

2018 V/2

Auszug aus dem Urteil der Abteilung III
i.S. Dr. med. A. und Dr. med. B. gegen Assura-Basis SA
C-3612/2016 und C-3615/2016 vom 9. April 2018

Krankenversicherung. Publikation von Ärztelisten zur Durchführung besonderer Versicherungsformen. Grundsatzurteil.

Art. 41 Abs. 4, Art. 62, Art. 84, Art. 84a, Art. 89 Abs. 1 KVG. Art. 19 DSG. Art. 99 KVV.

1. Das KVG verpflichtet Krankenversicherer nicht, mit den Leistungserbringern einen Vertrag zur Durchführung einer besonderen Versicherungsform mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer abzuschliessen (E. 3).
2. Die Stammdaten der Leistungserbringer dürfen durch den Krankenversicherer zur Durchführung der besonderen Versicherungsformen publiziert werden (E. 4.4.2–4.5).

Assurance-maladie. Publication de listes des médecins désignés dans la mise en œuvre de modèles particuliers d'assurance. Arrêt de principe.

Art. 41 al. 4, art. 62, art. 84, art. 84a, art. 89 al. 1 LAMal. Art. 19 LPD. Art. 99 OAMal.

1. La LAMal n'oblige pas l'assureur-maladie à conclure avec les fournisseurs de prestations un contrat pour la mise en œuvre d'un modèle particulier d'assurance impliquant un choix limité des fournisseurs de prestations (consid. 3).
2. L'assureur-maladie est autorisé à publier les données de base des fournisseurs de prestations qu'il a désignés dans le cadre de la mise en œuvre du modèle particulier d'assurance (consid. 4.4.2–4.5).

Assicurazione malattie. Pubblicazione di elenchi di medici abilitati ad eseguire forme particolari d'assicurazione. Sentenza di principio.

Art. 41 cpv. 4, art. 62, art. 84, art. 84a, art. 89 cpv. 1 LAMal. Art. 19 LPD. Art. 99 OAMal.

1. **La LAMal non obbliga gli assicuratori malattie a stipulare un contratto con i fornitori di prestazioni abilitati ad eseguire una forma particolare d'assicurazione con scelta limitata del fornitore (consid. 3).**
2. **L'assicuratore malattie è autorizzato a pubblicare i dati di base dei fornitori di prestazioni abilitati ad eseguire forme particolari d'assicurazione (consid. 4.4.2–4.5).**

Dr. med. A. und Dr. med. B. wandten sich mit Löschungsbegehren vom 27. September 2015 respektive 1. Oktober 2015 an die Assura-Basis SA (nachfolgend: Assura oder Vorinstanz) und erklärten, sie seien nicht damit einverstanden, dass ihre Namen auf der von der Assura publizierten und an die Versicherten abgegebenen Ärzteliste figurierten. Sie lehnten die von der Assura getroffene Auswahl als Listenärztin respektive Listenarzt für die Versicherungsprodukte Hausarztmodell und PharMed-Modell ab. Mangels vertraglicher und gesetzlicher Grundlage, welche die Bekanntgabe ihrer Daten rechtfertige, forderten sie die Assura gestützt auf das DSG (SR 235.1) auf, ihre Daten (wie Name, Adresse, Telefonnummer und Tätigkeitsbereich) zu löschen und künftig – ohne ihre Einwilligung – nicht mehr an versicherte Personen weiterzugeben.

Mit Verfügungen vom 6. Mai 2016 stellte die Assura die Rechtmässigkeit der von ihr vorgenommenen Veröffentlichung der persönlichen Daten von Dr. med. A. und Dr. med. B. (mit Name, Vorname und Adresse) zum Zweck der Durchführung der besonderen Versicherungsmodelle « Hausarzt » und « PharMed » fest und verneinte einen Anspruch auf die Löschung der Daten aus dem Ärzteverzeichnis.

Gegen die Verfügungen vom 6. Mai 2016 liessen Dr. med. A. und Dr. med. B. (nachfolgend: Beschwerdeführende) mit Eingaben vom 8. Juni 2016 Beschwerde beim Bundesverwaltungsgericht erheben 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. A. respektive von Dr. med. B. vollumfänglich und unverzüglich von deren Ärzteverzeichnis – einschliesslich des online auf der von ihr betriebenen Website abrufbaren Ärzteverzeichnisses 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 (SR

832.10) interessierten und/oder entschieden hätten, auf irgendeine Art und Weise direkt oder indirekt weiterzugeben.

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 Beschwerdeführenden als Leistungserbringende, für welche die Schiedsgerichte in Sozialversicherungsstreitigkeiten der Kantone Bern und Zürich zuständig seien.

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.

In seiner Stellungnahme vom 5. September 2016 schloss sich das Schiedsgericht in Sozialversicherungsstreitigkeiten des Kantons Zürich den Ausführungen des Schiedsgerichts in Sozialversicherungssachen des Kantons Bern an.

Aus den Erwägungen:

1.

1.1 (...) 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 die aufgrund des KVG eingegangen worden sind (BGE 132 V 303 E. 4.1 m.H. auf BGE 131 V 191 E. 2; 114 V 319 E. 3b und 112 V 307 f. E. 3b).

1.3 (...)

1.3.1 Die Vorinstanz hat den Erlass der angefochtenen Verfügungen vom 6. Mai 2016 explizit auf Art. 25 DSG in Verbindung mit Art. 5 VwVG gestützt. In ihrer Verfügungsbegründung hat sie ausgeführt, dass ihr Vorgehen durch Art. 17 und Art. 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 beziehungsweise 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 in Verbindung mit Art. 33 Bst. h VGG zu bejahen.

2.

2.1 (...)

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 zwi-

schen ihnen als Leistungserbringende und der Vorinstanz als Krankenversicherer kein Vertrag über die Durchführung beziehungsweise 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 (nachfolgend: OKP) versicherungspflichtig (vgl. Art. 3 Abs. 1 KVG i.V.m. Art. 1 Abs. 1 KVV [SR 832.102]). Gemäss Art. 4 KVG können die versicherungspflichtigen Personen unter den Versicherern, die nach dem Krankenversicherungsaufsichtsgesetz vom 26. September 2014 (KVAG, SR 832.12) eine Bewilligung zur Durchführung der sozialen Krankenversicherung haben, 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 stuft die Prämien nach den kantonalen Kostenunterschieden ab. (...) Massgebend ist der Wohnort der versicherten Person (Abs. 2).

3.1.3 Art. 62 KVG regelt unter dem Marginale « 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 Art. 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 Bundesrat 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 Abs. 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, Krankenversicherung, in: Soziale Sicherheit, SBVR, Bd. XIV, 3. Aufl. 2016, N. 1419, nachfolgend: SBVR).

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. EUGSTER, SBVR, a.a.O., N. 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 zustellen. »

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 Facharzttitel » bestätigt. Ebenso hat der Bundesrat in seiner Antwort auf die Frage John-Calame 14.5439, « All-

mächtige 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 (u.a.) 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 Aus-

fürhungen sprechen gegen den gesetzgeberischen Willen, dass zur Durchführung der besonderen Versicherungsformen zwingend ein Vertrag zwischen den Krankenversicherern und den Leistungserbringenden abzuschliessen wäre.

3.5 Das Bundesamt für Gesundheit (nachfolgend: BAG) regelt im Kreisschreiben Nr. 5.3 vom 13. März 2015 betreffend « besondere Versicherungsform mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer: Nachweis Kostenunterschiede » (nachfolgend: Kreisschreiben) 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 sogenannte Verwaltungsverordnung, das heisst um eine generelle Dienstanweisung einer Behörde an die ihr untergeordneten Behörden (resp. 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 vollzugslenkende Verwaltungsverordnung: Rechtsnorm oder Faktum?, ZBl 98/1997 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. 14). 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). (...) Verwaltungsgerichte sind grundsätzlich nicht an Verwaltungsverordnungen gebunden. Prüfungsmaßstab bilden allein Verfassung, Gesetz und Rechtsverordnung. Sie berücksichtigen allerdings in der Regel bei ihrer Entscheidungsfindung 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; 132 V 200 E. 5.1.2; HÄFELIN/MÜLLER/UHLMANN, a.a.O., Rz. 87).

3.5.2 Festzuhalten ist aufgrund des Kreisschreibens, 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 infrage 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 sogenannte Health Maintenance Organisations (HMOs), Hausarztssysteme und Versicherungsmodelle mit Ärztelisten (Preferred-Provider-Organization/PPO; vgl. EUGSTER, SBVR, a.a.O., N. 1419 ff.) 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 be-

zeichnet, die für ihre Patientinnen und Patienten immer die erste Anlaufstelle für medizinische Dienstleistungen darstellten. Diese übernahmen die medizinische Grundversorgung ihrer Patientinnen und Patienten und überwiesen sie, falls medizinisch angezeigt, an Spezialistinnen und Spezialisten oder Spitäler. Die HMOs und Hausarztsysteme beruhten 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 wurde. 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 (EUGSTER, SBVR, a.a.O., N. 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 « assura.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 Partnerapothek der Vorinstanz. Dadurch profitiert 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 Leistungserbringende 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 Leistungserbringenden Verträge abzuschliessen. Aus der bundesrätlichen Antwort auf die Motion 14.3813 und dem Kreisschreiben 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 Assura entspreche jedoch nicht vollständig den Angaben im Medizinalberuferegister (nachfolgend: MedReg; < <https://www.medregom.admin.ch> >) 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 Medizinalberufegesetz vom 23. Juni 2006 (MedBG, SR 811.11) dem Vollzug der Krankenversicherung und dürfe daher von den Krankenversiche-

ern 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 (MAURER-LAMBROU/KUNZ, in: Basler Kommentar, Datenschutzgesetz, Öffentlichkeitsgesetz, 3. Aufl. 2014, N. 15 zu Art. 2 DSG; vgl. Art. 2 KVAG). 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 Sinne von Art. 17 DSG besteht.

4.3.3 Art. 84 und Art. 84a KVG enthalten eine eigenständige Regelung des Datenschutzes in der Krankenversicherung und stellen eine formell-gesetzliche Grundlage im Sinne von Art. 17 Abs. 1 in Verbindung mit Art. 19 Abs. 1 DSG für das Zugänglichmachen – wie Einsichtgewähren, Weitergeben oder Veröffentlichen – 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, Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG), 2010, N. 1 zu Art. 84a KVG, nachfolgend: KVG-Kommentar).

4.4 Somit ist nachfolgend insbesondere zu prüfen, ob Art. 84 und Art. 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 Art. 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. EUGSTER, KVG-Kommentar, a.a.O., S. 531 zu Art. 84 KVG; EUGSTER, SBVR, a.a.O., N. 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 Marginale « Datenbekanntgabe », dass Organe, die mit der Durchführung, der Kontrolle oder der Beaufsichtigung der Durchführung dieses Gesetzes betraut sind, in Abweichung von Art. 33 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 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. EUGSTER, KVG-Kommentar, a.a.O., N. 1 zu Art. 84aKVG). Die Publikation von Namen und Praxisadressen der Leistungserbringenden in einem öffentlich einsehbareren 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 beziehungsweise als Hausärztin oder Hausarzt wählen können, handelt es sich um Personendaten, die ohne Weiteres auf eine bestimmte Person schliessen lassen. Insofern sind sämtliche hier infrage stehenden Daten als Personendaten im Sinne 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 Ärzte 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 « Bearbeiten 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 Art. 84a Abs. 3 KVG 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 Eidg. Departement des Innern und vom Eidg. Justiz- und Polizeidepartement eingesetzten Expertenkommission, 2001, publiziert in: Beiträge zur sozialen Sicherheit, Nr. 7/01 S. 111–128, S. 134, 135, 136 und 137 sowie 139; BRIGITTE BERGER KURZEN, E-Health und Datenschutz, 2004, S. 94–98).

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 genannten 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 MedBG melden die zuständigen kantonalen Behörden ohne Verzug die Erteilung, Verweigerung und jede Änderung der Bewilligung zur selbstständigen Berufsausübung (Abs. 1) sowie die für einen Weiterbildungsangang 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 Lösungsanspruch 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 (JÖHRI/STUDER, in: Basler Kommentar, Datenschutzgesetz, 2. Aufl. 2006, N. 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 Abs. 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 Art. 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 (EUGSTER, SBVR, a.a.O., N. 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 Art. 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 Abs. 1–4 nicht anwendbar sind; diese Voraussetzung ist vorliegend nicht erfüllt (s. 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. 3.8.2 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 infrage stehenden Zweck erforderlich sind. Die Publikation der Ärzteliste durch die Vorinstanz erweist sich für den infrage 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 bereits veröffentlicht sind. Die Vorinstanz hat in ihrem Ärzteverzeichnis sodann 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 in Verbindung mit 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. 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 sind daher abzuweisen.