

S 38 KA 1123/15

Land
Freistaat Bayern
Sozialgericht
SG München (FSB)
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung
38
1. Instanz
SG München (FSB)
Aktenzeichen
S 38 KA 1123/15
Datum
29.05.2019
2. Instanz
Bayerisches LSG
Aktenzeichen
-
Datum
-
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil
Leitsätze

I. In den Fällen, in denen eine Prüfung von Amts wegen durchgeführt wird, hemmt der Prüfantrag der Krankenkasse bzw. der Kassenärztlichen Vereinigung die vierjährige Ausschlussfrist bei Wirtschaftlichkeitsprüfungen nicht.

II. Bei einer Jahresprüfung nach § 16 Abs. 2 Prüfvereinbarung beginnt die vierjährige Ausschlussfrist erst mit dem Ende des letzten Quartals der Prüfung, nicht bereits mit dem ersten Prüfungsquartal.

III. Eine Verordnung ist nicht allein deshalb als unwirtschaftlich anzusehen, wenn mit dieser kein Behandlungsschein einhergeht bzw. sich auf dem Behandlungsschein keine Verordnungs-Diagnose befindet (a.A. bei Erstverordnungen BSG, Urteil vom 20.3.2013, Az. [B 6 KA 17/12 R](#)).

IV. Die Dokumentation dient dem Patienten, dem Mitbehandler (Ärzten, Krankenhäusern), dem Nachbehandler, aber auch dem behandelnden Vertragsarzt als Gedächtnislücke sowie im Rahmen der Abrechnung vertragsärztlicher Leistungen zur Nachweisführung und im Zusammenhang mit haftungsrechtlichen Fragen (Landesozialgericht Niedersachsen-Bremen, Urteil vom 26.11.2014, Az. [L 3 KA 70/12](#)).

V. Fehlt eine Dokumentation insgesamt, oder erfüllt diese nicht die Mindestanforderungen an Klarheit und Bestimmtheit - es kommt darauf an, ob ein fachkundige Arzt die Behandlungsweise/Verordnungsweise auf der Basis der Dokumentation nachvollziehen kann - sind die Leistungen als nicht erbracht anzusehen und daher zu regressieren (Landesozialgericht München, Urteil vom 7.7.2004, Az. [L 3 KA 510/02](#)).

VI. Die Vorschriften über die Dokumentation ärztlicher Leistungen (§ 57 Abs. 1 Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä), § 10 Abs. 1 der Berufsordnung für Ärzte Bayern, Art. 18 Abs. 1 Ziff. 3 Heilberufe Kammergesetz (HKaG), [§ 630f BGB](#) und für Heilmittel aus § 3 Abs. 3 Heilmittel-RL) lassen offen, auf welche Weise und wo zu dokumentieren ist. § 57 Abs. 1 BMV-Ä bestimmt lediglich, der Vertragsarzt habe die Befunde, die Behandlungsmaßnahmen sowie die veranlassten Leistungen einschließlich des Tages der Behandlung in geeigneter Form zu dokumentieren. Deshalb erscheint es ausreichend, wenn die Dokumentation anderweitig erfolgt, beispielsweise in der Patientenakte.

I. Der Bescheid des Beklagten vom 07.09.2015 wird aufgehoben. Der Beklagte wird verpflichtet, über den Widerspruch des Klägers erneut unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts zu entscheiden.

Im Übrigen wird die Klage abgewiesen.

II. Die Kosten des Verfahrens tragen der Kläger und der Beklagte jeweils zur Hälfte.

Im Übrigen sind Kosten der Beigeladenen nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Gegenstand der zum Sozialgericht München eingelegten Klage war der Widerspruchsbescheid des Beklagten vom 07.09.2015, betreffend die Prüfung der Ordnungsweise nach § 16 der Prüfvereinbarung in den Quartalen 1/08-4/08. Der Kläger ist Balneologe und praktischer Arzt. Während die Prüfstelle einen Regress in Höhe von 6.317,71 EUR aussprach, reduzierte der Beklagte den Regress nach Widerspruch auf 5.592,03 EUR.

Der Beklagte führte aus, der Bescheid der Prüfstelle sei formell rechtmäßig. Es werde zwar die Antragsfrist nach § 16 Abs. 2

Prüfvereinbarung überschritten. Diese diene aber nur der Verfahrensbeschleunigung, so dass ein Verstoß dagegen unerheblich sei. Für die Abwicklung des Prüfverfahrens gelte die vierjährige Ausschlussfrist (BSG, Urteil vom 20.03.2013, Az. [B 6 KA 18/12 R](#)). Während dieser 4-Jahres-Frist müsse die Prüfung eingeleitet werden, indem die Prüfungsstelle ihren Bescheid erlasse. Es reiche aber auch aus, wenn binnen dieser Frist ein Prüfantrag der Krankenkassen gestellt werde, sofern auch der betroffene Vertragsarzt Kenntnis hiervon erlangt habe. Dem Widerspruchsführer/Kläger sei der ausführlich begründete Antrag für die Quartale 1/08-4/08 am 13.12.2011 zugeleitet worden, also innerhalb von vier Jahren nach Ende des Verordnungsquartals 4/08. Mit der Bekanntgabe des Antrags sei die Frist wirksam gehemmt worden. Der Prüfbescheid sei dann am 25.04.2012 erlassen worden, also ca. vier Monate nach Zustellung des fristhemmenden Antrags.

Zur materiellen Rechtslage wies der Beklagte darauf hin, für den Vertragsarzt bestehe eine Dokumentationspflicht. Diese müsse mindestens so umfassend sein, dass ein anderer Arzt im Einzelnen die Behandlungsmaßnahmen nachvollziehen könne (vgl. SG Marburg, Urteil vom 21.11.2012, Az. [S 12 KA 8/12](#)). Mehrere Indizien ließen Zweifel aufkommen, ob die Verordnungen ordnungsgemäß ausgestellt worden seien. Zum einen fehlten Scheine, es gebe fehlende Verordnungsdiagnosen auf dem Behandlungsschein, einen falschen Indikationsschlüssel, Verordnung von zwei vorrangigen Heilmitteln parallel und sonstige Verstöße gegen die Heilmittelrichtlinien.

In der Klagebegründung führte die Prozessbevollmächtigte des Klägers aus, der angefochtene Bescheid des Beklagten sei bereits formell rechtswidrig. Denn der Beklagte habe gegen die Begründungspflicht des [§ 35 SGB X](#) verstoßen. Der Bescheid sei nicht nachvollziehbar. Denn es hätte nach § 16 Abs. 4 Prüfvereinbarung auch vorrangig geprüft werden müssen, ob eine Beratung ausreichend sei.

Auch materiell-rechtlich sei der angefochtene Bescheid zu beanstanden. Es gelte nämlich die Ausschlussfrist von vier Jahren nach [§ 106 SGB V](#). Diese Frist beginne im Regelfall unmittelbar nach Ablauf des Quartals, dem die Verordnung kostenmäßig zugeordnet sei. Nur in besonderen Fällen eines sachlich-veranstalt längerer Zeitraums könne sich die Prüfung auf mehrere Quartale beziehen, so dass die Vierjahres-Frist nach Ablauf des letzten dazugehörenden Quartals beginne. Es sei auch keine rechtserhebliche Hemmung der Verjährungs- bzw. Ausschlussfrist mit der Zustellung des Antrags der Krankenkasse entstanden. Hier sei die Regelung in [§ 204 Abs. 1 Nr. 12 BGB](#) entsprechend anzuwenden. Danach gebe es keine Hemmung, wenn Quartale betroffen seien, bei denen die Prüfung von Amts wegen durchzuführen sei. Hier sei die Prüfung nach dem Prüfbescheid vom 25.4.2012 nach § 16 Prüfvereinbarung von Amts wegen eingeleitet worden. Der Antrag der Beigeladenen zu 2 stelle daher nur eine unverbindliche Anregung an die Prüfungsgremien dar. Die Vier-Jahresfrist sei zumindest bezüglich des Quartals 1/08 verstrichen. Folge man der Auffassung des Beklagten, könne die Frist durch Verbindung beliebiger Quartale ausgehebelt werden. Der Schutz des Vertragsarztes würde dann "ins Leere" laufen. Dies habe zur Folge, dass der gesamte Bescheid des Beklagten als rechtswidrig anzusehen sei, da nicht zwischen den einzelnen Quartalen differenziert worden sei. Außerdem würden die erforderlichen Daten vorliegen. Nicht eingehalten sei auch der Grundsatz "Beratung vor Regress", der sich aus § 16 Abs. 4 der Prüfvereinbarung ergebe.

Die mündliche Verhandlung am 22.11.2016 wurde auf Antrag der Prozessbevollmächtigten des Klägers vertagt. Am 21.02.2017 fand ein Erörterungstermin statt, in dem die Vertreter der Beklagten anregten, sich außergerichtlich zu einigen. Es gehe auch um das Problem der sogenannten "Ersatzrichtgrößenprüfung". Die beim Bayerischen Landessozialgericht anhängigen Verfahren sollten erst abgewartet werden. Der Beklagte teilte mit Schreiben vom 07.11.2017 mit, es fehlten die Diagnosen auf den Behandlungsscheinen. Dies stelle einen Verstoß gegen § 3 Abs. 3 Heilmittel-RL und [§ 295 SGB V](#) dar. Es wurden für 22 Patienten Dokumentationen angefordert. Für 14 Patienten sei der Kläger dieser Anforderung nachgekommen. Weitere Dokumentationen könnten wegen eines Wasserschadens nicht übermittelt werden. In der Sitzung vom 08.02.2017 wurde ein sogenannter Gesamtvergleich über 30.000 EUR geschlossen. Dieser Gesamtvergleich wurde mit Bescheid vom 08.02.2017 dokumentiert. Dem Kläger seien Ratenzahlungen eingeräumt worden. Nachdem die Ratenzahlungsfristen nicht eingehalten worden seien, bestehe keine Basis für eine Fortsetzung von Vergleichsverhandlungen.

Die Prozessbevollmächtigte des Klägers führte aus, den einschlägigen Vorschriften ([§§ 73 Abs. 2 Nr. 2 SGB V](#), [92 Abs. 1 S. 2 Nr. 6](#), [295 SGB V](#) und § 3 Abs. 3 Heilmittel-Richtlinien) sei nicht zu entnehmen, dass eine Abrechnung der Behandlungsleistungen bei der KVB erfolgen müsse. Der Kläger habe dies leider versäumt. Er habe die Verordnungs-Diagnosen aber entsprechend Ziffer 22 der Heilmittel-Richtlinien auf der Verordnung vermerkt. Insgesamt sei von einer mangelnden Ermessensausübung bezüglich des "Ob s" und des "Wie s" (Höhe) des Regresses auszugehen. Nochmals sei zu betonen, dass eine Beratung ausreichend gewesen sei.

Die Beigeladene zu 2 teilte mit (Schreiben vom 11.02.2019), die Vergleichsbemühungen seien erfolglos gewesen. Hinzu komme, dass es weitere Regressverfahren über ca. 35.000 EUR Regresssumme gebe. Offenbar fehle dem Kläger die notwendige Einsicht zur Änderung seines Ordnungsverhaltens.

In der mündlichen Verhandlung am 29.05.2019 beantragte die Prozessbevollmächtigte des Klägers, den Bescheid des Beklagten vom 07.09.2015 aufzuheben. Hilfsweise beantragte sie, den Bescheid des Beklagten vom 07.09.2015 aufzuheben und den Beklagten zu verpflichten, erneut über den Widerspruch des Klägers unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts zu entscheiden.

Die Vertreterin des Beklagten beantragte, die Klage abzuweisen.

Die Vertreter der Beigeladenen stellten keinen Antrag.

Beigezogen und Gegenstand der mündlichen Verhandlung war die Beklagtenakte. Im Übrigen wird auf den sonstigen Akteninhalt, insbesondere die Schriftsätze der Beteiligten, sowie die Niederschriften aus den mündlichen Verhandlungen und dem Erörterungstermin verwiesen.

Entscheidungsgründe:

Die beim Sozialgericht München eingelegte Klage ist, was der Hauptantrag betrifft, zulässig, aber unbegründet. Dagegen ist dem hilfsweise gestellten zulässigen Antrag stattzugeben.

Die Hauptsacheklage wäre nur dann begründet, wenn der Kläger ausschließlich einen Anspruch auf Aufhebung hätte. Dies wäre zum Beispiel dann der Fall, wenn wegen einer bestehenden Ausschlussfrist eine Wirtschaftlichkeitsprüfung nicht hätte durchgeführt werden

dürfen. Es handelt sich hier um eine Wirtschaftlichkeitsprüfung auf der Grundlage des [§ 106 Abs. 2 Nr. 2 SGB V](#) i.V.m. § 16 der Prüfvereinbarung. Danach prüft die Prüfungsstelle auf Antrag eines der Vertragspartner, einer Krankenkasse oder von Amts wegen als Folge einer Stichprobenauswahl, ob der Vertragsarzt im Einzelfall mit seiner Ordnungsweise gegen das Wirtschaftlichkeitsgebot verstoßen hat.

Die gefestigte Rechtsprechung der Sozialgerichte (vgl. BSG, Urteil vom 18.08.2010, Az. [B 6 KA 14/09 R](#)) geht von einer vierjährigen Ausschlussfrist auch bei der Festsetzung des Regresses wegen unwirtschaftlicher Verordnung von Arzneimitteln aus. Innerhalb dieser Ausschlussfrist ist der Richtigstellungsbescheid bekanntzugeben (BSG, Urteil vom 06.09.2006, Az. B 6 KA 40/05R). Es handelt sich um eine Schutzvorschrift zu Gunsten des Arztes. Dieser soll zeitlich nicht unbegrenzt in Regress genommen werden. Die Frist beginnt mit dem Ende des geprüften Ordnungszeitraums.

Unstrittig ist, dass der Erlass eines Verwaltungsaktes gegenüber dem Betroffenen zur Hemmung der Ausschlussfrist führt (vgl. BSG, Urteil 06.09.2006, Az. B 6 KA 40/05R). Strittig ist aber, ob die Bekanntgabe eines Prüfantrages, der dem Erlass des Bescheides vorausgeht, zur Hemmung der Ausschlussfrist ausreicht. Das Bundessozialgericht vertritt hierzu die Auffassung, dass durch die grundsätzliche Umstellung des Wirtschaftlichkeitsprüfungsverfahrens von einem antragsgebundenen auf ein von Amts wegen durchzuführendes Verfahren (Neuregelung des [§ 106 Abs. 2 SGB V](#)) jedenfalls in den Fällen, in denen eine Prüfung von Amts wegen durchgeführt wird, der Prüfantrag der Krankenkasse bzw. der Kassenärztlichen Vereinigung die vierjährige Ausschlussfrist nicht hemmt (BSG, Urteil vom 15.08.2012, Az. [B 6 KA 45/11 R](#)). Zur Begründung wird ausgeführt, dass der mit der Ausschlussfrist verbundene Schutz des Arztes, nicht zeitlich unbegrenzt für seine Ordnungen in Anspruch genommen zu werden, ansonsten weitestgehend leerliefe. Die Ausschüsse könnten routinemäßig bei Auffälligkeiten den Ärzten Mitteilungen zuleiten.

Die Anwendung dieser Überlegungen auf das streitgegenständliche Verfahren bedeutet folgendes:

Würde sich der Regress lediglich auf ein Quartal, hier 1/08 beziehen, würde die vierjährige Ausschlussfrist mit dem zweiten Quartal 2008, also am 01.04.2008 beginnen. Das Ende der vierjährigen Ausschlussfrist wäre dann datumsmäßig der 31.03.2012. Nachdem die Prüfungsstelle den Bescheid am 25.04.2012 erlassen hat und das Datum außerhalb der vierjährigen Ausschlussfrist liegt, hätte eine Wirtschaftlichkeitsprüfung dann nicht stattfinden dürfen. Ein Übersenden des Prüfantrages durch die Prüfungsstelle am 13.12.2011 reicht für eine Hemmung der vierjährigen Ausschlussfrist nicht aus.

Hier bezog sich die Prüfung der Wirtschaftlichkeit der Ordnungsweise des Klägers aber auf vier Quartale (1/08-4/08). Die Möglichkeit einer Jahresprüfung ist ausdrücklich in § 16 Abs. 2 Prüfvereinbarung vorgesehen. Es handelt sich um einen Sonderfall, in dem es zulässig ist, die vierjährige Ausschlussfrist erst mit dem Ende des letzten Quartals, hier also des vierten Quartals 2008 beginnen zu lassen, d.h. Beginn der Ausschlussfrist ist der 31.12.2008 und Ende der Ausschlussfrist ist der 01.01.2013. Der Bescheid der Prüfungsstelle vom 25.04.2012 liegt innerhalb der Ausschlussfrist, so dass hierdurch eine Hemmung eingetreten ist. Dagegen kann nicht eingewandt werden, die Ausschlussfrist könne durch Verbindung beliebig vieler Quartale ausgehebelt werden, so dass der Schutz der Ausschlussfrist ins "Leere" laufe. Denn nach § 16 Abs. 2 Prüfvereinbarung handelt es sich nicht um beliebig viele Quartale, sondern um maximal vier Quartale, auf die die Prüfung erstreckt werden kann. Hinzu kommt, dass eine Prüfung über einen größeren Zeitraum mehr Zeit in Anspruch nimmt und deshalb das Ergebnis der Prüfung mit einem Bescheid erst später festgestellt werden kann. Schließlich betont auch das Bundessozialgericht (BSG, Urteil vom 18.08.2010, Az. B 6 KA 14/09R), dass die Frist nach Ende des geprüften Ordnungszeitraums beginnt. Letztendlich würde eine Jahresprüfung nach § 16 Abs. 2 der Prüfvereinbarung deutlich erschwert, wenn nicht sogar in manchen Fällen ausgeschlossen, was mit § 16 Abs. 2 der Prüfvereinbarung nicht vereinbar wäre, würde die Ausschlussfrist auch in Fällen einer Jahresprüfung bereits mit dem Ende des ersten geprüften Quartals beginnen.

Somit war die Klage im Hauptantrag abzuweisen.

Dagegen ist die hilfsweise eingelegte Klage begründet.

Parallel zum streitgegenständlichen Verfahren (Prüfung nach § 16 Prüfvereinbarung) wurde auch eine Prüfung nach § 15 Prüfvereinbarung vorgenommen. Dies führte für die Quartale 3/06, 1/07, 2/07, 3/07, 4/07, 1/08, 2/08 und 4/08 zu Regressen in Höhe von insgesamt 124.180,50 EUR. In der Sitzung des Beklagten vom 08.02.2017 wurde folgender Vergleich geschlossen:

1. Die von der Prüfungsstelle Ärzte Bayern festgesetzten Regresse in den Quartalen 3/2006, 1/2007, 2/2007, 3/2007, 4/2007, 1/2008, 2/2008 und 4/2008 (VPML 6984451-063, VPML 6984451-071, VPML 6984451-072, VPML 6984451-073, VPML 6984451-0074, VPML 6984451-081, VPML 6984451-082 und VPML 6984451-800/1-084) in Höhe von insgesamt 124.280,50 EUR werden auf 30.000 EUR reduziert.
2. Der fällige Regress ist in 8 Quartalsraten mit jeweils gleichen Teilbeträgen (8 x 3.750 EUR) zu begleichen. Die Raten sind jeweils fällig zum 3. des ersten Monats eines Quartals. Die erste Rate ist zum 03.04.2017 zu zahlen. Geht eine Rate ganz oder teilweise bis zum 3. Werktag nach Fälligkeit nicht ein, wird der gesamte Restbetrag zur sofortigen Zahlung fällig.
3. Die Parteien sind sich darüber einig, dass mit Abschluss des Vergleichs die Verfahren für die Quartale 3/06, 1/07, 2/07, 3/07, 4/07, 1/08, 2/08 und 4/08 im vollen Umfang erledigt sind.
4. Die Hinzuziehung eines Rechtsanwaltes im Vorverfahren wird als erforderlich erachtet.
5. Der Beschwerdeausschuss Ärzte Bayern erstattet die notwendigen Auslagen der Praxis zu 76 %.

Das Gericht hat erwogen, ob sich dieser Vergleich auch auf den hier streitgegenständlichen Bescheid des Beklagten vom 07.08.2015 erstreckt. Dafür spricht, dass es sich um zum Teil identische Quartale handelt (1/08, 2/08 und 4/08), im Vergleichstext keine Erwähnung findet, ob sich der Vergleich auf eine Prüfung der Ordnungsweise nach § 15 bzw. § 16 Prüfvereinbarung oder sogar auf beide Prüfungen beziehen soll. Dagegen spricht aber, dass unter Ziffer 1 des Vergleichs, in der alle Aktenzeichen aufgeführt sind, das Aktenzeichen des hier streitgegenständlichen Bescheides des Beklagten nicht genannt ist, die unter Ziffer 1 genannte Regresssumme von 124.180,50 EUR den Regress aus der Prüfung nach § 16 Prüfvereinbarung nicht beinhaltet und die Beteiligten auch weitere Vergleichsverhandlungen geführt

haben. Insofern ist davon auszugehen, dass das streitgegenständliche Verfahren mit dem Vergleich vom 08.02.2017 keine Erledigung gefunden hat.

Die zum Großteil parallele Prüfung nach § 15 Prüfvereinbarung und die hier streitgegenständliche Prüfung nach § 16 Prüfvereinbarung lassen sich jedoch nicht separat betrachten. Es ist nicht ersichtlich und bekannt, ob bei der Prüfung nach § 15 Prüfvereinbarung die Leistungen, die der Prüfung nach § 16 unterlagen, herausgerechnet wurden sowie unter welchen Annahmen die Regresse in Höhe von 124.280,50 EUR auf 30.000 EUR reduziert wurden. Insofern ist zu besorgen, dass der Kläger zumindest in den Quartalen 1/08, 2/08 und 4/08 einer Doppelbelastung ausgesetzt ist. Die Beklagte wird daher gehalten sein, aufzuzeigen, wie sich die Prüfungen wechselseitig zueinander verhalten.

Ferner wird die Beklagte veranlasst sein, darzulegen, weshalb eine Beratung nicht ausreicht. § 16 Abs. 4 Satz 1 Prüfvereinbarung bestimmt ausdrücklich, die Prüfungsstelle habe vorrangig zu prüfen, ob eine Beratung ausreichend ist. Dem angefochtenen Bescheid ist jedoch nicht zu entnehmen, weshalb eine Beratung nicht als ausreichend angesehen wird, so dass sowohl von einem Ermessensnichtgebrauch, als auch von einem Begründungsdefizit nach [§ 35 SGB X](#) auszugehen ist.

Was die zwischen den Beteiligten strittige Frage betrifft, ob, in welchem Umfang und in welcher Form die Verordnung Diagnosen zu dokumentieren sind, wird auf folgendes hingewiesen.

Nach Auffassung der 38. Kammer des Sozialgerichts München ist eine Verordnung nicht allein deshalb als unwirtschaftlich anzusehen, wenn mit dieser kein Behandlungsschein einhergeht bzw. sich auf dem Behandlungsschein keine Verordnungs-Diagnose befindet. Zwar hat das Bundessozialgericht (BSG, Urteil vom 20.10.2013, Az. [B 6 KA 17/12 R](#)) betont, zu einer Erstverordnung gehöre, dass ihr eine ärztliche Behandlung zu Grunde gelegen habe. Dies müsse der Arzt auf dem Abrechnungs- bzw. Überweisungsschein dokumentieren.

Zunächst ist nicht ersichtlich, ob es sich im streitgegenständlichen Verfahren um Erstverordnungen handelt, die beanstandet wurden, oder um Folgeverordnungen des Klägers bzw. Folgeverordnungen, denen Erstverordnungen durch andere Ärzte/Krankenhäuser vorausgingen. Der Kläger ist praktischer Arzt in einer "Kurstadt". Es ist deshalb davon auszugehen, dass verhältnismäßig viele Folgeverordnungen bei Kurgästen stattfinden.

Würde man sich der Ansicht des Bundessozialgerichts anschließen, hätte dies zur Folge, dass eine Unwirtschaftlichkeit von Verordnungen nur bei Erstverordnungen besteht, die nicht zum Abgleich mit dem Abrechnung- bzw. Überweisungsschein gebracht werden können, nicht jedoch bei Folgeverordnungen. Abgesehen davon mag es zwar sinnvoll sein, wenn gleichzeitig ein Behandlungsschein vorliegt, auf dem die Verordnungsdiagnose dokumentiert ist. Eine zwingende Notwendigkeit ist jedoch nicht erkennbar.

Auch die erkennende Kammer hat in vorausgehenden Entscheidungen die große Bedeutung der Dokumentation ärztlicher Leistungen herausgestellt (vgl. SG München, Urteil vom 25.07.2018, Az. [S 38 KA 645/16](#)). Die Dokumentation dient dem Patienten, dem Mitbehandler (Ärzten, Krankenhäusern), dem Nachbehandler, aber auch dem behandelnden Vertragsarzt als Gedächtnislücke sowie im Rahmen der Abrechnung vertragsärztlicher Leistungen zur Nachweisführung und im Zusammenhang mit haftungsrechtlichen Fragen (Landesozialgericht Niedersachsen-Bremen, Urteil vom 26.11.2014, Az. [L 3 KA 70/12](#)). Fehlt eine Dokumentation insgesamt, oder erfüllt diese nicht die Mindestanforderungen an Klarheit und Bestimmtheit - es kommt darauf an, ob ein fachkundige Arzt die Behandlungsweise/Verordnungsweise auf der Basis der Dokumentation nachvollziehen kann - sind die Leistungen als nicht erbracht anzusehen und daher zu regressieren (Landesozialgericht München, Urteil vom 07.07.2004, Az. [L 3 KA 510/02](#)).

Eine ordnungsgemäße Dokumentation ist daher auch im Interesse des behandelnden Vertragsarztes unerlässlich. Das Erfordernis der Dokumentation ärztlicher Leistungen ergibt sich aus § 57 Abs. 1 Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä), § 10 Abs. 1 der Berufsordnung für Ärzte Bayern, Art. 18 Abs. 1 Ziff. 3 Heilberufe Kammergesetz (HKaG), [§ 630f BGB](#) und für Heilmittel aus § 3 Abs. 3 Heilmittel-RL. Die Frage stellt sich jedoch, auf welche Weise und wo zu dokumentieren ist. Dies wird offengelassen. § 57 Abs. 1 BMV-E bestimmt lediglich, der Vertragsarzt habe die Befunde, die Behandlungsmaßnahmen sowie die veranlassten Leistungen einschließlich des Tages der Behandlung in geeigneter Form zu dokumentieren. Dass nur eine Dokumentation auf dem Behandlungsschein als "geeignet" anzusehen ist, ergibt sich jedenfalls aus den vorgenannten Regelungen nicht. Den Partnern war und ist es nicht verwehrt, entsprechende konkrete Regelungen in den Bundesmantelvertrag-Ärzte aufzunehmen, die dann für die Vertragsärzte verbindlich sind. Deshalb erscheint es ausreichend, wenn die Dokumentation anderweitig erfolgt, beispielsweise in der Patientenakte. Legt der geprüfte Arzt im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung eine solche Dokumentation vor, die die Anforderungen an Klarheit und Bestimmtheit erfüllt, bestehen dagegen keine rechtlichen Bedenken, auch wenn sie sich nicht auf dem Behandlungsschein wiederfindet.

Die Beklagte wird daher zusätzlich zur Überprüfung und Darstellung, wie sich die Prüfungen nach § 15 und § 16 Prüfvereinbarung wechselseitig zueinander verhalten, nach Anforderung von geeigneten Dokumentationen die Wirtschaftlichkeit der Verordnungsweise des Klägers erneut zu beurteilen haben.

Aus den genannten Gründen war zu entscheiden, wie geschehen.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a SGG](#) i.V.m. [§ 155 Abs. 1 VwGO](#), [§ 162 Abs. 3 VwGO](#).

Rechtskraft

Aus

Login

FSB

Saved

2019-07-18