

TE Bvwg Erkenntnis 2017/3/29 W217 2101244-1

JUSLINE Entscheidung

🕒 Veröffentlicht am 29.03.2017

Entscheidungsdatum

29.03.2017

Norm

ASVG §410

B-VG Art.133 Abs4

VwGVG §28 Abs2

1. ASVG § 410 heute
2. ASVG § 410 gültig ab 01.01.2014 zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 87/2013
3. ASVG § 410 gültig von 01.01.2005 bis 31.12.2013 zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 142/2004
4. ASVG § 410 gültig von 01.08.1998 bis 31.12.2004 zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 138/1998
5. ASVG § 410 gültig von 01.01.1973 bis 31.07.1998 zuletzt geändert durch BGBl. Nr. 31/1973
1. B-VG Art. 133 heute
2. B-VG Art. 133 gültig von 01.01.2019 bis 24.05.2018 zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 138/2017
3. B-VG Art. 133 gültig ab 01.01.2019 zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 22/2018
4. B-VG Art. 133 gültig von 25.05.2018 bis 31.12.2018 zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 22/2018
5. B-VG Art. 133 gültig von 01.08.2014 bis 24.05.2018 zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 164/2013
6. B-VG Art. 133 gültig von 01.01.2014 bis 31.07.2014 zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 51/2012
7. B-VG Art. 133 gültig von 01.01.2004 bis 31.12.2013 zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 100/2003
8. B-VG Art. 133 gültig von 01.01.1975 bis 31.12.2003 zuletzt geändert durch BGBl. Nr. 444/1974
9. B-VG Art. 133 gültig von 25.12.1946 bis 31.12.1974 zuletzt geändert durch BGBl. Nr. 211/1946
10. B-VG Art. 133 gültig von 19.12.1945 bis 24.12.1946 zuletzt geändert durch StGBI. Nr. 4/1945
11. B-VG Art. 133 gültig von 03.01.1930 bis 30.06.1934
1. VwGVG § 28 heute
2. VwGVG § 28 gültig ab 01.01.2019 zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 138/2017
3. VwGVG § 28 gültig von 01.01.2014 bis 31.12.2018

Spruch

W217 2101244-1/8E

IM NAMEN DER REPUBLIK!

Das Bundesverwaltungsgericht hat durch die Richterin Mag. Julia Stiefelmeyer als Vorsitzende und die fachkundigen Laienrichter Dr. Herbert SCHWARZ, Dr. Johannes ZAHRL, Dr. Ewald NIEFERGALL und Mag. Andreas VRANEK, als

Beisitzer über die Beschwerde der Dr. XXXX, Fachärztin für Haut- und Geschlechtskrankheiten, XXXX, vertreten durch Dr. Peter Ringhofer, Rechtsanwalt, Franz Josefs Kai 5, 1010 Wien, gegen den Bescheid der Paritätischen Schiedskommission für Wien vom 30.09.2014, Zl. XXXX, zu Recht erkannt: Das Bundesverwaltungsgericht hat durch die Richterin Mag. Julia Stiefelmeyer als Vorsitzende und die fachkundigen Laienrichter Dr. Herbert SCHWARZ, Dr. Johannes ZAHRL, Dr. Ewald NIEFERGALL und Mag. Andreas VRANEK, als Beisitzer über die Beschwerde der Dr. römisch 40, Fachärztin für Haut- und Geschlechtskrankheiten, römisch 40, vertreten durch Dr. Peter Ringhofer, Rechtsanwalt, Franz Josefs Kai 5, 1010 Wien, gegen den Bescheid der Paritätischen Schiedskommission für Wien vom 30.09.2014, Zl. römisch 40, zu Recht erkannt:

A)

Die Beschwerde wird gemäß § 28 Abs. 2 VwGVG, BGBl. I Nr. 33/2013 idGF, als unbegründet abgewiesen. Die Beschwerde wird gemäß Paragraph 28, Absatz 2, VwGVG, Bundesgesetzblatt Teil eins, Nr. 33 aus 2013, idGF, als unbegründet abgewiesen.

B)

Die Revision ist gemäß Art. 133 Abs. 4 B-VG zulässig. Die Revision ist gemäß Artikel 133, Absatz 4, B-VG zulässig.

Text

ENTSCHEIDUNGSGRÜNDE:

I. Verfahrensgang: römisch eins. Verfahrensgang:

1. Mit Schreiben vom 12.02.2014 teilte die Wiener Gebietskrankenkasse (in der Folge: WGKK) der Beschwerdeführerin (in der Folge: BF) mit, dass sich Herr PXXXX MXXXX, VSNR XXXX, an die Behörde gewandt habe, weil ihre Ordination am 03.10.2013, am 12.11.2013 sowie am 14.11.2013 für ihn – jeweils durch das Stecken der Ordinationskarte – Konsultationen verbucht habe, obwohl der Versicherte an diesen Tagen ihre Ordination nicht konsultiert habe. Sie habe dies mit dem Studium des aus der Behandlung vom 23.09.2013 resultierenden Untersuchungsbefundes erklärt, doch rechtfertige die Sichtung eines im Nachhinein erhaltenen Befundes die separate Verrechnung der Fallpauschale und des fachspezifischen Zuschlags nicht, sondern stelle einen Bestandteil der bereits honorierten Leistung dar. Warum die Ordinationskarte noch zwei weitere Male gesteckt worden sei, erschließe sich der Kasse überhaupt nicht. Aus diesem Grund müsse die WGKK der BF die für Herrn MXXXX im 4. Quartal verrechneten Leistungen in der Höhe von insgesamt € 20,72 von ihrer nächsten Honorarzahlung in Abzug bringen.

1. Mit Schreiben vom 12.02.2014 teilte die Wiener Gebietskrankenkasse (in der Folge: WGKK) der Beschwerdeführerin (in der Folge: BF) mit, dass sich Herr PXXXX MXXXX, VSNR römisch 40, an die Behörde gewandt habe, weil ihre Ordination am 03.10.2013, am 12.11.2013 sowie am 14.11.2013 für ihn – jeweils durch das Stecken der Ordinationskarte – Konsultationen verbucht habe, obwohl der Versicherte an diesen Tagen ihre Ordination nicht konsultiert habe. Sie habe dies mit dem Studium des aus der Behandlung vom 23.09.2013 resultierenden Untersuchungsbefundes erklärt, doch rechtfertige die Sichtung eines im Nachhinein erhaltenen Befundes die separate Verrechnung der Fallpauschale und des fachspezifischen Zuschlags nicht, sondern stelle einen Bestandteil der bereits honorierten Leistung dar. Warum die Ordinationskarte noch zwei weitere Male gesteckt worden sei, erschließe sich der Kasse überhaupt nicht. Aus diesem Grund müsse die WGKK der BF die für Herrn MXXXX im 4. Quartal verrechneten Leistungen in der Höhe von insgesamt € 20,72 von ihrer nächsten Honorarzahlung in Abzug bringen.

Weiters habe der Versicherte BXXXX BXXXX, VSNR XXXX, der WGKK mitgeteilt, dass er zwei in der Ordination vereinbarte Termine nicht wahrnehmen könne. Für beide Tage sei für ihn von der Ordination der BF die Ordinationskarte gesteckt worden. Weiters habe der Versicherte BXXXX BXXXX, VSNR römisch 40, der WGKK mitgeteilt, dass er zwei in der Ordination vereinbarte Termine nicht wahrnehmen könne. Für beide Tage sei für ihn von der Ordination der BF die Ordinationskarte gesteckt worden.

In diesem Zusammenhang teilte die WGKK der BF mit, dass ein Ausfallshonorar nur unter bestimmten Voraussetzungen dem Patienten vorgeschrieben werden könne, es jedoch keinesfalls zulässig sei, für unentschuldig nicht wahrgenommene bzw. nicht rechtzeitig abgesagte Termine Leistungen der WGKK zu verrechnen. Sie werde daher ersucht, die beiden genannten Steckungen zu stornieren. Außerdem werde sie darauf hingewiesen, dass das Stecken der Ordinationskarte gemäß den vertraglichen Bestimmungen nur in begründeten Ausnahmefällen gestattet sei.

2. Mit E-Mail vom 20.02.2014 teilte die BF der WGKK betreffend den Versicherten PXXXX MXXXX mit, dass sie diesen per

E-Mail informiert habe, dass sie auf Grund seiner am 23.09.2013 begonnenen Behandlung nach Erhalt des – auf Überweisung durch die BF erstatteten – Untersuchungsbefundes als seine jedenfalls bis dahin behandelnde Hautärztin zu dessen Beurteilung verpflichtet gewesen sei. Diese fachlich dermatologische Beurteilung zu unterlassen, wäre weder lege artis noch gewissenhaft gewesen, weshalb die Verrechnung der für ihn erbrachten Leistung mit seiner Kasse gerechtfertigt gewesen sei. Außerdem sei laut ihrer Kartei eine Kontrolle nach 10 Tagen behandlungsvertraglich vereinbart gewesen, woraus sich ergebe, dass beiderseits von einer jedenfalls in das laufende 4. Quartal reichenden Behandlungsdauer ausgegangen worden sei.

Der Inhalt dieser Mitteilung an ihren Patienten – dass es sich bei der von der BF erbrachten Leistung keinesfalls lediglich um "die Sichtung eines im Nachhinein erhaltenen Befundes" gehandelt hätte – sei der WGKK auch ihrer Honorarabrechnung zu Grunde gelegen. Hätte der Befund nach der von der BF im 3. Quartal 2013 verordneten Untersuchung ein anderes als das von ihr nach Beginn des 4. Quartals 2013 beurteilte Ergebnis beinhaltet, wäre eine Therapieänderung notwendig gewesen. Hätte sie die erst im 2. Quartal 2013 (gemeint wohl: 4. Quartal 2013) mögliche Befundbeurteilung unterlassen, wäre das ein Kunstfehler gewesen. Erst diese Befundbeurteilung habe ihre Therapie als gemäß § 49 Abs. 1 ÄrzteG gewissenhaft und als ausreichend im Sinne des § 133 Abs. 2 ASVG abgesichert. Der Inhalt dieser Mitteilung an ihren Patienten – dass es sich bei der von der BF erbrachten Leistung keinesfalls lediglich um "die Sichtung eines im Nachhinein erhaltenen Befundes" gehandelt hätte – sei der WGKK auch ihrer Honorarabrechnung zu Grunde gelegen. Hätte der Befund nach der von der BF im 3. Quartal 2013 verordneten Untersuchung ein anderes als das von ihr nach Beginn des 4. Quartals 2013 beurteilte Ergebnis beinhaltet, wäre eine Therapieänderung notwendig gewesen. Hätte sie die erst im 2. Quartal 2013 (gemeint wohl: 4. Quartal 2013) mögliche Befundbeurteilung unterlassen, wäre das ein Kunstfehler gewesen. Erst diese Befundbeurteilung habe ihre Therapie als gemäß Paragraph 49, Absatz eins, ÄrzteG gewissenhaft und als ausreichend im Sinne des Paragraph 133, Absatz 2, ASVG abgesichert.

Die WGKK könne sich nicht durch Bagatellisierung einer Fortsetzung der Behandlung im Folgequartal der Kostentragung für diese entziehen, wenn eine in einem Quartal begonnene Behandlung darüber hinaus andauere. Dies umso weniger, wenn – wie im gegenständlichen Fall – die erst zu Beginn des 4. Quartals mögliche Befundbeurteilung über das Ausreichen der im 3. Quartal verordneten Therapie entscheide.

Die Verzeichnung ihrer Verrichtungen am 12.11. und 14.11.2013 sei zur ihr gemäß § 51 ÄrzteG auch für Kassenbehandlungen obliegenden Dokumentation erfolgt, welche sich auf Grund des E-Mail-Verkehrs mit ihrem Patienten PXXXX MXXXX betreffend dessen Reklamation ergeben habe. Im Zuge dieser Korrespondenz sei ein E-Mail des Patienten vom 12.11.2013 erst nach der Kassenordinationszeit der BF gemailt bzw. erst am nächstfolgenden Ordinationstag, dem 14.11.2013, von ihr gelesen worden. Die Verzeichnung ihrer Verrichtungen am 12.11. und 14.11.2013 sei zur ihr gemäß Paragraph 51, ÄrzteG auch für Kassenbehandlungen obliegenden Dokumentation erfolgt, welche sich auf Grund des E-Mail-Verkehrs mit ihrem Patienten PXXXX MXXXX betreffend dessen Reklamation ergeben habe. Im Zuge dieser Korrespondenz sei ein E-Mail des Patienten vom 12.11.2013 erst nach der Kassenordinationszeit der BF gemailt bzw. erst am nächstfolgenden Ordinationstag, dem 14.11.2013, von ihr gelesen worden.

Betreffend die Behandlung des Patienten BXXXX BXXXX führte die BF aus, dass von ihr ausschließlich die Operationsvorbereitungen verzeichnet worden seien, die jeweils bereits vor zeitgemäßem Eintreffen des Patienten getroffen werden müssten, um einen geordneten Ablauf der Kassenoperationen zu gewährleisten. Solange es der BF obliege, Vorbereitungen für mit der WGKK-Patientenschaft vereinbarte Operationen jeweils schon vor Eintreffen der Patienten vorzunehmen, so lange müsse es ihr auch gestattet sein, diese auch dann zu verzeichnen, wenn der betreffende Patient – weder von ihr vorhergesehen noch für sie vorhersehbar – nicht zu vereinbarten Kassenoperationen erscheine. So habe die BF der Kasse auch im vorliegenden Fall weder Positionsziffern für eine Kassenoperation noch für eine Lokalanästhesie in Rechnung gestellt, sondern regelmäßig ausschließlich das "Ordinationsstricherl", das von der WGKK unhonoriert bleibe, weil pro Quartal ja nur eine einzige Fallpauschale plus fachspezifischen Zuschlag bezahlt werde, verzeichnet.

Der Patient BXXXX BXXXX habe den mit der BF vereinbarten Operationstermin vom 07.01.2014 wegen Verschlafens – und nicht wegen Zugverspätung – sowie den auf 14.01.2014 verlegten Termin versäumt. Die Entfernung und histologische Untersuchung einer suspekten Läsion des Patienten sei jedoch erforderlich und noch immer nicht erfolgt. Die honorarrechtliche Intervention der WGKK hindere die BF an weiteren Aktionen, ihren Patienten mit Aussicht auf Erfolg vor den seiner Gesundheit drohenden Gefahren im Fall der Unterlassung seiner iSv § 133 Abs. 2 ASVG notwendigen Operation zu warnen. Daher trage die WGKK die alleinige Verantwortung für die Gesundheit ihres

Patienten. Der Patient BXXXX BXXXX habe den mit der BF vereinbarten Operationstermin vom 07.01.2014 wegen Verschlafens – und nicht wegen Zugverspätung – sowie den auf 14.01.2014 verlegten Termin versäumt. Die Entfernung und histologische Untersuchung einer suspekten Läsion des Patienten sei jedoch erforderlich und noch immer nicht erfolgt. Die honorarrechtliche Intervention der WGKK hindere die BF an weiteren Aktionen, ihren Patienten mit Aussicht auf Erfolg vor den seiner Gesundheit drohenden Gefahren im Fall der Unterlassung seiner iSv Paragraph 133, Absatz 2, ASVG notwendigen Operation zu warnen. Daher trage die WGKK die alleinige Verantwortung für die Gesundheit ihres Patienten.

3. Mit Schreiben vom 27.02.2014, XXXX, teilte die WGKK der BF mit, dass eine Verrechnung der Fallpauschale bzw. des fachspezifischen Zuschlags gemäß dem gesamtvertraglichen Regelungswerk nur bei einer persönlichen und unmittelbaren Behandlung des Versicherten in ihrer Ordination oder im Rahmen eines Hausbesuches möglich sei. Etwaige Vor- oder Nacharbeiten, die im Zusammenhang mit einer Behandlung stehen würden, seien selbst dann, wenn sie quartalsübergreifend stattfinden würden, mit der Fallpauschale und dem fachspezifischen Zuschlag abgegolten. Folglich könnten die Fallpauschale und der fachspezifische Zuschlag insbesondere auch dann nicht verrechnet werden, wenn der Versicherte zu einem vereinbarten Termin nicht erscheine. Ein etwaiges Ausfallshonorar sei gesamtvertraglich nicht vorgesehen und müsste zwischen der BF und dem Versicherten separat vereinbart werden. 3. Mit Schreiben vom 27.02.2014, römisch 40, teilte die WGKK der BF mit, dass eine Verrechnung der Fallpauschale bzw. des fachspezifischen Zuschlags gemäß dem gesamtvertraglichen Regelungswerk nur bei einer persönlichen und unmittelbaren Behandlung des Versicherten in ihrer Ordination oder im Rahmen eines Hausbesuches möglich sei. Etwaige Vor- oder Nacharbeiten, die im Zusammenhang mit einer Behandlung stehen würden, seien selbst dann, wenn sie quartalsübergreifend stattfinden würden, mit der Fallpauschale und dem fachspezifischen Zuschlag abgegolten. Folglich könnten die Fallpauschale und der fachspezifische Zuschlag insbesondere auch dann nicht verrechnet werden, wenn der Versicherte zu einem vereinbarten Termin nicht erscheine. Ein etwaiges Ausfallshonorar sei gesamtvertraglich nicht vorgesehen und müsste zwischen der BF und dem Versicherten separat vereinbart werden.

Daher werde die WGKK den aus der vertragswidrigen Verrechnung für Herrn MXXXX resultierenden Betrag von € 20,72 von ihrer nächsten Honorarauszahlung in Abzug bringen.

Darüber hinaus habe die WGKK feststellen müssen, dass die Ordinationskarte der BF am 17.02.2014 sowie am 21.02.2014 – trotz des Schreibens der Kasse vom 12.02.2014 – für Herrn BXXXX erneut gesteckt worden sei. Da der Versicherte jedoch weder in der Ordination gewesen, noch eine Behandlung im Rahmen eines Hausbesuches erfolgt sei, werde die BF aufgefordert, die getätigten Steckungen umgehend zu stornieren.

4. Mit Schreiben vom 07.03.2014 beantragte die BF bei der Paritätischen Schiedskommission Wien die ersatzlose Behebung des Abzuges in der Höhe von € 20,72 von ihrer nächsten Honorarauszahlung, resultierend aus einer laut der WGKK angeblich vertragswidrigen Verrechnung für Herrn PXXXX MXXXX, sowie die Feststellung der Rechts- bzw. Vertragswidrigkeit der ihr von der WGKK erteilten "Verwarnung" und der gegen sie seitens der WGKK verhängten "Routine-Patientenbefragungen".

Diesbezüglich führte die BF näher aus, dass die Behauptungen der WGKK, die Verrechnung der Fallpauschale bzw. des fachspezifischen Zuschlages sei gemäß dem gesamtvertraglichen Regelungszweck nur bei einer persönlichen und unmittelbaren Behandlung der Versicherten in ihrer Ordination oder im Rahmen eines Hausbesuches möglich, ihrer Ansicht nach tatsachen- und rechtswidrig seien. Die WGKK versuche, ihre Tarife durch Einschüchterung der BF willkürlich und einseitig umzuinterpretieren und dazu durch Fehlversuche per "Routine-Patientenbefragungen" ein Exempel dafür zu statuieren, dass es kassenvertragsärztlich nicht gut bekomme, auf kassentarifliche Verrechnungsansprüche zu dringen.

Als Nachweis der oben dargestellten Ausführungen legte die BF den mit der WGKK bisherigen Schriftverkehr (Schreiben der WGKK vom 12.02.2014; E-Mail der BF vom 20.02.2014, diesem angefügte Patientenkorrespondenz sowie angefügte Patientenbefunde; Schreiben der WGKK vom 27.02.2014) bei. So ergebe sich die Rechtfertigung ihrer Verzeichnungen aus ihrem E-Mail vom 20.02.2014 an die Gebietskrankenkasse. Daraus sei erkennbar, warum die BF im Zusammenhang mit einer – aus nicht von ihr zu vertretenden Gründen – frustrierten, wegen Hautkrebsverdacht indizierten Operation quartalsübergreifend verpflichtet und daher auch nach bestem Wissen und Gewissen sowie mit allen ihr zur Verfügung stehenden zumutbaren Mitteln bemüht gewesen sei, ihrer Pflicht zur ausreichenden und gewissenhaften Behandlung lege artis behandlungsergänzend zu genügen.

Außerdem legte sie Patientenbefunde vor, die von ihr wegen des Zugangs erst nach Ablauf des 3. Quartals 2013 erst im 4. Quartal 2013 hätten beurteilt werden können und beurteilt worden seien, was die BF ihrer Meinung nach zu Recht mit der für das 4. Quartal 2013 anfallenden Fallpauschale samt fachspezifischem Zuschlag verzeichnet habe, sodass der gegen sie von der WGKK verhängte Abzug von € 20,72 kassenvertragswidrig sei.

5. Mit Gegenschrift vom 05.05.2014, XXXX, nahm die WGKK zum Bescheidenantrag der BF vom 07.03.2014 Stellung und führte aus, dass gemäß § 342 Abs. 2 ASVG eine Vergütung der Tätigkeit von Vertragsärzten nach Einzelleistungen oder Pauschalmodellen möglich sei, wobei zufolge der einen integrierenden Bestandteil des für die WGKK zwischen dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger und der Ärztekammer Wien abgeschlossenen Gesamtvertrages bildenden Honorarordnung kumulativ beide Modelle zur Anwendung kommen würden. Die vom Vertragsarzt in einem Quartal für den Anspruchsberechtigten erbrachten Leistungen würden durch die im jeweiligen Tarif festgelegte Fallpauschale honoriert und würden die im Sonderleistungstarif taxativ enthaltenen Leistungen zusätzlich mit den entsprechenden darin festgelegten Vergütungen zu den dort angeführten Bedingungen erstattet. Die Fallpauschale als Grundvergütung erfasse somit auch gewisse ärztliche Leistungen und Tätigkeiten der Vertragspartner einer im Sinne des § 133 Abs. 2 ASVG erforderlichen Krankenbehandlung. Das fehlerfreie Verzeichnen von Konsultationen sei für die Versicherten von großer Bedeutung, da gemäß § 1 Abs. 4 und § 5 Abs. 5 der Krankenordnung in einem Kalendervierteljahr nicht mehrere Vertragsärzte für Allgemeinmedizin oder Vertragsärzte des gleichen Fachgebietes auf Rechnung der Kasse in Anspruch genommen werden könnten. 5. Mit Gegenschrift vom 05.05.2014, römisch 40, nahm die WGKK zum Bescheidenantrag der BF vom 07.03.2014 Stellung und führte aus, dass gemäß Paragraph 342, Absatz 2, ASVG eine Vergütung der Tätigkeit von Vertragsärzten nach Einzelleistungen oder Pauschalmodellen möglich sei, wobei zufolge der einen integrierenden Bestandteil des für die WGKK zwischen dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger und der Ärztekammer Wien abgeschlossenen Gesamtvertrages bildenden Honorarordnung kumulativ beide Modelle zur Anwendung kommen würden. Die vom Vertragsarzt in einem Quartal für den Anspruchsberechtigten erbrachten Leistungen würden durch die im jeweiligen Tarif festgelegte Fallpauschale honoriert und würden die im Sonderleistungstarif taxativ enthaltenen Leistungen zusätzlich mit den entsprechenden darin festgelegten Vergütungen zu den dort angeführten Bedingungen erstattet. Die Fallpauschale als Grundvergütung erfasse somit auch gewisse ärztliche Leistungen und Tätigkeiten der Vertragspartner einer im Sinne des Paragraph 133, Absatz 2, ASVG erforderlichen Krankenbehandlung. Das fehlerfreie Verzeichnen von Konsultationen sei für die Versicherten von großer Bedeutung, da gemäß Paragraph eins, Absatz 4 und Paragraph 5, Absatz 5, der Krankenordnung in einem Kalendervierteljahr nicht mehrere Vertragsärzte für Allgemeinmedizin oder Vertragsärzte des gleichen Fachgebietes auf Rechnung der Kasse in Anspruch genommen werden könnten.

Die gemäß § 51 Abs. 1 ÄrzteG erforderliche Dokumentationspflicht sei nicht – wie von der BF dargelegt – von der WGKK herbeigeführt, sondern entspreche einer gesetzlichen Berufspflicht und ergebe sich nach der ständigen Rechtsprechung auf Grund des Behandlungsvertrages. Darüber hinausgehende Dokumentationspflichten seien von der Ärztekammer und der Kassa ausverhandelt worden und seien in der Tarifgestaltung entsprechend honoriert. Die gemäß Paragraph 51, Absatz eins, ÄrzteG erforderliche Dokumentationspflicht sei nicht – wie von der BF dargelegt – von der WGKK herbeigeführt, sondern entspreche einer gesetzlichen Berufspflicht und ergebe sich nach der ständigen Rechtsprechung auf Grund des Behandlungsvertrages. Darüber hinausgehende Dokumentationspflichten seien von der Ärztekammer und der Kassa ausverhandelt worden und seien in der Tarifgestaltung entsprechend honoriert.

Patientenbefragungen würden der Abrechnungskontrolle der Vertragsärzte dienen, welche eindeutig zu den Aufgaben der Gebietskrankenkasse gehöre und daher einen berechtigten Zweck darstelle.

Aus § 81 Abs. 1 ASVG, der eine Mittelverwendung der Sozialversicherungsträger (gemeint wohl: Sozialversicherung) nur für die gesetzlich vorgeschriebenen bzw. zulässigen Zwecke erlaube, ergebe sich, dass nur die gesetz- und vertragskonform verrechneten Leistungen im Zusammenhang mit der Behandlung eines Versicherten zu honorieren seien und in Folge dessen eine Überprüfung im Einzelfall unerlässlich sei. Somit stelle die Patientenbefragung keine Sanktionierung dar, sondern diene der Erfüllung einer gesetzlichen Verpflichtung. Aus Paragraph 81, Absatz eins, ASVG, der eine Mittelverwendung der Sozialversicherungsträger (gemeint wohl: Sozialversicherung) nur für die gesetzlich vorgeschriebenen bzw. zulässigen Zwecke erlaube, ergebe sich, dass nur die gesetz- und vertragskonform

verrechneten Leistungen im Zusammenhang mit der Behandlung eines Versicherten zu honorieren seien und in Folge dessen eine Überprüfung im Einzelfall unerlässlich sei. Somit stelle die Patientenbefragung keine Sanktionierung dar, sondern diene der Erfüllung einer gesetzlichen Verpflichtung.

Betreffend den Abzug von € 20,72 führte die WGKK aus, dass der Versicherte PXXXX MXXXX die BF im 3. Quartal 2013 konsultiert habe. Dabei sei ein Kontrolltermin für den 03.10.2013 vereinbart worden, der vom Versicherten jedoch nicht wahrgenommen worden sei. Obwohl Herr MXXXX anschließend weder in der Ordination der BF gewesen sei, noch eine Behandlung im Rahmen eines Hausbesuches stattgefunden habe, seien für ihn am 03.10.2013, 12.11.2013 und 14.11.2013 durch Stecken der Ordinationskarte Konsultationen verbucht worden. Die erste Konsultation hätte die BF damit argumentiert, dass sie den aus der Behandlung vom 23.09.2013 resultierenden Untersuchungsbefund des Versicherten erst im 4. Quartal erhalten hätte. Als die e-card des Versicherten daraufhin im 4. Quartal für den Besuch anderer Hautärzte gesperrt gewesen sei, habe Herr MXXXX sich an die BF gewandt, um die letzte Steckung zu stornieren. Daraus habe sich ein kurzer Nachrichtenaustausch ergeben, woraufhin die BF erneut mit ihrer Ordinationskarte zwei Konsultationen für Herrn MXXXX verbucht habe, was sie mit der ihr gemäß § 51 ÄrzteG obliegenden Dokumentationspflicht erklärt habe. Somit habe die BF eine separate Verrechnung der Fallpauschale bzw. des fachspezifischen Zuschlags für ein Quartal vorgenommen, in welchem der Versicherte keinen persönlichen Kontakt zu ihr gehabt habe. Die WGKK habe die BF bereits schriftlich darauf hingewiesen, dass etwaige Vor- oder Nacharbeiten, die im Zusammenhang mit einer Behandlung stehen würden, bereits mit der Fallpauschale und dem fachspezifischen Zuschlag abgegolten seien, auch wenn diese quartalsübergreifend geschehen würden. Betreffend den Abzug von € 20,72 führte die WGKK aus, dass der Versicherte PXXXX MXXXX die BF im 3. Quartal 2013 konsultiert habe. Dabei sei ein Kontrolltermin für den 03.10.2013 vereinbart worden, der vom Versicherten jedoch nicht wahrgenommen worden sei. Obwohl Herr MXXXX anschließend weder in der Ordination der BF gewesen sei, noch eine Behandlung im Rahmen eines Hausbesuches stattgefunden habe, seien für ihn am 03.10.2013, 12.11.2013 und 14.11.2013 durch Stecken der Ordinationskarte Konsultationen verbucht worden. Die erste Konsultation hätte die BF damit argumentiert, dass sie den aus der Behandlung vom 23.09.2013 resultierenden Untersuchungsbefund des Versicherten erst im 4. Quartal erhalten hätte. Als die e-card des Versicherten daraufhin im 4. Quartal für den Besuch anderer Hautärzte gesperrt gewesen sei, habe Herr MXXXX sich an die BF gewandt, um die letzte Steckung zu stornieren. Daraus habe sich ein kurzer Nachrichtenaustausch ergeben, woraufhin die BF erneut mit ihrer Ordinationskarte zwei Konsultationen für Herrn MXXXX verbucht habe, was sie mit der ihr gemäß Paragraph 51, ÄrzteG obliegenden Dokumentationspflicht erklärt habe. Somit habe die BF eine separate Verrechnung der Fallpauschale bzw. des fachspezifischen Zuschlags für ein Quartal vorgenommen, in welchem der Versicherte keinen persönlichen Kontakt zu ihr gehabt habe. Die WGKK habe die BF bereits schriftlich darauf hingewiesen, dass etwaige Vor- oder Nacharbeiten, die im Zusammenhang mit einer Behandlung stehen würden, bereits mit der Fallpauschale und dem fachspezifischen Zuschlag abgegolten seien, auch wenn diese quartalsübergreifend geschehen würden.

Weder die Beurteilung eines Befundes noch die Dokumentation eines E-Mail-Verkehrs zwischen dem Versicherten und der BF würden eigene Verrechnungsposten darstellen. Daher sei die BF von der WGKK aufgefordert worden, die Steckungen zu stornieren.

Der Versicherte BXXXX BXXXX habe zwei in der Ordination der BF vereinbarte Termine zur Entfernung eines pathologischen Muttermals nicht einhalten können. Den Termin am 07.01.2014 habe der Versicherte auf Grund einer Zugverspätung nicht zeitgerecht wahrnehmen können, weshalb es schließlich zu keiner Behandlung gekommen sei. Zum Termin am 14.01.2014 habe er anlässlich einer Krankheit gar nicht die Ordination der BF aufsuchen können, noch habe es Kontakt des Versicherten mit der BF gegeben. Dennoch sei an beiden Tagen die Ordinationskarte für den Versicherten gesteckt worden. Dies habe die BF mit der "ausschließlichen Verzeichnung von Operationsvorbereitungen" gerechtfertigt, doch habe sie zwei weitere Steckungen der Ordinationskarte für diesen Versicherten verzeichnet, als man sie darauf hingewiesen habe, dass ein allenfalls zustehendes Ausfallshonorar für unentschuldig nicht wahrgenommene Termine dem Versicherten und keinesfalls der Krankenkasse vorzuschreiben seien.

Daher beantrage die WGKK, den vorliegenden Schiedsantrag vom 07.03.2014 als unbegründet abzuweisen.

6. Mit Replik vom 20.08.2014 führte die BF, vertreten durch die Brand Rechtsanwälte GmbH, betreffend die Gegenschrift der WGKK vom 05.05.2014 aus, dass bei der WGKK bereits weitere Verfahren zur Zl. XXXX anhängig seien, welche dem Grunde nach mit dem gegenständlichen Verfahren vor der Paritätischen Schiedskommission ident seien.

Sämtliche in den dortigen Verfahren relevanten Sachverhalte seien Beweisthema des vorliegenden Verfahrens, sodass diese Verfahren bereits auf Grund von Streitanhängigkeit zurückzuweisen seien. Die WGKK habe diese Verfahren jedoch trotz des zu erwartenden Vorliegens einer res iudicata weder eingestellt, noch dazu Stellung genommen, sondern habe vielmehr durch Bestreitung derselben Leistungsansprüche, die verfahrensgegenständlich seien, weiterhin Druck auf die BF ausgeübt.⁶ Mit Replik vom 20.08.2014 führte die BF, vertreten durch die Brand Rechtsanwälte GmbH, betreffend die Gegenschrift der WGKK vom 05.05.2014 aus, dass bei der WGKK bereits weitere Verfahren zur Zl. römisch 40 anhängig seien, welche dem Grunde nach mit dem gegenständlichen Verfahren vor der Paritätischen Schiedskommission ident seien. Sämtliche in den dortigen Verfahren relevanten Sachverhalte seien Beweisthema des vorliegenden Verfahrens, sodass diese Verfahren bereits auf Grund von Streitanhängigkeit zurückzuweisen seien. Die WGKK habe diese Verfahren jedoch trotz des zu erwartenden Vorliegens einer res iudicata weder eingestellt, noch dazu Stellung genommen, sondern habe vielmehr durch Bestreitung derselben Leistungsansprüche, die verfahrensgegenständlich seien, weiterhin Druck auf die BF ausgeübt.

Bereits in der Besprechung vom 24.04.2014 habe die BF die von der WGKK gestellten Fragen betreffend den Patienten BXXXX BXXXX,XXXX, dahingehend beantwortet, dass Feststellungen der WGKK der BF die ihr auf Grund des mit dem zu Behandelnden geschlossenen Behandlungsvertrages obliegenden ärzte- und haftungsrechtlichen Verpflichtungen für die Patientenbehandlung nicht abzunehmen vermögen würden. Diese seien erst erfüllt, wenn die BF ihre bedungene Behandlung den Anforderungen der lex artis sowie des § 49 Abs. 1 ÄrzteG gemäß vollendet bzw. sich persönlich davon überzeugt habe, dass ihre Weiterbehandlung seitens des Patienten trotz ordnungsgemäßer Aufklärung unerwünscht sei. Dem trage auch § 49 GV Rechnung. Die Vorwürfe der WGKK würden bereits § 133 Abs. 2 ASVG widersprechen, der eine ausreichende Behandlung gemäß § 49 Abs. 1 ÄrzteG zusichere, soweit diese nicht über das "Maß des Notwendigen" hinausgehe. Bereits in der Besprechung vom 24.04.2014 habe die BF die von der WGKK gestellten Fragen betreffend den Patienten BXXXX BXXXX, römisch 40, dahingehend beantwortet, dass Feststellungen der WGKK der BF die ihr auf Grund des mit dem zu Behandelnden geschlossenen Behandlungsvertrages obliegenden ärzte- und haftungsrechtlichen Verpflichtungen für die Patientenbehandlung nicht abzunehmen vermögen würden. Diese seien erst erfüllt, wenn die BF ihre bedungene Behandlung den Anforderungen der lex artis sowie des Paragraph 49, Absatz eins, ÄrzteG gemäß vollendet bzw. sich persönlich davon überzeugt habe, dass ihre Weiterbehandlung seitens des Patienten trotz ordnungsgemäßer Aufklärung unerwünscht sei. Dem trage auch Paragraph 49, GV Rechnung. Die Vorwürfe der WGKK würden bereits Paragraph 133, Absatz 2, ASVG widersprechen, der eine ausreichende Behandlung gemäß Paragraph 49, Absatz eins, ÄrzteG zusichere, soweit diese nicht über das "Maß des Notwendigen" hinausgehe.

Betreffend Patientenbefragungen seitens der WGKK brachte die BF vor, dass die Position 535 (allergologische Exploration) keine Regelung darüber enthalte, wie diese zu erfolgen habe. Der Gesamtvertrag könne keine Regelung vorsehen, in welcher Art und Weise eine solche Untersuchung stattzufinden habe. Somit schulde der Arzt bereits von Gesetzes wegen eine lege artis vorzunehmende Behandlung. Welche medizinischen Behandlungen er vornehme und in welcher Art und Weise er diese durchführe, habe er nach seinem besten Wissen und Gewissen nach den Regeln der ärztlichen Kunst selbst zu entscheiden. Nach dem aktuellen Stand der Wissenschaft gelte es als anerkanntes Grundprinzip, dass – im Gegensatz zur generellen Erstbefragung neuer sowie länger nicht erschienener Patientenschaft – bei der allergologischen Exploration gerade nicht nach Allergien gefragt werde. Vielmehr führe sehr oft eine gezielte und fachgerechte Anamnese zu einer Diagnose. Würde man der Annahme der WGKK folgen, dass der jeweils behandelnde Arzt ausdrücklich nach einer Allergie frage, wäre die Position in beinahe 100 % der Fälle zu verzeichnen, zumal Patienten nahezu jede Hautauffälligkeit auf eine vermeintliche Allergie zurückführen würden. Die Verzeichnung der Position 535 sei gedeckelt. Maximal bei 20 % aller Patienten dürfe diese Position verzeichnet werden. Entgegen der Ansicht der WGKK sei die Fragestellung einer allergologischen Exploration auch nicht zu dokumentieren, da sich die Fragen an der von der Wissenschaft anerkannten "Checkliste Dermatologie" orientieren würden. Daran habe sich auch die BF gehalten.

Gemäß § 49 Abs. 2 ÄrzteG könne sich der Arzt Hilfspersonen bedienen, wenn diese nach seinen genauen Anordnungen und unter seiner ständigen Aufsicht handeln würden. Die Behandlung durch Hilfspersonen sei weder durch den WGKK-Gesamtvertrag noch durch den Einzelvertrag ausgeschlossen. Der Ordinationsgehilfe führe die standardisierten Patientenaufklärungen mit Aufklärungstexten nach genauen Anordnungen und unter ständiger Aufsicht der BF durch. Gemäß Paragraph 49, Absatz 2, ÄrzteG könne sich der Arzt Hilfspersonen bedienen, wenn diese nach seinen genauen Anordnungen und unter seiner ständigen Aufsicht handeln würden. Die Behandlung durch Hilfspersonen sei

weder durch den WGKK-Gesamtvertrag noch durch den Einzelvertrag ausgeschlossen. Der Ordinationsgehilfe führe die standardisierten Patientenaufklärungen mit Aufklärungstexten nach genauen Anordnungen und unter ständiger Aufsicht der BF durch.

Sollte die WGKK angefangene Behandlungen, welche auf Grund vorzeitigen Verlassens der Ordination durch Patienten nicht abgeschlossen werden könnten, nicht honorieren, müssten diese den Patienten als Privatleistungen verrechnet werden. Es werde um Klarstellung der WGKK ersucht, ob diese als Privatleistungen zu verrechnen seien.

Darüber hinaus erstattete die BF weitere – nicht verfahrensgegenständliche – Ausführungen.

Die BF beantragte, den Abzug in der Höhe von € 20,72 von der nächsten Honorarauszahlung, resultierend aus einer laut der WGKK angeblich vertragswidrigen Verrechnung für Herrn MXXXX, ersatzlos zu beheben, sowie die Rechts- und Vertragswidrigkeit bezüglich der der BF erteilten bzw. angedrohten "Verwarnungen" bzw. "Verweise" und auch aller anderen inhaltlichen verfahrensgegenständlichen, der BF außerhalb des Verfahrens mitgeteilten sonstigen "Drohungen", bezüglich der gegen die BF vorgenommenen "Routine-Patientenbefragungen" und ohne das gemäß § 49 GV vorgesehene Verfahren behaupteten Fehlbehandlungen sowie bezüglich aller – einschließlich des oben genannten Abzugs – seit des von der BF an die Paritätische Schiedskommission gestellten Antrages von der WGKK durchgeführten bzw. angedrohten Honorarabzüge, rechnerisch € Die BF beantragte, den Abzug in der Höhe von € 20,72 von der nächsten Honorarauszahlung, resultierend aus einer laut der WGKK angeblich vertragswidrigen Verrechnung für Herrn MXXXX, ersatzlos zu beheben, sowie die Rechts- und Vertragswidrigkeit bezüglich der der BF erteilten bzw. angedrohten "Verwarnungen" bzw. "Verweise" und auch aller anderen inhaltlichen verfahrensgegenständlichen, der BF außerhalb des Verfahrens mitgeteilten sonstigen "Drohungen", bezüglich der gegen die BF vorgenommenen "Routine-Patientenbefragungen" und ohne das gemäß Paragraph 49, GV vorgesehene Verfahren behaupteten Fehlbehandlungen sowie bezüglich aller – einschließlich des oben genannten Abzugs – seit des von der BF an die Paritätische Schiedskommission gestellten Antrages von der WGKK durchgeführten bzw. angedrohten Honorarabzüge, rechnerisch €

64,46 + € 59,18 + € 22,70 + € 46,20 + € 41,44 + € 13,20 + € 13,20 + € 14,52, in Summe daher € 247,90, festzustellen.

7. Mit ergänzender Stellungnahme vom 17.09.2014 brachte die WGKK vor, dass es sich bei den Abzügen des Honorars der BF nicht um ein Verfahren vor der WGKK handle, welches Streitanhängigkeit auslöse, weshalb die Ausführungen der BF betreffend Streitanhängigkeit hinfällig seien. Bei offenkundigen Unrichtigkeiten sei die Kasse, die ihren Vertragsärzten auf Grund privatrechtlicher Verträge als Vertragspartner gegenüberstehe, berechtigt, Honorar einzubehalten.

Die außer den Versicherten PXXXX MXXXX betreffenden angeforderten Krankengeschichten und die daraus resultierenden Honorareinbehalte aus der Verrechnung für andere Patienten seien bis zum Einreichen des Schriftsatzes der BF vom 20.08.2014 nicht vom verfahrensgegenständlichen Antrag umfasst gewesen, weshalb diesbezüglich auch keine Streitanhängigkeit gegeben gewesen sei.

Bei der Abrechnungskontrolle der Vertragsärzte als sich aus dem Gesetz ergebende Aufgabe würden weder die Anforderung von Krankengeschichten der Versicherten noch die Einholung von Stellungnahmen "ungerechtfertigte Erhebungen" oder "Druckausüben" darstellen.

Aus den von der BF vorgebrachten Argumenten würden sich keine plausiblen, das Verbuchen von vier Konsultationen an Tagen, an denen keine krankenversicherungsrelevanten Leistungen erbracht worden seien, rechtfertigende Gründe ergeben. Insbesondere die zwei zusätzlich verbuchten Konsultationen, die anlässlich der Aufforderung seitens der Kasse, die beiden Konsultationen vom 07.01.2014 und vom 14.01.2014 wieder zu stornieren, erfolgt seien, würden jeder rechtfertigenden Grundlage entbehren. Es ist auch nicht ersichtlich, wie die Ausführungen zu § 133 Abs. 2 ASVG die wiederholten Steckungen der Ordinationskarte im Falle der Verhinderung eines Patienten rechtfertigen sollten. Aus den von der BF vorgebrachten Argumenten würden sich keine plausiblen, das Verbuchen von vier Konsultationen an Tagen, an denen keine krankenversicherungsrelevanten Leistungen erbracht worden seien, rechtfertigende Gründe ergeben. Insbesondere die zwei zusätzlich verbuchten Konsultationen, die anlässlich der Aufforderung seitens der Kasse, die beiden Konsultationen vom 07.01.2014 und vom 14.01.2014 wieder zu stornieren, erfolgt seien, würden jeder rechtfertigenden Grundlage entbehren. Es ist auch nicht ersichtlich, wie die Ausführungen zu Paragraph 133, Absatz 2, ASVG die wiederholten Steckungen der Ordinationskarte im Falle der Verhinderung eines Patienten rechtfertigen sollten.

Zur allergologischen Exploration führte die WGKK aus, dass sechs Patienten, für welche die Position 535 insgesamt sieben Mal von der BF verrechnet worden sei, niederschriftlich bestätigt hätten, dass Allergien im Rahmen ihrer Ordinationsbesuche nicht besprochen worden seien. Hinzu komme, dass in den jeweiligen Krankengeschichten nichts vorgemerkt sei, was auf die Durchführung einer allergologischen Exploration schließen lasse. Selbst wenn die Fragestellung nach einem wissenschaftlich anerkannten Schema erfolge, seien die aus dem Gespräch gewonnenen Informationen der Patienten zu dokumentieren.

Außerdem erstattete die WGKK weitere – für das gegenständliche Verfahren nicht relevante – Ausführungen.

8. Am 30.09.2014 fand eine öffentliche mündliche Verhandlung vor der Paritätischen Schiedskommission für Wien statt.

In dieser wurde festgestellt, dass Gegenstand dieses Verfahrens lediglich ein Abzug von € 20,72 für eine Fallpauschale im 3. Quartal 2013 betreffend den Patienten PXXXX MXXXX sowie eine Verwarnung, die mit Schreiben der WGKK vom 07.02.2014 ausgesprochen worden sei, seien.

Dr. PXXXX WXXXX, geboren am XXXX, Ordinationsassistent und Pensionist, Ehegatte der BF, gab als Zeuge einvernommen an, dass er auswendig keine Angaben über den Patienten MXXXX machen könne. Er nehme Einsicht in die von ihm vorbereitete Zeugenantwort. Er habe für das 3. Quartal 2013 nichts vorbereitet und wisse daher nicht, wann Herr MXXXX in der Ordination gewesen sei. Am 03.10.2013 sei der Patient durch seine Ehefrau dadurch behandelt worden, dass sie den Laborbefund, den sie erst am Beginn des 4. Quartals erhalten habe, beurteilt habe. Eine schriftliche Befundbeurteilung, die so bezeichnet werde, gebe es nicht. Seine Frau habe aber einen Vermerk in der Karteikarte des Patienten gemacht. Persönlich sei dieser im Dr. PXXXX WXXXX, geboren am römisch 40, Ordinationsassistent und Pensionist, Ehegatte der BF, gab als Zeuge einvernommen an, dass er auswendig keine Angaben über den Patienten MXXXX machen könne. Er nehme Einsicht in die von ihm vorbereitete Zeugenantwort. Er habe für das 3. Quartal 2013 nichts vorbereitet und wisse daher nicht, wann Herr MXXXX in der Ordination gewesen sei. Am 03.10.2013 sei der Patient durch seine Ehefrau dadurch behandelt worden, dass sie den Laborbefund, den sie erst am Beginn des 4. Quartals erhalten habe, beurteilt habe. Eine schriftliche Befundbeurteilung, die so bezeichnet werde, gebe es nicht. Seine Frau habe aber einen Vermerk in der Karteikarte des Patienten gemacht. Persönlich sei dieser im

4. Quartal nicht in der Ordination gewesen, sondern lediglich im 3. Quartal, in welchem der Laborbefund auch beauftragt worden sei. Daher sei die BF auch verpflichtet gewesen, den einlangenden Befund zu beurteilen. Am 12.11.2013 sowie am 14.11.2013 seien Patientenaufklärungen per E-Mail gemacht worden. Im letzten Quartal sei nicht die e-card, sondern lediglich die o-card gesteckt worden. Ein Termin am 03.10. sei mit dem Patienten nicht vereinbart gewesen, jedoch ein Oktobertermin zur Befunderläuterung. Die Verwarnung sei mit Schreiben vom 27.02.2014 erfolgt. Die Patientenaufklärung durch den Zeugen stehe in der Kartei und werde simultan von seiner Gattin kontrolliert und korrigiert. Eine katalogisierte Leistung nach dem Einzelleistungstarif der Honorarordnung sei im 4. Quartal nicht erbracht worden. Die BF habe die Fallpauschale jedoch verrechnet.

Die BF gab als Partei vernommen an, dass die Angaben ihres Ehegatten richtig seien, sie habe dem nichts hinzuzufügen. Ihre Leistung sei die Befundbeurteilung gewesen und habe sie deshalb die Fallpauschale verrechnen dürfen. Beim Patienten PXXXX MXXXX habe sie die Befundbeurteilung gemacht, weil ein positiver Befund vorgelegen sei und er dazu zu behandeln gewesen wäre. Sie habe ihn nicht weitergeleitet, weil vereinbart gewesen sei, dass er wiederkomme.

Der Zeuge gab ergänzend an, dass immer, wenn eine Behandlung im Rahmen einer Ordination erfolge, die Fallpauschale fällig werde und verrechnet werden könne. Eine Behandlung liege auch bei einer Befundbeurteilung vor.

9. Mit Bescheid der Paritätischen Schiedskommission für Wien vom 30.09.2014, XXXX, zugestellt am 13.01.2015, wurden der Antrag, den Honorarabzug in der Höhe von € 20,72 betreffend den Patienten PXXXX MXXXX im 4. Quartal 2013 ersatzlos zu beheben (erster Spruchpunkt), der Antrag auf Feststellung der Rechts- und Vertragswidrigkeit der bezüglich des genannten Patienten erteilten Verwarnung (zweiter Spruchpunkt) sowie der Antrag auf Feststellung der Rechts- und Vertragswidrigkeit der gegen die BF verhängten "Routine-Patientenbefragungen" (dritter Spruchpunkt) abgewiesen. Die weiteren Anträge auf Feststellung der Rechts- und Vertragswidrigkeit von angedrohten Verwarnungen bzw. Verweisen und auch aller anderen inhaltlichen verfahrensgegenständlichen, der BF aber außerhalb des Verfahrens verfahrensparallel mitgeteilten sonstigen "Drohungen", insbesondere angedrohte Honorarabzüge seitens

der WGKK sowie aller seit des von der BF an die Paritätische Schiedskommission gestellten Antrages von der WGKK durchgeführten bzw. angedrohten Honorarbezüge in der Summe von € 247,90 wurden zurückgewiesen (vierter Spruchpunkt).9. Mit Bescheid der Paritätischen Schiedskommission für Wien vom 30.09.2014, römisch 40 , zugestellt am 13.01.2015, wurden der Antrag, den Honorarabzug in der Höhe von € 20,72 betreffend den Patienten PXXXX MXXXX im 4. Quartal 2013 ersatzlos zu beheben (erster Spruchpunkt), der Antrag auf Feststellung der Rechts- und Vertragswidrigkeit der bezüglich des genannten Patienten erteilten Verwarnung (zweiter Spruchpunkt) sowie der Antrag auf Feststellung der Rechts- und Vertragswidrigkeit der gegen die BF verhängten "Routine-Patientenbefragungen" (dritter Spruchpunkt) abgewiesen. Die weiteren Anträge auf Feststellung der Rechts- und Vertragswidrigkeit von angedrohten Verwarnungen bzw. Verweisen und auch aller anderen inhaltlichen verfahrensgegenständlichen, der BF aber außerhalb des Verfahrens verfahrensparell mitgeteilten sonstigen "Drohungen", insbesondere angedrohte Honorarabzüge seitens der WGKK sowie aller seit des von der BF an die Paritätische Schiedskommission gestellten Antrages von der WGKK durchgeführten bzw. angedrohten Honorarbezüge in der Summe von € 247,90 wurden zurückgewiesen (vierter Spruchpunkt).

Die belangte Behörde stellte fest, dass die Honorierung der von allgemeinen Vertragsfachärzten erbrachten Leistungen nach Maßgabe des Tarifs für allgemeine Vertragsfachärzte (Anlage B) erfolge. Danach sei auch die Fallpauschale pro Anspruchsberechtigtem und Quartal verrechenbar. Weiters könnten die im Sonderleistungstarif verzeichneten Leistungen verrechnet werden, für das Fachgebiet Haut- und Geschlechtskrankheiten unter anderen unter Positionsziffer 540 der fachspezifische Zuschlag einmal pro Quartal. Die Anspruchsberechtigung werde nach § 23 GV mittels Einlesens der e-card geprüft. Dies erfolge dann, wenn ein Patient den Vertragsarzt in Anspruch nehme, sodass eine Fallpauschale erst nach Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen im jeweiligen Quartal verrechnet werden könne, wenn der Arzt Leistungen nach der Honorarordnung für den Anspruchsberechtigten erbringe, zu deren Erstattung die WGKK verpflichtet sei. Die Fallpauschale sei keine unabhängig von einer ärztlichen Leistung verrechenbare Position, zumal schon der Wortlaut darauf schließen lasse, dass das Vorliegen eines Falles erforderlich sei, somit, dass der Anspruchsberechtigte ärztliche Leistungen im Quartal in Anspruch nehme. Die belangte Behörde stellte fest, dass die Honorierung der von allgemeinen Vertragsfachärzten erbrachten Leistungen nach Maßgabe des Tarifs für allgemeine Vertragsfachärzte (Anlage B) erfolge. Danach sei auch die Fallpauschale pro Anspruchsberechtigtem und Quartal verrechenbar. Weiters könnten die im Sonderleistungstarif verzeichneten Leistungen verrechnet werden, für das Fachgebiet Haut- und Geschlechtskrankheiten unter anderen unter Positionsziffer 540 der fachspezifische Zuschlag einmal pro Quartal. Die Anspruchsberechtigung werde nach Paragraph 23, GV mittels Einlesens der e-card geprüft. Dies erfolge dann, wenn ein Patient den Vertragsarzt in Anspruch nehme, sodass eine Fallpauschale erst nach Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen im jeweiligen Quartal verrechnet werden könne, wenn der Arzt Leistungen nach der Honorarordnung für den Anspruchsberechtigten erbringe, zu deren Erstattung die WGKK verpflichtet sei. Die Fallpauschale sei keine unabhängig von einer ärztlichen Leistung verrechenbare Position, zumal schon der Wortlaut darauf schließen lasse, dass das Vorliegen eines Falles erforderlich sei, somit, dass der Anspruchsberechtigte ärztliche Leistungen im Quartal in Anspruch nehme.

Im gegenständlichen Fall sei der Patient PXXXX MXXXX im 3. Quartal 2013 in der Ordination der BF gewesen. Es sei ein Laborbefund in Auftrag gegeben worden, welcher erst am Beginn des 4. Quartals in der Ordination der BF eingelangt sei. Ein bestimmter Oktobertermin sei mit dem Patienten nicht vereinbart worden, sondern habe die BF bei sich lediglich "Kontrolle in 10 Tagen" vermerkt. Der Patient habe keine Kontrolle wahrgenommen und sei im Oktober nicht in der Ordination der BF gewesen, dennoch habe die BF den Befund intern beurteilt, ohne dies dem Patienten mitzuteilen oder eine schriftliche Befundbeurteilung zu verfassen. Für diese rein interne Beurteilung habe die BF der WGKK die Fallpauschale verrechnet, indem sie durch Stecken der o-card am 03.10.2013 eine Konsultation verbucht habe. Nachdem der Patient um Rückgängigmachung dieser Verbuchung ersucht habe, habe die BF diesem per E-Mail vom 12.11.2013 und 14.11.2013 ihre Verrechnung der Fallpauschale gerechtfertigt und diesen Mailverkehr erneut durch Stecken der o-card als zwei Konsultationen verbucht, ohne dass eine persönliche Konsultation des Patienten stattgefunden habe.

Eine im neuen Quartal vorgenommene interne Beurteilung eines erst im neuen Quartal zugekommenen Befundes durch den Arzt, ohne dass dieser durch den Patienten durch Aufsuchen der Ordination und Begehren einer ärztlichen Leistung bzw. Besprechung des Befundes in Anspruch genommen werde, rechtfertige die Verrechnung einer

Fallpauschale nicht. Auch das einseitige Senden von E-Mails durch den Arzt an den Patienten stelle keine ärztliche tarifmäßige Leistung dar, da eine solche nicht einseitig durch den Arzt ohne Inanspruchnahme durch den Patienten und ohne Erbringung einer im Honorartarif enthaltenen ärztlichen Leistung verrechnet werden könne.

Der Honorarabzug erfolge daher zu Recht und sei es nicht zu beanstanden, wenn die WGKK die BF für diese krass im Widerspruch zum Gesamtvertrag und der Honorarordnung stehende Verrechnung der Fallpauschale mit Schreiben vom 27.02.2014 verwarnt habe. Außerdem stelle es keine Sanktionierungen dar und verstoße es nicht gegen die gesamt- und einzelvertraglichen Normen, wenn die WGKK sich zur Ausübung der Kontrolle von Ärzteabrechnungen Patientenbefragungen bediene.

Die von der BF erst während des Verfahrens monierten Honorarabzüge bezüglich anderer Patienten sowie die weiteren Verwarnungen, Drohungen, Verweise etc., die nach ihrem Vorbringen außerhalb des gegenständlichen Verfahrens erfolgt seien, seien nicht Gegenstand des ursprünglichen Antrages und dieses Verfahrens, weshalb diese einem neuerlichen Antrag vorbehalten und der entsprechende Antrag auf Feststellung der Rechts- und Vertragswidrigkeit zurückzuweisen seien.

10. Gegen den genannten Bescheid der Paritätischen Schiedskommission für Wien vom 30.09.2014 erhob die BF, vertreten durch Dr. Peter Ringhofer, Rechtsanwalt, Franz Josefs Kai 5, 1010 Wien, mit Schreiben vom 09.02.2015 fristgerecht Beschwerde an das Bundesverwaltungsgericht und brachte vor, dass die WGKK gegenüber der BF gezielt Akte gesetzt habe, die keine sachlich rechtfertigende Basis hätten. Daher bestehe die objektiv begründete Befürchtung, dass die WGKK darauf abziele, ein Szenarium zu konstruieren, welches sie berechtige, das Vertragsverhältnis zu ihr aufzulösen.

Betreffend die ersten beiden Spruchpunkte des angefochtenen Bescheides führte die BF aus, dass eine Rechtswidrigkeit infolge Verletzung von Verfahrensvorschriften vorliege, da die belangte Behörde es unterlassen habe, sich mit der Frage der Vorwerfbarkeit eines – nach Ansicht der BF nicht vorliegenden – Verrechnungsfehlers – auseinanderzusetzen, sodass diesbezüglich eine Begründung fehle.

Im Zuge der Behandlung des Patienten PXXXX MXXXX habe sich die Notwendigkeit ergeben, einen Laborbefund einzuholen, was selbstverständlich mit dem Patienten besprochen worden sei, sodass die selbstverständliche Folge daraus sei, dass die BF diesen – unmittelbar nach seinem Einlangen – studieren, auswerten und in seinen Konsequenzen beurteilen werde. Da der Befund nicht unmittelbar Alarmierendes beinhaltet habe, habe sie nicht unmittelbar etwas unternommen, sondern erst, als ihr gewahr geworden sei, dass der Patient behandlungsvertragswidrig abgelehnt habe, zur vorgesehenen Kontrolle und Befunderläuterung zu kommen. Somit habe ihre Befassung mit dem Patienten im vierten Quartal in der Beurteilung des Laborbefundes bestanden, sowie in ihrem Mail-Verkehr zur Aufklärung über das persönliche Erscheinen zur Befunderläuterung. Nach der Ansicht der BF sei dies ausreichend dafür, dass ihr eine Fallpauschale für das 4. Quartal zustehe, weshalb sie diesen Anspruch durch Verwendung der o-card realisiert habe. Studium und Beurteilung eines im Zuge der Behandlung eingeholten Befundes von dritter Seite stelle eine ärztliche Leistung dar, die in Umsetzung des Auftrages des Patienten erbracht werde.

Ihr Standpunkt werde ausdrücklich durch den ihr als Fachärztin für Dermatologie von der Österreichischen Gesellschaft für Qualitätssicherung & Qualitätsmanagement in der Medizin GmbH zugeschickten Fragebogen zur Selbstevaluierung bestätigt, wonach sie ihren Patienten auch die Behandlungen zu leisten habe, welche gemäß Punkt 15.3 gewährleisten würden, dass diese über sie betreffende Befunde informiert würden. Laut der entsprechenden Erläuterungen erfülle sie dieses Kriterium, wenn sie ihren Patienten regelmäßig die Notwendigkeit der Befundbesprechung darlege und ihnen die Möglichkeit gebe, sich persönlich bei der BF über die Befundergebnisse zu informieren.

Im vierten Quartal hätten die E-Mails ihres Patienten sie zur Wiederholung ihrer diesbezüglichen Aufklärung genötigt, zumal medizinisch nicht nur die Kontrolle durch klinische Untersuchung des Patienten, sondern auch die fachlich erforderliche indifferente Therapie zur Hautregeneration zwecks Ausschlusses von Rezidiven wichtig gewesen wäre.

Die belangte Behörde ignoriere bei ihrer rechtlichen Beurteilung, dass es keinerlei vertragliche oder generell rechtliche Bestimmung gebe, aus welcher abgeleitet werden könnte, dass eine Leistungserbringung gegenüber einem Patienten dessen unmittelbare Anwesenheit in der Ordination voraussetze.

Aus Abschnitt II der Honorarordnung gehe klar hervor, dass die Fallpauschale der Abgeltung der in einem Quartal

erbrachten Leistung diene, ohne dass die Art der Leistungen näher definiert worden sei. Weder im Gesamtvertrag noch in der Honorarordnung oder im für die BF maßgeblichen Tarif für Allgemeine Fachärzte sei die von der belangten Behörde getroffene Feststellung normiert, dass mit der Fallpauschale eines Quartals auch die nicht als Sonderleistungen gesondert zu zahlenden kassenärztlichen Leistungen abgegolten wären, die im Folgequartal ohne neuerliches Erscheinen des Patienten in der Kassenordination erbracht würden. Dies könne auch nicht in den undefinierten tariflichen Begriff "Konsultation" hineininterpretiert werden. Aus Abschnitt römisch zwei der Honorarordnung gehe klar hervor, dass die Fallpauschale der Abgeltung der in einem Quartal erbrachten Leistung diene, ohne dass die Art der Leistungen näher definiert worden sei. Weder im Gesamtvertrag noch in der Honorarordnung oder im für die BF maßgeblichen Tarif für Allgemeine Fachärzte sei die von der belangten Behörde getroffene Feststellung normiert, dass mit der Fallpauschale eines Quartals auch die nicht als Sonderleistungen gesondert zu zahlenden kassenärztlichen Leistungen abgegolten wären, die im Folgequartal ohne neuerliches Erscheinen des Patienten in der Kassenordination erbracht würden. Dies könne auch nicht in den undefinierten tariflichen Begriff "Konsultation" hineininterpretiert werden.

Außerdem wäre die Erteilung einer Verwarnung durch die WGKK auch unter der Annahme unzulässig, dass die BF keinen Anspruch auf die gegenständliche Fallpauschale hätte, da mangels einer näheren bzw. abweichenden Regelung allgemeine Grundsätze anzuwenden seien, wonach eine Verwarnung ein Element der Schuld bzw. der Vorwerfbarkeit erfordere. Dabei sei zu beachten, dass es sich um einen Bereich handle, in welchem öffentlich-rechtliche Vorgaben mit privatem Vertragsrecht kombiniert seien. Konkret sei insbesondere § 342 ASVG zu beachten, der wesentliche Vorgaben für Verträge wie den gegenständlichen Gesamtvertrag normiere. So sei ganz besonders für die Begründung und Auflösung von Verträgen das strikte Sachlichkeitsgebot zu beachten, weshalb die Gebietskrankenkasse keine Berechtigung habe, Vertragspartnern unbegründete "Verwarnungen" aufzuerlegen. Außerdem wäre die Erteilung einer Verwarnung durch die WGKK auch unter der Annahme unzulässig, dass die BF keinen Anspruch auf die gegenständliche Fallpauschale hätte, da mangels einer näheren bzw. abweichenden Regelung allgemeine Grundsätze anzuwenden seien, wonach eine Verwarnung ein Element der Schuld bzw. der Vorwerfbarkeit erfordere. Dabei sei zu beachten, dass es sich um einen Bereich handle, in welchem öffentlich-rechtliche Vorgaben mit privatem Vertragsrecht kombiniert seien. Konkret sei insbesondere Paragraph 342, ASVG zu beachten, der wesentliche Vorgaben für Verträge wie den gegenständlichen Gesamtvertrag normiere. So sei ganz besonders für die Begründung und Auflösung von Verträgen das strikte Sachlichkeitsgebot zu beachten, weshalb die Gebietskrankenkasse keine Berechtigung habe, Vertragspartnern unbegründete "Verwarnungen" aufzuerlegen.

Betreffend den dritten Spruchpunkt des angefochtenen Bescheides führte die BF aus, dass diesbezüglich formelle Rechtswidrigkeit vorliege, da die Behörde nur ganz kurz darauf hinweise, dass die Ausübung der Kontrolle von Ärzteabrechnungen durch Patientenbefragung keine Sanktionierung darstelle und nicht gegen die gesamt- und einzelvertraglichen Normen verstoße. Es sei jedoch auch das Sachlichkeitsgebot unter Beachtung der Besonderheiten der gegenständlichen Materie zu berücksichtigen. Auch betreffend diesen Spruchpunkt des Bescheides habe die Kasse einen Honorarstreit gegen die BF – trotz Fakten, die für sie von Anfang an als "medizinische Angelegenheiten" gemäß § 49 Abs. 1 GV erkennbar gewesen seien, als solche erkannt hätten werden müssen und erkannt worden seien – provoziert. Damit habe sie das gemäß §§ 49 Abs. 1 und 50 GV obligate Verfahren nicht eingehalten. Betreffend den dritten Spruchpunkt des angefochtenen Bescheides führte die BF aus, dass diesbezüglich formelle Rechtswidrigkeit vorliege, da die Behörde nur ganz kurz darauf hinweise, dass die Ausübung der Kontrolle von Ärzteabrechnungen durch Patientenbefragung keine Sanktionierung darstelle und nicht gegen die gesamt- und einzelvertraglichen Normen verstoße. Es sei jedoch auch das Sachlichkeitsgebot unter Beachtung der Besonderheiten der gegenständlichen Materie zu berücksichtigen. Auch betreffend diesen Spruchpunkt des Bescheides habe die Kasse einen Honorarstreit gegen die BF – trotz Fakten, die für sie von Anfang an als "medizinische Angelegenheiten" gemäß Paragraph 49, Absatz eins, GV erkennbar gewesen seien, als solche erkannt hätten werden müssen und erkannt worden seien – provoziert. Damit habe sie das gemäß Paragraphen 49, Absatz eins und 50 GV obligate Verfahren nicht eingehalten.

Schlussendlich stelle es einen gleichheits- sowie wegen Verletzung von Art. 6 EMRK menschenrechtswidrigen Verstoß durch die Paritätische Schiedskommission dar, dass die von der BF im schriftlichen Verfahren rechtzeitig vor der Verhandlung am 30.09.2014 vorgebrachten Neuerungen zurückgewiesen worden seien, die "ergänzende Stellungnahme" der WGKK vom 17.09.2014 jedoch dem Verfahren zu Grunde gelegt worden sei, obwohl diese weder

der BF noch deren Rechtsvertreter zugesandt worden sei. Schlussendlich stelle es einen gleichheits- sowie wegen Verletzung von Artikel 6, EMRK menschenrechtswidrigen Verstoß durch die Paritätische Schiedskommission dar, dass die von der BF im schriftlichen Verfahren rechtzeitig vor der Verhandlung am 30.09.2014 vorgebrachten Neuerungen zurückgewiesen worden seien, die "ergänzende Stellungnahme" der WGKK vom 17.09.2014 jedoch dem Verfahren zu Grunde gelegt worden sei, obwohl diese weder der BF noch deren Rechtsvertreter zugesandt worden sei.

Die Zurückweisung der weiteren, erst während des Verfahrens monierten Honorarabzüge bezüglich anderer Patienten sowie des Antrags auf Feststellung der Rechts- und Vertragswidrigkeit der weiteren Verwarnungen verstoße gegen die allgemein verwaltungsrechtlich verpflichtende Wahrung ihres Parteieingehörs.

Auf Grund der Zurückweisung habe die BF am 10.10.2014 einen weiteren Antrag an die Paritätische Schiedskommission gestellt.

11. Die gegenständliche Beschwerde und die Bezug habenden Verwaltungsakten wurden dem Bundesverwaltungsgericht am 19.02.2015 von der Paritätischen Schiedskommission vorgelegt.

II. Das Bundesverwaltungsgericht hat erwogen römisch zwei. Das Bundesverwaltungsgericht hat erwogen:

1. Feststellungen:

Die BF ist niedergelassene Fachärztin für Haut- und Geschlechtskrankheiten in der Ordination zur Adresse XXXX, XXXX Wien. Mit Einzelvertrag vom 21.03.1994 wurde die BF zum 01.04.1994 in ein Vertragsverhältnis mit der WGKK aufgenommen. Die BF ist niedergelassene Fachärztin für Haut- und Geschlechtskrankheiten in der Ordination zur Adresse römisch 40 , römisch 40 Wien. Mit Einzelvertrag vom 21.03.1994 wurde die BF zum 01.04.1994 in ein Vertragsverhältnis mit der WGKK aufgenommen.

Im 3. Quartal 2013 konsultierte der Patient PXXXX MXXXX die BF in ihrer Ordination. Es wurde ein Laborbefund in Auftrag gegeben. Die BF vermerkte bei sich "Kontrolle in 10 Tagen", ein konkreter Kontrolltermin wurde mit dem Patienten jedoch nicht vereinbart. Der Befund langte am Beginn des 4. Quartals in der Ordination der BF ein. Sie beurteilte den Laborbefund intern, ohne dies dem Patienten mitzuteilen oder eine schriftliche Befundbeurteilung zu verfassen. Herr MXXXX hat keine Kontrolle wahrgenommen und war im Oktober 2013 nicht in der Ordination der BF anwesend.

Durch Stecken der Ordinationskarte am 03.10.2013 verbuchte die BF eine Konsultation des Patienten. Auf Grund der Reklamation dieser Verbuchung durch Herrn MXXXX im 4. Quartal 2013 kam es zu einem E-Mail-Verkehr zwischen dem Patienten und der BF, welchen sie ebenfalls verbuchte, ohne dass eine persönliche Konsultation des Patienten stattgefunden hat.

Für den Patienten PXXXX MXXXX verrechnete die BF der WGKK für das 4. Quartal 2013 eine Fallpauschale in der Höhe von € 18,74 sowie einen fachspezifischen Zuschlag in der Höhe von € 1,98.

Mit Schreiben vom 27.02.2014 verwarnte die WGKK die BF im Hinblick auf die Verrechnung der Fallpauschale bzw. des fachspezifischen Zuschlags ohne Durchführung einer persönlichen und unmittelbaren Behandlung des Versicherten in ihrer Ordination oder im Rahmen eines Hausbesuches, weshalb es zum Honorarabzug des aus der vertragswidrigen Verrechnung für Herrn MXXXX resultierenden Betrages von € 20,72 komme. Außerdem forderte die WGKK die BF auf, die am 17.02.2014 sowie am 21.02.2014 für den Patienten BXXXX BXXXX getätigten Steckungen der Ordinationskarte umgehend zu stornieren, da der Versicherte weder in der Ordination der BF gewesen, noch eine Behandlung im Rahmen eines Hausbesuches erfolgt sei.

Zur Kontrolle der Abrechnungen befragte die WGKK einzelne Patienten bezüglich ihr Aufsuchen der BF (im Zeitraum Oktober bis Dezember 2013), ohne den Befragten einen noch nicht verifizierten konkreten Verdacht einer Falschverrechnung durch die BF mitzuteilen.

2. Beweiswürdigung:

Das Bundesverwaltungsgericht hat durch Einsichtnahme in den vorliegenden Verwaltungs- und Gerichtsakt Beweis erhoben.

Die Feststellungen bezüglich des zwischen der BF und der WGKK abgeschlossenen Einzelvertrages sowie bezüglich der Tätigkeit der BF als niedergelassene Fachärztin für Haut und Geschlechtskrankheiten in der Ordination zur Adresse XXXX, ergeben sich unstrittig aus dem vorliegenden Akt, insbesondere aus dem von der Paritätischen

Schiedskommission für Wien vorgelegten Einzelvertrag vom 21.03.1994. Die Feststellungen bezüglich des zwischen der BF und der WGKK abgeschlossenen Einzelvertrages sowie bezüglich der Tätigkeit der BF als niedergelassene Fachärztin für Haut und Geschlechtskrankheiten in der Ordination zur Adresse römisch 40 , ergeben sich unstrittig aus dem vorliegenden Akt, insbesondere aus dem von der Paritätischen Schiedskommission für Wien vorgelegten Einzelvertrag vom 21.03.1994.

Die Feststellungen, dass der Patient PXXXX MXXXX die BF im 3. Quartal 2013 konsultierte und diese für eine interne Befundbeurteilung sowie einen – auf Grund der Reklamation des Patienten betreffend die Verbuchung entstandenen – E-Mail-Verkehr mit dem Patienten eine Fallpauschale in der Höhe von € 18,74 sowie einen fachspezifischen Zuschlag in der Höhe von € 1,98 im 4. Quartal 2014 verbuchte, ohne dass der Patient persönlich in ihrer Ordination anwesend war, ergeben sich aus dem vorliegenden Verwaltungsakt in Einklang mit den dahingehenden Angaben seitens der BF. Außerdem traf die Paritätische Schiedskommission im gegenständlich angefochtenen Bescheid vom 30.09.2014 entsprechende Feststellungen und ließ die BF diese im Rahmen ihrer Beschwerde unbekämpft. Vielmehr brachte die BF darin selbst vor, dass der diesbezügliche Sachverhalt unbestritten feststehe.

Dass die WGKK die BF mit Schreiben vom 27.02.2014 hinsichtlich einer Verrechnung der Fallpauschale bzw. des fachspezifischen Zuschlags ohne Durchführung einer persönlichen und unmittelbaren Behandlung des Versicherten in ihrer Ordination oder im Rahmen eines Hausbesuches verwarnte, ihr mitteilte, dass es deshalb zu einem Honorarabzug des aus der vertragswidrigen Verrechnung für Herrn MXXXX resultierenden Betrages von € 20,72 komme sowie die BF aufforderte, die am 17.02.2014 sowie am 21.02.2014 für Herrn BXXXX getätigten Steckungen der Ordinationskarte umgehend zu stornieren, ergeben sich zweifelsfrei und unbestritten aus dem hier aufliegenden Verwaltungs- bzw. Gerichtsakt.

Ebenso ergibt sich die Feststellung, dass die WGKK zur Kontrolle der Abrechnungen einzelne Patienten bezüglich ihr Aufsuchen der BF (im Zeitraum Oktober bis Dezember 2013) befragte, ohne den Befragten einen noch nicht verifizierten konkreten Verdacht einer Falschverrechnung durch die BF mitzuteilen, aus dem hier vorliegenden Akt, insbesondere aus den im Akt aufliegenden Telefonprotokollen. Außerdem wurde seitens der BF nichts Gegenteiliges vorgebracht, sondern vielmehr beantragt, die Rechts- bzw. Vertragswidrigkeit der "Routine-Patientenbefragungen" durch die Kasse festzustellen, was die Durchführung solcher Befragungen zweifelsfrei voraussetzt.

3. Rechtliche Beurteilung:

Gemäß § 6 Bundesverwaltungsgerichtsgesetz (BVwGG), BGBl. I Nr. 10/2013 in der geltenden Fassung, entscheidet das BVwG durch Einzelrichter, sofern nicht in Bundes- oder Landesgesetzen die Entscheidung durch Senate vorgesehen ist. Gemäß Paragraph 6, Bundesverwaltungsgerichtsgesetz (BVwGG), Bundesgesetzblatt Teil eins, Nr. 10 aus 2013, in der geltenden Fassung, entscheidet das BVwG durch Einzelrichter, sofern nicht in Bundes- oder Landesgesetzen die Entscheidung durch Senate vorgesehen ist.

Gemäß § 347a Allgemeines Sozialversicherungsgesetz (ASVG), BGBl. Nr. 189/1955 in der Fassung BGBl. I Nr. 130/2013, kann gegen einen Bescheid der Paritätischen Schiedskommission Beschwerde an das Bundesverwaltungsgericht erhoben werden. § 347b Abs. 1 ASVG bestimmt, dass die Entscheidung des Bundesverwaltungsgerichts in Angelegenheiten nach § 347a durch einen Senat zu erfolgen hat, der aus dem/der Senatsvorsitzenden und vier fachkundigen Laienrichtern/Laienrichterin besteht, wobei davon zwei Ärzte/Ärztinnen sind und zwei spezifische Kenntnisse auf dem Gebiet des Gesundheits- und des Sozialversicherungswesens haben müssen. Im vorliegenden Fall liegt demnach Senatszuständigkeit vor. Gemäß Paragraph 347 a, Allgemeines Sozialversicherungsgesetz (ASVG), Bundesgesetzblatt Nr. 189 aus 1955, in der Fassung Bundesgesetzblatt Teil eins, Nr. 130 aus 2013, kann gegen einen Bescheid der Paritätischen Schiedskommission Beschwerde an das Bundesverwaltungsgericht erhoben werden. Paragraph 347 b, Absatz eins, ASVG bestimmt, dass die Entscheidung des Bundesverwaltungsgerichts in Angelegenheiten nach Paragraph 347 a, durch einen Senat zu erfolgen hat, der aus dem/der Senatsvorsitzenden und vier fachkundigen Laienrichtern/Laienrichterin besteht, wobei davon zwei Ärzte/Ärztinnen sind und zwei spezifische Kenntnisse auf dem Gebiet des Gesundheits- und des Sozialversicherungswesens haben müssen. Im vorliegenden Fall liegt demnach Senatszuständigkeit vor.

Das Verfahren der Verwaltungsgerichte mit Ausnahme des Bundesfinanzgerichts ist durch das Verwaltungsgerichtsverfahrensgesetz (VwGVG), BGBl. I Nr. 33/2013 in der geltenden Fassung, geregelt (§ 1 leg. cit.). Gemäß § 58 Abs. 2 VwGVG bleiben entgegenstehende Bestimmungen, die zum Zeitpunkt des Inkrafttretens dieses

Bundesgesetzes bereits kundgemacht wurden, in Kraft. Das Verfahren der Verwaltungsgerichte mit Ausnahme des Bundesfinanzgerichts ist durch das Verwaltungsgerichtsverfahrensgesetz (VwGVG), Bundesgesetzblatt Teil eins, Nr. 33 aus 2013, in der geltenden Fassung, geregelt (Paragraph eins, leg. cit.). Gemäß Paragraph 58, Absatz 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 Allgemeinen Verwaltungsverfahrensgesetzes – 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 Paragraph 17, VwGVG sind, soweit in diesem Bundesgesetz nicht anderes bestimmt ist, auf das Verfahren über Beschwerden gemäß Artikel 130, Absatz eins, B-VG die Bestimmungen des Allgemeinen Verwaltungsverfahrensgesetzes – AVG mit Ausnahme der Paragraphen eins bis 5 sowie des römisch vier. Teiles, die Bestimmungen der Bundesabgabenordnung – BAO, Bundesgesetzblatt Nr. 194 aus 1961,, des Agrarverfahrensgesetzes – AgrVG, Bundesgesetzblatt Nr. 173 aus 1950,, und des Dienstrechtsverfahrensgesetzes 1984 – DVG, Bundesgesetzblatt Nr. 29 aus 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.

Zu Spruchpunkt A):

3.1. Die im vorliegenden Beschwerdefall maßgebenden Bestimmungen lauten:

§ 9 VwGVG, BGBl. I Nr. 33/2013 in der Stammfassung: Paragraph 9, VwGVG, Bundesgesetzblatt Teil eins, Nr. 33 aus 2013, in der Stammfassung:

(1) Die Beschwerde hat zu enthalten:

1. die Bezeichnung des angefochtenen Bescheides, der angefochtenen Ausübung unmittelbarer verwaltungsbehördlicher Befehls- und Zwangsgewalt oder der angefochtenen Weisung,
2. die Bezeichnung der belangten Behörde,
3. die Gründe, auf die sich die Behauptung der Rechtswidrigkeit stützt,
4. das Begehren und
5. die Angaben, die erforderlich sind, um zu beurteilen, ob die Beschwerde rechtzeitig eingebracht ist.

.

§ 27 VwGVG, BGBl. I Nr. 33/2013 in der Stammfassung: Paragraph 27, VwGVG, Bundesgesetzblatt Teil eins, Nr. 33 aus 2013, in der Stammfassung:

Soweit das Verwaltungsgericht nicht Rechtswidrigkeit wegen Unzuständigkeit der Behörde gegeben findet, hat es den angefochtenen Bescheid, die angefochtene Ausübung unmittelbarer verwaltungsbehördlicher Befehls- und Zwangsgewalt und die angefochtene Weisung auf Grund der Beschwerde (§ 9 Abs. 1 Z 3 und 4) oder auf Grund der Erklärung über den Umfang der Anfechtung (§ 9 Abs. 3) zu überprüfen. Soweit das Verwaltungsgericht nicht Rechtswidrigkeit wegen Unzuständigkeit der Behörde gegeben findet, hat es den angefochtenen Bescheid, die angefochtene Ausübung unmittelbarer verwaltungsbehördlicher Befehls- und Zwangsgewalt und die angefochtene Weisung auf Grund der Beschwerde (Paragraph 9, Absatz eins, Ziffer 3 und 4) oder auf Grund der Erklärung über den Umfang der Anfechtung (Paragraph 9, Absatz 3,) zu überprüfen.

§ 6 Allgemeines bürgerliches Gesetzbuch (ABGB), JGS Nr. 946/1811 in der Stammfassung: Paragraph 6, Allgemeines bürgerliches Gesetzbuch (ABGB), JGS Nr. 946 aus 1811, in der Stammfassung:

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 ABGB, JGS Nr. 946/1811 in der Stammfassung: Paragraph 7, ABGB, JGS Nr. 946 aus 1811, in der Stammfassung:

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 ABGB, JGS Nr. 946/1811 in der Stammfassung: Paragraph 8, ABGB, JGS Nr. 946 aus 1811, in der Stammfassung:

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.

§ 23 Allgemeines Sozialversicherungsgesetz (ASVG), BGBl. Nr. 189/1955 in der Fassung BGBl. I Nr. 113/2015: Paragraph 23, Allgemeines Sozialversicherungsgesetz (ASVG), Bundesgesetzblatt Nr. 189 aus 1955, in der Fassung BGBl. römisch eins Nr. 113/2015:

(1) Träger der Krankenversicherung nach diesem Bundesgesetz sind:

1. die Gebietskrankenkassen;

.

(2) Für jedes Land ist eine Gebietskrankenkasse mit der im § 26 bezeichneten sachlichen Zuständigkeit errichtet. (2) Für jedes Land ist eine Gebietskrankenkasse mit der im Paragraph 26, bezeichneten sachlichen Zuständigkeit errichtet.

§ 31 ASVG, BGBl. Nr. 189/1955 in der Fassung BGBl. I Nr. 144/2015: Paragraph 31, ASVG, Bundesgesetzblatt Nr. 189 aus 1955, in der Fassung BGBl. römisch eins Nr. 144/2015:

(1) Die in den §§ 23 bis 25 bezeichneten Versicherungsträger und die Träger der im § 2 Abs. 2 bezeichneten Sondersicherungen werden zum Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (im folgenden kurz Hauptverband genannt) zusammengefasst. (1) Die in den Paragraphen 23 bis 25 bezeichneten Versicherungsträger und die Träger der im Paragraph 2, Absatz 2, bezeichneten Sondersicherungen werden zum Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (im folgenden kurz Hauptverband genannt) zusammengefasst.

(2) Dem Hauptverband obliegt

.....

3. die Erstellung von Richtlinien zur Förderung oder Sicherstellung der gesamtwirtschaftlichen Tragfähigkeit, der Zweckmäßigkeit und der Einheitlichkeit der Vollzugspraxis der Sozialversicherungsträger,

.....

(5) Richtlinien im Sinne des Abs. 2 Z 3 sind aufzustellen. (5) Richtlinien im Sinne des Absatz 2, Ziffer 3, sind aufzustellen:

.

10. über die Berücksichtigung ökonomischer Grundsätze bei der Krankenbehandlung unter Bedachtnahme auf § 133 Abs. 2. Die Richtlinien sind vom Hauptverband im übertragenen Wirkungsbereich zu erlassen; bei der Erlassung unterliegt der Hauptverband den Weisungen des Bundesministers für Gesundheit. In diesen Richtlinien, die für die Vertragspartner (§§ 338 ff) verbindlich sind, sind jene Behandlungsmethoden anzuführen, die entweder allgemein oder unter bestimmten Voraussetzungen (z.B. für gewisse Krankheitsgruppen) erst nach einer ärztlichen Bewilligung des chef- und kontrollärztlichen Dienstes der Sozialversicherungsträger anzuwenden sind. Durch diese Richtlinien darf der Zweck der Krankenbehandlung nicht gefährdet werden; 10. über die Berücksichtigung ökonomischer Grundsätze bei der Krankenbehandlung unter Bedachtnahme auf Paragraph 133, Absatz 2, Die Richtlinien sind vom Hauptverband im übertragenen Wirkungsbereich zu erlassen; bei der Erlassung unterliegt der Hauptverband den Weisungen des Bundesministers für Gesundheit. In diesen Richtlinien, die für die Vertragspartner (Paragraphen 338, ff) verbindlich sind, sind jene Behandlungsmethoden anzuführen, die entweder allgemein oder unter bestimmten Voraussetzungen

(z.B. für gewisse Krankheitsgruppen) erst nach einer ärztlichen Bewilligung des chef- und kontrollärztlichen Dienstes der Sozialversicherungsträger anzuwenden sind. Durch diese Richtlinien darf der Zweck der Krankenbehandlung nicht gefährdet werden;

.

§ 131 ASVG, BGBl. Nr. 189/1955 in der Fassung BGBl. I Nr. 61/2010: Paragraph 131, ASVG, Bundesgesetzblatt Nr. 189 aus 1955, in der Fassung BGBl. römisch eins Nr. 61/2010:

(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. (1) Nimmt der Anspruchsberechtigte nicht die Vertragspartner (Paragraph 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: 133 ASVG, Bundesgesetzblatt Nr. 189 aus 1955, in der Fassung BGBl. römisch eins Nr. 61/2010:

(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: Paragraph 338, ASVG, Bundesgesetzblatt Nr. 189 aus 1955, in der Fassung BGBl. römisch eins Nr. 113/2015:

(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. (1) Die Beziehungen der Träger der Sozialversicherung (des Hauptverbandes) zu den freiberuflich tätigen Ärzten/Ärztinnen, Zahnärzten/Zahnärztinnen, Gruppenpraxen nach

den Paragraphen 52 a und 52 b des Ärztegesetzes 1998 und Paragraph 26, des Zahnärztegesetzes, Bundesgesetzblatt Teil eins, Nr. 126 aus 2005,, Dentisten/Dentistinnen, Hebammen, Apothekern/Apothekerinnen, freiberuflich tätigen klinischen Psychologen/Psychologinnen, freiberuflich tätigen Psychotherapeuten/Psychotherapeutinnen, freiberuflich tätigen Heilmasseuren/Heilmasseurinnen, Pflegepersonen, die medizinische Hauskrankenpflege nach Paragraph 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:Paragraph 341, ASVG, Bundesgesetzblatt Nr. 189 aus 1955, in der Fassung BGBl. römisch eins Nr. 99/2001:

(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. 61/2010:Paragraph 342, ASVG, Bundesgesetzblatt Nr. 189 aus 1955, in der Fassung BGBl. römisch eins Nr. 61/2010:

(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 im Zweifelsfall vorzunehmende Überprüfung der Identität des/der Patienten/Patientin und die rechtmäßige Verwendung der e-card;

.

(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 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.(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 Tätigkeit einschließlich der Rückvergütungen bei Inanspruchnahme der wahlärztlichen Hilfe (Paragraph 131,) bzw. für die Tätigkeit von Vertrags-Gruppenpraxen einschließlich der Rückvergütungen bei Inanspruchnahme von Wahl-Gruppenpraxen enthalten.

§ 51 Ärztegesetz 1998 (ÄrzteG 1998), BGBl. I Nr. 169/1998 in der Fassung BGBl. I Nr. 110/2001: Paragraph 51, Ärztegesetz 1998 (ÄrzteG 1998), Bundesgesetzblatt Teil eins, Nr. 169 aus 1998, in der Fassung BGBl. römisch eins Nr. 110/2001:

(1) Der Arzt ist verpflichtet, Aufzeichnungen über jede zur Beratung oder Behandlung übernommene Person, insbesondere über den Zustand der Person bei Übernahme der Beratung oder Behandlung, die Vorgeschichte einer Erkrankung, die Diagnose, den Krankheitsverlauf sowie über Art und Umfang der beratenden, diagnostischen oder therapeutischen Leistungen einschließlich der Anwendung von Arzneyspezialitäten und der zur Identifizierung dieser Arzneyspezialitäten und der jeweiligen Chargen im Sinne des § 26 Abs. 8 des Arzneimittelgesetzes, BGBl. Nr. 185/1983, erforderlichen Daten zu führen und hierüber der beratenen oder behandelten oder zu ihrer gesetzlichen Vertretung befugten Person alle Auskünfte zu erteilen. In Fällen eines Verdachts im Sinne des § 54 Abs. 4 sind Aufzeichnungen über die den Verdacht begründenden Wahrnehmungen zu führen. Den gemäß § 54 Abs. 5 oder 6 verständigten Behörden oder öffentlichen Dienststellen ist hierüber Auskunft zu erteilen. Der Arzt ist verpflichtet, dem Patienten Einsicht in die Dokumentation zu gewähren oder gegen Kostenersatz die Herstellung von Abschriften zu ermöglichen.

(1) Der Arzt ist verpflichtet, Aufzeichnungen über jede zur Beratung oder Behandlung übernommene Person, insbesondere über den Zustand der Person bei Übernahme der Beratung oder Behandlung, die Vorgeschichte einer Erkrankung, die Diagnose, den Krankheitsverlauf sowie über Art und Umfang der beratenden, diagnostischen oder therapeutischen Leistungen einschließlich der Anwendung von Arzneyspezialitäten und der zur Identifizierung dieser Arzneyspezialitäten und der jeweiligen Chargen im Sinne des Paragraph 26, Absatz 8, des Arzneimittelgesetzes, Bundesgesetzblatt Nr. 185 aus 1983,, erforderlichen Daten zu führen und hierüber der beratenen oder behandelten oder zu ihrer gesetzlichen Vertretung befugten Person alle Auskünfte zu erteilen. In Fällen eines Verdachts im Sinne des Paragraph 54, Absatz 4, sind Aufzeichnungen über die den Verdacht begründenden Wahrnehmungen zu führen. Den gemäß Paragraph 54, Absatz 5, oder 6 verständigten Behörden oder öffentlichen Dienststellen ist hierüber Auskunft zu erteilen. Der Arzt ist verpflichtet, dem Patienten Einsicht in die Dokumentation zu gewähren oder gegen Kostenersatz die Herstellung von Abschriften zu ermöglichen.

Der Gesamtvertrag vom 01.01.2011 (in der Folge: GV), 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 (im Folgenden kurz Hauptverband) für die im § 2 genannten Krankenversicherungsträger andererseits, hat – soweit für den vorliegenden Fall relevant – samt Überschriften folgenden Wortlaut: Der Gesamtvertrag vom 01.01.2011 (in der Folge: GV), abgeschlossen gemäß Paragraphen 338, 341 und 342 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes, Bundesgesetzblatt Nr. 189 aus 1955, in der geltenden Fassung sowie gemäß Paragraph 66 a, Absatz eins, Ziffer eins, des Ärztegesetzes, Bundesgesetzblatt Teil eins, Nr. 169 aus 1998, in der geltenden Fassung, zwischen der Ärztekammer für Wien, Kurie der niedergelassenen Ärzte, einerseits und dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (im Folgenden kurz Hauptverband) für die im Paragraph 2, genannten Krankenversicherungsträger andererseits, hat – soweit für den vorliegenden Fall relevant – samt Überschriften folgenden Wortlaut:

"§ 17

Umfang der Krankenbehandlung

(1) Die Krankenbehandlung muss ausreichend und zweckmäßig sein, sie darf jedoch das Maß des Notwendigen nicht überschreiten und hat sich an den Richtlinien ökonomischer Krankenbehandlung zu orientieren. Die Behandlung hat in diesem Rahmen alle Leistungen zu umfassen, die auf Grund der ärztlichen Ausbildung und der dem Vertragsarzt zu Gebote stehenden Hilfsmittel zweckmäßigerweise außerhalb einer stationären Krankenhausbehandlung durchgeführt werden können. Muss ärztliche Hilfe in einem besonderen Ausmaß geleistet werden, so ist dies auf Verlangen der Versicherungsträger vom Vertragsarzt zu begründen.

§ 23 Paragraph 23

Nachweis der Anspruchsberechtigung

(1) Nimmt ein Patient den Vertragsfacharzt in Anspruch, ist er dazu aufzufordern, die e-card vorzuweisen. Legt der Patient die e-card vor, ist der Vertragsarzt dazu verpflichtet, die Anspruchsberechtigung in der Ordination mittels Einlesens der e-card zu prüfen. Die e-card ist bei jeder Inanspruchnahme des Vertragsarztes zu stecken, sofern der Patient diese vorlegt.

(2) Legt der Patient keine e-card vor, kann eine online Abfrage mittels Eingabe der Sozialversicherungsnummer (o-card) vorgenommen werden.

.

§ 45 Paragraph 45

Honorierung des Vertragsarztes

(1) Die Honorierung des Vertragsarztes erfolgt nach den Bestimmungen der Honorarordnung, die integrierender Bestandteil dieses Gesamtvertrages ist.

.

§ 48 Paragraph 48

Gegenseitige Unterstützungspflicht

(1) Die Vertragsparteien verpflichten sich zur gegenseitigen Unterstützung bei der Durchführung des Gesamtvertrages, Die gleiche Verpflichtung übernehmen die Parteien des Einzelvertrages.

.

(4) Die Versicherungsträger haben alles zu unterlassen, was das Ansehen des Vertragsarztes und dessen Leistungen in den Augen der Anspruchsberechtigten oder der Öffentlichkeit herabsetzen könnte. Ebenso hat der Vertragsarzt alles zu unterlassen, was die Versicherungsträger und deren Einrichtungen in den Augen der Anspruchsberechtigten oder der Öffentlichkeit herabsetzen könnte.

.

§ 49 Paragraph 49

Zusammenarbeit des Vertragsarztes mit dem chef(kontroll)ärztlichen Dienst

(1) Die Versicherungsträger werden gegenüber dem Vertragsarzt in allen medizinischen Angelegenheiten durch den Chef(Kontroll)arzt der Kasse vertreten. Der Chef(Kontroll)arzt und der Vertragsarzt sind zu kollegialer Zusammenarbeit verpflichtet.

.

§ 50 Paragraph 50

Vorbehandlung von Streitigkeiten im Schlichtungsausschuss

(1) Streitigkeiten zwischen dem Vertragsarzt und den Versicherungsträgern sollen einvernehmlich beigelegt werden. Hierbei werden die Versicherungsträger, soweit Fragen der ärztlichen Behandlung berührt werden, durch den Chefarzt der Kasse vertreten (§49). Kommt eine einvernehmliche Beilegung der Streitigkeiten nicht zu Stande, so wird der Streitfall einem Schlichtungsausschuss nach Maßgabe der folgenden Bestimmungen vorbehandelt.

."

Artikel I Abs. 2 des II. Abschnitts der Honorarordnung lautet: Artikel römisch eins Absatz 2, des römisch zwei. Abschnitts der Honorarordnung lautet:

"(2) Die Honorierung der von allgemeinen Vertragsfachärzten erbrachten Leistungen erfolgt nach Maßgabe des Tarifes für allgemeine Vertragsfachärzte (Anlage B)."

Der Tarif für allgemeine Vertragsfachärzte (Anlage B) sah für den maßgeblichen Zeitpunkt (ab April 2013) folgende Honorierung vor:

"1. Fallpauschale pro Anspruchsberechtigten und Quartal 18,74 EUR

2. Punktwert für die nach Punkten bewerteten Sonderleistungen 0,66
EUR

SONDERLEISTUNGSTARIF

FÜR ALLGEMEINE VERTRAGSFACHÄRZTE

[]

Fachgebiet Haut- und Geschlechtskrankheiten

Pos. Ziff. Text Punkte Betrag

in Euro

500 Dunkelfelduntersuchung 18

501 Varicenverödung je Injektion, jedoch maximal 20 Injektionen 8
pro Patient und Quartal verrechenbar, öfter nur mit

besonderer medizinischer Begründung

502 Excision eines Hauttumors inklusive Naht; mit Ausnahme der 70 +

R IIR römisch zwei

Pos.Ziff. 503 abgeholtenen oberflächlichen Geschwülsten.

Diese Position ist nur verrechenbar, wenn ein histologischer

Befund vorliegt. Es sind maximal drei Excisionen pro Tag und

Patient verrechenbar.

.

536 Versorgung einer Wundrandnekrose bei chronischen 19

Wunden. Nicht gleichzeitig verrechenbar mit Pos. Ziff. 76 und

78

537 Elastischer Kompressionsverband ohne Modellierung von 20

Schaumgummiplatten bei stat. Beinleiden

538 Aufliegeuntersuchung; verrechenbar einmal pro Patient und 20

Jahr. Nicht am selben Tag wie Pos. Ziff. 525 verrechenbar.

540 Fachspezifischer Zuschlag, einmal pro Quartal verrechenbar 3

."

Die Richtlinien über die Berücksichtigung ökonomischer Grundsätze bei der Krankenbehandlung 2005 – RöK 2005, avsv Nr. 148/2005, haben – soweit für den vorliegenden Fall relevant – samt Überschriften folgenden Wortlaut: Die Richtlinien über die Berücksichtigung ökonomischer Grundsätze bei der Krankenbehandlung 2005 – RöK 2005, AVSV Nr. 148 aus 2005,, haben – soweit für den vorliegenden Fall relevant – samt Überschriften folgenden Wortlaut:

"1. Abschnitt

Allgemeine Bestimmungen

Geltungsbereich

§ 1. (1) Die Richtlinien regelnParagraph eins, (1) Die Richtlinien regeln

1. die ökonomischen Grundsätze, nach denen

a) die ärztliche Hilfe,

b) die der ärztlichen Hilfe gleichgestellten Leistungen,

c) die im Zusammenhang mit Leistungen gemäß lit. a und b veranlassten Maßnahmen; c) die im Zusammenhang mit Leistungen gemäß Litera a und b veranlassten Maßnahmen,

d) die Abgabe von Heilbehelfen durch andere Vertragspartner als Apotheker und hausapothekenführende Ärzte als ausreichend, zweckmäßig, das Maß des Notwendigen nicht übersteigend zu beurteilen sind sowie

2. die Maßnahmen, die die Einhaltung dieser Grundsätze sicherstellen sollen.

.

Verbindlichkeit

§ 2. (1) Die Richtlinien sind für die im Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger zusammengefassten Krankenversicherungsträger mit der Maßgabe verbindlich, dass der 3. Abschnitt nur vom abrechnenden Krankenversicherungsträger anzuwenden ist. Paragraph 2, (1) Die Richtlinien sind für die im Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger zusammengefassten Krankenversicherungsträger mit der Maßgabe verbindlich, dass der 3. Abschnitt nur vom abrechnenden Krankenversicherungsträger anzuwenden ist.

(2) Die §§ 1 bis 4 und der 2. Abschnitt sind auch für die in Betracht kommenden Vertragspartner verbindlich. (2) Die Paragraphen eins bis 4 und der 2. Abschnitt sind auch für die in Betracht kommenden Vertragspartner verbindlich.

Ökonomische Grundsätze

§ 3. (1) 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. Paragraph 3, (1) 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.

(2) Die Krankenbehandlung muss ausreichend und zweckmäßig sein, sie darf jedoch das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Sie ist nach dem jeweiligen und aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft zu erbringen. Innerhalb dieses Rahmens erfüllt die Krankenbehandlung unter Beachtung des Wohles und der Betroffenheit des Versicherten (Angehörigen) die ökonomischen Grundsätze, wenn sie geeignet ist,

- -Strichaufzählung
einen ausreichenden therapeutischen und diagnostischen Nutzen zu erzielen und
- -Strichaufzählung
die Kosten im Verhältnis zum Erfolg der Maßnahme möglichst gering zu halten.

(3) Eine Maßnahme ist dabei nicht nur für sich allein zu betrachten, sondern es sind die im überblickbaren Behandlungs- und Untersuchungsverlauf gesetzten bzw. zu setzenden Maßnahmen zu berücksichtigen.

(4) Dabei ist insbesondere darauf Bedacht zu nehmen,

1. dass von mehreren gleichwertig geeigneten Möglichkeiten die ökonomisch günstigste Möglichkeit gewählt wird;
2. ob andere, z.B. hygienische oder diätetische Maßnahmen auch ökonomischer wären als Maßnahmen der Krankenbehandlung;
3. ob anstelle der Einweisung zu einem stationären Krankenhausaufenthalt die Behandlung im ambulanten Bereich (z.B. Krankenhausambulanz, Betreuung durch den Hausarzt, medizinische Hauskrankenpflege) ökonomischer wäre;
4. ob anstelle von ambulant serienweise angewendeten Behandlungsmethoden die Unterbringung in Kur- oder Rehabilitationseinrichtungen ökonomischer wäre.

2. Abschnitt

Bestimmungen für den Vertragspartner

Beachtung der ökonomischen Grundsätze

§ 6. (1) Der Vertragspartner ist verpflichtet, die Krankenbehandlung so zu erbringen und zu veranlassen, dass diese

den ökonomischen Grundsätzen gemäß § 3 entspricht.Paragraph 6, (1) Der Vertragspartner ist verpflichtet, die Krankenbehandlung so zu erbringen und zu veranlassen, dass diese den ökonomischen Grundsätzen gemäß Paragraph 3, entspricht.

.

3. Abschnitt

Bestimmungen für den Krankenversicherungsträger

Prüfung der Einhaltung der ökonomischen Grundsätze

§ 10. (1) Der Krankenversicherungsträger hat die Tätigkeit der Vertragspartner bezüglich der Einhaltung der Grundsätze der ökonomischen Krankenbehandlung zu prüfen.Paragraph 10, (1) Der Krankenversicherungsträger hat die Tätigkeit der Vertragspartner bezüglich der Einhaltung der Grundsätze der ökonomischen Krankenbehandlung zu prüfen.

(2) Die vertragspartnerbezogene Prüfung erfolgt

1. nach Durchschnittswerten;
2. auf der Grundlage von Stichproben;
3. in Einzelfällen.

(3) Die Prüfung umfasst insbesondere:

- -Strichaufzählung
ärztliche Leistungen,
- -Strichaufzählung
ärztlich verordnete Leistungen,
- -Strichaufzählung
der ärztlichen Hilfe gleichgestellte Leistungen,
- -Strichaufzählung
die Häufigkeit von Überweisungen,
- -Strichaufzählung
Krankenhauseinweisungen,
- -Strichaufzählung
die Feststellungen der Arbeitsunfähigkeit,
- -Strichaufzählung
die Ausstellung von Reise(Fahrt)- und Transportaufträgen.

Vertragspartnerbezogene Prüfung auf der Grundlage von Stichproben oder in Einzelfällen

§ 12. Der Krankenversicherungsträger hat regelmäßig im Wege von Stichproben sowie in begründeten Einzelfällen die Einhaltung der ökonomischen Grundsätze und die Richtigkeit der Abrechnung zu prüfen. Ergibt sich aus einer solchen Überprüfung die Vermutung unökonomischen Verhaltens, soll mit dem Vertragspartner ein Gespräch geführt werden. Erforderlichenfalls sind vom Krankenversicherungsträger die vertraglich und gesetzlich vorgesehenen Schritte zu setzen."Paragraph 12, Der Krankenversicherungsträger hat regelmäßig im Wege von Stichproben sowie in begründeten Einzelfällen die Einhaltung der ökonomischen Grundsätze und die Richtigkeit der Abrechnung zu prüfen. Ergibt sich aus einer solchen Überprüfung die Vermutung unökonomischen Verhaltens, soll mit dem Vertragspartner ein Gespräch geführt werden. Erforderlichenfalls sind vom Krankenversicherungsträger die vertraglich und gesetzlich vorgesehenen Schritte zu setzen."

Der zwischen der BF und der WGKK in Wien auf Grund der Bestimmungen des Gesamtvertrages vom 25. Juni 1956 am 21.03.1994 abgeschlossene Einzelvertrag bestimmt in dessen § 4 wie folgt:Der zwischen der BF und der WGKK in Wien auf Grund der Bestimmungen des Gesamtvertrages vom 25. Juni 1956 am 21.03.1994 abgeschlossene Einzelvertrag bestimmt in dessen Paragraph 4, wie folgt:

"Die Rechte und Pflichten der Parteien des Einzelvertrages ergeben sich aus dem Gesamtvertrag, aus den in Hinkunft abgeschlossenen Zusatzvereinbarungen und aus diesem Einzelvertrag."

3.2. Prüfungsumfang:

In der Beschwerde vom 09.02.2015 gegen den verfahrensgegenständlichen Bescheid der Paritätischen Schiedskommission vom 30.09.2014, Zl. XXXX, führte die BF, vertreten durch Rechtsanwalt Dr. Peter Ringhofer, zu Beginn aus, den Bescheid "mit Ausnahme des letzten Absatzes seines Spruches zur Gänze" anzufechten; die Anfechtung erfolge "sohin bezüglich aller auf Abweisung lautender Entscheidungsteile, nicht aber hinsichtlich der Zurückweisungsentscheidung". In der Beschwerde vom 09.02.2015 gegen den verfahrensgegenständlichen Bescheid der Paritätischen Schiedskommission vom 30.09.2014, Zl. römisch 40, führte die BF, vertreten durch Rechtsanwalt Dr. Peter Ringhofer, zu Beginn aus, den Bescheid "mit Ausnahme des letzten Absatzes seines Spruches zur Gänze" anzufechten; die Anfechtung erfolge "sohin bezüglich aller auf Abweisung lautender Entscheidungsteile, nicht aber hinsichtlich der Zurückweisungsentscheidung".

Im Zuge der Ausführungen zum dritten Spruchpunkt des angefochtenen Bescheides nimmt die BF jedoch konkret Bezug auf die Zurückweisungsentscheidung der belangten Behörde und bringt diesbezüglich unter anderem vor, dass mit der Zurückweisung ihrer "weiteren erst während des Verfahrens monierten Honorarabzüge, bezüglich anderer Patienten oder weitere Verwarnungen, Drohungen, Verweise, etc. die nach" ihrem "Vorbringen außerhalb des gegenständlichen Verfahrens erfolgten" als nicht "Gegenstand des ursprünglichen Antrages und dieses Verfahrens" gegen die allgemein verwaltungsrechtlich verpflichtende Wahrung ihres Parteiengehörs verstoßen worden sei.

Am Ende ihrer Ausführungen stellte die BF den Antrag, den angefochtenen Bescheid dahingehend abzuändern, dass ihren "Anträgen laut Eingabe vom 07.03.2014 vollinhaltlich Folge gegeben" werde.

Fraglich ist somit, ob die BF mit ihrer Beschwerde vom 09.02.2015 lediglich die ersten drei abweisenden Spruchpunkte des Bescheides der Paritätischen Schiedskommission anfechtet, oder ob sich ihre Beschwerde außerdem auf den vierten, zurückweisenden Spruchpunkt des Bescheides bezieht.

Durch den Verweis auf § 9 Abs. 1 Z 3 und 4 ordnet § 27 VwGVG an, dass das Verwaltungsgericht den angefochtenen Bescheid an Hand der Beschwerdegründe und des Beschwerdeantrages (Begehren) zu prüfen hat. Der Verwaltungsgerichtshof hat in seinem Erkenntnis vom 17.12.2014, Ro 2014/03/0066, grundsätzliche Aussagen zur Auslegung des § 27 VwGVG gemacht. Sie können wie folgt zusammengefasst werden. Durch den Verweis auf Paragraph 9, Absatz eins, Ziffer 3 und 4 ordnet Paragraph 27, VwGVG an, dass das Verwaltungsgericht den angefochtenen Bescheid an Hand der Beschwerdegründe und des Beschwerdeantrages (Begehren) zu prüfen hat. Der Verwaltungsgerichtshof hat in seinem Erkenntnis vom 17.12.2014, Ro 2014/03/0066, grundsätzliche Aussagen zur Auslegung des Paragraph 27, VwGVG gemacht. Sie können wie folgt zusammengefasst werden:

Eine Auslegung des § 27 VwGVG dahingehend, dass die Prüfbefugnis der Verwaltungsgerichte jedenfalls stark eingeschränkt zu verstehen wäre, ist unzutreffend. Von einem Beschwerdeführer kann nicht erwartet werden, dass er in seiner Beschwerde sämtliche rechtlichen Angriffspunkte aufzeigt. Ebenso wenig kann davon ausgegangen werden, dass der Gesetzgeber den Prüfungsumfang ausschließlich an das Vorbringen des Beschwerdeführers binden wollte. Die Prüfbefugnis der Verwaltungsgerichte ist aber keine unbegrenzte. Der äußerste Rahmen für die Prüfbefugnis ist die "Sache" des bekämpften Bescheides. Dieser Rahmen wird in den Fällen einer Trennbarkeit der behördlichen Entscheidung weiter eingeschränkt, wenn in der Beschwerde von mehreren trennbaren Absprüchen nur ein Teil bekämpft wird (VwGH 26.03.2015, Ra 2014/07/0077). Eine Auslegung des Paragraph 27, VwGVG dahingehend, dass die Prüfbefugnis der Verwaltungsgerichte jedenfalls stark eingeschränkt zu verstehen wäre, ist unzutreffend. Von einem Beschwerdeführer kann nicht erwartet werden, dass er in seiner Beschwerde sämtliche rechtlichen Angriffspunkte aufzeigt. Ebenso wenig kann davon ausgegangen werden, dass der Gesetzgeber den Prüfungsumfang ausschließlich an das Vorbringen des Beschwerdeführers binden wollte. Die Prüfbefugnis der Verwaltungsgerichte ist aber keine unbegrenzte. Der äußerste Rahmen für die Prüfbefugnis ist die "Sache" des bekämpften Bescheides. Dieser Rahmen wird in den Fällen einer Trennbarkeit der behördlichen Entscheidung weiter eingeschränkt, wenn in der Beschwerde von mehreren trennbaren Absprüchen nur ein Teil bekämpft wird (VwGH 26.03.2015, Ra 2014/07/0077).

Wie der Verwaltungsgerichtshof in seinem Erkenntnis vom 22.01.2015, Ra 2014/06/0055, ausgesprochen hat, ist für die Absteckung des Beschwerdegegenstandes nicht nur die Begründung der Beschwerde, sondern auch das gestellte Begehren maßgeblich. Eine Bindung des Verwaltungsgerichtes an die Beschwerdegründe ist schon deshalb nicht

anzunehmen, weil eine solche letztlich zu einem Neuerungsverbot führen würde, das aber im Verfahren vor dem Verwaltungsgericht nicht vorgesehen ist. Offenkundige Rechtswidrigkeiten sind vom Verwaltungsgericht in jedem Fall auch dann aufzugreifen, wenn sie in den Beschwerdegründen nicht geltend gemacht wurden. Allfällige Zweifel über die Beschwerdegründe oder den Umfang der Anfechtung sind nach dem zu erforschenden Willen der Partei zu lösen (vgl. Eder/Martschin/Schmid, Das Verfahrensrecht der Verwaltungsgerichte, § 27 K7 ff). Entgegen der im bekämpften Erkenntnis vertretenen Auffassung besteht daher keine strenge Bindung an die Beschwerdegründe. Vielmehr ist der Umfang der Anfechtung nach dem zu erforschenden Parteiwillen zu lösen. Wie der Verwaltungsgerichtshof in seinem Erkenntnis vom 22.01.2015, Ra 2014/06/0055, ausgesprochen hat, ist für die Absteckung des Beschwerdegegenstandes nicht nur die Begründung der Beschwerde, sondern auch das gestellte Begehren maßgeblich. Eine Bindung des Verwaltungsgerichtes an die Beschwerdegründe ist schon deshalb nicht anzunehmen, weil eine solche letztlich zu einem Neuerungsverbot führen würde, das aber im Verfahren vor dem Verwaltungsgericht nicht vorgesehen ist. Offenkundige Rechtswidrigkeiten sind vom Verwaltungsgericht in jedem Fall auch dann aufzugreifen, wenn sie in den Beschwerdegründen nicht geltend gemacht wurden. Allfällige Zweifel über die Beschwerdegründe oder den Umfang der Anfechtung sind nach dem zu erforschenden Willen der Partei zu lösen (vergleiche Eder/Martschin/Schmid, Das Verfahrensrecht der Verwaltungsgerichte, Paragraph 27, K7 ff). Entgegen der im bekämpften Erkenntnis vertretenen Auffassung besteht daher keine strenge Bindung an die Beschwerdegründe. Vielmehr ist der Umfang der Anfechtung nach dem zu erforschenden Parteiwillen zu lösen.

Der Verwaltungsgerichtshof hat betreffend ein Berufungsverfahren ausgesprochen, dass Gegenstand eines solchen nur die Frage der Strafbemessung ist, wenn der Berufungswerber nur den Ausspruch über die Strafe bekämpft (VwGH 27.10.2014, Ra 2014/02/0053). Hinsichtlich der Frage der Strafbarkeit ist diesfalls Teilrechtskraft eingetreten (vgl. VwGH 20.09.2013, 2013/17/0305; 24.10.2002, 99/15/0172; 25.04.2002, 2000/15/0084). Für die Beurteilung der Frage, ob in einer gegen ein Straferkenntnis gerichteten Berufung ausdrücklich nur das Ausmaß der verhängten Strafe angefochten wird, kommt es auf den Inhalt dieser Berufung in ihrer Gesamtheit an. Maßgebend ist, ob bei objektiver Betrachtungsweise davon ausgegangen werden kann, dass der Beschuldigte auch den Schuldspruch bekämpft hat (vgl. VwGH 22.04.1999, 99/07/0010; 15.05.1991, 91/02/0002). Macht jedoch die Berufungsbehörde in der Verfahrenskonstellation, dass nur das Ausmaß der verhängten Strafe angefochten wird, dennoch die Prüfung der Strafbarkeit zum Gegenstand ihrer Entscheidung, nimmt sie eine Zuständigkeit in Anspruch, die ihr nicht zukommt (vgl. VwGH 25.04.2002, 2000/15/0084). Diese Judikatur hat auch im Anwendungsbereich des § 27 VwGVG 2014 weiterhin Gültigkeit. Hinsichtlich des Prüfungsumfanges bestimmt § 27 VwGVG, dass das Verwaltungsgericht - soweit es nicht Rechtswidrigkeit wegen Unzuständigkeit der Behörde gegeben findet - den angefochtenen Bescheid auf Grund der Beschwerde zu überprüfen hat. Ist das Beschwerdevorbringen ausdrücklich auf Strafminderung beschränkt, so ist dem Landesverwaltungsgericht eine Überprüfung des Schuldspruchs verwehrt. Der Verwaltungsgerichtshof hat betreffend ein Berufungsverfahren ausgesprochen, dass Gegenstand eines solchen nur die Frage der Strafbemessung ist, wenn der Berufungswerber nur den Ausspruch über die Strafe bekämpft (VwGH 27.10.2014, Ra 2014/02/0053). Hinsichtlich der Frage der Strafbarkeit ist diesfalls Teilrechtskraft eingetreten (vergleiche VwGH 20.09.2013, 2013/17/0305; 24.10.2002, 99/15/0172; 25.04.2002, 2000/15/0084). Für die Beurteilung der Frage, ob in einer gegen ein Straferkenntnis gerichteten Berufung ausdrücklich nur das Ausmaß der verhängten Strafe angefochten wird, kommt es auf den Inhalt dieser Berufung in ihrer Gesamtheit an. Maßgebend ist, ob bei objektiver Betrachtungsweise davon ausgegangen werden kann, dass der Beschuldigte auch den Schuldspruch bekämpft hat (vergleiche VwGH 22.04.1999, 99/07/0010; 15.05.1991, 91/02/0002). Macht jedoch die Berufungsbehörde in der Verfahrenskonstellation, dass nur das Ausmaß der verhängten Strafe angefochten wird, dennoch die Prüfung der Strafbarkeit zum Gegenstand ihrer Entscheidung, nimmt sie eine Zuständigkeit in Anspruch, die ihr nicht zukommt (vergleiche VwGH 25.04.2002, 2000/15/0084). Diese Judikatur hat auch im Anwendungsbereich des Paragraph 27, VwGVG 2014 weiterhin Gültigkeit. Hinsichtlich des Prüfungsumfanges bestimmt Paragraph 27, VwGVG, dass das Verwaltungsgericht - soweit es nicht Rechtswidrigkeit wegen Unzuständigkeit der Behörde gegeben findet - den angefochtenen Bescheid auf Grund der Beschwerde zu überprüfen hat. Ist das Beschwerdevorbringen ausdrücklich auf Strafminderung beschränkt, so ist dem Landesverwaltungsgericht eine Überprüfung des Schuldspruchs verwehrt.

Im Erkenntnis vom 15.05.1991, 91/02/0002, hat der Verwaltungsgerichtshof ausgesprochen, dass keinesfalls nur das Strafausmaß, sondern der Ausspruch über die Schuld bekämpft wird, wenn die abschließende Antragsformulierung des Einspruches auf Herabsetzung der Strafe lautet, jedoch aus der Begründung (hier in einem Nachsatz) eindeutig hervorgeht, dass der Beschuldigte auch die Vorwerfbarkeit des ihm angelasteten Verhaltens bestreitet. Der

Antragsformulierung kommt keine entscheidende Bedeutung zu, weil es in einem Einspruch keines Antrages bedarf und auch dann, wenn Schuld und Strafe bekämpft werden, keine Verpflichtung besteht, die Einstellung des Verfahrens zu beantragen (vgl. VwGH 12.02.1986, 85/03/0134). Im Erkenntnis vom 15.05.1991, 91/02/0002, hat der Verwaltungsgerichtshof ausgesprochen, dass keinesfalls nur das Strafausmaß, sondern der Ausspruch über die Schuld bekämpft wird, wenn die abschließende Antragsformulierung des Einspruches auf Herabsetzung der Strafe lautet, jedoch aus der Begründung (hier in einem Nachsatz) eindeutig hervorgeht, dass der Beschuldigte auch die Vorwerfbarkeit des ihm angelasteten Verhaltens bestreitet. Der Antragsformulierung kommt keine entscheidende Bedeutung zu, weil es in einem Einspruch keines Antrages bedarf und auch dann, wenn Schuld und Strafe bekämpft werden, keine Verpflichtung besteht, die Einstellung des Verfahrens zu beantragen (vergleiche VwGH 12.02.1986, 85/03/0134).

Im Sinne der oben angeführten höchstgerichtlichen Judikatur ist somit zur Beurteilung, in welchem Umfang der gegenständliche Bescheid angefochten wird, auf den zu erforschenden Parteiwillen der BF abzustellen.

Unter Berücksichtigung der Tatsache, dass die BF anwaltlich vertreten ist und die Beschwerde von ihrem Rechtsanwalt abgefasst wurde, ist der deutlichen Formulierung zu Beginn der Beschwerde "die Anfechtung erfolgt sohin bezüglich aller auf Abweisung lautender Entscheidungsteile, nicht aber hinsichtlich der Zurückverweisungsentscheidung" erhebliche Bedeutung zuzumessen.

Hinzu kommt, dass in der abschließenden Antragstellung in der Beschwerde auf den verfahrensursprünglichen Antrag der BF vom 07.03.2014 Bezug genommen wird. In diesem beantragte sie lediglich eine Entscheidung hinsichtlich jener Begehren, die unter dem ersten bis dritten Spruchpunkt des angefochtenen Bescheides abgewiesen wurden.

Bei objektiver Gesamtbetrachtung des Inhaltes der Beschwerde ist somit davon auszugehen, dass lediglich die ersten drei – inhaltlichen – Spruchpunkte des Bescheides, nicht jedoch die Zurückweisungsentscheidung des vierten Spruchpunktes, angefochten werden soll.

Insbesondere ist darauf hinzuweisen, dass die Argumentation des Verwaltungsgerichtshofes in seinem Erkenntnis vom 15.05.1991, 91/02/0002, wonach der Antragsformulierung keine entscheidende Bedeutung zukommt, weil es in einem Einspruch keines Antrages bedarf, in einem Beschwerdeverfahren vor einem Verwaltungsgericht nicht zum Tragen kommen kann, da einer vom Bundesverwaltungsgericht zu fällenden Entscheidung gerade schon ein Antrag, nämlich das sogenannte "Begehren" einer Beschwerde zu Grunde liegen muss (vgl. § 9 Abs. 1 Z 4 VwGVG). Insbesondere ist darauf hinzuweisen, dass die Argumentation des Verwaltungsgerichtshofes in seinem Erkenntnis vom 15.05.1991, 91/02/0002, wonach der Antragsformulierung keine entscheidende Bedeutung zukommt, weil es in einem Einspruch keines Antrages bedarf, in einem Beschwerdeverfahren vor einem Verwaltungsgericht nicht zum Tragen kommen kann, da einer vom Bundesverwaltungsgericht zu fällenden Entscheidung gerade schon ein Antrag, nämlich das sogenannte "Begehren" einer Beschwerde zu Grunde liegen muss (vergleiche Paragraph 9, Absatz eins, Ziffer 4, VwGVG).

Somit beschränkt sich die verfahrensgegenständliche Prüfung auf die abweisenden Spruchteile (erster bis dritter Spruchpunkt) des angefochtenen Bescheides.

3.3. Honorarabzug von € 20,72 betreffend den Patienten PXXXX MXXXX:

Mit dem ersten Spruchpunkt des verfahrensgegenständlichen Bescheides hat die Paritätische Schiedskommission für Wien den Antrag der BF, den Honorarabzug in der Höhe von € 20,72 betreffend den Patienten PXXXX MXXXX im 4. Quartal 2013 durch die WGKK ersatzlos zu beheben, abgewiesen.

Dies begründete die belangte Behörde damit, dass eine im neuen Quartal vorgenommene interne Beurteilung eines erst im neuen Quartal zugekommenen Befundes durch den Arzt, ohne dass dieser durch den Patienten durch Aufsuchen der Ordination und Begehren einer ärztlichen Leistung bzw. Besprechung des Befundes in Anspruch genommen werde, die Verrechnung einer Fallpauschale nicht rechtfertige. Auch das einseitige Senden von E-Mails durch den Arzt an den Patienten stelle keine ärztliche tarifmäßige Leistung dar, da eine solche nicht einseitig durch den Arzt ohne Inanspruchnahme durch den Patienten und ohne Erbringung einer im Honorartarif enthaltenen ärztlichen Leistung verrechnet werden könne. Da die BF für den Patienten PXXXX MXXXX eine solche interne Befundbeurteilung im 4. Quartal 2013 bzw. das Versenden von zwei E-Mails als Konsultationen sowie eine Fallpauschale verrechnet habe, sei der Honorarabzug in der Höhe von € 20,72 durch die WGKK zu Recht erfolgt. Eine Fallpauschale könne erst nach

Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen im jeweiligen Quartal verrechnet werden, wenn der Arzt Leistungen nach der Honorarordnung für den Anspruchsberechtigten erbringe, zu deren Erstattung die WGKK verpflichtet sei. Die Fallpauschale sei keine unabhängig von einer ärztlichen Leistung verrechenbare Position, zumal schon der Wortlaut darauf schließen lasse, dass das Vorliegen eines Falles erforderlich sei, somit, dass der Anspruchsberechtigte ärztliche Leistungen im Quartal in Anspruch nehme.

Fraglich ist daher, ob die BF für die interne Befundbeurteilung sowie auf Grund des E-Mail-Verkehr zu dem Patienten PXXXX MXXXX im

4. Quartal 2013 berechtigt war, der WGKK eine Fallpauschale in der Höhe von € 18,74 sowie einen fachspezifischen Zuschlag in der Höhe von € 1,98 zu verrechnen. Um dies beurteilen zu können, ist zunächst darzulegen, in welchen Fällen eine solche Fallpauschale bzw. ein fachspezifischer Zuschlag seitens eines Vertragsarztes bzw. einer Vertragsärztin der WGKK verrechnet werden darf.

§ 341 Abs. 1 ASVG bestimmt, dass die Beziehungen zwischen den Trägern der Krankenversicherung und den freiberuflich tätigen Ärzten durch Gesamtverträge geregelt werden. Diese sind für die Träger der Krankenversicherung durch den Hauptverband mit den örtlich zuständigen Ärztekammern abzuschließen. Nach Abs. 3 leg.cit. ist der Inhalt des Gesamtvertrages auch Inhalt des zwischen dem Träger der Krankenversicherung und dem Arzt abzuschließenden Einzelvertrages. Vereinbarungen zwischen dem Träger der Krankenversicherung und dem Arzt im Einzelvertrag sind rechtsunwirksam, insoweit sie gegen den Inhalt eines für den Niederlassungsort des Arztes geltenden Gesamtvertrages verstoßen. Paragraph 341, Absatz eins, ASVG bestimmt, dass die Beziehungen zwischen den Trägern der Krankenversicherung und den freiberuflich tätigen Ärzten durch Gesamtverträge geregelt werden. Diese sind für die Träger der Krankenversicherung durch den Hauptverband mit den örtlich zuständigen Ärztekammern abzuschließen. Nach Absatz 3, leg.cit. ist der Inhalt des Gesamtvertrages auch Inhalt des zwischen dem Träger der Krankenversicherung und dem Arzt abzuschließenden Einzelvertrages. Vereinbarungen zwischen dem Träger der Krankenversicherung und dem Arzt im Einzelvertrag sind rechtsunwirksam, insoweit sie gegen den Inhalt eines für den Niederlassungsort des Arztes geltenden Gesamtvertrages verstoßen.

Gemäß § 342 Abs. 2 ASVG ist die Vergütung der Tätigkeit von Vertragsärztinnen und Vertragsärzten nach Einzelleistungen oder nach Pauschalmodellen zu vereinbaren. Die Vereinbarungen über die Vergütung der ärztlichen Leistungen sind in den Honorarordnungen für Einzelordinationen zusammenzufassen; diese bilden einen Bestandteil der Gesamtverträge. Die Gesamtverträge sollen eine Begrenzung der Ausgaben der Träger der Krankenversicherung für die vertragsärztliche Tätigkeit einschließlich der Rückvergütungen bei Inanspruchnahme der wahlärztlichen Hilfe (§ 131) enthalten. Gemäß Paragraph 342, Absatz 2, ASVG ist die Vergütung der Tätigkeit von Vertragsärztinnen und Vertragsärzten nach Einzelleistungen oder nach Pauschalmodellen zu vereinbaren. Die Vereinbarungen über die Vergütung der ärztlichen Leistungen sind in den Honorarordnungen für Einzelordinationen zusammenzufassen; diese bilden einen Bestandteil der Gesamtverträge. Die Gesamtverträge sollen eine Begrenzung der Ausgaben der Träger der Krankenversicherung für die vertragsärztliche Tätigkeit einschließlich der Rückvergütungen bei Inanspruchnahme der wahlärztlichen Hilfe (Paragraph 131,) enthalten.

§ 45 Abs. 1 des oben genannten GV vom 01.01.2011 bestimmt, dass die Honorierung des Vertragsarztes nach den Bestimmungen der Honorarordnung erfolgt, die integrierender Bestandteil dieses Gesamtvertrages ist. Paragraph 45, Absatz eins, des oben genannten GV vom 01.01.2011 bestimmt, dass die Honorierung des Vertragsarztes nach den Bestimmungen der Honorarordnung erfolgt, die integrierender Bestandteil dieses Gesamtvertrages ist.

Art. I Abs. 2 des II. Abschnitts der Honorarordnung lautet: Artikel römisch eins, Absatz 2, des römisch zwei. Abschnitts der Honorarordnung lautet:

"(2) Die Honorierung der von allgemeinen Vertragsfachärzten erbrachten Leistungen erfolgt nach Maßgabe des Tarifes für allgemeine Vertragsfachärzte (Anlage B)."

Der Tarif für allgemeine Vertragsfachärzte (Anlage B) sah für den maßgeblichen Zeitpunkt (ab April 2013) für die im Verfahren strittigen Positionen folgende Honorierung vor:

"1. Fallpauschale pro Anspruchsberechtigten und Quartal 18,74 EUR

2. Punktwert für die nach Punkten bewerteten Sonderleistungen 0,66

EUR"

SONDERLEISTUNGSTARIF

FÜR ALLGEMEINE VERTRAGSFACHÄRZTE

[]

Fachgebiet Haut- und Geschlechtskrankheiten

Pos. Ziff. Text Punkte Betrag

. in Euro

540 Fachspezifischer Zuschlag, einmal pro Quartal verrechenbar 3

."

Nach § 4 des zwischen der BF und der WGKK am 21.03.1994 abgeschlossenen Einzelvertrages ergeben sich die Rechte und Pflichten der Vertragsparteien aus dem Gesamtvertrag, aus den in Hinkunft abgeschlossenen Zusatzvereinbarungen und aus diesem Einzelvertrag. Nach Paragraph 4, des zwischen der BF und der WGKK am 21.03.1994 abgeschlossenen Einzelvertrages ergeben sich die Rechte und Pflichten der Vertragsparteien aus dem Gesamtvertrag, aus den in Hinkunft abgeschlossenen Zusatzvereinbarungen und aus diesem Einzelvertrag.

Da im Einzelvertrag keine weiteren, detaillierteren Regelungen hinsichtlich der jeweiligen Rechte und Pflichten festgelegt sind, sind zu deren Beurteilung der Gesamtvertrag sowie entsprechende Zusatzvereinbarungen heranzuziehen.

Fraglich ist daher, wann die Voraussetzungen für die Verrechnung der Fallpauschale sowie des fachspezifischen Zuschlags nach den oben genannten Tarifbestimmungen für allgemeine Vertragsfachärzte als gegeben anzusehen sind.

Nach der Rechtsprechung des Obersten Gerichtshofes (19.02.2009, 2Ob 48/08k) sind die vom Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger mit den örtlich zuständigen Ärztekammern abgeschlossenen Gesamtverträge (§ 341 ASVG) samt ihren Zusatzvereinbarungen als Rechtsquellen sui generis anzusehen, deren Zustandekommen zwar nach privatrechtlichen Grundsätzen zu beurteilen ist, die ihrem Inhalt nach jedoch Gesetzen im materiellen Sinn gleichzuhalten sind (OGH 21.12.2006, 2 Ob 128/06x; 19.10.2005, 7 Ob 3/05z; SZ 2005/149 mwN). Nach der Rechtsprechung des Obersten Gerichtshofes (19.02.2009, 2Ob 48/08k) sind die vom Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger mit den örtlich zuständigen Ärztekammern abgeschlossenen Gesamtverträge (Paragraph 341, ASVG) samt ihren Zusatzvereinbarungen als Rechtsquellen sui generis anzusehen, deren Zustandekommen zwar nach privatrechtlichen Grundsätzen zu beurteilen ist, die ihrem Inhalt nach jedoch Gesetzen im materiellen Sinn gleichzuhalten sind (OGH 21.12.2006, 2 Ob 128/06x; 19.10.2005, 7 Ob 3/05z; SZ 2005/149 mwN).

Inhalte, die nur das Rechtsverhältnis zwischen den Parteien des Gesamtvertrages regeln und deren kollektive Ziele betreffen, wie etwa der Stellenplan, die Auswahl der Vertragsärzte oder die Pflicht zur Durchführung des Gesamtvertrages, gehören dem "obligatorischen Teil" an. Jene Inhalte hingegen, die die Individualinteressen der Vertragsärzte betreffen, somit auch im Einzelvertrag geregelt werden könnten, wie insbesondere die Rechte und Pflichten der Vertragsärzte und deren Honorierung, werden mit verbindlicher Wirkung für die Einzelvertrags-Parteien im "normativen Teil" des Gesamtvertrages geregelt (Kletter in Sonntag, ASVG5 [2014] § 341 Rz 18; Steinbach, Inhalte, die nur das Rechtsverhältnis zwischen den Parteien des Gesamtvertrages regeln und deren kollektive Ziele betreffen, wie etwa der Stellenplan, die Auswahl der Vertragsärzte oder die Pflicht zur Durchführung des Gesamtvertrages, gehören dem "obligatorischen Teil" an. Jene Inhalte hingegen, die die Individualinteressen der Vertragsärzte betreffen, somit auch im Einzelvertrag geregelt werden könnten, wie insbesondere die Rechte und Pflichten der Vertragsärzte und deren Honorierung, werden mit verbindlicher Wirkung für die Einzelvertrags-Parteien im "normativen Teil" des Gesamtvertrages geregelt (Kletter in Sonntag, ASVG5 [2014] Paragraph 341, Rz 18; Steinbach,

Die rechtliche Natur des Gesamtvertrages im Arztrecht der Sozialversicherung, SozSi 1951, 41; Tomandl, Rechtsnatur, 480).

Ein Gesamtvertrag ist daher in seinem schuldrechtlichen Teil wie ein Vertrag, also nach den §§ 914 ff ABGB auszulegen, während sein normativer Teil nach den Grundsätzen der §§ 6 ff ABGB ausgelegt werden muss (OGH 19.02.2009,

2Ob48/08k; 19.10.2005, 7 Ob 3/05z; Mosler in Strasser, Arzt und gesetzliche Krankenversicherung [1995] 404) Ein Gesamtvertrag ist daher in seinem schuldrechtlichen Teil wie ein Vertrag, also nach den Paragraphen 914, ff ABGB auszulegen, während sein normativer Teil nach den Grundsätzen der Paragraphen 6, ff ABGB ausgelegt werden muss (OGH 19.02.2009, 2Ob48/08k; 19.10.2005, 7 Ob 3/05z; Mosler in Strasser, Arzt und gesetzliche Krankenversicherung [1995] 404).

Die Regelungen betreffend den Tarif für allgemeine Vertragsfachärzte legen den Inhalt der Einzelverträge zu den Vertragsärzten fest, sodass sie dem "normativen Teil" des Gesamtvertrages zuzurechnen sind. Diese Bestimmungen sind daher nach den Grundsätzen der §§ 6 ff ABGB auszulegen. Die Regelungen betreffend den Tarif für allgemeine Vertragsfachärzte legen den Inhalt der Einzelverträge zu den Vertragsärzten fest, sodass sie dem "normativen Teil" des Gesamtvertrages zuzurechnen sind. Diese Bestimmungen sind daher nach den Grundsätzen der Paragraphen 6, ff ABGB auszulegen.

Wie in Schwimann/Kodek, ABGB Taschenkommentar³ [2015] § 6 Rz 2 f, ausgeführt wird, beginnt jede Gesetzesauslegung mit der Erforschung der Bedeutung der Regelung nach dem Sprachgebrauch (grammatikalische Interpretation; stRspr, OGH 28.06.2007, 2 Ob 39/07k). Dabei sind, mangels einer Legaldefinition, anerkannte Erläuterungswerke, sowie die Fachsprache und Erfahrungssätze, die in geregelten Bereichen in Verwendung stehen, zur Auslegung heranzuziehen (einhM; OGH 25.01.2006, 3 Ob 256/05a). Die wörtlich-grammatikalische Auslegung ist zwar primäres, aber nicht einziges Auslegungskriterium (OGH 12.07.1984, 6 Ob 762/83). Jedenfalls bildet der äußerste mögliche Wortsinn eine Auslegungsgrenze, die auch mit den weiteren Interpretationsmethoden nicht überschritten werden darf (einhM; stRspr, OGH 25.03.2014, 9 ObA 5/14x; 08.04.2008, 4 Ob 23/08y). Die Wortlautinterpretation darf nicht dazu führen, dass Normen (insbesondere Verfahrensregeln: OGH 24.11.1998, 1 Ob 247/98z) in ihrer Bedeutung überflüssig und inhaltslos werden (hL; OGH 17.04.2002, 9 ObA 289/01t). Wie in Schwimann/Kodek, ABGB Taschenkommentar³ [2015] Paragraph 6, Rz 2 f, ausgeführt wird, beginnt jede Gesetzesauslegung mit der Erforschung der Bedeutung der Regelung nach dem Sprachgebrauch (grammatikalische Interpretation; stRspr, OGH 28.06.2007, 2 Ob 39/07k). Dabei sind, mangels einer Legaldefinition, anerkannte Erläuterungswerke, sowie die Fachsprache und Erfahrungssätze, die in geregelten Bereichen in Verwendung stehen, zur Auslegung heranzuziehen (einhM; OGH 25.01.2006, 3 Ob 256/05a). Die wörtlich-grammatikalische Auslegung ist zwar primäres, aber nicht einziges Auslegungskriterium (OGH 12.07.1984, 6 Ob 762/83). Jedenfalls bildet der äußerste mögliche Wortsinn eine Auslegungsgrenze, die auch mit den weiteren Interpretationsmethoden nicht überschritten werden darf (einhM; stRspr, OGH 25.03.2014, 9 ObA 5/14x; 08.04.2008, 4 Ob 23/08y). Die Wortlautinterpretation darf nicht dazu führen, dass Normen (insbesondere Verfahrensregeln: OGH 24.11.1998, 1 Ob 247/98z) in ihrer Bedeutung überflüssig und inhaltslos werden (hL; OGH 17.04.2002, 9 ObA 289/01t).

Bleiben bei der Wortsinninterpretation Unklarheiten bzw. ist eine Regelung mehrdeutig, missverständlich oder unvollständig (OGH 19.12.1994, 10 ObS 262/94), ist der Zusammenhang der auszulegenden Worte und Sätze mit anderen Worten und Sätzen des Gesetzes sowie ihre systematische Stellung maßgeblich (systematisch-logische Auslegung; stRspr, OGH 13.06.2001, 7 Ob 133/01m). Aus dem Gesamtkontext einer Norm innerhalb des anzuwendenden Gesetzes, sowie im Zusammenhang mit verwandten Gesetzen, kann sich so ergeben, welche Deutungsmöglichkeit des Wortsinnes zu wählen ist (hM; OGH 25.04.1995, 4 Ob 38/95).

Zur Konkretisierung unbestimmter Rechtsbegriffe sind gesetzliche Wertungen im jeweiligen Gesetz und in verwandten Gesetzen, sowie nach der allgemeinen Lebenserfahrung anerkannte rechtsethische Standards, insbesondere die Rechtsüberzeugung und die Verkehrssitte der beteiligten Kreise zu beachten (vgl. OGH 16.07.1998, 6 Ob 157/98a; 11.11.1992, 1 Ob 644/92). Zur Konkretisierung unbestimmter Rechtsbegriffe sind gesetzliche Wertungen im jeweiligen Gesetz und in verwandten Gesetzen, sowie nach der allgemeinen Lebenserfahrung anerkannte rechtsethische Standards, insbesondere die Rechtsüberzeugung und die Verkehrssitte der beteiligten Kreise zu beachten (vgl. OGH 16.07.1998, 6 Ob 157/98a; 11.11.1992, 1 Ob 644/92).

Bleibt die Auslegung eines Gesetzes nach grammatikalisch-systematischer Interpretation unklar, ist nach der Absicht des Gesetzgebers zu fragen (historisch-subjektive Auslegung; einhM; stRspr, OGH 23.09.2008, 4 Ob 131/08f), die – an Bedeutung zeitlich ab Erlass des Gesetzes abnehmend (OGH 05.06.2008, 9 ObA 149/07p; 09.09.1980, 5 Ob 6/80;) – sich v.a. durch Regierungsvorlagen, stenographische Protokolle, Ausschussberichte, sowie erläuternde Bemerkungen (OGH 22.05.1974, 1 Ob 90/74) erforschen lässt. Auch der Inhalt älterer oder jüngerer gesetzlicher Regelungen, kann Schlüsse auf den Willen des Gesetzgebers hinsichtlich bisher geltender Regelungen zulassen (aus der stRspr etwa OGH

01.03.2011, 10 ObS 154/10k; 26.06.2008, 2 Ob 237/07b; 02.10.2007, 4 Ob 157/07b); die bloßen Gesetzesmaterialien zu einem späteren Gesetz reichen hierfür aber nicht aus (stRspr; OGH 26.06.2008, 2 Ob 237/07b; 29.06.2006, 2 Ob 136/06y). Was in den Gesetzesmaterialien steht, kann – stets jedoch mit besonderer Vorsicht (OGH 13.11.2008, 2 Ob 173/08t) – nur dann zur Interpretation herangezogen werden, wenn dies im Gesetzeswortlaut Deckung findet (hA; OGH 25.05.1972, 3 Ob 45/72).

Ist die Ausdrucksweise eines Gesetzes nach Wortinterpretation und logischer Auslegung zweifelhaft, ist im Rahmen der objektiv-teleologischen Interpretation in wertender Beurteilung der objektiv erkennbare Zweck bzw. Grundgedanke der Norm (aus der stRspr etwa OGH 28.06.2007, 2 Ob 39/07k; 23.04.2003, 9 Ob 241/02k; 27.04.1999, 1 Ob 41/99g), und zwar im Zeitpunkt ihrer Anwendung, nicht ihrer Entstehung (stRspr, etwa OGH 23.09.2008, 4 Ob 131/08f), zu berücksichtigen. Die zulässige Grenze bildet der äußerste mögliche Wortsinn (einhM; stRspr, OGH 28.06.2012, 8 ObS 3/12t; 08.04.2008, 4 Ob 23/08y).

Die Auslegungsmethoden stehen in keinem mechanischen Rangverhältnis zueinander, jedoch soll immer mit der Wortinterpretation begonnen werden (hM; vgl. OGH 28.06.2007, 2 Ob 39/07k). Bei widersprechenden Ergebnissen ist in wertender Entscheidung eine Gesamtabwägung vorzunehmen (hL; OGH 12.07.2005, 4 Ob 115/05y; 23.05.1985, 8 Ob 563/85), wobei ein eindeutiges Ergebnis aus dem Wortlaut und dem Bedeutungszusammenhang gegenüber der subjektiv-historischen und teleologischen Auslegung Priorität hat (hM; stRspr, OGH 21.12.2011, 6 Ob 235/11v; 13.11.2008, 2 Ob 173/08t). Die Auslegungsmethoden stehen in keinem mechanischen Rangverhältnis zueinander, jedoch soll immer mit der Wortinterpretation begonnen werden (hM; vergleiche OGH 28.06.2007, 2 Ob 39/07k). Bei widersprechenden Ergebnissen ist in wertender Entscheidung eine Gesamtabwägung vorzunehmen (hL; OGH 12.07.2005, 4 Ob 115/05y; 23.05.1985, 8 Ob 563/85), wobei ein eindeutiges Ergebnis aus dem Wortlaut und dem Bedeutungszusammenhang gegenüber der subjektiv-historischen und teleologischen Auslegung Priorität hat (hM; stRspr, OGH 21.12.2011, 6 Ob 235/11v; 13.11.2008, 2 Ob 173/08t).

Nach den oben dargelegten Auslegungsregeln ist somit zur verfahrensrelevanten Beurteilung, unter welchen Voraussetzungen eine Fallpauschale gebührt, zunächst auf den Wortsinn der Bestimmung "Fallpauschale pro Anspruchsberechtigten und Quartal" abzustellen. Wie bereits die belangte Behörde im gegenständlich angefochtenen Bescheid ausgeführt hat, lässt bereits der Wortlaut darauf schließen, dass die Verrechnung einer Fallpauschale das Vorliegen eines Falles voraussetzt. Nach dem Duden ist unter "Fall" unter anderem "eine sich in einer bestimmten Weise darstellende Angelegenheit, Sache, Erscheinung" zu verstehen (Duden, Deutsche Rechtschreibung²⁶ [2014]).

Ob darunter ausschließlich die Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen zu verstehen ist, lässt sich insbesondere aus dem Gesamtkontext dieser Regelung innerhalb der anzuwendenden Tarifbestimmungen sowie im Zusammenhang mit verwandten Gesetzen ermitteln.

So normiert § 131 Abs. 1 ASVG, dass dem Anspruchsberechtigten der Ersatz der Kosten der Krankenbehandlung im Ausmaß von 80 vH des Betrages, der bei Inanspruchnahme der entsprechenden Vertragspartner des Versicherungsträgers von diesem aufzuwenden gewesen wäre, gebührt, wenn er nicht die Vertragspartner (§ 338) oder die eigenen Einrichtungen (Vertrageseinrichtungen) des Versicherungsträgers zur Erbringung der Sachleistungen der Krankenbehandlung (ärztliche Hilfe, Heilmittel, Heilbehelfe) in Anspruch nimmt. 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. So normiert Paragraph 131, Absatz eins, ASVG, dass dem Anspruchsberechtigten der Ersatz der Kosten der Krankenbehandlung im Ausmaß von 80 vH des Betrages, der bei Inanspruchnahme der entsprechenden Vertragspartner des Versicherungsträgers von diesem aufzuwenden gewesen wäre, gebührt, wenn er nicht die Vertragspartner (Paragraph 338,) oder die eigenen Einrichtungen (Vertrageseinrichtungen) des Versicherungsträgers zur Erbringung der Sachleistungen der Krankenbehandlung (ärztliche Hilfe, Heilmittel, Heilbehelfe) in Anspruch nimmt. 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 nimmt Bezug auf den Begriff der Krankenbehandlung und bestimmt in Abs. 2, dass sie ausreichend und zweckmäßig sein muss, jedoch das Maß des Notwendigen nicht überschreiten darf. 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. Paragraph 133, ASVG nimmt Bezug auf den Begriff der Krankenbehandlung und bestimmt in Absatz 2,, dass sie ausreichend und zweckmäßig sein muss, jedoch das Maß des Notwendigen nicht überschreiten darf. 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.

Da diese Bestimmungen auf die Inanspruchnahme eines Vertragsarztes für die Erbringung einer Krankenbehandlung, welche eine Sachleistung darstellt, Bezug nehmen und ausdrücklich die Vergütung für die Tätigkeit des entsprechenden Vertragspartners in Form einer Fallpauschale erwähnt wird, ist der Begriff "Fallpauschale" in Zusammenschau mit der oben dargestellten Bedeutung des Wortes "Fall" als eine sich in einer bestimmten Weise darstellende Angelegenheit dahingehend auszulegen, dass die Verrechnung einer solchen die Inanspruchnahme einer Krankenbehandlung und somit zumindest die Konsultation des Vertragsarztes voraussetzt.

Somit kann die bloß interne, nicht schriftliche Beurteilung eines Befundes bzw. das Schreiben oder Empfangen von E-Mails durch eine Vertragsärztin (im Zusammenhang mit Verrechnungsstreitigkeiten) jedenfalls nicht als Grundlage für den Anspruch auf Leistung einer Fallpauschale verstanden werden.

§ 23 GV normiert, dass ein Patient, der den Vertragsfacharzt in Anspruch nimmt, dazu aufzufordern ist, die e-card vorzuweisen. In der Folge ist die Anspruchsberechtigung in der Ordination mittels Einlesens der e-card zu prüfen. Nach Abs. 2 der genannten Bestimmung kann eine online-Abfrage mittels Eingabe der Sozialversicherungsnummer (o-card) vorgenommen werden, wenn der Patient keine e-card vorlegt. Paragraph 23, GV normiert, dass ein Patient, der den Vertragsfacharzt in Anspruch nimmt, dazu aufzufordern ist, die e-card vorzuweisen. In der Folge ist die Anspruchsberechtigung in der Ordination mittels Einlesens der e-card zu prüfen. Nach Absatz 2, der genannten Bestimmung kann eine online-Abfrage mittels Eingabe der Sozialversicherungsnummer (o-card) vorgenommen werden, wenn der Patient keine e-card vorlegt.

Auch aus dieser Bestimmung ist abzuleiten, dass eine bloß interne Tätigkeit eines Vertragsarztes bzw. ein E-Mail-Verkehr ohne Konsultation des Vertragsarztes nicht als Grundlage für die Leistung einer Fallpauschale durch die Krankenkasse verstanden werden kann. So ist als Voraussetzung für das Einlesen der e-card bzw. der o-card – und somit in der Folge als Voraussetzung für die Verrechnung einer entsprechenden Leistung – die Inanspruchnahme des Vertragsfacharztes durch einen Patienten geregelt. Betrachtet man die Bedeutung des Wortes "Inanspruchnahme", ist auszuführen, dass darunter nach dem Duden "das Gebrauchmachen", "Nutzen von etwas, was jemandem als Recht zusteht, als Möglichkeit angeboten wird", zu verstehen ist (Duden, Deutsche Rechtschreibung²⁶ [2014]). Demnach muss der Patient den Vertragsfacharzt konsultieren und eine Leistung beanspruchen, anderenfalls der Vertragsfacharzt weder die e-card bzw. als Ersatz die o-card stecken, noch eine Leistung verrechnen darf.

In Bezug auf den von der BF verrechneten E-Mail-Verkehr zu PXXXX MXXXX ist an dieser Stelle zudem festzuhalten, dass § 51 Abs. 1 ÄrzteG 1998, welcher den Arzt verpflichtet, Aufzeichnungen über jede zur Beratung oder Behandlung übernommene Person, insbesondere über den Zustand der Person bei Übernahme der Beratung oder Behandlung, die Vorgeschichte einer Erkrankung, die Diagnose, den Krankheitsverlauf sowie über Art und Umfang der beratenden, diagnostischen oder therapeutischen Leistungen einschließlich der Anwendung von Arzneispezialitäten und der zur Identifizierung dieser Arzneispezialitäten und der jeweiligen Chargen im Sinne des § 26 Abs. 8 des Arzneimittelgesetzes, BGBl. Nr. 185/1983, erforderlichen Daten zu führen und hierüber der beratenen oder behandelten oder zu ihrer gesetzlichen Vertretung befugten Person alle Auskünfte zu erteilen, an der oben dargelegten Interpretation – entgegen der Ansicht der BF – nichts ändert. Aus dieser Bestimmung sind nämlich keine Auswirkungen auf honorarrechtliche Ansprüche der Vertragsärzte abzuleiten, zumal darin lediglich eine Berufspflicht des Arztes normiert ist. In Bezug auf den von der BF verrechneten E-Mail-Verkehr zu PXXXX MXXXX ist an dieser Stelle zudem festzuhalten, dass Paragraph 51, Absatz eins, ÄrzteG 1998, welcher den Arzt verpflichtet, Aufzeichnungen über jede zur Beratung oder Behandlung übernommene Person, insbesondere über den Zustand der Person bei Übernahme der Beratung oder Behandlung, die Vorgeschichte einer Erkrankung, die Diagnose, den Krankheitsverlauf sowie über Art und Umfang der beratenden, diagnostischen oder therapeutischen Leistungen einschließlich der Anwendung von Arzneispezialitäten und der zur Identifizierung dieser Arzneispezialitäten und der jeweiligen Chargen im Sinne des Paragraph 26, Absatz 8, des

Arzneimittelgesetzes, Bundesgesetzblatt Nr. 185 aus 1983,, erforderlichen Daten zu führen und hierüber der beratenen oder behandelten oder zu ihrer gesetzlichen Vertretung befugten Person alle Auskünfte zu erteilen, an der oben dargelegten Interpretation – entgegen der Ansicht der BF – nichts ändert. Aus dieser Bestimmung sind nämlich keine Auswirkungen auf honorarrechtliche Ansprüche der Vertragsärzte abzuleiten, zumal darin lediglich eine Berufspflicht des Arztes normiert ist.

Zur weiteren Beurteilung des verfahrensgegenständlichen Bescheides ist zudem zu bestimmen, unter welchen Voraussetzungen einem allgemeinen Vertragsfacharzt ein "fachspezifischer Zuschlag" gebührt.

Aus den im Tarif für allgemeine Vertragsfachärzte unter den Positionsziffern 500 bis 542 für das Fachgebiet Haut- und Geschlechtskrankheiten sonstigen angeführten einzelnen Leistungen (z.B. Pos. Ziff. 500, Dunkelfelduntersuchung, 18 Punkte; Pos. Ziff. 536, Versorgung einer Wundrandnekrose bei chronischen Wunden. Nicht gleichzeitig verrechenbar mit Pos. Ziff. 76 und 78, 19 Punkte; Pos. Ziff. 537, Elastischer Kompressionsverband ohne Modellierung von Schaumgummiplatten bei stat. Beinleiden, 20 Punkte) ist abzuleiten, dass die Verrechnung einer in dem Tarif angeführten Position eine konkrete Leistung des entsprechenden Vertragsfacharztes voraussetzt.

Auch ein fachspezifischer Zuschlag kann demnach jedenfalls nicht in einer rein internen – weder nach außen tretenden noch gegenüber dem Patienten erbrachten – Leistung bestehen, sondern setzt eine Konsultation des Vertragsarztes durch den Patienten voraus.

Im Ergebnis ist somit festzuhalten, dass die BF im gegenständlichen Fall für die interne Beurteilung des Befundes des Patienten PXXXX MXXXX sowie den mit diesem erfolgten E-Mail-Verkehr nicht berechtigt war, der Gebietskrankenkasse für das 4. Quartal 2013 eine Fallpauschale bzw. einen fachspezifischen Zuschlag zu verrechnen. Der diesbezügliche Honorarabzug seitens der WGKK erfolgte daher zu Recht.

Demnach war der Antrag der BF, den Honorarabzug in der Höhe von €

20,72 betreffend den Patienten PXXXX MXXXX im 4. Quartal 2013 ersatzlos zu beheben, von der Paritätischen Schiedskommission für Wien abzuweisen.

3.4. Antrag auf Feststellung der Rechts- und Vertragswidrigkeit der erteilten "Verwarnung":

Mit Schreiben vom 27.02.2014, XXXX, teilte die WGKK der BF mit, dass gemäß dem gesamtvertraglichen Regelungswerk eine Verrechnung der Fallpauschale bzw. des fachspezifischen Zuschlags nur bei einer persönlichen und unmittelbaren Behandlung des Versicherten in ihrer Ordination oder im Rahmen eines Hausbesuches möglich sei. Etwaige Vor- oder Nacharbeiten, die im Zusammenhang mit einer Behandlung stehen würden, seien selbst dann, wenn sie quartalsübergreifend stattfinden würden, mit der Fallpauschale und dem fachspezifischen Zuschlag abgegolten. Folglich könnten die Fallpauschale und der fachspezifische Zuschlag insbesondere auch dann nicht verrechnet werden, wenn der Versicherte zu einem vereinbarten Termin nicht erscheine. Ein etwaiges Ausfallshonorar sei gesamtvertraglich nicht vorgesehen und müsste zwischen der BF und dem Versicherten separat vereinbart werden. Daher werde die WGKK den aus der vertragswidrigen Verrechnung für Herrn MXXXX resultierenden Betrag von € 20,72 von ihrer nächsten Honorarabrechnung in Abzug bringen. Darüber hinaus habe die WGKK feststellen müssen, dass die Ordinationskarte der BF am 17.02.2014 sowie am 21.02.2014 – trotz des Schreibens der Kasse vom 12.02.2014 – für Herrn BXXXX erneut gesteckt worden sei. Da der Versicherte jedoch weder in der Ordination gewesen, noch eine Behandlung im Rahmen eines Hausbesuches erfolgt sei, werde die BF aufgefordert, die getätigten Steckungen umgehend zu stornieren. Mit Schreiben vom 27.02.2014, römisch 40, teilte die WGKK der BF mit, dass gemäß dem gesamtvertraglichen Regelungswerk eine Verrechnung der Fallpauschale bzw. des fachspezifischen Zuschlags nur bei einer persönlichen und unmittelbaren Behandlung des Versicherten in ihrer Ordination oder im Rahmen eines Hausbesuches möglich sei. Etwaige Vor- oder Nacharbeiten, die im Zusammenhang mit einer Behandlung stehen würden, seien selbst dann, wenn sie quartalsübergreifend stattfinden würden, mit der Fallpauschale und dem fachspezifischen Zuschlag abgegolten. Folglich könnten die Fallpauschale und der fachspezifische Zuschlag insbesondere auch dann nicht verrechnet werden, wenn der Versicherte zu einem vereinbarten Termin nicht erscheine. Ein etwaiges Ausfallshonorar sei gesamtvertraglich nicht vorgesehen und müsste zwischen der BF und dem Versicherten separat vereinbart werden. Daher werde die WGKK den aus der vertragswidrigen Verrechnung für Herrn MXXXX resultierenden Betrag von € 20,72 von ihrer nächsten Honorarabrechnung in Abzug bringen. Darüber hinaus habe die WGKK feststellen müssen, dass die Ordinationskarte der BF am 17.02.2014 sowie am 21.02.2014 – trotz des Schreibens der Kasse vom 12.02.2014 – für Herrn BXXXX erneut gesteckt worden sei. Da der Versicherte jedoch weder

in der Ordination gewesen, noch eine Behandlung im Rahmen eines Hausbesuches erfolgt sei, werde die BF aufgefordert, die getätigten Steckungen umgehend zu stornieren.

Die BF beantragte, diese "Verwarnung" der WGKK als rechts- und vertragswidrig festzustellen. Diesen Antrag wies die Paritätische Schiedskommission für Wien mit dem zweiten Spruchpunkt des gegenständlich angefochtenen Bescheides vom 30.09.2014 mit der Begründung ab, dass es nicht zu beanstanden sei, wenn die WGKK die BF für die krass im Widerspruch zum Gesamtvertrag und der Honorarordnung stehende Verrechnung der Fallpauschale mit Schreiben vom 27.02.2014 verwarnt habe.

Im Rahmen der Beschwerde brachte die BF vor, dass die Erteilung einer Verwarnung durch die WGKK auch unter der Annahme unzulässig wäre, dass die BF keinen Anspruch auf die gegenständliche Fallpauschale hätte, da mangels einer näheren bzw. abweichenden Regelung allgemeine Grundsätze anzuwenden wären, wonach eine Verwarnung ein Element der Schuld bzw. Vorwerfbarkeit erfordere. Dabei sei zu beachten, dass es sich um einen Bereich handle, in welchem öffentlich-rechtliche Vorgaben mit privatem Vertragsrecht kombiniert seien. Konkret sei insbesondere § 342 ASVG zu beachten, der wesentliche Vorgaben für Verträge wie den gegenständlichen Gesamtvertrag normiere. So sei ganz besonders für die Begründung und Auflösung von Verträgen das strikte Sachlichkeitsgebot zu beachten, weshalb die Gebietskrankenkasse keine Berechtigung habe, Vertragspartnern unbegründete "Verwarnungen" aufzuerlegen. Im Rahmen der Beschwerde brachte die BF vor, dass die Erteilung einer Verwarnung durch die WGKK auch unter der Annahme unzulässig wäre, dass die BF keinen Anspruch auf die gegenständliche Fallpauschale hätte, da mangels einer näheren bzw. abweichenden Regelung allgemeine Grundsätze anzuwenden wären, wonach eine Verwarnung ein Element der Schuld bzw. Vorwerfbarkeit erfordere. Dabei sei zu beachten, dass es sich um einen Bereich handle, in welchem öffentlich-rechtliche Vorgaben mit privatem Vertragsrecht kombiniert seien. Konkret sei insbesondere Paragraph 342, ASVG zu beachten, der wesentliche Vorgaben für Verträge wie den gegenständlichen Gesamtvertrag normiere. So sei ganz besonders für die Begründung und Auflösung von Verträgen das strikte Sachlichkeitsgebot zu beachten, weshalb die Gebietskrankenkasse keine Berechtigung habe, Vertragspartnern unbegründete "Verwarnungen" aufzuerlegen.

Zu prüfen ist daher, ob die WGKK als Vertragspartner der BF berechtigt war, diese "Verwarnung" mit Schreiben vom 27.02.2014 auszusprechen.

§ 17 Abs. 1 GV bestimmt, dass die Krankenbehandlung ausreichend und zweckmäßig sein muss, das Maß des Notwendigen jedoch nicht überschreiten darf und sich an den Richtlinien ökonomischer Krankenbehandlung zu orientieren hat. Paragraph 17, Absatz eins, GV bestimmt, dass die Krankenbehandlung ausreichend und zweckmäßig sein muss, das Maß des Notwendigen jedoch nicht überschreiten darf und sich an den Richtlinien ökonomischer Krankenbehandlung zu orientieren hat.

Gemäß § 31 Abs. 2 Z 3 ASVG obliegt dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (in der Folge: Hauptverband) die Erstellung von Richtlinien zur Förderung oder Sicherstellung der gesamtwirtschaftlichen Tragfähigkeit, der Zweckmäßigkeit und der Einheitlichkeit der Vollzugspraxis der Sozialversicherungsträger. § 31 Abs. 5 Z 10 ASVG bestimmt, dass Richtlinien im Sinne des Abs. 2 Z 3 über die Berücksichtigung ökonomischer Grundsätze bei der Krankenbehandlung unter Bedachtnahme auf § 133 Abs. 2 aufzustellen sind und dass in diesen Richtlinien, die für die Vertragspartner (§§ 338 ff) verbindlich sind, jene Behandlungsmethoden anzuführen sind, die entweder allgemein oder unter bestimmten Voraussetzungen (z.B. für gewisse Krankheitsgruppen) erst nach einer ärztlichen Bewilligung des chef- und kontrollärztlichen Dienstes der Sozialversicherungsträger anzuwenden sind. Gemäß Paragraph 31, Absatz 2, Ziffer 3, ASVG obliegt dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (in der Folge: Hauptverband) die Erstellung von Richtlinien zur Förderung oder Sicherstellung der gesamtwirtschaftlichen Tragfähigkeit, der Zweckmäßigkeit und der Einheitlichkeit der Vollzugspraxis der Sozialversicherungsträger. Paragraph 31, Absatz 5, Ziffer 10, ASVG bestimmt, dass Richtlinien im Sinne des Absatz 2, Ziffer 3, über die Berücksichtigung ökonomischer Grundsätze bei der Krankenbehandlung unter Bedachtnahme auf Paragraph 133, Absatz 2, aufzustellen sind und dass in diesen Richtlinien, die für die Vertragspartner (Paragraphen 338, ff) verbindlich sind, jene Behandlungsmethoden anzuführen sind, die entweder allgemein oder unter bestimmten Voraussetzungen (z.B. für gewisse Krankheitsgruppen) erst nach einer ärztlichen Bewilligung des chef- und kontrollärztlichen Dienstes der Sozialversicherungsträger anzuwenden sind.

Somit geht bereits aus dem Gesetz zweifelsfrei hervor, dass die vom Hauptverband zu erlassenden Richtlinien über die

Berücksichtigung ökonomischer Grundsätze bei der Krankenbehandlung für die Vertragspartner verbindlich sind. Aus dem Verweis auf die §§ 338 ff ASVG ergibt sich, dass die Verbindlichkeit auch die einzelnen Vertragsärzte betrifft und nicht bloß eine Verpflichtung besteht, die Richtlinien im Gesamtvertrag zu berücksichtigen (vgl. Mosler, Rechtsfolgen unwirtschaftlicher Leistungserbringung durch Vertragsärzte, ZAS 1 [2000], 5; Bundesschiedskommission 1998, R 1/97; Mosler in Strasser, Arzt und gesetzliche Krankenversicherung [1995], 102). Somit geht bereits aus dem Gesetz zweifelsfrei hervor, dass die vom Hauptverband zu erlassenden Richtlinien über die Berücksichtigung ökonomischer Grundsätze bei der Krankenbehandlung für die Vertragspartner verbindlich sind. Aus dem Verweis auf die Paragraphen 338, ff ASVG ergibt sich, dass die Verbindlichkeit auch die einzelnen Vertragsärzte betrifft und nicht bloß eine Verpflichtung besteht, die Richtlinien im Gesamtvertrag zu berücksichtigen vergleiche Mosler, Rechtsfolgen unwirtschaftlicher Leistungserbringung durch Vertragsärzte, ZAS 1 [2000], 5; Bundesschiedskommission 1998, R 1/97; Mosler in Strasser, Arzt und gesetzliche Krankenversicherung [1995], 102).

Die – für die Sozialversicherungsträger sowie die freiberuflich tätigen Ärzte verbindlichen – Richtlinien über die Berücksichtigung ökonomischer Grundsätze bei der Krankenbehandlung 2005 (RöK 2005) regeln nach deren § 1 Abs. 1 Z 1 die ökonomischen Grundsätze, nach denen a) die ärztliche Hilfe, b) die der ärztlichen Hilfe gleichgestellten Leistungen, c) die im Zusammenhang mit Leistungen gemäß lit. a und b veranlassten Maßnahmen und d) die Abgabe von Heilbehelfen durch andere Vertragspartner als Apotheker und hausapothekenführende Ärzte als ausreichend, zweckmäßig und das Maß des Notwendigen nicht übersteigend zu beurteilen sind sowie nach § 1 Abs. 1 Z 2 die Maßnahmen, die die Einhaltung dieser Grundsätze sicherstellen sollen. Die – für die Sozialversicherungsträger sowie die freiberuflich tätigen Ärzte verbindlichen – Richtlinien über die Berücksichtigung ökonomischer Grundsätze bei der Krankenbehandlung 2005 (RöK 2005) regeln nach deren Paragraph eins, Absatz eins, Ziffer eins, die ökonomischen Grundsätze, nach denen a) die ärztliche Hilfe, b) die der ärztlichen Hilfe gleichgestellten Leistungen, c) die im Zusammenhang mit Leistungen gemäß Litera a und b veranlassten Maßnahmen und d) die Abgabe von Heilbehelfen durch andere Vertragspartner als Apotheker und hausapothekenführende Ärzte als ausreichend, zweckmäßig und das Maß des Notwendigen nicht übersteigend zu beurteilen sind sowie nach Paragraph eins, Absatz eins, Ziffer 2, die Maßnahmen, die die Einhaltung dieser Grundsätze sicherstellen sollen.

Diese Richtlinien sind gemäß § 2 Abs. 1 RöK 2005 für die im Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger zusammengefassten Krankenversicherungsträger mit der Maßgabe verbindlich, dass der 3. Abschnitt nur vom abrechnenden Krankenversicherungsträger anzuwenden ist. Nach § 2 Abs. 2 RöK 2005 sind die §§ 1 bis 4 und der 2. Abschnitt auch für die in Betracht kommenden Vertragspartner verbindlich. Diese Richtlinien sind gemäß Paragraph 2, Absatz eins, RöK 2005 für die im Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger zusammengefassten Krankenversicherungsträger mit der Maßgabe verbindlich, dass der 3. Abschnitt nur vom abrechnenden Krankenversicherungsträger anzuwenden ist. Nach Paragraph 2, Absatz 2, RöK 2005 sind die Paragraphen eins bis 4 und der 2. Abschnitt auch für die in Betracht kommenden Vertragspartner verbindlich.

§ 23 Abs. 1 Z 1 ASVG bestimmt, dass Träger der Krankenversicherung nach diesem Bundesgesetz - unter anderen - die Gebietskrankenkassen sind, welche nach Abs. 2 leg.cit. für jedes Land mit der im § 26 bezeichneten sachlichen Zuständigkeit errichtet sind. Nach § 31 Abs. 1 ASVG werden die in den §§ 23 bis 25 bezeichneten Versicherungsträger (und die Träger bestimmter Sonderversicherungen) – somit auch die Gebietskrankenkassen – zum Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger zusammengefasst. Paragraph 23, Absatz eins, Ziffer eins, ASVG bestimmt, dass Träger der Krankenversicherung nach diesem Bundesgesetz - unter anderen - die Gebietskrankenkassen sind, welche nach Absatz 2, leg.cit. für jedes Land mit der im Paragraph 26, bezeichneten sachlichen Zuständigkeit errichtet sind. Nach Paragraph 31, Absatz eins, ASVG werden die in den Paragraphen 23 bis 25 bezeichneten Versicherungsträger (und die Träger bestimmter Sonderversicherungen) – somit auch die Gebietskrankenkassen – zum Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger zusammengefasst.

Somit ist die WGKK als einer der im Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger zusammengefassten Krankenversicherungsträger zu qualifizieren, sodass die RöK 2005 gemäß deren § 2 Abs. 1 für diese Gebietskrankenkasse verbindlich sind. Somit ist die WGKK als einer der im Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger zusammengefassten Krankenversicherungsträger zu qualifizieren, sodass die RöK 2005 gemäß deren Paragraph 2, Absatz eins, für diese Gebietskrankenkasse verbindlich sind.

Auf Grund des am 21.03.1994 abgeschlossenen Einzelvertrages zur WGKK ist die BF verfahrensgegenständlich als Vertragspartnerin dieser Krankenkasse anzusehen, weshalb nach § 2 Abs. 2 RöK 2005 deren §§ 1 bis 4 und der 2.

Abschnitt für die BF verbindlich sind. Auf Grund des am 21.03.1994 abgeschlossenen Einzelvertrages zur WGKK ist die BF verfahrensgegenständlich als Vertragspartnerin dieser Krankenkasse anzusehen, weshalb nach Paragraph 2, Absatz 2, RöK 2005 deren Paragraphen eins bis 4 und der 2. Abschnitt für die BF verbindlich sind.

Im 2. Abschnitt der RöK 2005 bestimmt § 6 Abs. 1, dass der Vertragspartner verpflichtet ist, die Krankenbehandlung so zu erbringen und zu veranlassen, dass diese den ökonomischen Grundsätzen gemäß § 3 entspricht. Demnach ist die BF bei der Erbringung der Krankenbehandlung an die in § 3 normierten ökonomischen Grundsätze gebunden. Im 2. Abschnitt der RöK 2005 bestimmt Paragraph 6, Absatz eins,, dass der Vertragspartner verpflichtet ist, die Krankenbehandlung so zu erbringen und zu veranlassen, dass diese den ökonomischen Grundsätzen gemäß Paragraph 3, entspricht. Demnach ist die BF bei der Erbringung der Krankenbehandlung an die in Paragraph 3, normierten ökonomischen Grundsätze gebunden.

So bestimmt § 3 RöK 2005, dass durch die Krankenbehandlung die Gesundheit, die Arbeitsfähigkeit und die Fähigkeit, für die lebenswichtigen persönlichen Bedürfnisse zu sorgen, nach Möglichkeit wiederhergestellt, gefestigt oder gebessert werden sollen (Abs. 1). Die Krankenbehandlung muss ausreichend und zweckmäßig sein, sie darf jedoch das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Sie ist nach dem jeweiligen Stand der medizinischen Wissenschaft zu erbringen. Innerhalb dieses Rahmens erfüllt die Krankenbehandlung unter Beachtung des Wohles und der Betroffenheit des Versicherten (Angehörigen) die ökonomischen Grundsätze, wenn sie geeignet ist, einen ausreichenden therapeutischen und diagnostischen Nutzen zu erzielen und die Kosten im Verhältnis zum Erfolg der Maßnahme möglichst gering zu halten (Abs. 2). Eine Maßnahme ist dabei nicht nur für sich allein zu betrachten, sondern es sind die im überblickbaren Behandlungs- und Untersuchungsverlauf gesetzten bzw. zu setzenden Maßnahmen zu berücksichtigen (Abs. 3). Dabei ist insbesondere darauf Bedacht zu nehmen, 1. dass von mehreren gleichwertig geeigneten Möglichkeiten die ökonomisch günstigste Möglichkeit gewählt wird; 2. ob andere, z.B. hygienische oder diätetische Maßnahmen auch ökonomischer wären als Maßnahmen der Krankenbehandlung; 3. ob anstelle der Einweisung zu einem stationären Krankenhausaufenthalt die Behandlung im ambulanten Bereich (z.B. Krankenhausambulanz, Betreuung durch den Hausarzt, medizinische Hauskrankenpflege) ökonomischer wäre; 4. ob anstelle von ambulant serienweise angewendeten Behandlungsmethoden die Unterbringung in Kur- oder Rehabilitationseinrichtungen ökonomischer wäre (Abs. 4). So bestimmt Paragraph 3, RöK 2005, dass durch die Krankenbehandlung die Gesundheit, die Arbeitsfähigkeit und die Fähigkeit, für die lebenswichtigen persönlichen Bedürfnisse zu sorgen, nach Möglichkeit wiederhergestellt, gefestigt oder gebessert werden sollen (Absatz eins,). Die Krankenbehandlung muss ausreichend und zweckmäßig sein, sie darf jedoch das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Sie ist nach dem jeweiligen Stand der medizinischen Wissenschaft zu erbringen. Innerhalb dieses Rahmens erfüllt die Krankenbehandlung unter Beachtung des Wohles und der Betroffenheit des Versicherten (Angehörigen) die ökonomischen Grundsätze, wenn sie geeignet ist, einen ausreichenden therapeutischen und diagnostischen Nutzen zu erzielen und die Kosten im Verhältnis zum Erfolg der Maßnahme möglichst gering zu halten (Absatz 2,). Eine Maßnahme ist dabei nicht nur für sich allein zu betrachten, sondern es sind die im überblickbaren Behandlungs- und Untersuchungsverlauf gesetzten bzw. zu setzenden Maßnahmen zu berücksichtigen (Absatz 3,). Dabei ist insbesondere darauf Bedacht zu nehmen, 1. dass von mehreren gleichwertig geeigneten Möglichkeiten die ökonomisch günstigste Möglichkeit gewählt wird; 2. ob andere, z.B. hygienische oder diätetische Maßnahmen auch ökonomischer wären als Maßnahmen der Krankenbehandlung; 3. ob anstelle der Einweisung zu einem stationären Krankenhausaufenthalt die Behandlung im ambulanten Bereich (z.B. Krankenhausambulanz, Betreuung durch den Hausarzt, medizinische Hauskrankenpflege) ökonomischer wäre; 4. ob anstelle von ambulant serienweise angewendeten Behandlungsmethoden die Unterbringung in Kur- oder Rehabilitationseinrichtungen ökonomischer wäre (Absatz 4,).

Nach § 10 Abs. 1 RöK 2005 hat der Krankenversicherungsträger – und somit im vorliegenden Verfahren die WGKK – die Tätigkeit der Vertragspartner bezüglich der Einhaltung der Grundsätze der ökonomischen Krankenbehandlung zu prüfen. Die Prüfung erfolgt gemäß Abs. 2 der Bestimmung nach Durchschnittswerten (Z 1), auf der Grundlage von Stichproben (Z 2) sowie in Einzelfällen (Z 3). § 10 Abs. 3 RöK 2005 legt fest, dass die Prüfung insbesondere ärztliche Leistungen, ärztlich verordnete Leistungen, der ärztlichen Hilfe gleichgestellte Leistungen, die Häufigkeit von Überweisungen, Krankenhauseinweisungen, die Feststellungen der Arbeitsunfähigkeit sowie die Ausstellung von Reise(Fahrt)- und Transportaufträgen umfasst. Nach Paragraph 10, Absatz eins, RöK 2005 hat der Krankenversicherungsträger – und somit im vorliegenden Verfahren die WGKK – die Tätigkeit der Vertragspartner

bezüglich der Einhaltung der Grundsätze der ökonomischen Krankenbehandlung zu prüfen. Die Prüfung erfolgt gemäß Absatz 2, der Bestimmung nach Durchschnittswerten (Ziffer eins,), auf der Grundlage von Stichproben (Ziffer 2,) sowie in Einzelfällen (Ziffer 3,). Paragraph 10, Absatz 3, RÖK 2005 legt fest, dass die Prüfung insbesondere ärztliche Leistungen, ärztlich verordnete Leistungen, der ärztlichen Hilfe gleichgestellte Leistungen, die Häufigkeit von Überweisungen, Krankenhauseinweisungen, die Feststellungen der Arbeitsunfähigkeit sowie die Ausstellung von Reise(Fahrt)- und Transportaufträgen umfasst.

§ 12 RÖK 2005 bestimmt näher, dass der Krankenversicherungsträger regelmäßig im Wege von Stichproben sowie in begründeten Einzelfällen die Einhaltung der ökonomischen Grundsätze und die Richtigkeit der Abrechnung zu prüfen hat. Ergibt sich aus einer solchen Überprüfung die Vermutung unökonomischen Verhaltens, soll mit dem Vertragspartner ein Gespräch geführt werden. Erforderlichenfalls sind vom Krankenversicherungsträger die vertraglich und gesetzlich vorgesehenen Schritte zu setzen. Paragraph 12, RÖK 2005 bestimmt näher, dass der Krankenversicherungsträger regelmäßig im Wege von Stichproben sowie in begründeten Einzelfällen die Einhaltung der ökonomischen Grundsätze und die Richtigkeit der Abrechnung zu prüfen hat. Ergibt sich aus einer solchen Überprüfung die Vermutung unökonomischen Verhaltens, soll mit dem Vertragspartner ein Gespräch geführt werden. Erforderlichenfalls sind vom Krankenversicherungsträger die vertraglich und gesetzlich vorgesehenen Schritte zu setzen.

Der WGKK kommt somit grundsätzlich die Berechtigung zu, im begründeten Einzelfall die Einhaltung der ökonomischen Grundsätze sowie die Richtigkeit der Abrechnung durch die BF als Vertragspartnerin zu prüfen, bei Vermutung unökonomischen Verhaltens ein Gespräch mit der BF zu führen, sowie erforderlichenfalls die vertraglich und gesetzlich vorgesehenen Schritte zu setzen.

Im vorliegenden Fall hat die WGKK die Verrechnung der Fallpauschale bzw. des fachspezifischen Zuschlags durch die BF ohne persönlicher und unmittelbarer Behandlung des Versicherten in ihrer Ordination oder im Rahmen eines Hausbesuches als gesamtvertragswidrig angesehen und ihr somit mit vorliegender Begründung mitgeteilt, dass eine solche Abrechnung zu unterbleiben habe, dass die für den Patienten BXXXX getätigten Steckungen der Ordinationskarte zu stornieren seien und das Honorar für den Patienten MXXXX in Abzug zu bringen sein werde.

Da der WGKK die Berechtigung zur Prüfung der Abrechnung durch die BF nach § 12 RÖK 2005 zukommt und – wie sich bereits aus den obigen Ausführungen unter 3.3. bezüglich der zu Unrecht veranschlagten Honorarposten ergibt – im Zuge dieser Prüfung die Vermutung unökonomischen Verhaltens der BF zu Tage getreten ist, kam der Kasse jedenfalls das Recht zu, diesbezüglich mit der BF "das Gespräch" zu suchen bzw. auf Grund der konkret vorliegenden Vermutung eines nicht nur unökonomischen – sondern vielmehr auch gesamtvertragswidrigen – Verhaltens eine schriftliche Aufforderung zur Unterlassung der entsprechenden Vorgehensweise bzw. zur Rückabwicklung bereits getätigter vertragswidriger Abrechnungen auszusprechen. Da der WGKK die Berechtigung zur Prüfung der Abrechnung durch die BF nach Paragraph 12, RÖK 2005 zukommt und – wie sich bereits aus den obigen Ausführungen unter 3.3. bezüglich der zu Unrecht veranschlagten Honorarposten ergibt – im Zuge dieser Prüfung die Vermutung unökonomischen Verhaltens der BF zu Tage getreten ist, kam der Kasse jedenfalls das Recht zu, diesbezüglich mit der BF "das Gespräch" zu suchen bzw. auf Grund der konkret vorliegenden Vermutung eines nicht nur unökonomischen – sondern vielmehr auch gesamtvertragswidrigen – Verhaltens eine schriftliche Aufforderung zur Unterlassung der entsprechenden Vorgehensweise bzw. zur Rückabwicklung bereits getätigter vertragswidriger Abrechnungen auszusprechen.

Den Vorbringen der BF, dass die Erteilung einer Verwarnung durch die WGKK jedenfalls unzulässig wäre, da eine solche nach allgemeinen Grundsätzen das Element der Schuld bzw. der Vorwerfbarkeit erfordere, und dass die Gebietskrankenkasse keine Berechtigung habe, Vertragspartnern unbegründete "Verwarnungen" aufzuerlegen, ist entgegenzuhalten, dass einerseits ein Rückgriff auf allgemeine Grundsätze zur Beurteilung der Rechtmäßigkeit auf Grund des Vorliegens konkreter Bestimmungen nicht geboten ist, sowie, dass – wie bereits ausführlich dargelegt – keinesfalls von einer unbegründeten Verwarnung gesprochen werden kann.

Die von der Gebietskrankenkasse im Schreiben vom 27.02.2014 ausgesprochene "Verwarnung" der BF kann somit jedenfalls nicht als rechtswidrig qualifiziert werden, weshalb das dahingehende Begehren der BF ins Leere geht.

Hinsichtlich des konkreten Antrages der BF auf Feststellung der Vertragswidrigkeit des Ausspruches der "Verwarnung" durch die WGKK ist auszuführen, dass weder der – zwischen der Ärztekammer für Wien und dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger abgeschlossene – Gesamtvertrag vom 01.01.2011 noch der – zwischen der

BF und der WGKK abgeschlossene – Einzelvertrag vom 21.03.1994 Regelungen enthält, die die der Krankenkasse in den RÖK 2005 eingeräumten Befugnisse dahingehend einschränken würden, dass eine solche Aufforderung bzw. "Verwarnung" als vertragswidrig anzusehen wäre.

Somit hat die belangte Behörde den Antrag der BF auf Feststellung der Rechts- bzw. Vertragswidrigkeit der "Verwarnung" durch die WGKK zu Recht abgewiesen.

3.5. Antrag auf Feststellung der Rechts- und Vertragswidrigkeit der "Routine-Patientenbefragungen":

Die BF beantragte weiters die Feststellung der Rechts- bzw. Vertragswidrigkeit der gegen sie seitens der Kasse verhängten "Routine-Patientenbefragungen".

Dieser Antrag wurde mit dem dritten Spruchpunkt des verfahrensgegenständlichen Bescheides vom 30.09.2014 von der Paritätischen Schiedskommission für Wien abgewiesen. Begründend führte die belangte Behörde diesbezüglich aus, dass es keine Sanktionierungen darstelle und nicht gegen die gesamt- und einzelvertraglichen Normen verstoße, wenn die WGKK sich zur Ausübung der Kontrolle von Ärzteabrechnungen Patientenbefragungen bediene.

In der dem gegenständlichen Verfahren zu Grunde liegenden Beschwerde führte die BF aus, dass bezüglich des dritten Spruchpunktes des angefochtenen Bescheides formelle Rechtswidrigkeit vorliege, da die Behörde nur ganz kurz darauf hinweise, dass die Ausübung der Kontrolle von Ärzteabrechnungen durch Patientenbefragung keine Sanktionierung darstelle und nicht gegen die gesamt- und einzelvertraglichen Normen verstoße. Es sei jedoch auch das Sachlichkeitsgebot unter Beachtung der Besonderheiten der gegenständlichen Materie zu berücksichtigen. Auch betreffend diesen Spruchpunkt des Bescheides habe die Kasse einen Honorarstreit gegen die BF – trotz Fakten, die für sie von Anfang an als "medizinische Angelegenheiten" gemäß § 49 Abs. 1 GV erkennbar gewesen seien, als solche erkannt hätten werden müssen und erkannt worden seien, provoziert. Damit habe sie das gemäß §§ 49 Abs. 1 und 50 GV obligate Verfahren nicht eingehalten. In der dem gegenständlichen Verfahren zu Grunde liegenden Beschwerde führte die BF aus, dass bezüglich des dritten Spruchpunktes des angefochtenen Bescheides formelle Rechtswidrigkeit vorliege, da die Behörde nur ganz kurz darauf hinweise, dass die Ausübung der Kontrolle von Ärzteabrechnungen durch Patientenbefragung keine Sanktionierung darstelle und nicht gegen die gesamt- und einzelvertraglichen Normen verstoße. Es sei jedoch auch das Sachlichkeitsgebot unter Beachtung der Besonderheiten der gegenständlichen Materie zu berücksichtigen. Auch betreffend diesen Spruchpunkt des Bescheides habe die Kasse einen Honorarstreit gegen die BF – trotz Fakten, die für sie von Anfang an als "medizinische Angelegenheiten" gemäß Paragraph 49, Absatz eins, GV erkennbar gewesen seien, als solche erkannt hätten werden müssen und erkannt worden seien, provoziert. Damit habe sie das gemäß Paragraphen 49, Absatz eins und 50 GV obligate Verfahren nicht eingehalten.

Es ist daher zu prüfen, ob die Gebietskrankenkasse berechtigt war, Befragungen der Patienten der BF durchzuführen.

Wie bereits oben unter 3.4. ausgeführt, regelt der 3. Abschnitt der RÖK 2005 die Prüfung der Einhaltung der ökonomischen Grundsätze durch die Krankenversicherungsträger. Die §§ 10 bis 12 RÖK 2005 legen die Arten der Wirtschaftlichkeitsprüfung und das Verfahren der Prüfung fest. Diese Bestimmungen richten sich jedoch ausdrücklich an die Krankenversicherungsträger und nicht an die Vertragspartner (§ 2 Abs. 2 RÖK 2005). Die Kasse ist verpflichtet, eine Ökonomiekontrolle, wie sie in den RÖK festgelegt ist, durchzuführen (vgl. Mosler, Rechtsfolgen unwirtschaftlicher Leistungserbringung durch Vertragsärzte, ZAS 1 [2000], 5). Wie bereits oben unter 3.4. ausgeführt, regelt der 3. Abschnitt der RÖK 2005 die Prüfung der Einhaltung der ökonomischen Grundsätze durch die Krankenversicherungsträger. Die Paragraphen 10 bis 12 RÖK 2005 legen die Arten der Wirtschaftlichkeitsprüfung und das Verfahren der Prüfung fest. Diese Bestimmungen richten sich jedoch ausdrücklich an die Krankenversicherungsträger und nicht an die Vertragspartner (Paragraph 2, Absatz 2, RÖK 2005). Die Kasse ist verpflichtet, eine Ökonomiekontrolle, wie sie in den RÖK festgelegt ist, durchzuführen vergleiche Mosler, Rechtsfolgen unwirtschaftlicher Leistungserbringung durch Vertragsärzte, ZAS 1 [2000], 5).

Hinsichtlich der Frage der Berechtigung der Gebietskrankenkasse zur Durchführung von Patientenbefragungen im Zuge der Kontrolle der Abrechnungen der Vertragsärzte ist zunächst festzuhalten, dass es keine Norm gibt, die eine Patientenbefragung verbieten würde. Die Befragung erfolgt auch nicht aus einem unsachlichen Motiv, sondern dient der Kontrolle der Abrechnung des Vertragsarztes, was eindeutig zu den Aufgaben der Kasse gehört und daher einen berechtigten Zweck darstellt (Mosler, Rechtsfolgen unwirtschaftlicher Leistungserbringung durch Vertragsärzte, ZAS 1 [2000], 5).

Auch § 48 Abs. 4 GV spricht nicht gegen die Zulässigkeit von Patientenbefragungen. Danach hat der Versicherungsträger alles zu unterlassen, was das Ansehen des Vertragsarztes und dessen Leistungen in den Augen der Anspruchsberechtigten oder der Öffentlichkeit herabsetzen könnte. Zwar könnte eine Befragung vom Patienten so aufgefasst werden, dass Zweifel an der Ehrlichkeit des Vertragsarztes bestehen, was sicherlich geeignet wäre, das Ansehen des Vertragsarztes beim Anspruchsberechtigten herabzusetzen. Ob ein solcher Eindruck entsteht oder nicht, hängt aber ganz maßgeblich von der Art der Befragung ab. Es macht einen Unterschied, ob dem Patienten als Grund für die Befragung z.B. eine Routine- oder Stichprobenkontrolle angegeben wird oder auf den Verdacht einer Falschverrechnung verwiesen wird. Nur zweiteres wäre im Hinblick auf § 48 Abs. 4 GV problematisch. Sollte die Befragung ergeben, dass unökonomisch behandelt oder falsch verrechnet wurde und ist dies für den Patienten erkennbar, was nicht immer vermeidbar sein wird, muss diesbezüglich wohl auch die Schutzfunktion des § 48 Abs. 4 GV relativiert werden. Es macht also einen Unterschied, ob einem Patienten ein noch nicht verifizierter Verdacht mitgeteilt wird bzw. ihm dieser erkennbar ist oder ob gerade die Befragung ergibt, dass (z.B.) verrechnete Leistungen nicht erbracht wurden, weil der Patient an dem betreffenden Tag gar keinen Kontakt mit dem Arzt hatte. § 48 Abs. 4 GV verpflichtet den Versicherungsträger daher, auf das Ansehen des Vertragsarztes Rücksicht zu nehmen und soweit als möglich den Eindruck beim Patienten zu vermeiden, dass der Vertragsarzt sich etwas "zuschulden" kommen hat lassen. Ein grundsätzliches Patientenbefragungsverbot ergibt sich aus dieser Bestimmung nicht, weil ein so weitgehender Ansehensschutz als geradezu unsachlich angesehen werden müsste (siehe LBK NÖ 21.01.1998, keine GZ, wonach es trotz § 34 GV dem Versicherungsträger überlassen bleibt, wie er den Sachverhalt feststellt. Es besteht auch keine Verpflichtung, die Feststellungen nur nach Rücksprache mit dem Arzt durchzuführen.). Man kann nicht einerseits den Nachweis von Verrechnungsmängeln im einzelnen Behandlungsfall verlangen und dann wichtige Beweisquellen als unzulässig erklären (vgl. zur gleichlautenden Bestimmung des Gesamtvertrages in der damals geltenden Fassung: Mosler, Rechtsfolgen unwirtschaftlicher Leistungserbringung durch Vertragsärzte, ZAS 1 [2000], 5). Auch Paragraph 48, Absatz 4, GV spricht nicht gegen die Zulässigkeit von Patientenbefragungen. Danach hat der Versicherungsträger alles zu unterlassen, was das Ansehen des Vertragsarztes und dessen Leistungen in den Augen der Anspruchsberechtigten oder der Öffentlichkeit herabsetzen könnte. Zwar könnte eine Befragung vom Patienten so aufgefasst werden, dass Zweifel an der Ehrlichkeit des Vertragsarztes bestehen, was sicherlich geeignet wäre, das Ansehen des Vertragsarztes beim Anspruchsberechtigten herabzusetzen. Ob ein solcher Eindruck entsteht oder nicht, hängt aber ganz maßgeblich von der Art der Befragung ab. Es macht einen Unterschied, ob dem Patienten als Grund für die Befragung z.B. eine Routine- oder Stichprobenkontrolle angegeben wird oder auf den Verdacht einer Falschverrechnung verwiesen wird. Nur zweiteres wäre im Hinblick auf Paragraph 48, Absatz 4, GV problematisch. Sollte die Befragung ergeben, dass unökonomisch behandelt oder falsch verrechnet wurde und ist dies für den Patienten erkennbar, was nicht immer vermeidbar sein wird, muss diesbezüglich wohl auch die Schutzfunktion des Paragraph 48, Absatz 4, GV relativiert werden. Es macht also einen Unterschied, ob einem Patienten ein noch nicht verifizierter Verdacht mitgeteilt wird bzw. ihm dieser erkennbar ist oder ob gerade die Befragung ergibt, dass (z.B.) verrechnete Leistungen nicht erbracht wurden, weil der Patient an dem betreffenden Tag gar keinen Kontakt mit dem Arzt hatte. Paragraph 48, Absatz 4, GV verpflichtet den Versicherungsträger daher, auf das Ansehen des Vertragsarztes Rücksicht zu nehmen und soweit als möglich den Eindruck beim Patienten zu vermeiden, dass der Vertragsarzt sich etwas "zuschulden" kommen hat lassen. Ein grundsätzliches Patientenbefragungsverbot ergibt sich aus dieser Bestimmung nicht, weil ein so weitgehender Ansehensschutz als geradezu unsachlich angesehen werden müsste (siehe LBK NÖ 21.01.1998, keine GZ, wonach es trotz Paragraph 34, GV dem Versicherungsträger überlassen bleibt, wie er den Sachverhalt feststellt. Es besteht auch keine Verpflichtung, die Feststellungen nur nach Rücksprache mit dem Arzt durchzuführen.). Man kann nicht einerseits den Nachweis von Verrechnungsmängeln im einzelnen Behandlungsfall verlangen und dann wichtige Beweisquellen als unzulässig erklären vergleiche zur gleichlautenden Bestimmung des Gesamtvertrages in der damals geltenden Fassung: Mosler, Rechtsfolgen unwirtschaftlicher Leistungserbringung durch Vertragsärzte, ZAS 1 [2000], 5).

Im vorliegenden Fall stellt sich die Frage nach der Zulässigkeit von Routine-Patientenbefragungen ohne Mitteilung eines noch nicht verifizierten konkreten Verdachtes einer Falschverrechnung an die Patienten, sodass ein Verstoß gegen § 48 Abs. 4 GV nicht zu erblicken ist. Im vorliegenden Fall stellt sich die Frage nach der Zulässigkeit von Routine-Patientenbefragungen ohne Mitteilung eines noch nicht verifizierten konkreten Verdachtes einer Falschverrechnung an die Patienten, sodass ein Verstoß gegen Paragraph 48, Absatz 4, GV nicht zu erblicken ist.

Da sich auch sonst weder gesetzliche Bestimmungen noch Regelungen im vorliegenden Einzelvertrag finden, die die gegenständlichen Befragungen unzulässig machen würden, kommt das Bundesverwaltungsgericht zu dem Schluss,

dass die Gebietskrankenkasse berechtigt war, Routine- Befragungen der Patienten der BF durchzuführen.

Dem Vorbringen der BF, dass das Vorliegen von "medizinischen Angelegenheiten" gemäß § 49 Abs. 1 GV von der WGKK nicht erkannt worden und somit das gemäß §§ 49 Abs. 1 und 50 GV obligate Verfahren nicht eingehalten worden sei, ist entgegenzuhalten, dass im vorliegenden Fall weder "medizinische Angelegenheiten" im Sinne des § 49 Abs. 1 GV noch "Fragen der ärztlichen Behandlung" iSd § 50 Abs. 1 GV vorliegen. Dem Vorbringen der BF, dass das Vorliegen von "medizinischen Angelegenheiten" gemäß Paragraph 49, Absatz eins, GV von der WGKK nicht erkannt worden und somit das gemäß Paragraphen 49, Absatz eins und 50 GV obligate Verfahren nicht eingehalten worden sei, ist entgegenzuhalten, dass im vorliegenden Fall weder "medizinische Angelegenheiten" im Sinne des Paragraph 49, Absatz eins, GV noch "Fragen der ärztlichen Behandlung" iSd Paragraph 50, Absatz eins, GV vorliegen.

Der Antrag der BF auf Feststellung der Rechts- bzw. Vertragswidrigkeit der Patientenbefragungen durch die WGKK war somit von der Paritätischen Schiedskommission abzuweisen.

Es war daher spruchgemäß zu entscheiden.

3.6. Entfall der mündlichen Verhandlung:

Der Sachverhalt war iSd § 24 Abs. 4 VwGVG entscheidungsreif, weshalb von der Durchführung einer mündlichen Verhandlung abgesehen werden konnte. Eine mündliche Erörterung hätte eine weitere Klärung der Rechtssache nicht erwarten lassen, zumal der der Entscheidung zugrunde gelegte Sachverhalt unstrittig ist. Der Sachverhalt war iSd Paragraph 24, Absatz 4, VwGVG entscheidungsreif, weshalb von der Durchführung einer mündlichen Verhandlung abgesehen werden konnte. Eine mündliche Erörterung hätte eine weitere Klärung der Rechtssache nicht erwarten lassen, zumal der der Entscheidung zugrunde gelegte Sachverhalt unstrittig ist.

Dem Entfall der Verhandlung stehen auch weder Art 6. Abs. 1 der Konvention zum Schutze der Menschenrechte und Grundfreiheiten (EMRK), BGBl. Nr. 2010/1958, noch Art. 47 der Charta der Grundrechte der Europäischen Union (GRC), ABl. Nr. C83 vom 30.03.2010 S. 389, entgegen. Dem Entfall der Verhandlung stehen auch weder Artikel 6, Absatz eins, der Konvention zum Schutze der Menschenrechte und Grundfreiheiten (EMRK), Bundesgesetzblatt Nr. 2010 aus 1958,, noch Artikel 47, der Charta der Grundrechte der Europäischen Union (GRC), ABl. Nr. C83 vom 30.03.2010 S. 389, entgegen.

Der Europäische Gerichtshof für Menschenrechte hat in seiner Entscheidung vom 19. Februar 1998, 8/1997/792/993 (Fall Jacobsson; ÖJZ 1998, 41), unter Hinweis auf seine Vorjudikatur das Unterbleiben einer mündlichen Verhandlung dann als mit der EMRK vereinbar erklärt, wenn besondere Umstände ein Absehen von einer solchen Verhandlung rechtfertigen. Solche besonderen Umstände erblickte der Europäische Gerichtshof für Menschenrechte darin, dass das Vorbringen des Beschwerdeführers im Fall Jacobsson vor dem Obersten Schwedischen Verwaltungsgericht nicht geeignet war, irgendeine Tatsachen- oder Rechtsfrage aufzuwerfen, die eine mündliche Verhandlung erforderlich machte (vgl. z.B. VwGH 29.06.2005, 2004/08/0044, 19.11.2004, 2000/02/0269). Des Weiteren hat der EGMR in seinen Entscheidungen vom 10. Mai 2007, Nr. 7401/04 (Hofbauer/Österreich 2), und vom 3. Mai 2007, Nr. 17912/05 (Bösch/Österreich), unter Hinweis auf seine frühere Rechtsprechung dargelegt, dass der Beschwerdeführer grundsätzlich ein Recht auf eine mündliche Verhandlung vor einem Tribunal hat, außer es lägen außergewöhnliche Umstände vor, die eine Ausnahme davon rechtfertigten. Der EGMR hat das Vorliegen solcher außergewöhnlichen Umstände angenommen, wenn das Verfahren ausschließlich rechtliche oder "hoch-technische" Fragen ("exclusively legal or highly technical questions") betrifft. Der Gerichtshof verwies in diesem Zusammenhang auch auf das Bedürfnis der nationalen Behörden nach zweckmäßiger und wirtschaftlicher Vorgangsweise, das angesichts der sonstigen Umstände des Falles zum Absehen von einer mündlichen Verhandlung berechtigte (vgl. VwGH 28.09.2010, 2009/05/0160). Der Europäische Gerichtshof für Menschenrechte hat in seiner Entscheidung vom 19. Februar 1998, 8/1997/792/993 (Fall Jacobsson; ÖJZ 1998, 41), unter Hinweis auf seine Vorjudikatur das Unterbleiben einer mündlichen Verhandlung dann als mit der EMRK vereinbar erklärt, wenn besondere Umstände ein Absehen von einer solchen Verhandlung rechtfertigen. Solche besonderen Umstände erblickte der Europäische Gerichtshof für Menschenrechte darin, dass das Vorbringen des Beschwerdeführers im Fall Jacobsson vor dem Obersten Schwedischen Verwaltungsgericht nicht geeignet war, irgendeine Tatsachen- oder Rechtsfrage aufzuwerfen, die eine mündliche Verhandlung erforderlich machte vergleiche z.B. VwGH 29.06.2005, 2004/08/0044, 19.11.2004, 2000/02/0269). Des Weiteren hat der EGMR in seinen Entscheidungen vom 10. Mai 2007, Nr. 7401/04 (Hofbauer/Österreich 2), und vom 3. Mai 2007, Nr. 17912/05 (Bösch/Österreich), unter Hinweis auf seine frühere

Rechtsprechung dargelegt, dass der Beschwerdeführer grundsätzlich ein Recht auf eine mündliche Verhandlung vor einem Tribunal hat, außer es lägen außergewöhnliche Umstände vor, die eine Ausnahme davon rechtfertigten. Der EGMR hat das Vorliegen solcher außergewöhnlichen Umstände angenommen, wenn das Verfahren ausschließlich rechtliche oder "hoch-technische" Fragen ("exclusively legal or highly technical questions") betrifft. Der Gerichtshof verwies in diesem Zusammenhang auch auf das Bedürfnis der nationalen Behörden nach zweckmäßiger und wirtschaftlicher Vorgangsweise, das angesichts der sonstigen Umstände des Falles zum Absehen von einer mündlichen Verhandlung berechnete (vergleiche VwGH 28.09.2010, 2009/05/0160).

Solche Umstände, die ein Absehen von einer mündlichen Verhandlung rechtfertigen, liegen auch im gegenständlichen Fall vor, da keine Tatsachenfragen aufgeworfen wurden, die eine mündliche Verhandlung erforderlich gemacht hätten, und das Verfahren somit ausschließlich rechtliche Fragen betrifft.

Der Sachverhalt war weder in wesentlichen Punkten ergänzungsbedürftig noch erschien er in entscheidenden Punkten als nicht richtig und war den schlüssigen tragenden Erwägungen der Verwaltungsbehörde zu folgen; rechtlich relevante und zulässige Neuerungen wurden in der Beschwerde nicht vorgetragen, es wurden keine Fragen aufgeworfen, deren Lösung eine mündliche Verhandlung erfordert hätte (siehe auch VwGH 28.05.2014, Ra 2014/20/0017, wonach sich die bisher zu § 67d AVG ergangene Rechtsprechung auf das Verfahren vor den Verwaltungsgerichten insoweit übertragen lässt, als sich die diesbezüglichen Vorschriften weder geändert haben noch aus systematischen Gründen sich eine geänderte Betrachtungsweise als geboten darstellt). Der Sachverhalt war weder in wesentlichen Punkten ergänzungsbedürftig noch erschien er in entscheidenden Punkten als nicht richtig und war den schlüssigen tragenden Erwägungen der Verwaltungsbehörde zu folgen; rechtlich relevante und zulässige Neuerungen wurden in der Beschwerde nicht vorgetragen, es wurden keine Fragen aufgeworfen, deren Lösung eine mündliche Verhandlung erfordert hätte (siehe auch VwGH 28.05.2014, Ra 2014/20/0017, wonach sich die bisher zu Paragraph 67 d, AVG ergangene Rechtsprechung auf das Verfahren vor den Verwaltungsgerichten insoweit übertragen lässt, als sich die diesbezüglichen Vorschriften weder geändert haben noch aus systematischen Gründen sich eine geänderte Betrachtungsweise als geboten darstellt).

Zu Spruchpunkt B):

Gemäß § 25a Abs. 1 des Verwaltungsgerichtshofgesetzes 1985 (VwGG), BGBl. Nr. 10/1985 idGF, hat das Verwaltungsgericht im Spruch seines Erkenntnisses oder Beschlusses auszusprechen, ob die Revision gemäß Art. 133 Abs. 4 B-VG zulässig ist. Der Ausspruch ist kurz zu begründen. Gemäß Paragraph 25 a, Absatz eins, des Verwaltungsgerichtshofgesetzes 1985 (VwGG), Bundesgesetzblatt Nr. 10 aus 1985, idGF, hat das Verwaltungsgericht im Spruch seines Erkenntnisses oder Beschlusses auszusprechen, ob die Revision gemäß Artikel 133, Absatz 4, B-VG zulässig ist. Der Ausspruch ist kurz zu begründen.

Nach Art. 133 Abs. 4 B-VG ist die Revision gegen ein Erkenntnis des Verwaltungsgerichtes zulässig, wenn sie von der Lösung einer Rechtsfrage abhängt, der grundsätzliche Bedeutung zukommt, insbesondere weil das Erkenntnis von der Rechtsprechung des Verwaltungsgerichtshofes abweicht, eine solche Rechtsprechung fehlt oder die zu lösende Rechtsfrage in der bisherigen Rechtsprechung des Verwaltungsgerichtshofes nicht einheitlich beantwortet wird. Nach Artikel 133, Absatz 4, B-VG ist die Revision gegen ein Erkenntnis des Verwaltungsgerichtes zulässig, wenn sie von der Lösung einer Rechtsfrage abhängt, der grundsätzliche Bedeutung zukommt, insbesondere weil das Erkenntnis von der Rechtsprechung des Verwaltungsgerichtshofes abweicht, eine solche Rechtsprechung fehlt oder die zu lösende Rechtsfrage in der bisherigen Rechtsprechung des Verwaltungsgerichtshofes nicht einheitlich beantwortet wird.

Es liegt keine Rechtsprechung des Verwaltungsgerichtshofes zu den Voraussetzungen der Verrechnung einer Fallpauschale sowie eines fachspezifischen Zuschlags durch einen allgemeinen Vertragsfacharzt, zur Zulässigkeit des Ausspruches einer Verwarnung durch eine Gebietskrankenkasse sowie zur Zulässigkeit der Durchführung von Patientenbefragungen durch diese vor. Somit hängt die gegenständliche Entscheidung von der Lösung einer Rechtsfrage ab, der grundsätzliche Bedeutung zukommt.

Es war daher spruchgemäß zu entscheiden.

Schlagworte

Ärzteliste, Pauschalgebühren, Revision zulässig, Vertragsverhältnis

European Case Law Identifier (ECLI)

ECLI:AT:BVWG:2017:W217.2101244.1.00

Zuletzt aktualisiert am

21.04.2017

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

© 2026 JUSLINE

JUSLINE® ist eine Marke der ADVOKAT Unternehmensberatung Greiter & Greiter GmbH.

www.jusline.at