Bundesverwaltungsgericht
Tribunal administratif fédéral
Tribunale amministrativo federale
Tribunal administrativ federal

Abteilung III
C-7498/2008

Urteil vom 31. August 2012

Besetzung

Richter Beat Weber (Vorsitz),
Richterin Franziska Schneider, Richter Francesco Parrino,
Gerichtsschreiber Daniel Golta.

Parteien

santésuisse, Die Schweizer Krankenversicherer,
handelnd durch die Geschäftsstelle santésuisse Basel,
und diese vertreten durch Advokat lic. iur. René Brigger,
Beschwerdeführerin,

gegen

A._____**,** Institut B,
vertreten durch Rechtsanwalt Dr. iur. Ueli Kieser,
Beschwerdegegner,

Regierungsrat des Kantons Basel-Landschaft,
Vorinstanz.

Gegenstand

Tariffestsetzungsbegehren; Beschluss des Regierungsrates des Kantons Basel-Landschaft vom 21. Oktober 2008 (Nichteintreten).

Sachverhalt:

A.

A.a Am 1. September 1997 schlossen der Schweizerische Physiotherapeutenverband (SPV; später fisio; heute und nachfolgend: physioswiss) einerseits und das Konkordat Schweizerischer Krankenversicherer (heute: santésuisse, Die Schweizer Krankenversicherer [im Folgenden: santésuisse bzw. Beschwerdeführerin]), die Medizinaltarif-Kommission UVG (MTK), die Invalidenversicherung (IV), vertreten durch das Bundesamt für Sozialversicherung (BSV), und das Bundesamt für Militärversicherung (BAMV) andererseits einen Tarifvertrag (im Folgenden: nationaler Physiotherapievertrag). Darin regelten sie die Abgeltung von physiotherapeutischen Leistungen an Versicherte, insbesondere nach Art. 43 des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG, SR 832.10) (vgl. Akten des Beschwerdeverfahrens act. 15.1). Dieser Vertrag wurde vom Bundesrat am 1. Juli 1998 mit Wirkung ab 1. Januar 1998 genehmigt (act. 15.2; vgl. auch RKUV 5/2001 S. 456 ff. [KV 185] und Urteil des Bundesgerichts 9C_413/2009 vom 27. Januar 2010, publiziert in SVR 2007 als KV Nr. 8). Für jene Physiotherapeutinnen und -therapeuten sowie jene Krankenversicherer, die dem Vertrag nicht beiträten, setzte der Bundesrat den Anhang 1 des Tarifvertrages als gesamtschweizerisch einheitliche (Einzelleistungs-)Tarifstruktur nach Art. 43 Abs. 5 des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG, SR 832.10) fest (vgl. act. 15.2; RKUV 5/2001 S. 456 ff. [KVG 185]).

A.b Am 5. Juni 2002 schlossen santésuisse und die Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte (FMH) den Rahmenvertrag TARMED, mit welchem eine neue, gesamtschweizerisch einheitliche Tarifstruktur für ambulant erbrachte ärztliche Leistungen geschaffen wurde, die sowohl im Bereich der obligatorischen Unfall-, Militär- und Invalidenversicherung als auch in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zur Anwendung kommen sollte. Der Bundesrat genehmigte den Rahmenvertrag TARMED am 30. September 2002 in der Version 1.1 und gab den Kantonsregierungen sowie den Tarifpartnern gleichzeitig Empfehlungen zur Umsetzung des Rahmenvertrags. Im Bereich der sozialen Krankenversicherung trat die neue Einzelleistungstarifstruktur am 1. Januar 2004 in Kraft. TARMED ersetzt den schweizerischen Spitalleistungskatalog (SLK) und die bis anhin auf kantonaler Ebene vereinbarten Arzttarife.

A.c Am 6. November 2003 schlossen santésuisse und FMH einen "Tarifvertrag für Paramedizinische Leistungen in der Arztpraxis" (act. 15.3; im

Folgenden: nationaler Paramedizinvertrag). Darin regelten sie die Abgeltung der von Ärzten oder von in ihrer Praxis angestellten Fachpersonen erbrachten paramedizinischen Leistungen (vgl. Art. 3 Abs. 1 des Vertrages). Der Vertrag trat am 1. Januar 2004 in Kraft und war bis zum 31. Dezember 2005 befristet (vgl. Art. 1 Abs. 2 und Art. 9 des Vertrages). Mit Schreiben vom 20. Juni 2006 erklärte das Bundesamt für Gesundheit (BAG) gegenüber santésuisse, dass eine Genehmigung dieses Tarifvertrags durch den Bundesrat nicht angezeigt sei, da der Vertrag bis Ende 2005 befristet gewesen und danach nicht mehr anwendbar sei (vgl. act. 15.4).

A.d Der zwischen santésuisse und einzelnen im Kanton Basel-Landschaft praktizierenden Ärztinnen und Ärzten geschlossene Tarifvertrag vom 6. Dezember 2006 betreffend paramedizinische Leistungen in der Arztpraxis regelt die Abgeltung der paramedizinischen Leistungen, welche von nichtärztlichen, in einer Arztpraxis angestellten, paramedizinischen Fachpersonen erbracht werden (act. 14.1). Der Vertrag (im Folgenden: individualisierter Paramedizinvertrag BL) wurde vom Regierungsrat des Kantons Basel-Landschaft mit Beschluss Nr. 1352 vom 29. August 2006 – in Bezug auf Leistungserbringer im Kanton Basel-Landschaft, welche den Vertrag abgeschlossen haben oder einen gleichlautenden Vertrag mit santésuisse abschliessen würden – genehmigt (vgl. act. 14.7).

B.

B.a Am 14. Juli 2007 stellte santésuisse beim Regierungsrat des Kantons Basel-Landschaft (im Folgenden: Regierungsrat bzw. Vorinstanz) folgende Rechtsbegehren:

1. Der Taxpunktwert für Physiotherapie-Leistungen, die in der Praxis des Gesuchsgegners [Dr. med. A._____, im Folgenden auch: Beschwerdegegner] von dort angestellten, diplomierten Physiotherapeuten gemäss Art. 47 KVV erbracht werden, sei gestützt auf Art. 47 Abs. 1 KVG rückwirkend ab 1.1.2006 auf maximal CHF 0.85 festzusetzen.

2. Es sei festzulegen, dass dieser Tarif rückwirkend ab 1.1.2006 für sämtliche Ärztinnen und Ärzte im Kanton Basel-Landschaft, welche zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung physiotherapeutische Leistungen durch angestellte Therapeuten gemäss Art. 47 KVV erbringen lassen, Geltung hat.

3. Für die Dauer des Verfahrens sei für die paramedizinischen Leistungen in der Arztpraxis von Dr. med. A._____ ein provisorischer Taxpunktwert von maximal CHF 0.85 festzulegen.

4. Dem Tariffestsetzungsentscheid des Regierungsrates sei beizufügen, dass einer allfälligen Beschwerde die aufschiebende Wirkung entzogen wird.

Santésuisse führte dazu unter anderem Folgendes aus: Die Ärztinnen und Ärzte im Kanton BL, welche gemäss Kenntnis von santésuisse Physiotherapeutinnen bzw. Physiotherapeuten beschäftigten, deren Leistungen sie zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und damit einen relevanten Umsatz (d.h. über Fr. 10'000.- pro Jahr) erreichten, seien dem vom Regierungsrat genehmigten individualisierten Paramedizinvertrag BL beigetreten oder hätten diese Dienstleistung eingestellt. Unter Berücksichtigung dieser Parameter bestehe einzig gegenüber Dr. A._____ (nachfolgend: Dr. A._____ bzw. Beschwerdegegner) seit dem 1. Januar 2006 betreffend die besagten Leistungen ein vertrags- und damit tarifloser Zustand.

B.b Mit Beschluss Nr. 1415 vom 21. Oktober 2008 trat der Regierungsrat auf das Tariffestsetzungsbegehren von santésuisse nicht ein (act. 1.1; im Folgenden: angefochtener Regierungsratsbeschluss bzw. RRB). Er begründete dies im Wesentlichen damit, dass gemäss Art. 47 KVG die Kantonsregierung einen Tarif (nur) festsetze, wenn zwischen den Leistungserbringern und Versicherern kein Tarifvertrag zustande komme, also wenn ein vertragsloser Zustand bestehe. Vorliegend bestehe allerdings kein vertragsloser Zustand. Denn der TARMED stelle eine Tarifstruktur zur Verfügung, welche es erlaube, Leistungen zu Lasten der Krankenversicherung abzurechnen, die in der Arztpraxis von angestellten Personen unter Aufsicht des Arztes erbracht werden. Insoweit für paramedizinische Leistungen keine konkreten Tarifpositionen existierten, sei nicht von einem tariflosen Zustand, sondern von einer Lücke im Tarifsystem auszugehen, welche nicht mit einer Tariffestsetzung durch die Kantonsregierung zu füllen sei, sondern durch eine Anpassung des Tarifsystems durch die zuständigen Gremien der Tarifpartner mit anschliessender Genehmigung durch den Bundesrat.

C.

C.a Gegen diesen Beschluss erhob santésuisse am 24. November 2008 Beschwerde an das Bundesverwaltungsgericht und stellte die folgenden Rechtsbegehren:

1. Es sei der Entscheid des Regierungsrates des Kantons Basel-Landschaft vom 21.10.2008 (Nichteintreten) aufzuheben und der Taxpunktwert für Physiotherapie-Leistungen, die in der Arztpraxis des Beschwerdegegners von dort angestellten, diplomierten Physiotherapeuten gemäss Art. 47 KVV erbracht werden, sei gestützt auf Art. 47 Abs. 1 KVG rückwirkend ab 1.1.2006 auf maximal CHF 0.85 festzusetzen, eventualiter an die Vorinstanz zurückzuweisen.

2. Es sei festzulegen, dass dieser Tarif rückwirkend ab 1.1.2006 für sämtliche Ärztinnen und Ärzte im Kanton Basel-Landschaft, welche zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung physiotherapeutische Leistungen durch angestellte Therapeuten gemäss Art. 47 KVV erbringen lassen, Geltung hat.

3. Die Vorinstanz/Beschwerdegegner resp. der Beschwerdegegner haben die Verfahrenskosten zu tragen und die Beschwerdeführerin sei angemessen zu entschädigen.

Zur Begründung führte santésuisse im Wesentlichen aus, dass ein Tarif hoheitlich festzusetzen sei, da kein vereinbarter Tarif für die umstrittenen Leistungen bestehe. Insbesondere seien weder TARMED noch der nationale Physiotherapievertrag anwendbar und sei Dr. A._____ dem individualisierten Paramedizin-Vertrag BL nicht beigetreten.

C.b Am 16. Dezember 2008 zahlte santésuisse den ihr vom Bundesverwaltungsgericht auferlegten Kostenvorschuss in der Höhe von Fr. 2000.- (act. 2, 5).

C.c Mit Vernehmlassung vom 27. Februar 2009 (act. 9) beantragte der Regierungsrat die Abweisung der Beschwerde unter Kosten- und Entschädigungsfolge und verwies zur Begründung auf den angefochtenen Entscheid. Ergänzend erklärte er, dass er auf das Tariffestsetzungsbegehren von santésuisse sowohl in Bezug auf Dr. A._____ als auch in Bezug auf alle Ärztinnen und Ärzte, welche paramedizinische Leistungen im Kanton Basel-Landschaft erbrächten, nicht eingetreten sei.

C.d In seiner Beschwerdeantwort vom 2. März 2009 (act. 10) beantragte Dr. A._____ die Abweisung der Beschwerde unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zu Lasten von santésuisse. Er begründete dies insbesondere damit, dass kein tarifloser Zustand bestehe, da die vorliegend fraglichen Leistungen in den Geltungs- und Regelungsbereich von TARMED fielen. Dieser benenne zwar nicht alle Leistungen direkt und ausdrücklich. Soweit es sich um bestimmte Leistungen in einer Arztpraxis handle, die im TARMED nicht einer ausdrücklich formulierten Tarifposition

zugeordnet werden, könne und müsse der anwendbare Satz unter Rückgriff auf Analogiepositionen geschlossen werden. Da kein vertragsloser Zustand vorliege, sei die Vorinstanz formell nicht für eine Tariffestsetzung zuständig und zu Recht auf das Tariffestsetzungsbegehren von santésuisse nicht eingetreten.

C.e Am 16. Juni 2009 liess der Regierungsrat dem Bundesverwaltungsgericht auf Aufforderung des Bundesverwaltungsgerichts weitere Dokumente zukommen (act. 14, 14.1 ff.).

C.f Auf Aufforderung des Bundesverwaltungsgerichts hin machte santésuisse mit Eingabe vom 17. Juni 2009 ergänzende Ausführungen und reichte diverse Dokumente zu den Akten (act. 12, 15, 15.1 ff.).

C.g Vom Bundesverwaltungsgericht darum ersucht, gab das BAG am 17. Juni 2009 eine erste Stellungnahme ab (act. 17; im Folgenden: 1. BAG-Stellungnahme) und beantragte die Abweisung der Beschwerde und die Gutheissung des vorinstanzlichen Nichteintretensentscheids. Es begründete dies im Wesentlichen damit, dass ein Arzt Leistungen eines angestellten Physiotherapeuten grundsätzlich nicht zu Lasten der OKP vergütet erhalte.

C.h Auf Ersuchen des Bundesverwaltungsgerichts hin reichte das BAG am 11. August 2009 eine zweite Stellungnahme mit ergänzenden Ausführungen ein (act. 19; im Folgenden: 2. BAG-Stellungnahme).

C.i Mit Stellungnahme vom 28. September 2009 beantragte Dr. A._____ die kostenpflichtige Abweisung der Beschwerde (act. 21).

C.j Am 28. September 2009 reichte santésuisse eine weitere Stellungnahme ein (act. 22).

C.k Mit Schreiben vom 28. September 2009 erklärte der Regierungsrat, dass er auf eine Stellungnahme zu den verschiedenen Eingaben der übrigen Verfahrensbeteiligten und des BAG verzichte (act. 23).

C.l Am 22. Oktober 2009 und 2. November 2009 nahmen Dr. A._____ respektive santésuisse noch einmal Stellung (act. 25 f.).

C.m Am 16. November 2009 schloss das Bundesverwaltungsgericht den Schriftenwechsel (act. 27).

D.
Auf weitere Vorbringen der Beteiligten und auf die eingereichten Akten wird, soweit entscheidrelevant, im Rahmen der nachfolgenden Erwägungen eingegangen.

Das Bundesverwaltungsgericht zieht in Erwägung:

1.

1.1 Nach den allgemeinen intertemporalrechtlichen Regeln sind in verfahrensrechtlicher Hinsicht in der Regel diejenigen Rechtssätze massgebend, welche im Zeitpunkt der Beschwerdebeurteilung Geltung haben (BGE 130 V 1 E. 3.2), unter Vorbehalt der spezialgesetzlichen Übergangsbestimmungen. Entsprechend beurteilt sich die Zuständigkeit des Bundesverwaltungsgerichts vorliegend nach den aktuellen verfahrensrechtlichen Bestimmungen. Insbesondere ist daher der am 1. Januar 2009 in Kraft getretene Art. 53 des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG, SR 832.10; Änderung vom 21. Dezember 2007 [Spitalfinanzierung, AS 2008 2049]), welcher das Verfahren betreffend die Beschwerde an das Bundesverwaltungsgericht im Krankenversicherungsbereich neu regelt, im vorliegenden Verfahren anwendbar, obwohl der angefochtene Beschluss vor der Rechtsänderung ergangen ist (vgl. Urteil des Bundesverwaltungsgerichts C-623/2009 E. 2.1).

1.2 Nach Art. 53 Abs. 1 KVG kann gegen Beschlüsse der Kantonsregierungen nach Art. 47 KVG beim Bundesverwaltungsgericht Beschwerde geführt werden (vgl. auch Art. 90*a* Abs. 2 KVG). Im vorliegenden Fall bildet zwar nicht die Festsetzung eines Tarifs Gegenstand der Beschwerde; gerügt wird das Nichteintreten auf ein Gesuch um Tariffestsetzung nach Art. 47 Abs. 1 KVG. Das Bundesverwaltungsgericht ist auch zur Beurteilung der Beschwerde gegen das Nichteintreten auf ein Gesuch zuständig, dessen Erledigung beim Bundesverwaltungsgericht angefochten werden kann, denn bei der Anfechtung eines Prozessentscheides richtet sich die sachliche Zuständigkeit nach dem Grundsatz der Einheit des Prozesses nach dem Recht, das für den eigentlichen Streitgegenstand bestimmend ist (vgl. FRITZ GYGI, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2. Aufl., Bern 1983, S. 87).

1.3 Das Verfahren vor dem Bundesverwaltungsgericht richtet sich gemäss Art. 37 des Verwaltungsgerichtsgesetzes vom 17. Juni 2005 (VGG,

SR 173.32) und Art. 53 Abs. 2 Satz 1 KVG grundsätzlich nach dem Bundesgesetz vom 20. Dezember 1968 über das Verwaltungsverfahren (VwVG, SR 172.021).

2.

2.1 Santésuisse nahm als Gesuchstellerin am vorinstanzlichen Tariffestsetzungsverfahren teil, ist als Adressatin durch den angefochtenen Regierungsratsbeschluss besonders berührt und hat insoweit an dessen Aufhebung bzw. Abänderung ein schutzwürdiges Interesse (Art. 48 VwVG). Sie ist daher zur Beschwerde legitimiert.

2.2 Da die Beschwerde im Übrigen frist- und formgerecht eingereicht und der Kostenvorschuss fristgerecht geleistet worden ist (Art. 50 und 52 VwVG, Art. 63 Abs. 4 VwVG), ist *grundsätzlich* darauf einzutreten – unter Vorbehalt eines allfälligen Nichteintretens in Bezug auf einzelne Rechtsbegehren (vgl. unten E. 3).

2.3 Dr. A._____ war als Gegner des Tariffestsetzungsbegehrens am Verfahren vor der Vorinstanz beteiligt. Die Aufhebung der angefochtenen Verfügung könnte in den Bestand seiner Rechte und Pflichten eingreifen, indem in diesem Fall vorinstanzlich neu über die Festsetzung des auf ihn anwendbaren strittigen Tarifs zu befinden wäre. Dr. A._____, der sich mit einem Antrag ab Abweisung der Beschwerde unter Kosten- und Entschädigungsfolgen am Verfahren beteiligt hat, ist somit als Partei im Sinn von Art. 6 VwVG zu behandeln (vgl. zur Parteistellung ISABELLE HÄNER, in: Christoph Auer / Markus Müller / Benjamin Schindler [Hrsg.], Kommentar zum Bundesgesetz über das Verwaltungsverfahren [VwVG], Zürich/St. Gallen 2008 [nachfolgend: VwVG-Kommentar], Art. 6 Rz. 5).

3.

3.1 In Bezug auf die Frage, inwiefern auf die einzelnen Rechtsbegehren von santésuisse einzutreten ist, ist Folgendes festzuhalten:

Der Regierungsratsbeschluss enthält in seinen Erwägungen folgende Ausführungen:

> "Zusammenfassend ergibt sich, dass auf das Gesuch von santésuisse um Festsetzung eines Tarifs für physiotherapeutische Leistungen in der Arztpraxis von Dr. med. A._____ resp. in allen Arztpraxen im Kanton Basel-Landschaft, welche derartige Leistungen zu Lasten der Krankenversicherung erbringen, nicht einzutreten ist. Die Anträge der Gesuchstellerin betreffend

> vorsorgliche Massnahmen und Entzug der aufschiebenden Wirkung werden damit gegenstandslos."

In seinem Dispositiv sieht er jedoch – davon abweichend – Rechtsfolgen nur für Dr. med. A._____ vor, nicht jedoch für die in den Erwägungen erwähnten Ärztinnen und Ärzte, die entsprechende paramedizinische Leistungen im Kanton Basel-Landschaft erbringen:

> "Auf das Tariffestsetzungsbegehren von santésuisse betreffend paramedizinische Leistungen in der Arztpraxis von Dr. med. A._____ wird nicht eingetreten."

3.2 Grundsätzlich ist für die Rechtskraftwirkung das Dispositiv des vorinstanzlichen Urteils massgebend, doch ist zu dessen Verständnis auch die Begründung beizuziehen (vgl. BGE 110 II 44 E. 5, BGE 84 II 134 E. 2, je m.w.H.). Bei der Beurteilung der Frage, ob ein Verfügungsbestandteil überhaupt zum Dispositiv oder zur Begründung gehört, kann ausserdem nicht ohne Weiteres auf die textliche Gestaltung der Verfügung abgestellt werden. Vielmehr drängt sich entsprechend dem Verfügungsbegriff in Art. 5 VwVG die Prüfung auf, ob die fragliche Textstelle im Einzelfall zum Gegenstand hat: a) die Begründung, Änderung oder Aufhebung von Rechten oder Pflichten; b) die Feststellung des Bestehens, Nichtbestehens oder Umfanges von Rechten oder Pflichten; c) die Abweisung von Begehren auf Begründung, Änderung, Aufhebung oder Feststellung von Rechten oder Pflichten, oder das Nichteintreten auf solche Begehren. Trifft dies zu, so ist der Dispositivcharakter zu bejahen (vgl. BGE 115 V 416 E. 3.b.aa m.w.H.).

3.3 Vorliegend ist einerseits festzuhalten, dass das regierungsrätliche Beschlussdispositiv – trotz weitergehendem Antrag der Beschwerdeführerin – einzig für das Tariffestsetzungsbegehren betreffend Dr. A._____ eine rechtliche Regelung enthält. Anderseits ist festzustellen, dass die *der Tariffestsetzung vorausgegangenen Tarifverhandlungen* zwischen santésuisse und Leistungserbringer im Bereich der paramedizinischen Leistungen im Kanton Basel-Landschaft nur mit Dr. A._____ aufgenommen wurden. Die FMH weist in ihrer Stellungnahme vom 10. September 2007 an den Regierungsrat des Kantons Basel-Landschaft explizit daraufhin, dass ein Tarifvertrag zwischen santésuisse und der FMH auf nationaler Ebene nicht zustande gekommen sei und die Verhandlungen im Kanton Basel-Landschaft nur Dr. A._____ betroffen hätten (act. 9a Beilage 6 [ad 2 und 8]). Die Beschwerdeführerin ihrerseits weist in ihrem Antrag an den Regierungsrat daraufhin, alle übrigen betroffenen Ärzte im Kanton

Basel-Landschaft seien dem Vertrag beigetreten oder hätten ihre Leistungen eingestellt (act. 9a Beilage 1, Begründung Ziff. 2, 7, 8, 14).

Art. 47 Abs. 1 KVG setzt für die hoheitliche Tariffestsetzung voraus, dass vorgängig ernsthafte Vertragsverhandlungen (vgl. dazu Urteil des Bundesverwaltungsgerichts C-8011/2009 E. 1.4) zwischen den Versicherern (vertreten durch santésuisse) und den Leistungserbringern (vorliegend hätten die FMH und die Ärztegesellschaft Baselland, an welche der regierungsrätliche Beschluss vom 21. Oktober 2008 eröffnet worden ist, in die Verhandlungen einbezogen werden müssen) durchgeführt worden sind. Die FMH verneint in ihrer Stellungnahme, dass Vertragsverhandlungen zwischen ihr und santésuisse auf kantonaler Ebene geführt worden seien; Gegenteiliges ist den Stellungnahmen der Verfahrensparteien nicht zu entnehmen. Für die dem Vertrag (noch) nicht beigetretenen Leistungserbringer im Kanton Basel-Landschaft ist demzufolge die Voraussetzung der vorgängigen Vertragsverhandlungen nicht erfüllt, weshalb der Regierungsrat keine – infolge gescheiterter Vertragsverhandlungen erforderliche – hoheitliche Tariffestsetzung für diese Leistungserbringer vornehmen durfte.

In Anbetracht dessen ist auf die Beschwerde von santésuisse, soweit die Tariffestsetzung für die Ärztinnen und Ärzte, die entsprechende paramedizinische Leistungen im Kanton Basel-Landschaft erbringen, beantragt wurde, nicht einzutreten.

3.4 Der Vollständigkeit halber ist darauf hinzuweisen, dass aus dem materiellen Dispositiv des angefochtenen RRB nicht klar hervorgeht, ob ein Entscheid betreffend die *paramedizinischen* oder (nur) die *physiotherapeutischen* Leistungen in der Arztpraxis des Beschwerdegegners gefällt wurde. Diese Frage braucht vorliegend allerdings nicht beantwortet zu werden, da die Beschwerde (lediglich) eine Tariffestsetzung für *physiotherapeutische* Leistungen verlangt.

3.5 Die Beschwerde richtet sich vorliegend gegen einen vorinstanzlichen Nichteintretensentscheid. Das Gericht hat daher nur zu prüfen, ob die Vorinstanz zu Recht auf das Tariffestsetzungsbegehren von santésuisse nicht eingetreten ist. Dagegen kann auf die in der Beschwerde gestellten materiellen Anträge nicht eingetreten werden (vgl. BGE 132 V 74 E. 1.1 mit Hinweis, BGE 118 V E. 2). Soweit santésuisse die Festsetzung eines Taxpunktwerts für die umstrittenen Physiotherapieleistungen in der Arzt-

praxis des Beschwerdegegners beantragt, ist daher auf die Beschwerde nicht einzutreten.

4.

4.1 Die Beschwerdeführerin kann im Rahmen des Beschwerdeverfahrens die Verletzung von Bundesrecht unter Einschluss des Missbrauchs oder der Überschreitung des Ermessens, die unrichtige oder unvollständige Feststellung des rechtserheblichen Sachverhalts sowie die Unangemessenheit des Entscheids beanstanden (Art. 49 VwVG).

4.2 Nach Art. 62 Abs. 4 VwVG ist das Bundesverwaltungsgericht gemäss dem Grundsatz der Rechtsanwendung von Amtes wegen nicht an die Begründung der Begehren der Parteien gebunden. Es kann eine Beschwerde auch aus anderen als den geltend gemachten Gründen gutheissen oder den angefochtenen Entscheid im Ergebnis mit einer Begründung bestätigen, die von jener der Vorinstanz abweicht (vgl. FRITZ GYGI, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2. Aufl., Bern 1983, S. 212; Urteile des Bundesverwaltungsgerichts C-4131/2010 vom 9. September 2011 E. 2.1 und C-2979/2008 vom 1. Dezember 2010 E. 2.2).

4.3 In materiellrechtlicher Hinsicht sind intertemporalrechtlich grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgebend, die bei der Erfüllung des zu Rechtsfolgen führenden Sachverhalts Geltung haben (BGE 130 V 329 E. 2.3, BGE 134 V 315 E. 1.2). Massgebend sind vorliegend somit die am 1. Januar 2006 (Zeitpunkt, ab welchem der umstrittene Tarif gelten soll) in Kraft stehenden materiellen Gesetzes- und Verordnungsbestimmungen, auf welche im Folgenden – soweit nicht anders vermerkt – Bezug genommen wird.

5.

5.1 Mittelpunkt des vorliegenden Verfahrens sind die Physiotherapieleistungen (nachfolgend: PT-Leistungen), welche von Physiotherapeutinnen und -therapeuten erbracht werden, die Angestellte von Dr. A._____ sind (nachfolgend: PT-Personal). Umstritten ist, wie Dr. A._____ diese Leistungen zu Lasten der OKP abrechnen kann, welche vereinbarte Tarifstruktur darauf (bereits) Anwendung findet bzw. welcher Tarif (Tarifstruktur und/oder Tarifwert) hoheitlich festzusetzen ist.

5.2 Die obligatorische Krankenpflegeversicherung übernimmt nach Art. 24 KVG die Kosten für die Leistungen gemäss Art. 25-31 KVG nach Massgabe der in den Art. 32-34 KVG festgelegten Voraussetzungen. Sie über-

nimmt die Kosten für die Leistungen, die der Diagnose oder Behandlung einer Krankheit und ihrer Folgen dienen (Art. 25 Abs. 1 KVG). Diese Leistungen umfassen insbesondere die Untersuchungen, Behandlungen und Pflegemassnahmen, die ambulant, bei Hausbesuchen, stationär, teilstationär oder in einem Pflegeheim durchgeführt werden von: 1. Ärzten oder Ärztinnen, 2. Chiropraktoren oder Chiropraktorinnen, 3. Personen, die auf Anordnung oder im Auftrag eines Arztes oder einer Ärztin Leistungen erbringen (Art. 25 Abs. 2 KVG). Zur Tätigkeit zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung sind die Leistungserbringer zugelassen, welche die Voraussetzungen nach den Artikeln 36–40 erfüllen (Art. 35 Abs. 1 KVG). Solche OKP-Leistungserbringer sind: a. Ärzte und Ärztinnen; (…) e. Personen, die auf Anordnung oder im Auftrag eines Arztes oder einer Ärztin Leistungen erbringen, und Organisationen, die solche Personen beschäftigen; (…) (Art. 35 Abs. 2 KVG). Das KVG kennt für diese Leistungserbringer kein formelles Zulassungsverfahren, sondern lediglich eine Prüfungs- und Registrierungspflicht der Krankenversicherer. Erfüllt der Leistungserbringer die aus- und weiterbildungsbedingten Anforderungen des KVG, so ist er automatisch nach KVG zugelassen (vgl. GEBHARD EUGSTER, in: Ulrich Meyer [Hrsg.], Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR] Band XIV, Soziale Sicherheit, 2. Aufl., Basel/Genf/München 2007, E. Krankenversicherung [im Folgenden: EUGSTER, SBVR], Rz. 731).

5.3 Nach Art. 43 Abs. 1 KVG erstellen die Leistungserbringer ihre Rechnungen nach Tarifen oder Preisen. Gemäss Art. 43 Abs. 4 KVG sind diese Tarife und Preise in Verträgen zwischen Versicherern und Leistungserbringern (Tarifvertrag) zu vereinbaren oder werden in den vom Gesetz bestimmten Fällen von der zuständigen Behörde festgesetzt. Parteien eines Tarifvertrages sind einzelne oder mehrere Leistungserbringer oder deren Verbände einerseits sowie einzelne oder mehrere Versicherer (gemäss Art. 12 f. KVG) oder deren Verbände anderseits (Art. 46 Abs. 1 KVG). Kommt zwischen Leistungserbringern und Versicherern kein Tarifvertrag zustande, so setzt die Kantonsregierung nach Anhören der Beteiligten den Tarif fest (Art. 47 Abs. 1 KVG).

5.4 Aus dem Gesetzeswortlaut ergibt sich e contrario, dass nur zu Lasten der OKP Leistungen erbringen kann, wer diesbezüglich als Leistungserbringer zugelassen ist. Ein Leistungserbringer ohne krankenversicherungsrechtliche Zulassung kann grundsätzlich keine Leistungen der OKP auslösen. Er kann keine Tarifverträge abschliessen und es kann für die von ihm erbrachten Leistungen auch kein OKP-Ersatztarif hoheitlich festge-

setzt werden. Er ist nicht tarifvertragsfähig bzw. nicht tariflegitimiert (vgl. BGG 133 V 579 E. 3.2.m.w.H.; EUGSTER, SBVR, Rz. 707 m.w.H.; GEBHARD EUGSTER, Bundesgesetz über die Krankenversicherung [KVG] - Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Zürich 2010 [nachfolgend: KVG-Kommentar], Art. 25 Rz. 4 m.w.H.; ALFRED MAURER, Das neue Krankenversicherungsrecht, Basel/Frankfurt am Main 1996, S. 63). Dementsprechend kann ein zugelassener Leistungserbringer nur jene Leistungen zu Lasten der OKP abrechnen, welche von seiner Zulassung erfasst werden. Für Leistungen ausserhalb seiner Zulassung bzw. Leistungen, die über seine Zulassung hinausgehen, ist er ebenso wenig tariflegitimiert, wie wenn er gar nicht als OKP-Leistungserbringer zugelassen wäre (vgl. BVGE 2009/23 E. 4.1.2; BGE 133 V 579 E. 3 m.w.H.). Die fehlende Tariflegitimation kann im Übrigen – entgegen der von santésuisse vertretenen Ansicht – nicht durch den Abschluss eines Tarifvertrages mit OKP-Krankenversicherern begründet werden. Die vertraglich festgelegten Tarife gelten vielmehr nur unter der Voraussetzung, dass die gesetzlichen Voraussetzungen für die Anwendbarkeit des Tarifs erfüllt sind (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_653/2010 vom 24. November 2010 [publiziert als KV Nr. 6 in SVR 4-5/2011] E. 3.2).

6.

6.1 Vorweg zu prüfen ist somit, ob Dr. A._____ für die von seinem PT-Personal erbrachten PT-Leistungen zu Lasten der OKP abrechnen kann. Sollte Dr. A._____ diesbezüglich nicht tariftauglich sein, wäre der Regierungsrat, wenn auch mit einer anderen Begründung, zu Recht auf das Tariffestsetzungsbegehren von santésuisse nicht eingetreten (vgl. BVGE 2009/23 E. 4.1.2, 4.3).

6.2 Neben den Ärztinnen und Ärzten bezeichnet Art. 35 Abs. 2 KVG insbesondere Personen, die auf Anordnung oder im Auftrag eines Arztes oder einer Ärztin Leistungen erbringen, und Organisationen, die solche Personen beschäftigen, als OKP-Leistungserbringer (Bst. e).

6.3 Diese Auflistung der Leistungserbringer in Art. 35 KVG ist abschliessend. Der Bundesrat regelt die Zulassung der Leistungserbringer nach Artikel 35 Absatz 2 Buchstaben c–g und m (vgl. Art. 38 KVG). Gemäss Rechtsprechung des Eidgenössischen Versicherungsgerichts räumt Art. 38 KVG dem Verordnungsgeber bewusst einen sehr weiten Ermessensspielraum ein. In der Tat komme darin der klare Wille des Gesetzgebers zum Ausdruck, dem Bundesrat die alleinige Kompetenz zur Regelung der Zulassungsbedingungen für die medizinischen Hilfspersonen zu

geben (BGE 125 V 284 E. 4.e; EUGSTER, SBVR, Rz. 725 ff.; BRIGITTE PFIFFNER RAUBER, Das Recht auf Krankheitsbehandlung und Pflege, Zürich/Basel/Genf 2003 [im Folgenden: PFIFFNER RAUBER, a.a.O.], S. 110 f. m.w.H.; vgl. auch BEATRICE GROSS HAWK, Selbständige nichtärztliche Medizinalpersonen in der freien Praxis - wie viel Freiheit belässt ihnen das Krankenversicherungsrecht, Zürich/Basel/Genf 2008, Rz. 450).

6.4 Der Bundesrat hat von dieser Kompetenz mit dem Erlass der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV, SR 832.102) Gebrauch gemacht.

6.4.1 Als OKP-Leistungserbringer zugelassen sind demnach Personen, die auf Anordnung oder im Auftrag eines Arztes oder einer Ärztin Leistungen erbringen, und einen der folgenden Berufe selbständig *und auf eigene Rechnung* ausüben: a. Physiotherapeut oder Physiotherapeutin; b. Ergotherapeut oder Ergotherapeutin; c. Pflegefachfrau oder Pflegefachmann; d. Logopäde oder Logopädin; e. Ernährungsberater oder Ernährungsberaterin (Art. 46 Abs. 1 KVV in Verbindung mit Art. 25 Abs. 2 Bst. a Ziff. 3, Art. 35 Abs. 1 Bst. e 1. Halbsatz, Art. 38 KVG; vgl. auch GROSS HAWK, a.a.O., Rz. 7 f.; TOMAS POLEDNA, 7. Kapitel: Arzt und Krankenversicherung, in: Arztrecht in der Praxis, Moritz W. Kuhn/Tomas Poledna [Hrsg.], Zürich/Basel/Genf, S. 404 [im Folgenden: POLEDNA, Arztrecht]; EUGSTER, SBVR, Rz. 367 f.) Diese Personen müssen nach kantonalem Recht zugelassen sein und die übrigen Zulassungsvoraussetzungen erfüllen, welche in dieser Verordnung festgelegt sind (Art. 46 Abs. 2 KVV).

6.4.2 Als OKP-Leistungserbringer zugelassen sind ausserdem Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause und Organisationen der Ergotherapie, die je Personen beschäftigen, die auf Anordnung oder im Auftrag eines Arztes oder einer Ärztin entsprechende Leistungen erbringen (vgl. Art. 51 f. KVV, i.V.m. Art. 35 Abs. 2 Bst. e 2. Halbsatz KVG).

6.5 Das Eidgenössische Versicherungsgericht hat festgestellt, dass die Bestimmungen der KVV betreffend die Ausübung der paramedizinischen Berufe den vom Bundesrat in der Botschaft vom 6. November 1991 über die Revision der Krankenversicherung (BBl 1992 I 93; nachfolgend: Botschaft KVG) zum Ausdruck gebrachten Willen zutreffend wiedergäben (vgl. BGE 133 V 218 E. 6.3.2). Aus der Botschaft gehe klar hervor, dass der Bundesrat *nur zwei bestimmte Formen der Ausübung der paramedizinischen Berufe* vorgesehen habe: (1) die Ausübung des Berufs als un-

abhängig Erwerbstätige (nachfolgend: 1. Form) und (2) die Ausübung des Berufs als Angestellter einer Institution, die selbst unter den vom Bundesrat festgesetzten Konditionen zur Leistungserbringung zu Lasten der OKP zugelassen ist (nachfolgend: 2. Form). Dieses Prinzip habe im Rahmen der parlamentarischen Beratungen zu keinen Diskussionen Anlass gegeben (vgl. BGE 133 V 218 E. 6.3.2; Art. 35 Abs. 2 Bst. e KVG). Eine dritte Möglichkeit, paramedizinische Leistungen zu Lasten der OKP zu erbringen, ist dementsprechend im Gesetz nicht vorgesehen. Entgegen der von Dr. A._____ implizierten Interpretation (vgl. act. 10 S. 6 f.) lässt sich BGE 133 V 218 insbesondere nicht entnehmen, dass Leistungen, die im Angestelltenverhältnis zu irgendeinem zugelassenen OKP-Leistungserbringer erbrachten Leistungen zu Lasten der OKP abgerechnet werden können.

6.6 Ob das von Dr. A._____ angestellte PT-Personal im Sinne der 1. Form der paramedizinischen Berufsausübung selbst zu Lasten der OKP abrechnen könnte, ist nicht Gegenstand des vorliegenden Verfahrens und fällt somit ausser Betracht. Es sei aber darauf hingewiesen, dass die Verfahrensbeteiligten davon ausgehen, dass das PT-Personal nicht selbständig und auf eigene Rechnung (nachfolgend: freiberuflich) tätig und daher nicht dazu berechtigt ist, selbst zu Lasten der OKP abzurechnen.

6.7 Dr. A._____ macht allerdings geltend, dass er bzw. seine Arztpraxis im Sinne der 2. Form der paramedizinischen Berufsausübung als bzw. wie eine Organisation zu behandeln sei, die PT-Personal anstelle und zur Leistungsabrechnung zu Lasten der OKP zugelassen sei (vgl. act. 21, S. 4-8). Indem die gesetzliche Formulierung "Personen, die auf Anordnung oder im Auftrag eines Arztes oder einer Ärztin Leistungen erbringen" sowie von "Organisationen, die solche Personen beschäftigen" spreche, biete sie Raum für die Tätigkeit einer solchen Person als Angestellte z.B. eines Spitex-Dienstes, einer Arztpraxis (Physiotherapie, Ernährungsberatung etc.), eines Ambulatoriums, einer Gemeinde usw. Der Gesetzgeber habe mit dieser Offenheit dem in diesen Bereichen bestehenden Potenzial an Strukturen, Kräften und Erfahrung sowie einer möglichen Weiterentwicklung Rechnung tragen wollen. Nur weil bisher keine Organisationen im Bereich der Ärzteschaft als Leistungserbringerinnen existierten, könne Dr. A._____ nicht grundsätzlich als Leistungserbringer ausgeschlossen werden. In Analogie zu Art. 51 f. KVV müsse es für eine Gemeinschaftspraxis respektive Praxisgemeinschaft und für einen Arzt mit Physiotherapie (als Organisationsform) möglich sein, als Leistungserbringer zugelassen zu werden. Ein anderes Vorgehen würde gegen den

Wunsch des Gesetzgebers und verschiedene Verfassungsbestimmungen (namentlich den Grundsatz der Gleichbehandlung) verstossen. Eine Benachteiligung von Gemeinschaftsstrukturen, wie es das Institut B._____ darstelle, nach dem formellen Kriterium, wer formell als Arbeitgeber auftrete, entspreche nicht dem Willen des Gesetzgebers.

Während der Bundesrat Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause sowie Organisationen der Ergotherapie mit dem Inkrafttreten der KVV per 1. Januar 1996 als eigene OKP-Leistungserbringer anerkannt hat (Art. 51 f. KVV), hat er Organisationen der Physiotherapie erst per 1. August 2009 zugelassen (vgl. Art. 52a KVV, AS 2009 3525). Diese unterschiedliche Behandlung erfolgte bewusst (vgl. Änderungen und Kommentar im Wortlaut zur Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung [KVV], BAG 10. Juni 2010, publiziert auf der Webseite des BAG, http://www.bag.admin.ch > Themen > Krankenversicherung > Aktuell > 2009 [Januar-Juni], S. 6 f. [nachfolgend: Kommentar zur Auslegung und Umsetzung der KVV], zuletzt besucht am 21. Juni 2012]; vgl. auch Stellungnahme des Bundesrates vom 22. August 2001 zur Motion von Nationalrat Guido Zäch betreffend die Zulassung von Organisationen als Leistungserbringer, publiziert in der Curia Vista Geschäftsdatenbank, http://www.parlament.ch > Curia Vista > Geschäftsnummer 01.3393 [zuletzt besucht am 21. Juni 2012]). Da der Gesetzgeber dem Bundesrat die alleinige Kompetenz zur Regelung der Zulassungsbedingungen für die medizinischen Hilfspersonen eingeräumt hat (vgl. oben E. 6.3), konnten vor dem 1. August 2009 "Organisationen der Physiotherapie" weder direkt aus Art. 35 Abs. 2 Bst. e KVG noch analog aus Art. 51 f. KVV einen Anspruch auf Zulassung als eigenständige OKP-Leistungserbringer ableiten. Dementsprechend konnte auch Dr. A._____, wie santésuisse zu Recht ausführt, am hier massgebenden 1. Januar 2006 nicht als bzw. wie eine "Organisation der Physiotherapie" als OKP-Leistungserbringer abrechnen. Unter diesen Umständen kann offen bleiben, ob er bzw. seine Praxis die rechtlichen Voraussetzungen erfüllen würde, um als "Organisation" in diesem Sinne zugelassen werden zu können, was von santésuisse bestritten wird. Bei dieser klaren Rechtslage und nachdem das BAG bereits zweimal im Rahmen des vorliegenden Beschwerdeverfahrens Stellung genommen hat und den Kommentar zur Auslegung und Umsetzung der KVV im Internet veröffentlicht hat, erübrigt es sich, dem Antrag von santésuisse zu folgen und das BAG zum Einreichen der Materialien zum am 1. August 2009 in Kraft getretenen Art. 52*a* KVV ("Organisationen der Physiotherapie") bzw. einer Vernehmlassung zur Ratio dieser Verordnungsbestimmung aufzufordern (vgl. act. 26 S. 2).

7.

7.1 Dr. A._____ macht zur Hauptsache geltend, dass er die von seinem PT-Personal erbrachten Leistungen als delegierte ärztliche Leistungen der OKP in Rechnung stellen dürfe. Er begründet dies zur Hauptsache – unter Verweis auf die höchstrichterliche Rechtsprechung (namentlich BGE 125 V 444, BGE 129 V 167, BGE 133 V 218) – damit, dass insbesondere ein Anspruch auf Übernahme der Kosten von durch Angehörige der Berufe nach Art. 46 Abs. 1 KVV (als nichtärztliche Medizinalpersonen im Sinne von Art. 35 Abs. 2 Bst. e KVG) erbrachte Leistungen bestehe, wenn diese im Angestelltenverhältnis zu einem Leistungserbringer praktizierten, der zu Lasten der OKP zugelassen sei, was auf ihn zutreffe. Diese delegierte ärztliche Tätigkeit sei nicht eng zu definieren, zumal das Bundesgericht festgestellt habe, dass eine ärztliche Praxistätigkeit ohne die Mitarbeit von angestellten nichtärztlichen Medizinalpersonen (wie Praxishilfen, Krankenschwestern, Physiotherapeuten, Röntgenassistenten oder Laboranten) kaum mehr möglich. Ausserdem gelte für die von Ärzten applizierten Heilanwendungen die gesetzliche Vermutung, dass sie den Voraussetzungen für eine Kostenübernahme durch die OKP entsprächen, weshalb grundsätzlich alle ärztlichen Leistungen durch die OKP zu vergüten seien.

7.2 Vorliegend ist unbestritten, dass Dr. A._____ als Arzt grundsätzlich zur Abrechnung von Leistungen zu Lasten der OKP zugelassen ist.

7.3

7.3.1 Gemäss höchstrichterlicher Rechtsprechung erbringt der Arzt seine Leistungen grundsätzlich persönlich. In gewissen Grenzen kann er aber einen Teil seiner Tätigkeit an angestellte Hilfspersonen delegieren und deren Leistungen als ärztliche Leistung gemäss Art. 25 Abs. 2 Bst. a Ziff. 1 KVG zu Lasten der OKP abrechnen. Voraussetzung ist, dass diese Massnahmen unter der direkten Kontrolle des Arztes verrichtet werden, dass der Arzt bei der Durchführung in persönlichem Kontakt zum Patienten steht und dass er seiner Aufsichtspflicht genügt. Dabei muss er insbesondere die Hilfsperson derart beaufsichtigen, dass Gewähr dafür besteht, dass er unverzüglich eingreifen oder auf eine angeordnete Massnahme zurückkommen kann. Der Arzt hat nach medizinischen und berufsethischen Gesichtspunkten zu entscheiden, wie intensiv die Überwachung und Kontrolle gestaltet werden müssen (vgl. BGE 125 V 441 E. 2.b f., BGE 114 V 266 E. 2.a, BGE 110 V 198 E. 2, BGE 107 V 46, je m.w.H.; Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts K 141/01 und K 146/01

vom 18. Juni 2003 E. 4.4 [publiziert als KV 255 in RKUV 5/2003 S. 240 ff. [nachfolgend: RKUV 2003/5 KV 255].; POLEDNA, Arztrecht S. 404 m.w.H.; EUGSTER, SBVR, Rz. 332: KVG-Kommentar, Art. 25, Rz. 15 ff.). Die Tätigkeit der nichtärztlichen Medizinalperson hat innerhalb des Behandlungskomplexes im Rahmen einer Hilfsfunktion zu bleiben (RKUV 2003/5 KV 255 E. 4.3; KVG-Kommentar, Art. 15 Rz. 16). Sollten die vom angestellten Physiotherapiepersonal erbrachten Leistungen unter diese Rechtsprechung (nachfolgend: Delegationspraxis) zu subsumieren sein, könnte Dr. A._____ sie der OKP in Rechnung stellen.

7.3.2 Diese Delegationspraxis wurde hauptsächlich in Bezug auf psychotherapeutische Leistungen entwickelt, welche vom Arzt an von ihm wirtschaftlich abhängige nichtärztliche Psychologen oder Psychotherapeuten delegiert werden (sogenannte delegierte [ärztliche] Psychotherapie). Wie schon unter dem Bundesgesetz vom 13. Juni 1911 über die Krankenversicherung (bis 31. Dezember 1983: Bundesgesetz über die Kranken- und Unfallversicherung; KUVG, SR 832.10, per 1. Januar 1996 durch das KVG ersetzt), kann die delegierte ärztliche Psychotherapie auch unter dem KVG zu Lasten der OKP abgerechnet werden (vgl. BGE 125 V 441). Freiberufliche Psychotherapeuten können ihre Leistungen hingegen – auch wenn eine Überweisung durch einen Arzt erfolgt – nicht zu Lasten der OKP abrechnen (vgl. Art. 46 Abs. 1 KVV e contrario i.V.m. Art. 38 KVG; BGE 125 V 284; KVG-Kommentar, Art. 25 Rz. 17). Die Möglichkeit, Leistungen der ärztlichen Psychotherapie an nichtärztliche Hilfspersonen delegieren und zu Lasten der OKP abrechnen zu können, wurde somit von der Rechtsprechung unter dem KUVG "geschaffen" und unter dem KVG weiter geführt (vgl. PFIFFNER RAUBER, a.a.O., S. 124: vgl. auch EUGSTER, SBVR Rz. 343 ff.). Ohne diese höchstrichterliche Praxis könnten nur die von Ärzten höchstpersönlich durchgeführten Psychotherapien zu Lasten der OKP in Rechnung gestellt werden.

7.3.3 Das Eidgenössische Versicherungsgericht hat festgehalten, nach dem Willen des Gesetzgebers solle in Bezug auf die Psychotherapie *bis zum Vorliegen* einer bundesrätlichen Regelung die Behandlung durch nichtärztliche Psychotherapeuten als delegierte ärztliche Psychotherapie zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung möglich sein. Bis zum Inkrafttreten entsprechender Vorschriften, namentlich betreffend die vorzuschreibende Ausbildung, die zum Titelerwerb führt, ist die delegierte ärztliche Psychotherapie daher von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu übernehmen, sofern die gemäss Rechtsprechung zum KUVG erforderlichen Voraussetzungen (Tätigkeit in den Praxisräu-

men des Arztes und unter dessen Aufsicht und Verantwortlichkeit) erfüllt sind (vgl. RKUV 2003/5 KV 255 E. 4.3 m.w.H.; BGE 125 V 284). Daraus ist e contrario zu schliessen, dass die Möglichkeit der delegierten ärztlichen Psychotherapie durch nichtärztliche Psychotherapeuten entfällt, sobald entsprechende Vorschriften vorliegen.

7.3.4 In Bezug auf die Physiotherapie bestehen solche Vorschriften bereits: Die Physiotherapeuten und Physiotherapeutinnen haben nachzuweisen (Art. 47 Abs. 1 KVV): (a) das Diplom einer Schule für Physiotherapie, das von einer von den Kantonen gemeinsam bezeichneten Stelle anerkannt oder als gleichwertig anerkannt worden ist, oder ein nach dem Bundesgesetz vom 13. Dezember 2002 über die Berufsbildung anerkanntes Diplom; (b) eine zweijährige praktische Tätigkeit bei einem Physiotherapeuten oder einer Physiotherapeutin, die nach dieser Verordnung zugelassen sind, in einer physikalisch-therapeutischen Spezialabteilung eines Spitals oder in einer fachärztlichen Praxis unter der Leitung eines Physiotherapeuten oder einer Physiotherapeutin, welche die Zulassungsvoraussetzungen dieser Verordnung erfüllen (Art. 47 Abs. 2 KVV).

Anders als bei der Psychotherapie besteht betreffend PT-Leistungen kein Bedarf nach einer Übergangslösung, damit sie überhaupt zu Lasten der OKP abgerechnet werden können.

7.3.5 Indem der Bundesrat als Verordnungsgeber die Zulassung von Physiotherapeutinnen und -therapeuten als eigene OKP-Leistungserbringer in der KVV ermöglicht und geregelt hat, die Psychotherapeutinnen und -therapeuten als eigene Leistungserbringerkategorie aber (noch) nicht zugelassen hat, hat er im Rahmen der ihm in Art. 38 KVG vom Gesetzgeber eingeräumten alleinigen Kompetenz zur Regelung der Zulassung(-Bedingungen) von Personen, die auf Anordnung oder im Auftrag eines Arztes oder einer Ärztin Leistungen erbringen (vgl. BGE 125 V 284 E. 4e, BGE 133 V 218 E. 6.3.1; EUGSTER, SBVR, Rz. 726) eine bewusste Unterscheidung getroffen: Während Psychotherapeutinnen und -therapeuten (noch) nicht als OKP-Leistungserbringer zugelassen sind und im Sinne einer Übergangsregelung die delegierte ärztliche Psychotherapie weiter zugelassen ist, sind Physiotherapeutinnen und -therapeuten als OKP-Leistungserbringer zugelassen und e contrario ist die delegierte ärztliche Physiotherapie zu Lasten der OKP ausgeschlossen, wovon auch santésuisse ausgeht.

7.4 Diese vom Verordnungsgeber getroffene Differenzierung zwischen der Psychotherapie und der Physiotherapie spiegelt sich auch in der Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV, SR 832.112.31) wieder:

7.4.1 Während die "Ärztliche Psychotherapie" im 1. Kapitel "Ärztliche, chiropraktische und pharmazeutische Leistungen" der KLV als eigener Abschnitt behandelt wird (Art. 2 f. KLV), wird die "Physiotherapie" im 2. Kapitel "Auf Anordnung oder im Auftrag eines Arztes oder einer Ärztin erbrachte Leistungen" als eigener Abschnitt behandelt (Art. 5 KLV). Eine delegierte physiotherapeutische Behandlung im Rahmen der ärztlichen Leistungen ist hingegen nicht vorgesehen.

7.4.2 Ärztliche Leistungen können zu Lasten der OKP erbracht werden, soweit der Bundesrat bzw. das Departement des Innern (EDI) sie nicht von der Kostenvergütungspflicht ausnimmt oder letztere an bestimmte Bedingungen knüpft (sogenannte Negativliste; vgl. Art. 33 Abs. 1 KVG, Art. 33 Bst. a KVV, BGE 129 V 167 E. 3.2). Die Leistungen von Personen, die auf Anordnung oder im Auftrag eines Arztes oder einer Ärztin Leistungen erbringen, müssen vom Bundesrat bzw. dem EDI auf die Liste der OKP-vergütungspflichtigen Leistungen aufgenommen worden sein, um von der OKP vergütet zu werden (sogenannte Positivliste; vgl. Art. 33 Abs. 2 KVG i.V.m. Art. 25 Abs. 1 Bst. a Ziff. 3 KVG, Art. 33 Bst. b KVV, BGE 129 V 167 E. 3.2).

Art. 2 KLV sieht im Sinne des für ärztliche Leistungen geltenden Negativlistenprinzip vor, dass die OKP nur die Kosten für Leistungen nach Methoden übernimmt, welche mit Erfolg an anerkannten psychiatrischen Institutionen angewendet werden. Nicht übernommen werden die Kosten für Psychotherapie, die zum Zweck der Selbsterfahrung, der Selbstverwirklichung oder der Persönlichkeitsreifung oder zu anderen nicht auf die Behandlung einer Krankheit gerichteten Zwecken durchgeführt wird.

In Art. 5 Abs. 1 KLV wird hingegen – gemäss dem für Personen, die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen, geltenden Prinzip der Positivliste (vgl. Art. 33 Bst. b KVV) – abschliessend aufgezählt, welche physiotherapeutische Leistungen von der OKP übernommen werden.

7.4.3 Auch die KLV subsumiert die delegierte (ärztliche) Psychotherapie somit (nur) unter die ärztlichen Leistungen im Sinne von Art. 25 Abs. 2

Bst. a Ziff. 1 KVG, die Physiotherapie hingegen (nur) unter den Leistungen von "Personen, die auf Anordnung oder im Auftrag eines Arztes oder einer Ärztin Leistungen erbringen" (Art. 25 Abs. 2 Bst. a Ziff. 3 KVG).

7.5

7.5.1 Der Ausschluss der delegierten (ärztlichen) Physiotherapie ist auch im Rahmen der mit dem KVG zentral angestrebten wirtschaftlichen Leistungserbringung und Kosteneindämmung zu betrachten (vgl. Botschaft KVG, S. 96, 126 f., 130 f., 163 f.; MAURER, a.a.O., S. VII, 3, 66, 96; EUGSTER, SBVR, Rz. 9). In Bezug auf die Leistungserbringung durch die in Art. 46 KVV aufgeführten freiberuflichen Fachleute besitzt der zuweisende Arzt eine weitreichende Befugnis und eine zentrale Schlüsselfunktion, da er die Behandlung durch diese Fachleute anordnen oder auch ablehnen kann und in einer "Scharnierfunktion" den Leistungsbedarf und die Bedarfsdeckung in zweckmässiger und optimaler Form in Zusammenarbeit mit den anderen Leistungserbringern zusammenführen soll (vgl. BGE 125 V 284 E. 4.c; MAURER, a.a.O., S. 66; EUGSTER, SBVR, Rz. 340 m.w.H., Botschaft KVG S. 126 f.; GEBHARD EUGSTER, Wirtschaftlichkeitskontrolle ambulanter ärztlicher Leistungen mit statistischen Methoden, Bern/Stuttgart/Wien 2003 N 108). Damit soll insbesondere die Wirtschaftlichkeit der durch die OKP finanzierte Leistungen sichergestellt bzw. mittels Beschränkung der Leistungsübernahmen und Limitierung des Mengenwachstums eine Kosteneindämmung bewirkt werden (vgl. GROSS HAWK, a.a.O., Rz. 10, 231, 485).

7.5.2 Die Wirksamkeit dieser Scharnierfunktion des Arztes oder der Ärztin und die angestrebte Kosteneindämmung setzen voraus, dass der Arzt oder die Ärztin *separat* von den *anderen* Leistungserbringern tätig wird. Nur in dieser Konstellation hat der Arzt oder die Ärztin keine finanziellen Interessen daran, Überweisungen an die freiberuflich tätigen Fachleute, namentlich Physiotherapeutinnen und -therapeuten vorzunehmen. Er oder sie profitiert nicht von entsprechenden Überweisungen, trägt dabei eine gewisse Verantwortung dafür und für die daraus entsprechenden Kosten. Das Eidgenössische Versicherungsgericht bestätigte in seiner Rechtsprechung diese Schlüsselposition des Arztes und der Ärztin, als es den Einbezug von veranlassten Kosten in die Wirtschaftlichkeitsprüfung schützte: Das Wirtschaftlichkeitsgebot erstrecke sich auf sämtliche Teile der ärztlichen Behandlung und finde insbesondere auch in Bezug auf die Anordnung von Leistungen anderer Leistungserbringer gemäss Art. 35 Abs. 2 Bst. e-g KVG Anwendung (vgl. GROSS HAWK, a.a.O., Rz. 231, 204 ff.; vgl. BGE 130 V 377 E. 7.4 f., BGE 133 V 37 E. BGE 137 V 43

E. 2.5.6). Die Kontrolle der Wirtschaftlichkeit dient dabei nicht nur der Rückforderung gemäss Art. 56 Abs. 2 KVG, sondern wirkt - vor allem - präventiv, insbesondere auch in Bezug auf die ärztliche Anordnung von PT-Leistungen (vgl. GROSS HAWK, a.a.O., Rz. 248 m.w.H.).

7.5.3 In Bezug auf durch unabhängige Physiotherapeutinnen und -therapeuten erbrachte PT-Leistungen hat der Verordnungsgeber neben der Voraussetzung einer ärztlichen Anordnung und der Limitierung auf die in Art. 5 Abs. 1 KLV aufgeführten Leistungen zusätzliche Kontrollmechanismen zur Kosteneindämmung eingebaut, wobei insbesondere auch die ärztliche Scharnierfunktion verschärft wurde (vgl. GROSS HAWK, Rz. 232). Art. 5 KLV sieht in Abs. 2 und 3 vor, dass die OKP je ärztliche Anordnung die Kosten von höchstens neun Sitzungen in einem Zeitraum von drei Monaten seit der ärztlichen Anordnung übernimmt und für die Übernahme von weiteren Sitzungen eine neue ärztliche Anordnung erforderlich ist. Soll die Physiotherapie nach einer Behandlung, die 36 Sitzungen entspricht, zu Lasten der OKP fortgesetzt werden, so hat der behandelnde Arzt oder die behandelnde Ärztin ausserdem dem Vertrauensarzt oder der Vertrauensärztin zu berichten und einen begründeten Vorschlag über die Fortsetzung der Therapie zu unterbreiten. Der Vertrauensarzt oder die Vertrauensärztin prüft den Vorschlag und beantragt, ob und in welchem Umfang die Physiotherapie zu Lasten der Krankenversicherung fortgesetzt werden kann (Art 5 Abs. 4 KLV). Damit wurden effiziente Hürden für die Patientinnen und Patienten und den Arzt und die Ärztin in Bezug auf die Leistungsbeanspruchung errichtet (vgl. GROSS HAWK, Rz. 236).

7.5.4 Diese Hürden würden bei der Erbringung delegierter PT-Leistungen durch von bei einem Arzt angestelltem PT-Personal nicht greifen:

– Der Arzt hätte ein erhebliches finanzielles Interesse an einer maximalen PT-Leistungserbringung durch sein PT-Personal, was einer objektiven Wahrnehmung der erwähnten mehrfach vorgesehenen Scharnierfunktion entgegenstehen würde.

– Die Limitierung mittels abschliessender Auflistung der OKP-pflichtigen PT-Leistungen fände keine Anwendung.

– Die Einschränkung der zu entgeltenden Behandlungseinheiten fände keine Anwendung (während eine solche für die delegierte Psychotherapie vorgesehen ist, vgl. Art. 3 Abs. 1 KLV).

– Art. 5 Abs. 4 KLV würde keine Anwendung finden und die kostendämpfende Kontrollfunktion des vertrauensärztlichen Dienstes entfallen (während eine solche für die delegierte Psychotherapie vorgesehen ist, vgl. Art. 3 Abs. 2 ff. KLV).

– Die weisungsgebundenen angestellten Physiotherapeutinnen und -therapeuten würden den ihnen im Rahmen der Therapierung offenstehenden Einfluss auf die Therapiekosten (vgl. GROSS HAWK, Rz. 241) kaum zur Kostensenkung ausnützen.

7.5.5 Die Zulassung der delegierten ärztlichen Physiotherapie zu Lasten der OKP und in Konkurrenz zu der in einem engen kostenwirksamen Korsett eingebundenen freiberuflichen Physiotherapie würde somit – wie santésuisse und das BAG zu Recht ausführen – erhebliche Mehrkosten für die OKP generieren und den Grundsätzen der Wirtschaftlichkeit und der Kosteneindämmung des KVG widersprechen.

7.6 Anders als von Dr. A._____ geltend gemacht, ist somit nachvollziehbar, dass und weshalb für die Psychotherapie und die Physiotherapie im Rahmen der OKP unterschiedliche Regelungen gelten und keine Gleichbehandlung verlangt werden kann.

7.6.1 Davon ging auch das EDI aus, als es in seinem Schreiben vom 18. Mai 2007 an die Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte FMH (act. 10.2) unter Berufung auf die höchstrichterliche Praxis ausführte, dass die delegierte Psychotherapie im Verhältnis zu den in Art. 46 KVV genannten Bereichen eine Ausnahme darstelle und bis zur Reglementierung für die selbständige paramedizinische Psychotherapie zu Lasten der OKP abgerechnet werde könne. Dies im Gegensatz zu den paramedizinischen Leistungen, welche den in Art. 46 Abs. 1 KVV genannten Gruppen vorbehalten seien. Es sei lediglich *allenfalls vorstellbar*, dass im Rahmen einer Arztpraxis von dort angestellten Physiotherapeuten erbrachte Leistungen im Rahmen von TARMED als "technische Leistungen" abgerechnet werden *könnten*, analog z.B. zur Blutabnahme durch eine Arztgehilfin.

7.6.2 In seinen Schreiben vom 21. März 2006 (act. 9a.1.3) an santésuisse und vom 13. April 2006 an die Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK; act. 14.5) erklärte das BAG, Art. 46 KVV verlange, dass Personen, die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbrächten, den Beruf selbständig und auf eigene Rechnung ausübten. Die im individualisierten Paramedizinvertrag vorge-

sehene Vergütung für in Arztpraxen angestellte paramedizinische Personen sei mit Art. 46 KVV nicht vereinbar. Das BAG sei sich allerdings bewusst, dass die von Art. 46 KVV aufgestellten Voraussetzungen nicht kurzfristig umgesetzt werden könnten und betrachte den Vertrag als Übergangsregelung, die mit der Zeit den KVV-Bestimmungen anzupassen sei.

7.6.3 In seinen Stellungnahmen im Beschwerdeverfahren (act. 16, 19) betonte das BAG, die Anstellung von Physiotherapeuten in der Arztpraxis zulasten der OKP sei unzulässig. Das System sehe vor, dass der Arzt wesentlich den Bedarf der physiotherapeutischen Leistungen im Rahmen der OKP bestimme, und die entsprechenden Leistungen von freiberuflichen Physiotherapeutinnen und -therapeuten erbracht würden, wodurch falsche Anreize zur Mengenausweitung sowohl beim Arzt wie beim Physiotherapeuten verhindert würden. Könnte der Arzt Physiotherapie verschreiben und diese durch die ihm angestellten Physiotherapeuten vornehmen lassen, würde diese Schutzfunktion entfallen, was zur Mengenausweitung beitragen könnte. Das BAG erwähnt, ähnlich wie das EDI, dass eine Ausnahme vorliegen *könnte*, wenn restriktiv bestimmte Leistungen des PT-Personals als ärztliche Leistung im weiteren Sinne zu qualifizieren *wären*, physiotherapeutische Hilfsleistungen also, die im Rahmen der ärztlichen Behandlung erforderlich seien. Wie diese *hypothetische* Leistungskategorie von den (übrigen) delegierten ärztlichen PT-Leistungen abzugrenzen wäre, legen das BAG und das EDI nicht dar und ist auch sonst nicht ersichtlich.

Das BAG weist ausserdem auf Art. 47 Abs. 1 Bst. b KVV und die darin vorgesehene Möglichkeit hin, das für die freiberufliche Physiotherapietätigkeit notwendige Praktikum in einer fachärztlichen Praxis unter der Leitung eines Physiotherapeuten oder einer Physiotherapeutin, welche die Zulassungsvoraussetzungen der KVV erfüllen, zu absolvieren (vgl. oben E. 7.3.4). Da Art. 47 Abs. 1 KVV lediglich Zulassungsvoraussetzungen für die freiberufliche Physiotherapieerbringung umschreibt, lässt sich daraus nicht ableiten, dass die im Zusammenhang mit dem Praktikum stehenden PT-Leistungen zu Lasten der OKP abgerechnet werden können. Vielmehr muss das entsprechende Praktikum auf anderem Weg finanziert werden. Eine andere Interpretation würde der systematischen Eingliederung von Art. 47 Abs. 1 KVV widersprechen und wäre mit dem Verbot der delegierten Physiotherapie nicht vereinbar.

7.7 Zu den weiteren von Dr. A._____ für die Zulässigkeit der delegierten ärztlichen Physiotherapie zu Lasten der OKP vorgebrachten Argumenten ist Folgendes auszuführen:

7.7.1 Physiotherapeutinnen und -therapeuten gehören, anders als die in BGE 125 V 441 E. 2.c ebenfalls erwähnten Praxishilfen, Röntgenassistentinnen und Laborantinnen, nicht zu den angestellten nichtärztlichen Medizinalpersonen, ohne deren Mitarbeit eine Arztpraxis kaum mehr möglich ist. Im Gegensatz zu diesen können sie ihre Leistungen freiberuflich erbringen und zu Lasten der OKP abrechnen. Es besteht diesbezüglich ein rechtsrelevanter Unterschied zwischen diesen Berufsgattungen.

7.7.2 Soweit sich Dr. A._____ auf BGE 114 V 270 beruft, ist weiter festzuhalten, dass dieses Urteil sich auf das KUVG (nicht das KVG) bezieht und dass die davon betroffenen Ernährungsberaterinnen und -berater ("Diät-/Diabetesberatung") als Berufsgruppe ab dem 1. Januar 1997 als eigene OKP-Leistungserbringer anerkannt wurden (vgl. Art. 46 Abs. 1 Bst. a und Art. 50a KVV, AS 1996 3139). Aus den darin enthaltenen Ausführungen kann Dr. A._____ in Bezug auf die delegierte Physiotherapie nichts zu seinen Gunsten ableiten.

7.7.3 Da der Bundesrat die delegierte (ärztliche) physiotherapeutische Therapie ausgeschlossen hat, bleibt ohne Belang, dass für Ärztinnen und Ärzte – wie Dr. A._____ zu Recht ausführt – grundsätzlich die gesetzliche Vermutung gilt (sogenanntes Negativlistenprinzip), wonach die Krankheitsbehandlung den Prinzipien der Wirksamkeit, Wirtschaftlichkeit und Zweckmässigkeit entspricht und die Voraussetzungen für eine der OKP in Rechnung gestellt werden können (vgl. BGE 129 V 167 E. 3; Urteil des Bundesgerichts 9C_374/2010 vom 23. Dezember 2010 E. 3.2; EUGSTER, SBVR, Rz. 573 ff.).

7.8 Zusammenfassend ist festzuhalten, dass Leistungen der delegierten ärztlichen Physiotherapie nicht zu Lasten der OKP abgerechnet werden können. Ob TARMED eine Entschädigung für solche Leistungen vorsieht, muss im Verfahren vor Bundesverwaltungsgericht offen bleiben.

8.

8.1 Dr. A._____ macht weiter geltend, dass zu berücksichtigen sei, dass seit jeher physiotherapeutische Leistungen in einer (allenfalls) unselbständigen Tätigkeit im Rahmen einer Arztpraxis ausgeübt und – auch von den Krankenversicherern – zu Lasten der OKP abgerechnet würden

und dass ungefähr die Hälfte der in der Schweiz tätigen Physiotherapeutinnen und -therapeuten auf Anordnung oder im Auftrag einer Ärztin Leistungen erbrächten und nicht als selbständige Leistungserbringende bei santésuisse registriert seien. Würde diese Praxis als unzulässig beurteilt, würde dies eine grundlegende und weitgreifende Änderung darstellen, gegen den Grundsatz des Vertrauensschutzes verstossen, die gesamte Leistungserbringung im Bereich der angestellten Physiotherapie verunmöglichen, das den Patientinnen und Patienten zur Verfügung stehende Angebot übermässig beschneiden, die Qualität und Entwicklung der Leistungen übermässig beeinträchtigen und zu Kostensteigerungen führen. Ein Entscheid von solcher Tragweite könne nicht durch ein Gericht gefällt werden, sondern müsste, falls überhaupt, über eine ausdrückliche Änderung der massgebenden rechtlichen Grundlagen erfolgen. Dessen sei sich auch das BAG bewusst, welches in seinen Stellungnahmen auf die allfällige Notwendigkeit von Übergangsfristen hinweise.

Vorliegend ist lediglich darüber zu befinden, ob die Vorinstanz zu Recht auf das Tariffestsetzungsbegehren von santésuisse nicht eingetreten ist. Eine präjudizielle Wirkung betreffend die Beurteilung von Leistungsstreitigkeiten – für deren Beurteilungen im Streitfall die kantonalen Schiedsgerichte und zweitinstanzlich das Bundesgericht zuständig sind (vgl. Art. 89, 91 KVG) – kommt der Urteilsbegründung des Bundesverwaltungsgerichts nicht zu. Auch die Frage nach dem Schutz von Treu und Glauben sowie eines allenfalls treuwidrigen Verhaltens von santésuisse stellt sich im vorliegenden Verfahren nicht. Die diesbezüglichen Einwände von Dr. A._____ gehen somit ins Leere.

Der Vollständigkeit halber sei darauf hingewiesen, dass keine anderslautende höchstrichterliche Praxis betreffend die Abrechenbarkeit von delegierten PT-Leistungen besteht und dass das EDI und das BAG als zuständige Bundesstellen seit Jahren und auch im vorliegenden Verfahren davon ausgehen, dass diese Leistungen nicht zu Lasten der OKP abgerechnet werden können. In seiner zweiten Stellungnahme hat das BAG, betont, dass es in seinen Schreiben vom 21. März 2006 an santésuisse und vom 13. April 2006 an die GDK (vgl. oben E. 7.6.2) auf die Widerrechtlichkeit der unterbreiteten Vertragsbestimmungen hingewiesen habe. Soweit es eine abweichende Übergangslösung nicht ausgeschlossen habe, habe es sich nicht materiellrechtlich äussern, sondern lediglich nicht in den Zuständigkeitsbereich der kantonalen Tarifvertragsgenehmigungsbehörden eingreifen wollen.

Nicht Gegenstand des Verfahrens ist, ob Dr. A._____ je nach Ausgang des Verfahrens Anspruch auf Schadenersatz gemäss Art. 78 ATSG hat (vgl. act. 25). Ob ausserhalb dieses Verfahrens stehende Ärztinnen und Ärzte Verträge mit santésuisse abgeschlossen haben und von OKP-Krankenversicherern Leistungen der delegierten Physiotherapie vergütet bekommen, ist vorliegend ebenfalls nicht Verfahrensgegenstand. Selbst wenn dem so sein sollte, kann Dr. A._____ daraus vorliegend nichts zu seinen Gunsten ableiten.

9.
Dr. A._____ kann von seinen angestellten Physiotherapeuten ab dem 1. Januar 2006 erbrachte PT-Leistungen der OKP somit nicht in Rechnung stellen. Er ist diesbezüglich nicht tariflegitimiert. Die Vorinstanz ist daher im Ergebnis zu Recht auf das Gesuch der Beschwerdeführerin, für die physiotherapeutischen Leistungen der Angestellten des Beschwerdegegners einen Tarif nach Art. 47 KVG festzusetzen, nicht eingetreten.

Die Beschwerde ist daher abzuweisen, soweit darauf einzutreten ist (vgl. oben E. 3.2).

10.
Da vorliegend kein Tarif festzusetzen ist, bestand für den Regierungsrat und besteht für das Bundesverwaltungsgericht kein Anlass dafür, die Eidgenössische Preisüberwachung gemäss Art. 14 Abs. 1 des Preisüberwachungsgesetzes vom 20. Dezember 1985 (PüG, SR 942.20) zur Stellungnahme einzuladen (vgl. BVGE 2009/23 E. 5.1).

11.
Es bleibt über die Verfahrenskosten und eine allfällige Parteientschädigung zu befinden.

11.1 Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens wird die Beschwerdeführerin gemäss Art. 63 Abs. 1 VwVG kostenpflichtig. Die Verfahrenskosten sind gemäss dem Reglement vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht (VGKE, SR 173.320.2) zu bestimmen. Die Gerichtsgebühr bemisst sich nach Umfang und Schwierigkeit der Streitsache, Art der Prozessführung und finanzieller Lage der Parteien (Art. 2 Abs. 1 VGKE). Vorliegend sind die Verfahrenskosten auf Fr. 2'000.- festzusetzen und mit dem geleisteten Kostenvorschuss von Fr. 2'000.- zu verrechnen.

11.2 Die Beschwerdeinstanz kann der ganz oder teilweise obsiegenden Partei von Amtes wegen oder auf Begehren eine Entschädigung für ihr erwachsene notwendige und verhältnismässig hohe Kosten zusprechen (Art. 64 Abs. 1 VwVG und Art. 7 Abs. 1 VGKE).

Keinen Anspruch auf Parteientschädigung haben Bundesbehörden und, in der Regel, andere Behörden, die als Parteien auftreten (Art. 7 Abs. 3 VGKE). Der obsiegenden Vorinstanz ist demzufolge keine Parteientschädigung zuzusprechen.

Der unterliegenden Beschwerdeführerin ist keine Parteientschädigung zuzusprechen (Art. 64 Abs. 1 VwVG e contrario).

Der anwaltlich vertretene, obsiegende Beschwerdegegner hat hingegen Anspruch auf eine Parteientschädigung für die notwendigen Kosten (vgl. Art. 64 Abs. 1 VwVG und Art. 7 ff. VGKE). Allerdings betrifft nur ein geringer Teil seiner Ausführungen die vorliegend massgeblichen Fragen. Der darüber hinaus gehende Aufwand erweist sich als nicht notwendig und ist nicht zu entschädigen. Dem Beschwerdegegner ist somit unter Berücksichtigung des aktenkundigen Aufwands eine reduzierte Parteientschädigung von pauschal Fr. 2'000.- zuzusprechen, welche der unterliegenden Beschwerdeführerin aufzuerlegen ist.

12.
Die Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten an das Bundesgericht gegen Entscheide auf dem Gebiet der Krankenversicherung, die das Bundesverwaltungsgericht gestützt auf Art. 33 Bst. i VGG in Verbindung mit Art. 53 Abs. 1 KVG getroffen hat, ist unzulässig (vgl. Art. 83 Bst. r BGG). Das vorliegende Urteil ist somit endgültig (vgl. BVGE 2009/23 E. 8).

Demnach erkennt das Bundesverwaltungsgericht:

1.
Die Beschwerde wird abgewiesen, soweit darauf eingetreten wird.

2.
Die Verfahrenskosten von Fr. 2'000.- werden der Beschwerdeführerin auferlegt. Sie werden mit dem geleisteten Kostenvorschuss von Fr. 2'000.- verrechnet.

3.
Dem Beschwerdegegner wird für das vorliegende Verfahren eine reduzierte Parteientschädigung von Fr. 2'000.- zugesprochen. Diese Entschädigung ist von der Beschwerdeführerin zu leisten.

4.
Dieses Urteil geht an:

– die Beschwerdeführerin (Gerichtsurkunde)
– den Beschwerdegegner (Gerichtsurkunde)
– die Vorinstanz (Ref-Nr. […]; Gerichtsurkunde)
– das Bundesamt für Gesundheit (Einschreiben)

Der vorsitzende Richter:	Der Gerichtsschreiber:
Beat Weber	Daniel Golta

Versand: