mit der Durchführung, der Kontrolle oder der Beaufsichtigung der Durchführung dieses Gesetzes betrauten Organe befugt, die Personendaten, einschliesslich besonders schützenswerter Daten und Persönlichkeitsprofile, zu bearbeiten oder bearbeiten zu lassen, die sie benötigen, um die ihnen

nach diesem Gesetz übertragenen Aufgaben zu erfüllen, namentlich um für die Einhaltung der Versicherungspflicht zu sorgen (Bst. a), die Prämien zu berechnen und zu erheben (Bst. b), Leistungsansprüche zu beurteilen sowie Leistungen zu berechnen, zu gewähren und mit Leistungen anderer Sozialversicherungen zu koordinieren (Bst. c), den Anspruch auf Prämienverbilligungen nach Artikel 65 KVG zu beurteilen sowie die Verbilligungen zu berechnen und zu gewähren (Bst. d), ein Rückgriffsrecht gegenüber einem haftpflichtigen Dritten geltend zu machen (Bst. e), die Aufsicht über die Durchführung dieses Gesetzes auszuüben (Bst. f), Statistiken zu führen (Bst. g), die Versichertennummer der AHV zuzuweisen oder zu verifizieren (Bst. h) oder den Risikoausgleich zu berechnen (Bst. i).

Art. 84 KVG stellt eine Generalklausel mit einer beispielhaften und somit nicht abschliessenden Aufzählung zentraler Aufgaben dar, die eine Personendatenbearbeitung gestatten (vgl. GEBHARD EUGSTER, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, a.a.O., Kommentar zu Art. 84 KVG; GEBHARD EUGSTER, Besondere Versicherungsformen, a.a.O., Rz. 1544 ff.). Bei diesen Aufgaben handelt es sich um wichtige Funktionen, ohne welche die Gesetzgebung über die obligatorische Krankenversicherung nicht umzusetzen wäre. So geht es namentlich darum, dafür zu sorgen, dass alle versicherungspflichtigen Personen ihrer Versicherungspflicht nachkommen, die Prämien bezahlen sowie einen allfälligen Anspruch auf Prämienverbilligung erhalten. Beim Anbieten und Durchführen von besonderen Versicherungsmodellen handelt es sich nicht um eine für die Umsetzung des KVG zentrale gesetzliche Aufgabe. Vielmehr ist es den Krankenversicherern freigestellt, ob sie solche Modelle anbieten wollen, und sie sind auch in deren Ausgestaltung weitgehend frei. Art. 84 KVG ist folglich auch keine Regelung betreffend die Datenbearbeitung bei der Durchführung der besonderen Versicherungsformen zu entnehmen.

4.4.2 Art. 84a Abs. 1 KVG regelt unter dem Marginalie „Datenbekanntgabe“, dass Organe, die mit der Durchführung, der Kontrolle oder der Beaufsichtigung der Durchführung dieses Gesetzes betraut sind, in Abweichung von Art. 33 des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) Daten bekannt geben dürfen, sofern kein überwiegendes Privatinteresse entgegensteht, an andere mit der Durchführung sowie der Kontrolle oder der Beaufsichtigung der Durchführung dieses Gesetzes betraute Organe (Bst. a), an Organe einer anderen Sozialversicherung (Bst. b und b^{bis}), an die für die Quellensteuer zuständigen Behörden (Bst. c), an Organe der Bundesstatistik (Bst. d) an andere Stellen, die mit der Führung von Statistiken zur

Durchführung des KVG betraut sind (Bst. e), an die zuständigen kantonalen Behörden (Bst. f), an die Strafuntersuchungsbehörden (Bst. g), an den Nachrichtendienst des Bundes (NDB) sowie an die Sicherheitsorgane der Kantone zuhanden des NDB (Bst. g^{bis}), im Einzelfall sowie auf schriftlich begründetes Gesuch hin ausserdem an die Sozialhilfebehörden, die Zivilgerichte, die Strafgerichte, die Betreibungsämter, die Kindes- und Erwachsenenschutzbehörden (Bst. h).

Nach Art. 33 ATSG (SR 830.1) haben Personen, die an der Durchführung sowie der Kontrolle oder der Beaufsichtigung der Durchführung der Sozialversicherungsgesetze beteiligt sind, gegenüber Dritten Verschwiegenheit zu bewahren.

4.4.2.1 Art. 84a Abs. 1 KVG regelt somit, unter welchen Voraussetzungen die in dieser Bestimmung genannten Organe in Abweichung von ihrer Schweigepflicht gemäss Art. 33 ATSG Daten (eingeschlossen Personendaten) genau definierten Dritten offenbaren dürfen (vgl. GEBHARD EUGSTER, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, a.a.O., N. 1 zu Art. 84 KVG). Die Publikation von Namen und Praxisadressen der Leistungserbringenden in einem öffentlich einseharen Ärzteverzeichnis zur Durchführung der besonderen Versicherungsmodelle ist in dieser Bestimmung nicht vorgesehen. Damit ist dieser Bestimmung für die vorliegende Streitfrage nichts zu entnehmen.

4.4.3 Näherer Betrachtung bedarf Art. 84a Abs. 3 KVG. Danach dürfen Daten, die von allgemeinem Interesse sind und sich auf die Anwendung des KVG beziehen, veröffentlicht werden, unter Wahrung der Anonymität der Versicherten.

4.4.3.1 Bei der Veröffentlichung der Namen und Adressen der Ärztinnen und Ärzte, welche die Versicherten im Rahmen der von der Vorinstanz durchgeführten besonderen Versicherungsmodelle „Hausarzt“ und „PharMed“ als betreuende Ärztin oder betreuenden Arzt bzw. als Hausärztin oder Hausarzt wählen können, handelt es sich um Personendaten, die ohne Weiteres auf eine bestimmte Person schliessen lassen. Insofern sind sämtliche hier in Frage stehenden Daten als Personendaten im Sinn von Art. 3 Bst. a DSG zu qualifizieren.

4.4.3.2 Für die Beantwortung der Frage, bei welchen Daten es sich um solche von allgemeinem Interesse handelt, sind die in der bundesgerichtlichen Rechtsprechung entwickelten Auslegungsgrundsätze zu beachten.

Ausgangspunkt jeder Auslegung bildet danach der Wortlaut der massgeblichen Norm. Ist dieser nicht klar oder sind verschiedene Interpretationen möglich, muss unter Berücksichtigung aller Auslegungselemente nach seiner wahren Tragweite gesucht werden. Dabei kommt es namentlich auf den Zweck der Regelung, auf die der Regelung zugrunde liegenden Wertungen sowie den Sinnzusammenhang an, in dem die Norm steht. Die Entstehungsgeschichte ist zwar nicht unmittelbar entscheidend, dient aber als Hilfsmittel, um den Sinn der Norm zu erkennen. Namentlich bei neueren Texten kommt ihr eine besondere Bedeutung zu, weil veränderte Umstände oder ein gewandeltes Rechtsverständnis eine andere Lösung weniger nahelegen. Sind mehrere Auslegungen möglich, ist jene zu wählen, die der Verfassung am besten entspricht. Allerdings findet auch eine verfassungskonforme Auslegung ihre Grenzen im klaren Wortlaut und Sinn einer Gesetzesbestimmung (vgl. zum Ganzen statt vieler BGE 138 II 440 E. 13 m.w.H.).

4.4.3.3 Gemäss dem Wortlaut der Bestimmung von Art. 84a Abs. 3 KVG setzt die zulässige Datenveröffentlichung zum einen ein Interesse der Allgemeinheit voraus. Da grundsätzlich jede Person mit Wohnsitz in der Schweiz obligatorisch versichert ist, sich frei für einen Krankenversicherer und das Angebot eines alternativen Versicherungsmodells entscheiden kann und in diesem Zusammenhang ein Interesse am Ärzteverzeichnis der Vorinstanz haben kann, besteht zweifellos ein Interesse der Allgemeinheit an der Publikation einer Ärzteliste. Zum anderen hat sich die Datenbekanntgabe nach dem Wortlaut der Bestimmung auf die Anwendung des KVG zu beziehen, was mit der gesetzlichen Grundlage der besonderen Versicherungsmodelle in Art. 41 Abs. 4 KVG gegeben ist. Ferner wird in Art. 84a Abs. 3 KVG explizit bestimmt, dass die Anonymität der Versicherten gewahrt werden muss. Hingegen bleiben die Leistungserbringer zulasten der Grundversicherung unerwähnt. Der Wortlaut von Art. 84a Abs. 3 KVG deutet somit darauf hin, dass die Stammdaten (Namen und Praxisadressen) der Beschwerdeführenden, welche als privatpraktizierende Ärztin bzw. Arzt Leistungen zulasten der Grundversicherung erbringen, zur Durchführung der besonderen Versicherungsmodelle nach KVG veröffentlicht werden dürfen.

Art. 84a Abs. 3 KVG mit dem Marginale „Datenbekanntgabe“ folgt in systematischer Hinsicht Art. 84 KVG mit dem Titel „Bearbeitung von Personendaten“. Während Art. 84 KVG die Aufgaben regelt, für welche die Bearbeitung von Personendaten zulässig ist, regelt Art. 84a Abs. 1 KVG die Datenbekanntgabe an spezifische Empfänger. Art. 84a Abs. 3 KVG erlaubt

darüber hinaus die Veröffentlichung von Daten, die von allgemeinem Interesse sind und sich auf die Anwendung des KVG beziehen. Art. 62 KVG und Art. 99 ff. KVV regeln das Angebot der „besonderen Versicherungsformen“, womit die Voraussetzung des allgemeinen Interesses für die Datenveröffentlichung durch die Vorinstanz in Bezug auf die Stammdaten der Beschwerdeführenden zur Durchführung der Hausarzt- und PharMed-Modelle erfüllt ist. Der zweite Satz von Absatz 3 bestimmt (lediglich), dass die Anonymität der Versicherten gewahrt bleiben muss, was vorliegend zweifellos der Fall ist. Dies steht in Übereinstimmung mit dem Hauptzweck der datenschutzrechtlichen Bestimmungen des KVG, Daten der versicherten Personen zu schützen, und nicht etwa unabhängig davon die Namen und Adressen der leistungserbringenden Spitäler und Ärzteschaft (vgl. hierzu z.B. Persönlichkeitsschutz in der sozialen und privaten Kranken- und Unfallversicherung, Bericht einer vom EDI und vom EJPD eingesetzten Expertenkommission, 2001, publiziert in: Beiträge zur sozialen Sicherheit, Nr. 7/01; BRIGITTE BERGER KURZEN, E-Health und Datenschutz in: ZIK, Nr. 27, 2004, S. 94-98, S. 95).

4.4.3.4 Zu berücksichtigen ist weiter die Entstehungsgeschichte von Art. 84a Abs. 3 KVG. Den Materialien zum KVG lassen sich jedoch keine Angaben dazu entnehmen, wie der Begriff des allgemeinen Interesses auszulegen ist und ob sich die Bestimmung auch auf Personendaten der Ärztinnen und Ärzte bezieht.

4.4.3.5 In teleologischer Hinsicht ist schliesslich zu berücksichtigen, dass Art. 84a Abs. 3 KVG ermöglicht, Daten von allgemeinem Interesse der Allgemeinheit zugänglich zu machen. Die besonderen Versicherungsmodelle der Vorinstanz „Hausarzt“ und „PharMed“ erfolgen in Anwendung von Art. 41 Abs. 4 KVG und setzen diese Bestimmung in der Praxis um. Das Ärzteverzeichnis der Vorinstanz bezweckt, die versicherten Personen auf eine leicht zugängliche Weise darüber zu informieren, welche Ärztinnen und Ärzte im Rahmen der genannten Versicherungsmodelle als Gatekeeper infrage kommen. Die Zweckgebundenheit des Ärzteverzeichnisses ist sowohl für die Versicherten als auch für die betroffenen Leistungserbringenden klar erkennbar. Bei den veröffentlichten Daten, den Namen und Praxisadressen der Ärztinnen und Ärzte, handelt es sich sodann lediglich um auch anderweitig abrufbare Stammdaten, an deren Geheimhaltung die Beschwerdeführenden als Leistungserbringende im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung grundsätzlich kein schützenswertes Interesse haben. Unter diesen Umständen ist die Publikation der genann-

ten Daten der Beschwerdeführenden durch die Vorinstanz zur Durchführung der besonderen Versicherungsmodelle „Hausarzt“ und „PharMed“ vom Zweck der gesetzlichen Regelung gedeckt.

4.4.3.6 In diesem Zusammenhang ist zu berücksichtigen, dass seit 1984 sämtliche Medizinalpersonen mit einem eidgenössischen Diplom vom BAG im Medizinalberuferegister eingetragen werden. Gemäss Art. 52 des Bundesgesetzes über die universitären Medizinalberufe vom 23. Juni 2006 (MedBG, SR 811.11) melden die zuständigen kantonalen Behörden ohne Verzug die Erteilung, Verweigerung und jede Änderung der Bewilligung zur selbstständigen Berufsausübung (Abs. 1) sowie die für einen Weiterbildungsgang verantwortlichen Organisationen jede Erteilung eines eidgenössischen Weiterbildungstitels (Abs. 2), was in der Folge im MedReg einzutragen ist (Art. 51 MedBG). Die öffentliche Bekanntgabe der Daten im MedReg ist gestützt auf Art. 53 MedBG vorgeschrieben. Aufgrund dieser gesetzlichen Grundlage für die Datenveröffentlichung besteht hinsichtlich der im MedReg veröffentlichten Angaben einer Medizinalperson kein Löschungsanspruch auf Gesuch hin.

4.4.3.7 Nichts anderes ergibt sich, wenn für die Auslegung von Art. 84a Abs. 3 KVG Art. 19 Abs. 1^{bis} DSGVO herangezogen wird, wonach Personendaten unter anderem bekannt gegeben werden dürfen, wenn die betreffenden Personendaten im Zusammenhang mit der Erfüllung öffentlicher Aufgaben stehen (Bst. a), und an deren Bekanntgabe ein überwiegendes öffentliches Interesse besteht (Bst. b). Danach setzt die Datenbekanntgabe eine Interessenabwägung im Einzelfall voraus und muss mit dem Zweck, für den die Daten ursprünglich beschafft worden sind, vereinbar sein (YVONNE JÖHRI/MARCEL STUDER, in: Maurer-Lambrou/Vogt [Hrsg.], Datenschutzgesetz, Basler Kommentar, 2. Aufl., 2006, Rz. 96 zu Art. 19 DSGVO).

4.4.3.8 Als Zwischenergebnis ist festzuhalten, dass mit Art. 84a Abs. 3 KVG eine genügende gesetzliche Grundlage für die Publikation der Namen und Praxisadressen der Beschwerdeführenden durch die Vorinstanz zur Durchführung der besonderen Versicherungsmodelle „Hausarzt“ und „PharMed“ besteht.

4.4.4 Auch die Prüfung von Art. 84a Abs. 5 KVG führt zu keinem anderen Ergebnis. Diese Bestimmung regelt die Zulässigkeit der Datenbekanntgabe an Dritte in Fällen, die nicht von den Absätzen 1 bis 4 erfasst sind.

4.4.4.1 Nach Art. 84a Abs. 5 Bst. a KVG dürfen in den übrigen Fällen nicht personenbezogene Daten in Abweichung von Artikel 33 ATSG an Dritte bekannt gegeben werden, wenn die Bekanntgabe einem überwiegenden Interesse entspricht. Diese Bestimmung beruht auf der Überlegung, dass eine Verwaltungsbehörde auch über nicht personenbezogene Daten nicht beliebig verfügen kann, sondern diese nur im Rahmen ihres Verwaltungsauftrags bearbeiten darf (GEBHARD EUGSTER, Besondere Versicherungsformen, a.a.O., Rz. 1552). Diese Fallkonstellation ist vorliegend nicht gegeben, da es sich bei den fraglichen Daten (Publikation von Name und Adresse der Beschwerdeführenden) unstreitig um personenbezogene Daten handelt.

4.4.4.2 Nach Art. 84a Abs. 5 Bst. b KVG dürfen Personendaten ausserdem in Abweichung von Artikel 33 ATSG an Dritte bekannt gegeben werden, wenn die betroffene Person im Einzelfall schriftlich eingewilligt hat oder, wenn das Einholen der Einwilligung nicht möglich ist, diese nach den Umständen als im Interesse der versicherten Person vorausgesetzt werden darf. Diese Bestimmung kommt allerdings nur dann zur Anwendung, wenn die Absätze 1 bis 4 nicht anwendbar sind; diese Voraussetzung ist vorliegend nicht erfüllt (siehe E. 4.4.3). Letztlich spricht auch eine teleologische Auslegung von Art. 84a Abs. 5 Bst. b KVG gegen dessen Anwendbarkeit im vorliegenden Fall. Denn wie in E. 3 dargelegt, ist das Anbieten der besonderen Versicherungsmodelle „Hausarzt“ und „PharMed“ durch die Vorinstanz auch ohne Vereinbarung mit den beschwerdeführenden Leistungserbringenden zulässig. Es wäre daher systemwidrig, wenn die Vorinstanz die Namen und Praxisadressen der Beschwerdeführenden nur mit deren Einwilligung, was als Vereinbarung zu qualifizieren wäre, publizieren dürfte. Ob ein solches Vertragsmodell de lege ferenda wünschenswert wäre, ist vorliegend nicht zu beurteilen.

4.4.5 Nach Art. 84a Abs. 6 KVG dürfen nur die Daten bekannt gegeben werden, welche für den in Frage stehenden Zweck erforderlich sind. Die Publikation der Ärzteliste durch die Vorinstanz erweist sich für den in Frage stehenden Zweck als erforderlich, um die Versicherten darüber zu informieren, welche Leistungserbringenden sie als Gatekeeper in den besonderen Versicherungsmodellen „Hausarzt“ und „PharMed“ der Vorinstanz wählen dürfen. Wie bereits erwähnt, handelt es sich bei den veröffentlichten Listen mit den Namen und Praxisadressen der Ärztinnen und Ärzte lediglich um Stammdaten, die die Beschwerdeführenden dem BAG für die Führung des Medizinalberuferegisters bekannt geben mussten und die be-

reits veröffentlicht sind. Die Vorinstanz hat in ihrem Ärzteverzeichnis so- dann lediglich die Namen und Praxisadressen aufgeführt. Sie hat damit die Bekanntgabe von Daten auf ein Minimum reduziert, welches sich für die Identifizierung der einzelnen Leistungserbringenden als notwendig erweist. Damit ist der Grundsatz der Verhältnismässigkeit im Sinne von Art. 84a Abs. 6 KVG gewahrt.

4.4.6 Zu der von den Beschwerdeführenden vorgebrachten Rüge des ungeeigneten Mittels ist festzuhalten, dass vorliegend nicht Streitgegenstand ist, ob die Vorinstanz den beabsichtigten Zweck mit anderen Mitteln besser erreichen würde (vgl. hierzu Urteil des BVGer C-6253/2014 vom 4. Februar 2016 E. 6.3 m.w.H.). Die Beschwerdeführenden rügen überdies die konkrete Ausgestaltung des Ärzteverzeichnisses durch die Vorinstanz und in diesem Zusammenhang einerseits überholte Angaben zu Arztpersonen und andererseits die (mangelhaften) Einschränkungen des Wahlrechts auf Ärztinnen und Ärzte, welche Hausarztmedizin betreiben. Bei den Beschwerdeführenden handelt es sich unbestrittenermassen um eine Hausärztin und einen Hausarzt, und die Korrektheit der sie betreffenden Daten wurde nicht in Zweifel gezogen. Ob das Ärzteverzeichnis im Übrigen zur Durchführung der von der Vorinstanz angebotenen Versicherungsmodelle „Hausarzt“ und „PharMed sachgerecht und insbesondere in Bezug auf andere Personen korrekt ist, ist vorliegend nicht Streitgegenstand und daher nicht zu beurteilen.

4.5 Als Zwischenergebnis ergibt sich, dass Art. 84a Abs. 3 i. V. m. Art. 84a Abs. 6 KVG eine hinreichende gesetzliche Grundlage für die Publikation der Namen und Adressen der Beschwerdeführenden im Ärzteverzeichnis der Vorinstanz für die Durchführung der Versicherungsmodelle „Hausarzt“ und „PharMed“ bieten.

5.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die Beschwerdeführenden weder Anspruch auf Löschung ihrer persönlichen Daten (Name und Adresse) aus dem Ärzteverzeichnis der Vorinstanz haben noch auf deren künftige Unterlassung, diese Daten an Versicherte weiterzugeben.

Die Beschwerden der Beschwerdeführenden 1 und 2 sind daher abzuweisen.

6.

6.1 Entsprechend diesem Ausgang des Verfahrens sind die Verfahrenskosten den Beschwerdeführenden solidarisch aufzuerlegen (vgl. Art. 63 Abs. 1 VwVG). Sie sind unter Berücksichtigung des Umfangs und der Schwierigkeit der Streitsache, der Art der Prozessführung sowie der finanziellen Lage der Parteien (vgl. Art. 63 Abs. 4^{bis} VwVG i. V. m. Art. 2 Abs. 1 und Art. 3 Bst. b des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht [VGKE, SR 173.320.2]) auf insgesamt Fr. 5'000.– festzusetzen sowie nach Eintritt der Rechtskraft des vorliegenden Urteils dem von den Beschwerdeführenden geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe zu entnehmen.

6.2 Den Beschwerdeführenden ist bei diesem Verfahrensausgang keine Parteientschädigung zuzusprechen (Art. 64 Abs. 1 VwVG). Die obsiegende Vorinstanz hat ebenfalls keinen Anspruch auf Parteientschädigung (Art. 7 Abs. 3 VGKE).

(Das Urteilsdispositiv folgt auf der nächsten Seite.)

Demnach erkennt das Bundesverwaltungsgericht:

1.

Die Beschwerden werden abgewiesen.

2.

Die Verfahrenskosten von Fr. 5'000.– werden den Beschwerdeführenden auferlegt und nach Eintritt der Rechtskraft des vorliegenden Urteils dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe entnommen.

3.

Es werden keine Parteientschädigungen zugesprochen.

4.

Dieses Urteil geht an:

- die Beschwerdeführenden (Gerichtsurkunde)
- die Vorinstanz (Gerichtsurkunde)
- das Eidgenössische Departement des Innern (Gerichtsurkunde)

Die vorsitzende Richterin:

Die Gerichtsschreiberin:

Franziska Schneider

Marion Sutter

Rechtsmittelbelehrung:

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen nach Eröffnung beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten geführt werden (Art. 82 ff., 90 ff. und 100 BGG). Die Rechtsschrift ist in einer Amtssprache abzufassen und hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift zu enthalten. Der angefochtene Entscheid und die Beweismittel sind, soweit sie der Beschwerdeführer in Händen hat, beizulegen (Art. 42 BGG).

Versand: