jusline®
»» Recht. Schnell

Sie können die QR Codes nützen um später wieder auf die neuste Version eines Gesetzestexts zu gelangen.

TE Bvwg Erkenntnis 2019/12/10 W201 2113279-1

JUSLINE Entscheidung

Veröffentlicht am 10.12.2019

Entscheidungsdatum

10.12.2019

Norm

ASVG §338
ASVG §341
ASVG §342
ASVG §343
ASVG §344
ASVG §347a
B-VG Art. 133 Abs4

Spruch

W201 2113279-1/6E

IM NAMEN DER REPUBLIK!

Das Bundesverwaltungsgericht hat durch die Richterin Mag. Angela SCHIDLOF als Vorsitzende sowie Mag. Martin DUHAN, Dr. Walter ARNBERGER, Dr. Irmgard SCHILLER-FRÜHWIRTH und Dr. Erich SCHMATZBERGER als fachkundige Laienrichter über die Beschwerde der Dr. XXXX , vertreten durch Rechtsanwalt Dr. Peter RINGHOFER, Franz Josefs Kai 5, 1010 Wien, gegen den Bescheid der Landesschiedskommission für Wien, W-PSK XXXX , vom XXXX , (Mitbeteiligte Partei: Wiener Gebietskrankenkasse), zu Recht erkannt:

A)

Die Beschwerde wird als unbegründet abgewiesen.

B)

Die Revision ist gemäß § 133 Abs 4 B-VG nicht zulässig.

Text

BEGRÜNDUNG:

I. Verfahrensgang:

I.a) Am 28.04.2015 erließ die Paritätische Schiedskommission für Wien (in weiterer Folge: belangte Behörde) über Antrag der Fr. XXXX (in weiterer Folge: Beschwerdeführerin) einen Bescheid, der im Spruch wie folgt ausführt:

"1.) Der Antrag der Antragstellerin, festzustellen, dass die Antragsgegnerin (Wiener Gebietskrankenkasse) verpflichtet ist, Honorarabzüge von EUR 263,78 an die Antragstellerin zur Auszahlung zu bringen, wird mit einem Betrag von EUR 84,86 abgewiesen.

Die Antragsgegnerin ist verpflichtet, Honorarabzüge im Ausmaß von EUR 79,20 an die Antragstellerin zur Auszahlung zu bringen.

2.) Der Antrag, festzustellen, dass die Antragstellerin in keinem Fall eine Vertragsverletzung im Sinne eines vorwerfbaren Verhaltens, sei es durch unzulässige Honorarverrechnungen, sei es auf irgendeine andere Weise begangen habe, wird zurückgewiesen.

3.) Der Antrag, festzustellen, dass die Antragsgegnerin verpflichtet ist, der Antragstellerin quartalsmäßig unverzüglich nach Quartalsende die geleisteten Honorarzahlungen aufgeschlüsselt nach Patienten und unter Angabe des Leistungsgrundes und bei allfälliger Abweichung diese Abweichung bekanntzugeben, wird abgewiesen.

4.) Der Antrag, festzustellen, dass die Antragsgegnerin verpflichtet ist, der Antragstellerin unmittelbar (gleichzeitig) mit der Einleitung von Befragungen ihrer Patienten zu Behandlungen durch sie zu berichten, wird abgewiesen.

5.) Der Antrag, festzustellen, dass die Antragsgegnerin der Antragstellerin gegenüber verpflichtet ist, Befragungen und jedwede sonstige Kontaktierung ihrer Patienten zu unterlassen, soweit die Auswahl nicht gemäß einer nachweislich auf alle Vertragsärzte in gleicher Weise angewendeten Zufallsauswahlmethode beruht oder auf einem konkreten sachbezogenen Anlass, der offenzulegen ist, wird abgewiesen.

6.) Der Antrag, festzustellen, dass die Antragsgegnerin der Antragstellerin gegenüber verpflichtet ist, ihre tariflichen Leistungsdeckungsbegrenzungen, ihre tarifliche Abgrenzung des Ausschlusses von "über das Maß des Notwendigen hinausgehenden" Leistungen gemäß § 133 Abs 2 ASVG sowie ihren Ausschluss ihrer Deckung kosmetisch-dermatologischer Leistungen gemäß § 133 Abs 3 ASVG sowohl generell, als auch bei der Beantwortung etwaiger Patientenbeschwerden selbst gegenüber ihren Versicherten zu kommunizieren, und nicht berechtigt ist, anstatt dessen die Antragstellerin die Unterrichtung ihrer Versicherten über diese von ihr zu vertretenden Deckungsbeschränkungen zu überbürden, wird abgewiesen.

7.) Der Antrag, festzustellen, dass die Antragsgegnerin der Antragstellerin gegenüber verpflichtet ist, ihr gegenüber in allen medizinischen Angelegenheiten und daher auch in solchen, die nicht nur Medizinisches betreffen, sondern auch mit medizinischen Vorfragen Zusammenhängendes, gemäß S 49 Abs 1 GV "durch den Chef(Kontroll)arzt der Kasse", somit durch ihre ärztliche Direktion und nicht durch irgendwelche Administrativstellen vertreten zu sein, wird abgewiesen."

Zu den einzelnen Spruchpunkten führte die belangte Behörde begründend aus:

Ad 1.) Zu Unrecht abgezogen worden seien EUR 46,20 (Allergologische Exploration), EUR 6,60 (XXXX), EUR 13,20 (XXXX) und EUR 13,20 (XXXX , Öffnung eines Furunkels). Bezüglich dieses Betrages habe die AG in ihrem Schriftsatz vom 08.04.2015 die Erbringung der Leistung außer Streit gestellt und die Rückzahlung dieses Betrages in Aussicht gestellt. Da die Rückzahlung nicht außer Streit gestellt ist und der Antrag der Beschwerdeführerin aufrecht bestehe, müsse der Zuspruch erfolgen.

Insgesamt betrage der Zuspruch EUR 79,20. Insgesamt bestehe der Abzug mit EUR 22,70 (XXXX), EUR 41 ,44 (XXXX und XXXX) und EUR 20,72 (XXXX) sohin mit EUR 84,86 zu Recht, so dass mit diesem Betrag der Antrag der Beschwerdeführerin abzuweisen gewesen sei (EUR 263,76 minus EUR 99,70 minus EUR 84,86 = EUR 79,20).

Ad 2.) Der Antrag sei völlig unbestimmt und ziele offenbar darauf, jedes vorwerfbare Verhalten, das allenfalls einen Kündigungsgrund abgeben könnte allgemein zu verneinen. Da eine Kündigung nicht ausgesprochen worden sei, eine konkrete Verwarnung nicht Gegenstand des Antrages sei, sei der unkonkrete Antrag zurückzuweisen.

Ad 3.) Die Verpflichtung der Kasse zur Abrechnung ergebe sich aus der Honorarordnung, wonach sie dem Vertragsarzt eine Endabrechnung und mit dieser eine detaillierte Abrechnung zu legen habe. Diese Abrechnung erfolge mittels Honorarabrechnung einschließlich der Differenzprotokolle. Daraus seien auch die Streichungen und Abzüge bei den einzelnen Patienten, entgegen den Ausführungen der Beschwerdeführerin, in ihrem Antrag ersichtlich. Diese Abrechnungen habe die Beschwerdeführerin auch erhalten. Ein verschleiertes Abrechnungs- und Liquidationssystem liege nicht vor. Aus der Abrechnung müsse die Höhe des zuerkannten Honorars, die Abzüge, die Streichungen bei den

einzelnen Patienten erkennbar sein. Dies sei bei den im Akt vorgelegten Abrechnungen, auf die verwiesen werde, der Fall und es lasse sich die Abrechnung nachvollziehen. Ein weitergehender Anspruch bestehe nicht, wenn auch die Abrechnung möglicherweise nicht zur Gänze Abrechnungen anderer Kassen gleiche. Die notwendige Transparenz der Abrechnung sei gegeben.

Ad 4.) Ob die Kasse Patientenbefragungen, an deren Zulässigkeit kein Zweifel bestehe, zur Überprüfung von Abrechnungen ihrer Vertragsärzte vornehme, sei eine Form der ihr zustehenden Kontrolle der Abrechnung. Es handle sich dabei um einen internen Vorgang und kein zweiseitiges Verfahren. Es bestehe daher kein Anspruch der Beschwerdeführerin bei diesen Prüfungen beigezogen oder über die Namen der Patienten informiert zu werden oder einen Bericht über die Einleitung einer Patientenbefragung zu erhalten. Die Beschwerdeführerin habe ohnedies Gelegenheit, bei allenfalls aus der Patientenbefragung erfolgten Abzügen und Streitigkeiten in den in §§ 344 bis 348 ASVG geregelten Verfahren zur Patientenbefragung Stellung zu nehmen und auch diese Patienten selbst zu befragen. Ihr Schutz sei daher gewährleistet.

Ad 5.): Auf welche Weise und nach welchen Auswahlmethoden die Kasse bei ihrer Patientenbefragung vorgehe und welcher sachbezogene Anlass zugrunde liege, sei im Stadium der internen Abrechnungskontrolle, ausschließlich der Kasse überlassen. Eine besondere Regelung, wie Abrechnungskontrollen vorzunehmen seien, sei im Gesamtvertrag nicht vorgesehen. Eine objektive Prüfung der Ergebnisse der internen Kontrolle könne erst in den im ASVG vorgesehenen Verfahren eintreten.

Ad 6) In welchem Ausmaß Leistungsdeckungsbegrenzungen bestehen oder Leistungen zu honorieren oder nicht zu honorieren seien, regle der Gesamtvertrag und die Honorarordnung. Nur auf Grund dieser Bestimmungen erfolge die Honorierung der Vertragsärzte. Nur die Vertragsärzte hätten einen Behandlungsvertrag mit den Patienten.

Gegenstand dieses Behandlungsvertrages sei auch das Honorar für die ärztliche Leistung. Dieses werde einerseits zwingend durch die Honorarordnung geregelt, sofern darin angeführte ärztliche Leistungen erbracht würden und andererseits, im kassenfreien Raum, sei das Honorar Sache der Vereinbarung. Es sei daher allein Sache des Vertragsarztes als Vertragspartner des Patienten die Honorarfrage zu klären und zulässige Vereinbarungen zu treffen. Er habe daher den Patienten als Vertragspartner auch darauf aufmerksam zu machen, welche Leistungen durch die AG gedeckt seien. Für eine Verpflichtung der AG Patienten über die Höhe des Honorars für die einzelnen Leistungen oder über Honorarbegrenzungen oder Leistungsbeschränkungen aufzuklären fehle jegliche Rechtsgrundlage.

Ad Punkt 7.) Der Chefarzt vertrete den Versicherungsträger nach § 49 Gesamtvertrag in allen medizinischen Angelegenheiten gegenüber dem Vertragsarzt. Bei Prüfung der Abrechnung eines Vertragsarztes, um die es hier gehe, liege keine medizinische Angelegenheit vor wie dies allenfalls bei einer bestimmten Behandlung oder Medikation sein könnte. Die medizinischen Vorfragen bei Prüfung einer Abrechnung seien daher keine medizinischen Angelegenheiten im Sinne des § 49 GV, die zwischen Chefarzt und Vertragsarzt zu klären wären. Die medizinischen Vorfragen seien nur unselbständige Grundlagen für die Berechtigung eine bestimmte Honorarposition zu verzeichnen. Es würden daher nicht medizinische Angelegenheiten überprüft, sondern nur ihre Auswirkung auf den Honoraranspruch, der aber keine medizinische Angelegenheit sei. Die in der Abrechnung des Vertragsarztes angeführte Diagnose, die zur Verrechnung einer bestimmten Honorarposition führe, sei keine medizinische Angelegenheit, weil diese nicht selbst geprüft werde, sondern lediglich eine medizinische Tatsache als Voraussetzung für eine bestimmte Honorarposition der Honorarordnung.

I.b. Gegen diesen Bescheid erhob die Beschwerdeführerin im Wege ihres rechtsfreundlichen Vertreters fristgerecht Beschwerde.

Sie fechte den Bescheid hinsichtlich der Punkte 2.) bis 7.) seines Spruches zur Gänze an hinsichtlich Punkt 1.) seines Spruches insoweit, als damit eine teilweise Antragsabweisung erfolge (nämlich im Ausmaß des Betrages von € 84,86). Sie mache formelle und inhaltliche Rechtswidrigkeit geltend.

Zu Punkt 1.) des Bescheidspruches führte die Beschwerdeführerin aus, Gegenstand sei hier die Frage des Zustehens oder Nichtzustehens von Honoraren. Die belangte Behörde habe im Ausmaß eines Teilbetrages von € 79,20 zu ihren Gunsten entschieden, im Ausmaß eines Betrages von € 84,86 zu ihren Ungunsten. Richtig sei im Sinne des ersten Absatzes auf Seite 3 oben des angefochtenen Bescheides dass sie den Antrag hinsichtlich einiger Teilbeträge zurückgezogen habe. Darunter falle das gesamte in Sachen XXXX verrechnete Kassenhonorar. In Sachen XXXX habe die belangte Behörde den Ablauf im Wesentlichen richtig dargestellt, die rechtliche Beurteilung sei jedoch schon im

grundsätzlichen Ansatz verfehlt.

Trotz all der der Natur der Sache entsprechenden Besonderheiten, sei der grundsätzlichen Kategorie nach das die Behandlung eines Patienten durch einen Arzt betreffende Rechtsverhältnis ein Werkvertrag. Es gelte daher § 1168 ABGB welcher dem Werknehmer den vollen Anspruch, wenn die Ausführung einer vereinbarten Leistungserbringung nur aus in der Sphäre des Auftraggebers (Patienten) gelegenen Gründen unterbleibe. Auch ausgehend von den Tatsachenfeststellungen der belangten Behörde sei die Auftragserteilung zweifellos definitiv erfolgt und ebenso zweifelsfrei sei die Ausführung aus beim Patienten gelegenen Gründen unterblieben. Sie habe daher im Sinne der vorgenannten Bestimmung nur abziehen lassen, was sie an Aufwand erspart habe - das sei de facto gar nichts gewesen. Sie habe daher den Honorierungsanspruch erworben und die Honorarverrechnung im Sinne des Fallpauschale zu Recht vorgenommen.

Puncto allergologische Explorationen habe die belangte Behörde richtig entschieden.

Puncto Fallpauschale (XXXX und XXXX) werde in der Bescheidbegründung nur auf die Ausführungen zum Fall Bartl verwiesen. Da diese verfehlt seien, mangle es an einer schlüssigen Begründung der Entscheidung in Bezug auf diese beiden Patienten.

In Bezug auf die Patientin XXXX habe die belangte Behörde teils zu Gunsten der Beschwerdeführerin, teils zu ihren Ungunsten entschieden. In letzterer Beziehung (einen Betrag von € 20,77 betreffend) mache sie geltend, dass aus der Begründung der getroffenen Entscheidung auch die volle Richtigkeit der ihrerseits am 04.03.2014 als kassenhonoraranspruchsbegründende Behandlung erfolgten Aufklärung erhelle. Nämlich auch kassendeckungsadministrativ. Der zusätzlich zum medizinisch lege artis und medizinrechtlich gemäß § 49 Abs. 1 ÄrzteG behandlungsobligate notwendige Aufklärungsinhalt über die zur Gesunderhaltung wichtige Vorsorgeuntersuchung, sowohl durch jährliche Momentaufnahme mit Auflicht- als auch durch Computer-Bildvergleich dieser jährlichen Momentaufnahmen zur zusätzlichen Detektion von nur durch laufende Vergleiche erkennbaren Veränderungen, wie von ihr im kassenfreien Raum angeboten als "Body Mapping". Auch hier gehe der völlig unsubstanziierter Verweis "auf die Ausführungen zum Patienten XXXX " ins Leere. Dass die Patientenaufklärung zur Behandlung gehöre und ihr medizinrechtlich versierter Ehemann im Patientenempfang als Hilfsperson gemäß § 49 Abs. 2 ÄrzteG auch der Patientin XXXX die schriftlich von ihr abgefasste Patientenaufklärung sowohl übergab, als auch nach ihren genauen Anordnungen und unter ihrer ständigen Aufsicht handelnd erläuterte, entbehre jeder gegenteiligen Feststellung im Bescheid der belangten Behörde.

Die teilweise Antragsabweisung laut Punkt 1 .) des Bescheidspruches sei daher verfehlt.

Zu Punkt 2.) des Bescheidspruches führte die Beschwerdeführerin aus, die belangte Behörde begründe ihre zurückweisende Entscheidung mit der Unbestimmtheit dieses Antrages. Dass es dabei primär um die Honorarverrechnungen gehe, müsse auch für die belangte Behörde ersichtlich gewesen sein.

Die Wendung "sei es auf irgendeine andere Weise" sei angesichts des der belangten Behörde bekannten Akteninhaltes ebenfalls leicht zu verstehen, nämlich in dem Sinne, dass hier von der Mitbeteiligten Protokolle vorgelegt und Behauptungen aufgestellt worden seien, die darauf hinausliefen, dass sie sich Patienten gegenüber nicht richtig verhalten hätte. Die belangte Behörde hätte daher darüber entscheiden müssen, ob in solchen hier aktenkundigen Anschuldigungen eine Vertragsverletzung gelegen sein kann oder nicht. Wäre dies aber nicht so zu sehen, so hätte nach der einschlägigen Judikatur des Verwaltungsgerichtshofes die belangte Behörde die Verpflichtung gehabt, diese Frage mit der Beschwerdeführerin zu erörtern, wozu sich die Verhandlung angeboten hätte. Die Zurückweisung ohne jeglichen derartigen Versuch sei rechtswidrig.

Zu Punkt 3.) des Bescheidspruches führte die Beschwerdeführerin aus, es lägen Abrechnungsexemplare vor. Die Beschwerdeführerin vermeine, dass daraus zu ersehen sei, dass die einer ordnungsgemäßen Vorgangsweise entsprechende Übersichtlichkeit und leichte Verständlichkeit nicht gegeben sei. Allerdings habe der Antrag nicht explizit auf diese Gestaltungsfrage gezielt- sodass das hier dahingestellt bleiben könne. Klar zum Ausdruck gebracht habe sie aber den zeitlichen Aspekt, nämlich dass die Abrechnung quartalsmäßig unverzüglich nach Quartalsende zu erfolgen habe. Die belangte Behörde sei darauf nicht eingegangen und es gebe zur diesbezüglichen Antragsabweisung keine schlüssige Bescheidbegründung.

Zu Punkt 4.) des Bescheidspruches führte die Beschwerdeführerin aus, dieser betreffe eine Frage des Vertrauens

zwischen Arzt und Patienten unter Einbeziehung der Kasse. Diese störe diese Vertrauensbasis, wenn sie Patienten befrage, ohne den Vertragspartner Arzt darüber zu informieren. Es werde durch die Antragstellung nicht auf eine Einschränkung des Rechtes der Mitbeteiligten gezielt, Abrechnungskontrollen vorzunehmen. Schon das Herantreten an den Patienten habe jedoch Auswirkung auf das zu ihm bestehende Vertrauensverhältnis.

Zu Punkt 5.) des Bescheidspruches führte die Beschwerdeführerin aus, der betreffende Antrag ziele darauf, aufzuzeigen, dass einerseits das spezifische Arzt-Patientenverhältnis zu berücksichtigen sei und andererseits auch ein ganz spezieller Charakter des gegenständlichen Vertragsverhältnisses vorliege. Es stehe hier ein übermächtiger Partner in Form einer großen Organisation Einzelpersonen gegenüber. Es sei daher von einer besonderen Schutzwürdigkeit des schwächeren Partners auszugehen.

Zu Punkt 6.) des Bescheidspruches führte die Beschwerdeführerin aus, im betreffenden Antrag gehe es darum, dass die Kasse dazu verpflichtet werden solle, ihren Versicherungsnehmern selbst mitzuteilen, wenn sie Leistungen nicht honorieren wolle, die aus ärztlicher Sicht angebracht seien.

Zu Punkt 7.) des Bescheidspruches führte die Beschwerdeführerin aus, hier gehe es um die Frage, ob die Beschwerdeführerin ein Recht darauf habe, dass in medizinischen Angelegenheiten seitens der Mitbeteiligten mit ihr nur im Wege des chefärztlichen Dienstes kommuniziert werde.

I.c. Die Beschwerde wurde am 25.08.2015 an das Bundesverwaltungsgericht übermittelt.

II. Das Bundesverwaltungsgericht hat erwogen:

1. Feststellungen

Die Beschwerdeführerin war bis zum 31.12.2015 Vertragspartnerin der Wiener Gebietskrankenkasse als Fachärztin für Haut- und Geschlechtskrankheiten (Vertragsärztin) mit Ordination in Wien. Mit Einzelvertrag vom 21.03.1994 wurde die Beschwerdeführerin zum 01.04.1994 in ein Vertragsverhältnis mit der WGKK aufgenommen.

Mit Erkenntnis des Bundesverwaltungsgerichts vom 31.07.2018, W217 2122141-1/31E, wurde die Beschwerde der Beschwerdeführerin hinsichtlich der von der WGKK per 31.12.2015 ausgesprochenen Kündigung als unbegründet abgewiesen. Die gegen dieses Erkenntnis erhobene Revision an den Verwaltungsgerichtshof wurde mit Beschluss vom 16.10.2018, Ra 2018/08/0215-3 zurückgewiesen.

Dr. Waschitzek, der Ehegatte der Beschwerdeführerin, ist als Ordinationshilfe in der Ordination der Beschwerdeführerin beschäftigt. Er verfügt über keine medizinische Ausbildung.

Beschwerdegegenständlich sind zu Spruchpunkt 1 vier Fälle strittig, in denen die Kasse die Honorierung der in Rechnung gestellten Leistungen nach einer Fallkontrolle verweigerte. Es handelt sich um die Fälle " XXXX " (in weiterer Folge Fall 1), " XXXX " (Fall 2) und " XXXX " (Fall 3) sowie " XXXX " (Fall 4).

Zu Fall 1: Der Patient hatte am 07.01.2014 ein Gespräch mit dem Gatten der Beschwerdeführerin wegen einer Terminvereinbarung für den 14.01.2014, welchen der Patient jedoch krankheitsbedingt nicht wahrnahm. Er hatte keinen telefonischen oder persönlichen Kontakt mit der Beschwerdeführerin. Die Beschwerdeführerin nahm ohne die E-Card des Patienten zwei Konsultationen im Jänner vor. Die E-Card war danach für den Besuch eines anderen Hautarztes gesperrt.

Im Fall 2 hat die Patientin wegen zu langer Wartezeit die Ordination ohne Kontakt mit der Beschwerdeführerin und ohne Inanspruchnahme einer medizinischen Leistung verlassen.

Auch im Fall 3 hat der Patient die Ordination aufgrund der langen Wartezeit verlassen, ohne dass es zu einem Kontakt zwischen ihm und der Beschwerdeführerin gekommen ist. Eine medizinische Leistung wurde nicht in Anspruch genommen.

Im Fall 4 hatte die Patientin am 04.03.2014 ebenfalls keinen persönlichen Kontakt mit der Beschwerdeführerin, es wurde auch kein Rezept ausgestellt. Es erfolgte lediglich eine Abklärung mit der Ordinationshilfe in Bezug auf eine Muttermalkontrolle. Von der Ordinationshilfe wurde ihr nach Stecken der E-Card mitgeteilt, dass sie keinen Anspruch auf Kontrolle auf Kosten der Kasse habe, da die Kasse eine Kontrolle erst wieder im September 2014 bezahlen würde. In weiterer Folge wurde ihr durch die Ordinationshilfe (Gatte der BF) eine Privatarztleistung angeboten, was die Patientin jedoch ablehnte.

2. Beweiswürdigung

Der Sachverhalt ergibt sich aus den vorliegenden Akten, insbesondere dem Vorbringen der Beschwerdeführerin und der mitbeteiligten Kasse.

Die Feststellungen zu den nicht durchgeführten Behandlungen in den Fällen 1 bis 4 ergeben sich aus den Angaben der Patienten, die im Rahmen der Kontrolle durch die Kasse niederschriftlich einvernommen wurden und deren Einvernahmen im Rahmen der durch die belangte Behörde durchgeführten mündlichen Verhandlung als Zeugen.

Nach dem Beschwerdevorbringen werden in den oben genannten Fällen zwar die relevanten Sachverhaltsfeststellungen der belangten Behörde nicht bemängelt, es werden jedoch die rechtlichen Schlussfolgerungen der belangten Behörde bekämpft.

Die Anträge der Beschwerdeführerin, über die mit den Spruchpunkten 2 bis 7 abgesprochen wurden, ergeben sich aus dem Verfahrensakt. Auch in diesen Fällen hat die belangte Behörde aus Sicht der Beschwerdeführerin eine falsche rechtliche Beurteilung vorgenommen.

3. Rechtliche Beurteilung

3.1. Zuständigkeit und verfahrensrechtliche Bestimmungen:

Gemäß § 6 BVwGG entscheidet das Bundesverwaltungsgericht durch Einzelrichter, sofern nicht in Bundes- oder Landesgesetzen die Entscheidung durch Senate vorgesehen ist.

Gemäß § 347a ASVG kann gegen einen Bescheid der Paritätischen Schiedskommissionen, der Landesschiedskommissionen und der Bundesschiedskommission und wegen Verletzung ihrer Entscheidungspflicht Beschwerde an das Bundesverwaltungsgericht erhoben werden.

§ 347b ASVG bestimmt:

(1) Die Entscheidung des Bundesverwaltungsgerichts hat in Angelegenheiten nach § 347a durch einen Senat zu erfolgen, der aus dem Senatsvorsitzenden und vier fachkundigen Laienrichtern besteht, wobei davon zwei Ärzte sind und zwei spezifische Kenntnisse auf dem Gebiet des Gesundheits- und des Sozialversicherungswesens haben müssen. Für die fachkundigen Laienrichter ist je ein Stellvertreter auf dieselbe Weise zu bestellen.

(2) Die vier fachkundigen Laienrichter werden vom Bundeskanzler auf Vorschlag der Österreichischen Ärztekammer und des Hauptverbandes bestellt. Die Österreichische Ärztekammer und der Hauptverband haben in ihren Vorschlägen jeweils einen Arzt und einen Experten mit spezifischen Kenntnissen im Gesundheits- und Sozialversicherungswesen namhaft zu machen. Im Falle von Beschwerden gegen Bescheide der Paritätischen Schiedskommissionen dürfen Versicherungsvertreter und Arbeitnehmer jenes Versicherungsträgers sowie Angehörige und Arbeitnehmer jener Ärztekammer, die Vertragsparteien des Gesamtvertrages sind, auf dem ein streitgegenständlicher Einzelvertrag beruht, im jeweiligen Verfahren nicht Laienrichter sein; das Gleiche gilt für Personen, die bei der Erarbeitung der Richtlinie nach § 347 Abs 5 mitgewirkt haben, wenn in einem Verfahren die Richtlinie anzuwenden ist.

(3) Die Kosten des Verfahrens tragen je zur Hälfte die in Betracht kommende gesetzliche Interessenvertretung und der beteiligte Versicherungsträger (Hauptverband).

Gegenständlich liegt somit Senatszuständigkeit vor.

Das Verfahren der Verwaltungsgerichte mit Ausnahme des Bundesfinanzgerichtes ist durch das VwGVG,BGBl I 2013/33 idF BGBl I 2013/122, geregelt (§ 1 leg cit). Gemäß § 58 Abs 2 VwGVG bleiben entgegenstehende Bestimmungen, die zum Zeitpunkt des Inkrafttretens dieses Bundesgesetzes bereits kundgemacht wurden, in Kraft.

Gemäß § 17 VwGVG sind, soweit in diesem Bundesgesetz nicht anderes bestimmt ist, auf das Verfahren über Beschwerden gemäß Art 130 Abs 1 B-VG die Bestimmungen des AVG mit Ausnahme der §§ 1 bis 5 sowie des IV. Teiles, die Bestimmungen der Bundesabgabenordnung - BAO, BGBl Nr 194/1961, des Agrarverfahrensgesetzes - AgrVG, BGBl Nr 173/1950, und des Dienstrechtsverfahrensgesetzes 1984 - DVG,BGBl Nr 29/1984, und im Übrigen jene verfahrensrechtlichen Bestimmungen in Bundes- oder Landesgesetzen sinngemäß anzuwenden, die die Behörde in dem dem Verfahren vor dem Verwaltungsgericht vorangegangenen Verfahren angewendet hat oder anzuwenden gehabt hätte.

Gemäß § 28 Absatz 1 VwGVG hat das Verwaltungsgericht, sofern die Beschwerde nicht zurückzuweisen oder das Verfahren einzustellen ist, die Rechtssache durch Erkenntnis zu erledigen.

Absatz 2: Über Beschwerden gemäß Art 130 Abs 1 Z 1 B-VG hat das Verwaltungsgericht dann in der Sache selbst zu entscheiden, wenn

1. der maßgebliche Sachverhalt feststeht oder

2. die Feststellung des maßgeblichen Sachverhalts durch das Verwaltungsgericht selbst im Interesse der Raschheit gelegen oder mit einer erheblichen Kostenersparnis verbunden ist.

3.2. Auf den Beschwerdefall bezogen

Rechtliche Grundlagen:

Zu Spruchpunkt A):

3.2.1. Die im vorliegenden Beschwerdefall maßgebenden Bestimmungen lauten:

Art. 131 B-VG, BGBl. Nr. 1/1930 in der Fassung BGBl. I Nr. 51/2012:

"Artikel 131. (1) Soweit sich aus Abs. 2 und 3 nicht anderes ergibt, erkennen über Beschwerden nach Art. 130 Abs. 1 die Verwaltungsgerichte der Länder.

(2) Soweit sich aus Abs. 3 nicht anderes ergibt, erkennt das Verwaltungsgericht des Bundes über Beschwerden gemäß Art. 130 Abs. 1 in Rechtssachen in den Angelegenheiten der Vollziehung des Bundes, die unmittelbar von Bundesbehörden besorgt werden. Sieht ein Gesetz gemäß Art. 130 Abs. 2 Z 2 eine Zuständigkeit der Verwaltungsgerichte vor, erkennt das Verwaltungsgericht des Bundes über Beschwerden in Rechtssachen in den Angelegenheiten des öffentlichen Auftragswesens, die gemäß Art. 14b Abs. 2 Z 1 in Vollziehung Bundessache sind. Sieht ein Gesetz gemäß Art. 130 Abs. 2 Z 3 eine Zuständigkeit der Verwaltungsgerichte vor, erkennt das Verwaltungsgericht des Bundes über Streitigkeiten in dienstrechtlichen Angelegenheiten der öffentlich Bediensteten des Bundes.

.....

(4) Durch Bundesgesetz kann

1. eine Zuständigkeit der Verwaltungsgerichte der Länder vorgesehen werden: in Rechtssachen in den Angelegenheiten gemäß Abs. 2 und 3;

2. eine Zuständigkeit der Verwaltungsgerichte des Bundes vorgesehen werden:

a) in Rechtssachen in den Angelegenheiten der Umweltverträglichkeitsprüfung für Vorhaben, bei denen mit erheblichen Auswirkungen auf die Umwelt zu rechnen ist (Art. 10 Abs. 1 Z 9 und Art. 11 Abs. 1 Z 7);

b) in sonstigen Rechtssachen in den Angelegenheiten der Vollziehung des Bundes, die nicht unmittelbar von Bundesbehörden besorgt werden, sowie in den Angelegenheiten der Art. 11, 12, 14 Abs. 2 und 3 und 14a Abs. 3.

Bundesgesetze gemäß Z 1 und Z 2 lit. b dürfen nur mit Zustimmung der Länder kundgemacht werden.

(5) Durch Landesgesetz kann in Rechtssachen in den Angelegenheiten des selbständigen Wirkungsbereiches der Länder eine Zuständigkeit der Verwaltungsgerichte des Bundes vorgesehen werden. Art. 97 Abs. 2 gilt sinngemäß.

....."

§ 46 AVG, BGBl. Nr. 51/1991 in der Stammfassung:

"§ 46. Als Beweismittel kommt alles in Betracht, was zur Feststellung des maßgebenden Sachverhaltes geeignet und nach Lage des einzelnen Falles zweckdienlich ist."

Allgemeines bürgerliches Gesetzbuch (ABGB), JGS Nr. 946/1811 in der Stammfassung:

"Auslegung.

§ 6. Einem Gesetze darf in der Anwendung kein anderer Verstand beigelegt werden, als welcher aus der eigentümlichen Bedeutung der Worte in ihrem Zusammenhange und aus der klaren Absicht des Gesetzgebers hervorleuchtet.

§ 7. Lässt sich ein Rechtsfall weder aus den Worten, noch aus dem natürlichen Sinne eines Gesetzes entscheiden, so muss auf ähnliche, in den Gesetzen bestimmt entschiedene Fälle, und auf die Gründe anderer damit verwandten Gesetze Rücksicht genommen werden. Bleibt der Rechtsfall noch zweifelhaft; so muss solcher mit Hinsicht auf die sorgfältig gesammelten und reiflich erwogenen Umstände nach den natürlichen Rechtsgrundsätzen entschieden werden.

§ 8. Nur dem Gesetzgeber steht die Macht zu, ein Gesetz auf eine allgemein verbindliche Art zu erklären. Eine solche Erklärung muss auf alle noch zu entscheidende Rechtsfälle angewendet werden, sofern der Gesetzgeber nicht hinzufügt, dass seine Erklärung bei Entscheidung solcher Rechtsfälle, welche die vor der Erklärung unternommenen Handlungen und angesprochenen Rechte zum Gegenstande haben, nicht bezogen werden solle."

ABGB, JGS Nr. 946/1811 in der Fassung RGBl. Nr. 69/1916:

"Abschließung des Vertrages.

§ 861. Wer sich erkläret, dass er jemanden sein Recht übertragen, das heißt, dass er ihm etwas gestatten, etwas geben, dass er für ihn etwas tun, oder seinetwegen etwas unterlassen wolle, macht ein Versprechen; nimmt aber der Andere das Versprechen gültig an, so kommt durch den übereinstimmenden Willen beider Teile ein Vertrag zu Stande. So lange die Unterhandlungen dauern, und das Versprechen noch nicht gemacht, oder weder zum voraus, noch nachher angenommen ist, entsteht kein Vertrag.

§ 862. Das Versprechen (Antrag) muss innerhalb der vom Antragsteller bestimmten Frist angenommen werden. In Ermanglung einer solchen muss der einem Anwesenden oder mittels Fernsprechers von Person zu Person gemachte Antrag sogleich, der sonst einem Abwesenden gemachte Antrag längstens bis zu dem Zeitpunkte angenommen werden, in welchem der Antragsteller unter der Voraussetzung, dass sein Antrag rechtzeitig angekommen sei, bei rechtzeitiger und ordnungsmäßiger Absendung der Antwort deren Eintreffen erwarten darf; widrigenfalls ist der Antrag erloschen. Vor Ablauf der Annahmefrist kann der Antrag nicht zurückgenommen werden. Er erlischt auch nicht, wenn ein Teil während der Annahmefrist stirbt oder handlungsunfähig wird, sofern nicht ein anderer Wille des Antragstellers aus den Umständen hervorgeht.

§ 862a. Als rechtzeitig gilt die Annahme, wenn die Erklärung innerhalb der Annahmefrist dem Antragsteller zugekommen ist. Trotz ihrer Verspätung kommt jedoch der Vertrag zustande, wenn der Antragsteller erkennen musste, dass die Annahmeerklärung rechtzeitig abgesendet wurde, und gleichwohl seinen Rücktritt dem andern nicht unverzüglich anzeigt.

§ 863. (1) Man kann seinen Willen nicht nur ausdrücklich durch Worte und allgemein angenommene Zeichen; sondern auch stillschweigend durch solche Handlungen erklären, welche mit Überlegung aller Umstände keinen vernünftigen Grund, daran zu zweifeln, übrig lassen.

(2) In Bezug auf die Bedeutung und Wirkung von Handlungen und Unterlassungen ist auf die im redlichen Verkehr geltenden Gewohnheiten und Gebräuche Rücksicht zu nehmen."

§ 914 ABGB, JGS Nr. 946/1811 in der Fassung RGBl. Nr. 69/1916:

"Auslegungsregeln bei Verträgen.

§ 914. Bei Auslegung von Verträgen ist nicht an dem buchstäblichen Sinne des Ausdrucks zu haften, sondern die Absicht der Parteien zu erforschen und der Vertrag so zu verstehen, wie es der Übung des redlichen Verkehrs entspricht."

§ 915 ABGB, JGS Nr. 946/1811 in der Stammfassung:

"§ 915. Bei einseitig verbindlichen Verträgen wird im Zweifel angenommen, dass sich der Verpflichtete eher die geringere als die schwerere Last auflegen wollte; bei zweiseitig verbindlichen wird eine undeutliche Äußerung zum Nachtheile desjenigen erkläret, der sich derselben bedienet hat (§. 869)."

§ 916 ABGB, JGS Nr. 946/1811 in der Fassung RGBl. Nr. 69/1916:

"§ 916. (1) Eine Willenserklärung, die einem anderen gegenüber mit dessen Einverständnis zum Schein abgegeben wird, ist nichtig. Soll dadurch ein anderes Geschäft verborgen werden, so ist dieses nach seiner wahren Beschaffenheit zu beurteilen.

(2) Einem Dritten, der im Vertrauen auf die Erklärung Rechte erworben hat, kann die Einrede des Scheingeschäftes nicht entgegengesetzt werden."

§ 131 ASVG, BGBl. Nr. 189/1955 in der Fassung BGBl. I Nr. 32/2014:

"Erstattung von Kosten der Krankenbehandlung

§ 131. (1) Nimmt der Anspruchsberechtigte nicht die Vertragspartner (§ 338) oder die eigenen Einrichtungen (Vertragseinrichtungen) des Versicherungsträgers zur Erbringung der Sachleistungen der Krankenbehandlung (ärztliche Hilfe, Heilmittel, Heilbehelfe) in Anspruch, so gebührt ihm der Ersatz der Kosten dieser Krankenbehandlung im Ausmaß von 80 vH des Betrages, der bei Inanspruchnahme der entsprechenden Vertragspartner des Versicherungsträgers von diesem aufzuwenden gewesen wäre. Wird die Vergütung für die Tätigkeit des entsprechenden Vertragspartners nicht nach den erbrachten Einzelleistungen oder nicht nach Fallpauschalen, wenn diese einer erbrachten Einzelleistung gleichkommen, bestimmt, so hat die Satzung des Versicherungsträgers Pauschbeträge für die Kostenerstattung festzusetzen.

....."

133 ASVG, BGBl. Nr. 189/1955 in der Fassung BGBl. I Nr. 61/2010:

"Umfang der Krankenbehandlung

§ 133. (1) Die Krankenbehandlung umfasst:

1. ärztliche Hilfe;

2. Heilmittel;

3. Heilbehelfe.

(2) Die Krankenbehandlung muss ausreichend und zweckmäßig sein, sie darf jedoch das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Durch die Krankenbehandlung sollen die Gesundheit, die Arbeitsfähigkeit und die Fähigkeit, für die lebenswichtigen persönlichen Bedürfnisse zu sorgen, nach Möglichkeit wiederhergestellt, gefestigt oder gebessert werden. Die Leistungen der Krankenbehandlung werden, soweit in diesem Bundesgesetz nichts anderes bestimmt wird, als Sachleistungen erbracht.

....."

§ 338 ASVG, BGBl. Nr. 189/1955 in der Fassung BGBl. I Nr. 113/2015:

"Regelung durch Verträge

§ 338. (1) Die Beziehungen der Träger der Sozialversicherung (des Hauptverbandes) zu den freiberuflich tätigen Ärzten/Ärztinnen, Zahnärzten/Zahnärztinnen, Gruppenpraxen nach den §§ 52a und 52b des Ärztegesetzes 1998 und § 26 des Zahnärztegesetzes, BGBl. I Nr. 126/2005, Dentisten/Dentistinnen, Hebammen, Apothekern/Apothekerinnen, freiberuflich tätigen klinischen Psychologen/Psychologinnen, freiberuflich tätigen Psychotherapeuten/Psychotherapeutinnen, freiberuflich tätigen Heilmasseuren/Heilmasseurinnen, Pflegepersonen, die medizinische Hauskrankenpflege nach § 151 erbringen, und anderen Vertragspartnern/Vertragspartnerinnen werden durch privatrechtliche Verträge nach Maßgabe der folgenden Bestimmungen geregelt. Diese Verträge bedürfen zu ihrer Rechtsgültigkeit der schriftlichen Form. Die Verträge sowie allfällige Änderungen und Zusatzvereinbarungen sind vom Hauptverband im Internet zu veröffentlichen. Nach jeder fünften Änderung ist vom Hauptverband eine konsolidierte Fassung zu veröffentlichen.

....."

§ 341 ASVG, BGBl. Nr. 189/1955 in der Fassung BGBl. I Nr. 99/2001:

"Gesamtverträge

§ 341. (1) Die Beziehungen zwischen den Trägern der Krankenversicherung und den freiberuflich tätigen Ärzten sowie den Gruppenpraxen werden jeweils durch Gesamtverträge geregelt. Diese sind für die Träger der Krankenversicherung durch den Hauptverband mit den örtlich zuständigen Ärztekammern abzuschließen. Die Gesamtverträge bedürfen der

Zustimmung des Trägers der Krankenversicherung, für den der Gesamtvertrag abgeschlossen wird. Die Österreichische Ärztekammer kann mit Zustimmung der beteiligten Ärztekammer den Gesamtvertrag mit Wirkung für diese abschließen.

.....

(3) Der Inhalt des Gesamtvertrages ist auch Inhalt des zwischen dem

Träger der Krankenversicherung und dem Arzt oder der Gruppenpraxis

abzuschließenden Einzelvertrages. Vereinbarungen zwischen dem Träger

der Krankenversicherung und dem Arzt oder der Gruppenpraxis im

Einzelvertrag sind rechtsunwirksam, insoweit sie gegen den Inhalt

eines für den Niederlassungsort des Arztes oder für den Sitz der

Gruppenpraxis geltenden Gesamtvertrages verstoßen.

....."

§ 342 ASVG, BGBl. Nr. 189/1955 in der Fassung BGBl. I Nr. 113/2015:

"Inhalt der Gesamtverträge

§ 342. (1) Die zwischen dem Hauptverband und den Ärztekammern

abzuschließenden Gesamtverträge haben nach Maßgabe der nachfolgenden

Bestimmungen insbesondere folgende Gegenstände zu regeln:

.....

3. die Rechte und Pflichten der Vertragsärzte/Vertragsärztinnen und

Vertrags-Gruppenpraxen, insbesondere auch ihre Ansprüche auf

Vergütung der ärztlichen Leistung sowie die Überprüfung der

Identität des Patienten/der Patientin und die rechtmäßige Verwendung

der e-card; die Überprüfung ist für Patienten/Patientinnen bis zum

vollendeten 14. Lebensjahr nur im Zweifelsfall vorzunehmen; weiters

sind Regelungen über die Vorgehensweise bei Nichtvorlage der e-card,

bei negativer Anspruchsprüfung und bei Undurchführbarkeit der

Überprüfung der Identität zu treffen;

.....

(2) Die Vergütung der Tätigkeit von Vertragsärztinnen und Vertragsärzten ist nach Einzelleistungen oder nach Pauschalmodellen zu vereinbaren. Die Vereinbarungen über die Vergütung der ärztlichen Leistungen sind jeweils in den Honorarordnungen für Einzelordinationen und für Gruppenpraxen zusammenzufassen; diese bilden einen Bestandteil der jeweiligen Gesamtverträge. Die Gesamtverträge sollen eine Begrenzung der Ausgaben der Träger der Krankenversicherung für die vertragsärztliche Tä Tätigkeit einschließlich der Rückvergütungen bei Inanspruchnahme der wahlärztlichen Hilfe (§ 131) bzw. für die Tätigkeit von Vertrags-Gruppenpraxen einschließlich der Rückvergütungen bei Inanspruchnahme von Wahl-Gruppenpraxen enthalten.

....."

§ 343 ASVG, BGBl. Nr. 189/1955 in der Fassung BGBl. I Nr. 32/2014:

"Aufnahme der Ärzte in den Vertrag und Auflösung des Vertragsverhältnisses

§ 343. (1) Die Auswahl der Vertragsärztinnen/Vertragsärzte und der Vertrags-Gruppenpraxen und der Abschluss der Einzelverträge zwischen dem zuständigen Träger der Krankenversicherung und dem Arzt/der Ärztin oder der Gruppenpraxis erfolgt nach den Bestimmungen des Gesamtvertrages und im Einvernehmen mit der zuständigen

Ärztekammer. Diese Einzelverträge sind sodann für alle Gebiets- und Betriebskrankenkassen sowie für die Sozialversicherungsanstalt der Bauern wirksam. Die Einzelvertragsparteien können abweichend von § 341 Abs. 3 mit Zustimmung der zuständigen Ärztekammer ergänzende oder abweichende Regelungen hinsichtlich Art, Umfang und Honorierung der vertragsärztlichen Tätigkeit insbesondere im Zusammenhang mit der Festlegung der Öffnungszeiten, für Spitalsambulanzen entlastende Leistungen, oder für dislozierte Standorte treffen.

.....

(2) Das Vertragsverhältnis zwischen dem Vertragsarzt oder der

Vertrags-Gruppenpraxis und dem Träger der Krankenversicherung

erlischt ohne Kündigung im Falle:

.....

(3) Der Träger der Krankenversicherung ist zur Auflösung des Vertragsverhältnisses mit einem Vertragsarzt oder mit einer Vertrags-Gruppenpraxis verpflichtet, wenn der Arzt oder ein Gesellschafter einer Vertrags-Gruppenpraxis die Staatsbürgerschaft eines Mitgliedstaates des Europäischen Wirtschaftsraumes oder die Berechtigung zur Ausübung des ärztlichen Berufes verliert oder wenn ihm diese Berechtigung von Anfang an fehlte oder wenn im Einvernehmen mit der zuständigen Ärztekammer festgestellt wird, dass die Voraussetzungen, die zur Bestellung des Vertragsarztes oder der Vertrags-Gruppenpraxis erforderlich sind, von Anfang an nicht gegeben waren. Abs. 2 letzter Satz gilt sinngemäß.

(4) Das Vertragsverhältnis kann unbeschadet der Bestimmungen der Abs. 2 und 3 von beiden Teilen unter Einhaltung einer dreimonatigen Kündigungsfrist zum Ende eines Kalendervierteljahres gekündigt werden. Der Krankenversicherungsträger kann nur wegen wiederholter nicht unerheblicher oder wegen schwerwiegender Vertrags- oder Berufspflichtverletzungen unter Angabe der Gründe schriftlich kündigen. Der gekündigte Arzt/die gekündigte Ärztin oder die gekündigte Vertrags-Gruppenpraxis kann innerhalb von zwei Wochen die Kündigung bei der Landesschiedskommission mit Einspruch anfechten. Die Landesschiedskommission hat innerhalb von sechs Monaten nach Einlangen des Einspruches über diesen zu entscheiden. Der Einspruch hat bis zum Tag der Entscheidung der Landesschiedskommission aufschiebende Wirkung. Eine Vertrags-Gruppenpraxis kann die Kündigung des Einzelvertrages abwenden, wenn sie innerhalb von acht Wochen ab Rechtskraft der Kündigung jenen Gesellschafter/jene Gesellschafterin, der/die ausschließlich den jeweiligen Kündigungsgrund gesetzt hat, aus der Vertrags-Gruppenpraxis ausschließt. Eine vom gekündigten Arzt/von der gekündigten Ärztin (von der gekündigten Gruppenpraxis) eingebrachte Beschwerde an das Bundesverwaltungsgericht hat ohne Zustimmung des Krankenversicherungsträgers keine aufschiebende Wirkung."

§ 347a ASVG, BGBl. Nr. 189/1955 in der Fassung BGBl. I Nr. 130/2013:

"Beschwerdeverfahren

§ 347a. Gegen einen Bescheid der Paritätischen Schiedskommissionen, der Landesschiedskommissionen und der Bundesschiedskommission und wegen Verletzung ihrer Entscheidungspflicht kann Beschwerde an das Bundesverwaltungsgericht erhoben werden."

§ 2 Ärztegesetz 1998 (ÄrzteG 1998), BGBl. I Nr. 169/1998 in der Stammfassung:

"Der Beruf des Arztes

§ 2. (1) Der Arzt ist zur Ausübung der Medizin berufen.

(2) Die Ausübung des ärztlichen Berufes umfasst jede auf medizinisch-wissenschaftlichen Erkenntnissen begründete Tätigkeit, die unmittelbar am Menschen oder mittelbar für den Menschen ausgeführt wird, insbesondere

1. die Untersuchung auf das Vorliegen oder Nichtvorliegen von körperlichen und psychischen Krankheiten oder Störungen, von Behinderungen oder Missbildungen und Anomalien, die krankhafter Natur sind;

....."

§ 48 ÄrzteG 1998, BGBl. I Nr. 169/1998 in der Stammfassung:

"Dringend notwendige ärztliche Hilfe

§ 48. Der Arzt darf die Erste Hilfe im Falle drohender Lebensgefahr nicht verweigern."

§ 49 ÄrzteG 1998, BGBl. I Nr. 169/1998 in der Fassung BGBl. I Nr. 82/2014:

"Behandlung der Kranken und Betreuung der Gesunden

§ 49. (1) Ein Arzt ist verpflichtet, jeden von ihm in ärztliche Beratung oder Behandlung übernommenen Gesunden und Kranken ohne Unterschied der Person gewissenhaft zu betreuen. Er hat sich laufend im Rahmen anerkannter Fortbildungsprogramme der Ärztekammern in den Bundesländern oder der Österreichischen Ärztekammer oder im Rahmen anerkannter ausländischer Fortbildungsprogramme fortzubilden und nach Maßgabe der ärztlichen Wissenschaft und Erfahrung sowie unter Einhaltung der bestehenden Vorschriften und der fachspezifischen Qualitätsstandards, insbesondere aufgrund des Gesundheitsqualitätsgesetzes (GQG), BGBl. I Nr. 179/2004, das Wohl der Kranken und den Schutz der Gesunden zu wahren.

(2) Der Arzt hat seinen Beruf persönlich und unmittelbar, allenfalls in Zusammenarbeit mit anderen Ärzten auszuüben. Zur Mithilfe kann er sich jedoch Hilfspersonen bedienen, wenn diese nach seinen genauen Anordnungen und unter seiner ständigen Aufsicht handeln.

....."

Der GV vom 01.01.2011, abgeschlossen gemäß §§ 338, 341 und 342 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes, BGBl. Nr. 189/1955 in der geltenden Fassung sowie gemäß § 66a Abs. 1 Z 1 des Ärztegesetzes,BGBl. I Nr. 169/1998 in der geltenden Fassung, zwischen der Ärztekammer für Wien, Kurie der niedergelassenen Ärzte, einerseits und dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (in der Folge: Hauptverband) für die im § 2 genannten Krankenversicherungsträger andererseits, Stand Dezember 2015, hat - soweit für den vorliegenden Fall relevant - samt Überschriften folgenden Wortlaut:

"§ 1

Definitionen

(1) Parteien des Gesamtvertrages sind die Kammer einerseits und alle im § 2 bezeichneten Versicherungsträger anderseits.

(2) Parteien des Einzelvertrages sind der Vertragsarzt einerseits und alle im § 2 bezeichneten Versicherungsträger anderseits.

(3) Der Terminus Versicherungsträger bezeichnet im Folgenden alle im § 2 bezeichneten Versicherungsträger.

(4) Der Terminus Kammer bezeichnet im Folgenden die Ärztekammer für Wien.

(5) Der Terminus Kasse bezeichnet im Folgenden die Wiener Gebietskrankenkasse.

(6) Der Terminus Anspruchsberechtigte bezeichnet im Folgenden Versicherte der Versicherungsträger und deren anspruchsberechtigte Angehörige.

(7) Der Terminus Vertragsarzt bezeichnet im Folgenden einen niedergelassenen Arzt für Allgemeinmedizin bzw. Facharzt, der mit den Versicherungsträgern einen Einzelvertrag im Sinne der Bestimmungen des zwischen dem Hauptverband und der Kammer für die Versicherungsträger abgeschlossenen Gesamtvertrages vom 1. Jänner 2011 abgeschlossen hat.

(8) Der Terminus Invertragnahmeausschuss bezeichnet ein aus Vertretern von Kammer und Kasse zusammengesetztes Gremium, welches sich mit der Vergabe von Stellen und der Reihung von Bewerbern befasst.

§ 2

Geltungsbereich

Dieser Gesamtvertrag wird vom Hauptverband für folgende Krankenversicherungsträger mit deren Zustimmung und mit Wirkung für diese abgeschlossen.

Quelle: Bundesverwaltungsgericht BVwg, https://www.bvwg.gv.at

© 2026 JUSLINE
JUSLINE® ist eine Marke der ADVOKAT Unternehmensberatung Greiter & Greiter GmbH.
www.jusline.at