



Sozialgericht Hannover

Im Namen des Volkes

Urteil

S 24 KA 208/19

Verkündet am: 14. Dezember 2022

A., Justizsekretärin
als Urkundsbeamtin der Geschäftsstelle

In dem Rechtsstreit

B.– Kläger –

Prozessbevollmächtigte:

C. gegen

D.– Beklagte –

hat die 24. Kammer des Sozialgerichts Hannover auf die mündliche Verhandlung vom 14.12.2022 durch den Richter am Sozialgericht E. sowie die ehrenamtlichen Richter F. und G. für Recht erkannt:

Der Bescheid der Beklagten vom 21. Februar 2019 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 2. Oktober 2019 wird aufgehoben.

Der Kläger trägt die Kosten des Verfahrens.

Tatbestand

Die Beteiligten streiten über die Rechtmäßigkeit einer Honorarrückforderung für die Quartale IV 2017 und I/2018.

Der Kläger ist Facharzt für Allgemeinmedizin mit Zulassung zur vertragsärztlichen Versorgung mit Sitz in H..

Mit Schreiben vom 27. September 2018 teilte die Beklagte dem Kläger die Einleitung eines Prüfverfahrens für die Quartale IV/2017 und I/2018 wegen Überschreitungen im Quartalsprofil (50.670 Minuten im Quartal IV/2017 und 51.635 Minuten im Quartal I/2018) sowie überdurchschnittlich häufiger Abrechnungen der GOP 01411 (Dringender Besuch), 01412 (Dringender Besuch/ dringende Visite auf der Belegstation) und 01415 (Dringender Besuch eines Patienten in beschützenden Wohnheimen bzw. Einrichtungen bzw. Pflege- oder Altenheimen mit Pflegepersonal) im Vergleich zur verfeinerten Fachgruppe:

| GOP | Quartal IV/2017 | Quartal I/2018 |
|-------|-----------------|----------------|
| 01411 | 765,2% | 262,4% |
| 01412 | 192,2% | 26% |
| 01415 | 1.034,3% | 714,4% |

Auffällig sei zudem die häufige Abrechnung dieser Ziffern bei einzelnen Patienten mit bis zu acht Mal beim selben Patienten innerhalb eines Quartals. Aus den codierten Diagnosen lasse sich nicht auf eine Dringlichkeit schließen. Zum Teil seien andere Ziffern abgerechnet worden, die Zweifel an der Dringlichkeit begründeten (z.B. hausärztlich-geriatrisches Basisassessment). Hinzu komme, dass in den geprüften Quartalen nahezu keine Abrechnungen der GOP 01410 und 01413 bei den beispielhaft geprüften Patienten vorlägen. Die Beklagte forderte den Kläger zur Übersendung der Patientendokumentation für jeweils zehn ausgewählte Fälle pro Quartal auf.

Der Kläger verweist in seinem Schreiben vom 8. Oktober 2018 auf seine Qualifikation als Palliativmediziner und ein hochbetagtes, multimorbides und überdurchschnittlich palliatives Patientenlientel. Hausbesuche und Heimbefuche würden in angemessenem Umfang durchgeführt. Aufgrund von Praxisschließungen gebe es zahlreiche Neupatienten. Nach nochmaliger Durchsicht halte er seine Abrechnung trotz der erhobenen Einwände für plausibel. Es gebe kein Verbot, bei einem dringenden Besuch auch Zusatzleistungen zu erbringen. Die Diagnosen aus dem Verlauf bzw. Klinikdiagnosen machten seine Abrechnung durchaus plausibel. Eine Dokumentation zu den angeforderten Patienten legt der Kläger nicht vor. Er macht jedoch zu den einzelnen Patienten stichwortartige Anmerkung zu Erkrankungen, teils Befunden, teils Medikation. Auf den Inhalt der Verwaltungsakte wird insoweit Bezug genommen. Nach nochmaliger Aufforderung legte der Kläger Patientenunterlagen vor. Diese wurden nach Auswertung bei der Beklagten jedoch nicht zur Akten genommen und liegen der Beklagten nicht mehr vor.

Im Rahmen eines persönlichen Gesprächs am 20. Dezember 2018 wurde die Thematik mit dem Kläger besprochen und ein Vorschlag zur einvernehmlichen Lösung unterbreitet. Mit weiterer anwaltlicher Stellungnahme macht der Kläger geltend, dass in sämtlichen der geprüften Fälle

sich die Dringlichkeit aus der Schilderung des Patienten bzw. der Pflegekraft im Einzelfall ergeben habe. Ob sich der Fall dann später objektiv als dringlich herausstelle, sei unerheblich.

Mit Bescheid vom 21. Februar 2019 hob die Beklagte die Honorarbescheide für die Quartale IV/2017 und I/2018 teilweise auf und verlangte die Erstattung von insgesamt 7.033,27 EUR (abzüglich Verwaltungskosten). Dabei stellte die Beklagte Abrechnungsfehler in den Fällen I. und J. (IV/2017) sowie K. (I/2018) im Hinblick auf die GOP 01415 fest und kürzte diese Ziffer auf den doppelten Durchschnitt der verfeinerten Vergleichsgruppe. Zudem ersetzte die Beklagte die gestrichenen GOP 01415 durch die GOP 01410.

Gegen diese Entscheidung erhob der Kläger am 25. März 2018 Widerspruch. Er wiederholt seine bisherige Begründung. Die Heimpatienten würden in der Regel durch qualifiziertes Personal betreut, so dass Standardbesuche in den Heimen nicht stattfänden und diese Patienten nur auf Anforderung besucht würden. In der Regel erhalte er eine solche Anforderung bei akuten Verschlechterungen des Gesundheitszustandes. Die Dringlichkeit sei daher aus Sicht des Patienten bzw. des Pflegepersonals gegeben. Zwar werde im Hinblick auf die Dringlichkeit eine Dokumentation empfohlen. Es handele sich aber nicht um eine Abrechnungsvoraussetzung. Die Dringlichkeit ergebe sich u.a. aus der Pflegedokumentation, die naturgemäß nicht Teil seiner Dokumentation sei. Zu einzelnen Patienten (u.a. I., J. und K.) macht der Kläger weitergehende Ausführungen zu der seinerzeit erfolgten Behandlung. Insoweit wird auf den Verwaltungsvorgang der Beklagten ergänzend Bezug genommen. Bei Auftreten von zunehmenden Schmerzen, Unruhe und Verwirrtheit seien die Besuche indiziert. Der Kläger werde zukünftig die von der Beklagten empfohlene Dokumentation erstellen. Bisher habe er von diesem „Bürokratismus“ mit Blick auf die bestehende Pflegedokumentation abgesehen.

Mit Schreiben vom 10. Mai 2019 bat die Beklagte um erneute Einreichung der bereits im Anhörungsverfahren vorgelegten Dokumentation sowie um Vorlage der vom Kläger thematisierten Pflegedokumentation. Die nachträglichen Erläuterungen seien nicht ausreichend.

Mit Schreiben vom 27. Mai 2019 reichte der Kläger Karteikartenaudrucke mit Ausdrucksdatum vom 28. Mai 2019 für div. Patienten ein (u.a. I., J., K. und L.). Auf den Akteninhalt wird insoweit Bezug genommen.

Den Widerspruch wies die Beklagte mit Widerspruchsbescheid vom 2. Oktober 2019 als unbegründet zurück. Die Dringlichkeit sei bereits aus ex-ante-Sicht in den Fällen I. und K. nicht gegeben. Selbst wenn sich der Gesundheitszustand zum Lebensende hin rapide verschlechtere und die tägliche Gabe von Morphin notwendig würde, handele es sich nicht um dringende Besuche. Die Besuche seien geplant, da sich die Patienten unter Umständen in einer präfinalen

Phase befänden und der Kläger als erfahrener Palliativmediziner wisse, dass in einer solchen Situation die Patienten mehrmals wöchentlich bzw. täglich besucht werden müssten. Für die Patientin I. sei die GOP 01415 in der Zeit vom 10. Oktober bis 9. November 2017 12-mal abgerechnet worden. Es sich nicht plausibel, dass im Rahmen einer qualifizierten palliativmedizinischen Betreuung keine Routinebesuche geplant würden. Die Widerspruchs begründung rechtfertige keine andere Beurteilung. In der ursprünglich eingereichten Dokumentation seien lediglich die Diagnosen, ausgestellte Verordnungen sowie die abgerechneten GOP enthalten gewesen. Die im Widerspruchsverfahren nachträglich ergänzte Patientendokumentation könne nicht anerkannt werden. Die Pflegedokumentation sei trotz Aufforderung nicht eingereicht worden. Im Fall L. erfülle die Patientendokumentation weder die Anforderungen an die allgemeine Dokumentationspflicht noch ergäben sich aus der Dokumentation irgendwelche Hinweise zur Anforderung des Besuchs, die auf eine Dringlichkeit schließen.

Mit der am 4. November 2019 erhobenen Klage verfolgt der Kläger sein Begehren weiter. Er bezieht sich auf den bisherigen Vortrag. In Pflegeheimen sei häufig ausländisches Personal tätig. Mitunter könnten sich die Heimbewohner auch nicht mehr richtig ausdrücken. Aus der damit verbundenen Unsicherheit sowie aus Haftungsgründen könne es zu vermehrten Anforderungen kommen. Auf die Anforderung könne der Kläger selbst keinen Einfluss nehmen. In der Regel würden montags und von den nahenden Wochenenden donnerstags noch dringende Besuche erforderlich. Oft seien Donnerstage auch Abföhrtage, in deren Folge häufig zusätzliche Befundänderungen und Beschwerden festgestellt würden. Es werde bestritten, dass einzelne Besuche planbar und damit nach der GOP 01410 abzurechnen seien. Zudem habe er 2017/2018 Patienten aus 16 verschiedenen Heimen versorgt (M. (1), N. (4), O. (1), P. (1), Q. (1), Warpe (1), R. (5), S. (1) und Heim im T. (1)). Allein die Menge der zu betreuenden Patienten sowie deren Verteilung auf div. Standorte ließen engmaschige Heimbefuche ohne Anlass nicht zu. Allein aufgrund der Diagnose ergebe sich bereits die Notwendigkeit des Hausbesuches, ohne dass eine zusätzliche weitere Dokumentation erforderlich sei. Die weitergehenden Erläuterungen habe er im zeitlichen Zusammenhang gemacht und damit seinen Mitwirkungsverpflichtungen entsprochen. Die Dringlichkeit können nur der Arzt im jeweiligen Einzelfall treffen, nicht hingegen die Beklagte. Ob sein Verhalten wirtschaftlich sei, könne aber ohnehin nicht im Rahmen der sachlich-rechnerischen Berichtigung geprüft werden. Eine Honorarkürzung könne nur durch einen Vergleich mit der Gruppe der Hausärzte mit schmerztherapeutischen bzw. geriatrischen Schwerpunkt erfolgen. Die Schätzung der Beklagten sei insoweit willkürlich. Er weist zudem auf einen hohen Rentneranteil.

Der Kläger beantragt,

den Bescheid der Beklagten vom 21. Februar 2019 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 2. Oktober 2019 aufzuheben.

Die Beklagte beantragt,
die Klage abzuweisen.

Die Beklagte verweist auf die Bescheidbegründung. Die fehlende Abrechnung der GOP 01410 sei nicht plausibel. Einzelne Besuche seien durchaus planbar und damit allein über die 01410 abzurechnen, etwa die vom Kläger selbst thematisierte Abrechnungshäufigkeit an bestimmten Wochentagen. Die Anforderung eines Besuchs genüge zur Abrechenbarkeit gerade nicht. Vielmehr müsse der Besuch im Vergleich zum „normalen“ Besuch auch dringend sein. Die Überschreitung zur verfeinerten Vergleichsgruppe von ca. 1000% (IV/2017) bzw. 700% (I/2018) lasse bereits eine fehlerhafte Abrechnung vermuten. Die Prüfung der im Verwaltungsverfahren vorgelegten Dokumentation bestätige die Fehlerhaftigkeit der Abrechnung, da dort nur Diagnosen und Abrechnungsziffern vermerkt gewesen seien. Nach der Rechtsprechung des LSG Niedersachsen-Bremen könne eine unvollständige Dokumentation eine Honorarberichtigung rechtfertigen, wenn diese ausschlaggebend dafür sei, dass die vollständige Erbringung der mit einer GOP abgebildeten ärztlichen Leistung nicht bewiesen werden könne. Die nachträglich im Widerspruchsverfahren (ca. 1,5 Jahre nach der Behandlung) erfolgten Erläuterungen sowie die nachträglich ergänzte Dokumentation hätten nicht denselben Beweiswert. Aber auch auf Grundlage der nachträglich erstellten Dokumentation ergäben sich keine Hinweise auf eine Dringlichkeit bezüglich der Behandlung im Fall L. (05.10., 19.10., 20.11., 12.12., 19.12. und 23.12.2017) bzw. bei der Behandlung im Fall U. am 5. März 2018. Die Dringlichkeit lasse sich nicht allein anhand der Diagnosen bzw. ausgestellter Verordnungen begründen. Hinsichtlich der Berechnung der Rückforderung macht die Beklagte weitergehende Erläuterungen. Die verfeinerte Vergleichsgruppe bestehe aus den Allgemeinmedizinerinnen und hausärztlich tätigen Internisten aus dem Bereich der Bezirksstelle V., die ebenfalls im jeweiligen Quartal die GOP 01415 abgerechnet haben (hier: 213 von 263 Ärzte (IV/2017) bzw. 215 von 265 Ärzte (I/2018)). Darunter fänden sich auch Ärzte mit der Zusatzbezeichnung Palliativmedizin, solche die geriatrisch tätig sind oder viele Heime betreuten. Der Bezirk sei zudem insgesamt recht ländlich geprägt. Gleichwohl sei hier im Rahmen der Berechnung die Praxisausrichtung durch den doppelten Fachgruppendurchschnitt sowie die Umwandlung der gestrichenen Ziffern die in GOP 01410 zusätzlich berücksichtigt worden. Ein erhöhter Rentneranteil sei in den geprüften Quartalen nicht feststellbar.

Zum weiteren Sach- und Streitstand wird auf den beigezogenen Verwaltungsvorgang der Beklagten und den Inhalt der Gerichtsakten ergänzend Bezug genommen. Diese waren Gegenstand der mündlichen Verhandlung und der anschließenden Entscheidungsfindung.

Entscheidungsgründe

Die als Anfechtungsklage statthafte und im Übrigen zulässige Klage ist auch begründet.

Die Kammer hat gemäß § 12 Abs. 3 Satz 2 Sozialgerichtsgesetz (SGG) in der Besetzung mit zwei ehrenamtlichen Richtern aus dem Kreis der Vertragsärzte und Psychotherapeuten verhandelt und entschieden, da Angelegenheiten der Vertragsärzte und Psychotherapeuten streitgegenständlich sind.

Die angegriffene Entscheidung der Beklagte ist rechtswidrig und verletzt den Kläger in seinen Rechten.

Rechtsgrundlage der sachlich-rechnerischen Richtigstellung ist § 106d Abs. 2 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V). Danach stellt die Kassenärztliche Vereinigung die sachliche und rechnerische Richtigkeit der Abrechnungen der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und Einrichtungen fest. Die Prüfung zielt auf die Feststellung, ob die Leistungen rechtmäßig, also im Einklang mit den gesetzlichen, vertraglichen und satzungsrechtlichen Vorschriften des Vertragsarztrechts - mit Ausnahme des Wirtschaftlichkeitsgebots - erbracht und abgerechnet worden sind (BSG, Urteil vom 29. November 2017 - B 6 KA 33/16 R, Rn. 19, juris; Urteil vom 13. Mai 2020 – B 6 KA 6/19 R). Die Befugnis zur sachlich-rechnerischen Richtigstellung besteht auch für einen bereits erlassenen Honorarbescheid (BSG, Urteil vom 28. August 2013 - B 6 KA 50/12 R). In einem solchen Fall bedeutet sie im Umfang der vorgenommenen Korrekturen eine teilweise Rücknahme des Honorarbescheides. § 106d Abs. 2 Satz 1 SGB V stellt dann eine Sonderregelung dar, die gemäß § 37 Satz 1 Sozialgesetzbuch Erstes Buch (SGB I) in ihrem Anwendungsbereich die Regelung des § 45 Sozialgesetzbuch Zehntes Buch (SGB X) verdrängt. Eine hiernach rechtmäßige Rücknahme des Honorarbescheides mit Wirkung für die Vergangenheit löst nach § 50 Abs. 1 Satz 1 SGB X eine entsprechende Rückzahlungsverpflichtung des Empfängers der Leistung aus (BSG, Urteil vom 28. August 2013 - B 6 KA 50/12 R, Rn. 17, juris).

Die Beklagte ist nach der Rechtsprechung des BSG zur Streichung von Leistungen berechtigt, wenn deren Voraussetzungen erweislich nicht vorliegen oder ihr Vorliegen sich im Einzelfall nicht nachweisen lässt (BSG, Beschluss vom 6. September 2000 - B 6 KA 17/00 B – Rn. 8

juris). Grundsätzlich muss die KÄV die Fehlerhaftigkeit der Honorarabrechnung belegen und begründen. Wenn sich begründete Zweifel daran ergeben, dass der Tatbestand einer GOP erfüllt ist, obliegt es allerdings auch dem Arzt, an der Beseitigung dieser Zweifel durch sachdienliche Angaben mitzuwirken. Er hat die zur Begründung seines Vergütungsanspruchs dienenden Tatsachen so genau wie möglich anzugeben und zu belegen. Wenn der Arzt diesen Anforderungen nicht entspricht und wenn Voraussetzungen für die Abrechnung von Leistungen aus diesem Grunde nicht festzustellen sind, geht dies zu Lasten des Arztes. Welche Angaben dabei vom Arzt erwartet werden können, hängt von den Umständen des Einzelfalles und insbesondere der Art der erbrachten Leistung ab (BSG, Urteil vom 13. Mai 2020 – B 6 KA 6/19 R mwN).

Eine Ausnahme von diesen Grundsätzen ist nach der Rechtsprechung aber gegeben, wenn feststeht, dass ein Arzt vorsätzlich oder zumindest grob fahrlässig falsch abgerechnet hat. In einem solchen Fall erfüllt die der Quartalsabrechnung beizufügende Abrechnungssammelerklärung nicht mehr ihre Garantiefunktion mit der Folge, dass der gesamte Honorarbescheid durch die KÄV aufgehoben und das dem Vertragsarzt zustehende Honorar im Rahmen einer Schätzung neu festgesetzt werden kann (BSG, Urteil vom 13. Mai 2020 – B 6 KA 6/19 R; Urteil vom 15. Mai 2019 - B 6 KA 63/17; Beschluss vom 31. August 2018 - B 6 KA 26/18 B, Rn. 12 juris; Urteil vom 17. September 1997 - 6 RKa 86/95). Dagegen hat die W. die rechnerische und sachliche Richtigstellung der Honorarabrechnung auf die festgestellten Abrechnungsfehler zu beschränken, wenn die unrichtigen Angaben in der Honorarabrechnung auf einem schlichten Versehen des Vertragsarztes, also auf leichter oder einfacher Fahrlässigkeit beruhen (BSG; Urteil vom 17. September 1997 - 6 RKa 86/95, Rn. 22 juris; LSG Niedersachsen-Bremen, Urteil vom 18. Februar 2004 – L 3 KA 99/02) oder der festgestellte Abrechnungsfehler wertungsmäßig nicht der Abrechnung tatsächlich nicht erbrachter Leistungen gleichsteht (BSG, Urteil vom 13. Mai 2020 – B 6 KA 6/19 R, Rn. 31 juris). Die Feststellung einer groben Fahrlässigkeit hat zur Folge, dass der Vertragsarzt zur Begründung seines Honoraranspruchs detailliert darzulegen und ggf. zu beweisen hat, dass er die im Einzelnen abgerechneten Behandlungsleistungen vollständig und den Leistungsbeschreibungen der jeweiligen GOP des EBM entsprechend persönlich erbracht hat. Soweit dem Vertragsarzt Darlegung oder Nachweis nicht gelingt, ist die X. berechtigt, den gesamten ursprünglichen Honorarbescheid aufzuheben und das dem Arzt zustehende Honorar neu festzusetzen, wobei ihr bei der Neufestsetzung ein weites Schätzungs-ermessen zusteht (LSG Niedersachsen-Bremen, Urteil vom 18. Februar 2004 – L 3 KA 99/02 mwN). Dabei darf sich die Schätzung und die darauf aufbauende Richtigstellung nur auf Leistungen beziehen, die zu Unrecht abgerechnet wurden, weil sie nicht oder nicht ordnungsgemäß erbracht wurden, nicht dagegen auf Leistungen, deren Erbringung unwirtschaftlich war (BSG, Urteil vom 15. Mai 2019 – B 6 KA 63/17 R, Rn. 31 juris).

Die Voraussetzungen für eine Neuberechnung des Honorars im Rahmen einer Schätzung sind hier nicht erfüllt. Der Beklagten ist der Nachweis einer grob fahrlässigen Falschabrechnung in keinem der geprüften Fälle gelungen.

Eine solche Falschabrechnung (unvollständigen Leistungserbringung) lässt sich nicht damit begründen, dass der Kläger eine Dokumentation zur (dringlichen) Anforderung unterlassen hat (etwa die Fälle L. (IV/2017) und U. (I/2018). *Denn* nach der Rechtsprechung des LSG Niedersachsen-Bremen kommt eine sachlich-rechnerische Berichtigung allein wegen nicht ordnungsgemäßer Dokumentation nur in Betracht, wenn im Leistungstatbestand des EBM oder in vorangestellten allgemeinen Bestimmungen hierzu das Erfordernis der Dokumentation normiert ist. Nicht ausreichen soll dagegen ein Verstoß gegen die allgemeine Dokumentationspflicht des § 57 Abs. 1 BMV-Ä sein (LSG Niedersachsen-Bremen, Urteil vom 22. Mai 2019 - L 3 KA 10/17; Urteil vom 6. September 2017 – L 3 KA 108/14). Nach diesen oben genannten Vorgaben beurteilt die Kammer auch den hier zu entscheidenden Fall. Zwar hat sich der Wortlaut des EBM (Ziffer 2.1 der Allgemeinen Bestimmungen) im Vergleich zu dem vom LSG Niedersachsen-Bremen im Jahr 2017 entschiedenen Fall betreffend die Quartale bis einschließlich IV 2006 („sowie die erbrachten fakultativen Leistungen dokumentiert sind“) geändert. Gleichwohl ist das LSG Niedersachsen-Bremen in seiner Nachfolgeentscheidung aus dem Jahr 2019 betreffend die Quartale I bis IV/2012 auf den schon damals geänderten EBM-Wortlaut in seinen Entscheidungsgründen nicht eingegangen. Dies ist aus Sicht der Kammer im Ergebnis auch richtig. Denn ein Anknüpfungspunkt zur sachlich-rechnerischen Berichtigung von (lediglich) unvollständig dokumentierten Leistungen lässt sich allein durch diese Formulierung im allgemeinen Teil nicht begründen. Insbesondere bleibt für den Normanwender offen, ob mit der Änderung nunmehr die allgemeinen Dokumentationspflichten des § 57 Abs. 1 BMV-Ä, die allein der medizinischen Notwendigkeit folgen oder spezifische Dokumentationen zum Nachweis der vollständigen Erfüllung des Leistungsinhalts (z.B. Umstände der Anforderung) normiert werden sollten. Weder die 01415 selbst noch die vorangestellten Vorbemerkungen sehen eine solche allgemeine Dokumentationspflicht vor.

Auch kann die Beklagte sich nicht mit Erfolg darauf berufen, dass aus einer fehlenden bzw. unzureichenden Dokumentation auf die Nichterfüllung des Leistungsinhalts geschlossen werden kann. Zwar ist nach der o.g. Rechtsprechung eine Honorarberichtigung bei unvollständiger Dokumentation auch dann gerechtfertigt, wenn die Dokumentation ausschlaggebend dafür ist, dass die (vollständige) Erbringung der mit einer GOP abgebildeten ärztlichen Leistung nicht bewiesen werden kann. Notwendig ist dafür aber zunächst das Vorliegen begründeter Zweifel an der vollständigen Leistungserbringung (LSG Niedersachsen-Bremen, Urteil vom 22. Mai 2019 – L 3 KA 10/17; Urteil vom 6. September 2017 – L 3 KA 108/14; Urteil vom 30. Januar 2019 – L 3 KA 66/15). Denn nach der Rechtsprechung des BSG ist es in erster Linie Sache des

Arztes, begründete Zweifel an der Richtigkeit der Abrechnung auszuräumen. Diese Obliegenheit ist umso ausgeprägter, je gravierender die Hinweise auf Abrechnungsfehler sind. Allein die Feststellung einer überdurchschnittlich häufigen Abrechnung bestimmter EBM-Ziffern genügt für die Annahme begründeter Zweifel jedoch nicht. Für die Ansicht, dass der Leistungserbringer in derartigen Konstellationen in jedem Einzelfall die Erforderlichkeit der Leistung schriftlich begründen müsse, gibt es keine Rechtsgrundlage. In einem solchen Fall verbleibt jedoch die Möglichkeit einer Wirtschaftlichkeitsprüfung (LSG Niedersachsen-Bremen aaO; Clemens in: Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB V, 4. Aufl., § 106d SGB V Rn. 199 mwN (Stand: 15.06.2020)). Die Kammer konnte hier jedoch keine begründeten Zweifel an der Rechtmäßigkeit der Abrechnung feststellen. Die von der Beklagten angeführt statistische Abrechnungshäufigkeit im Vergleich zur Fachgruppe genügt nicht (siehe oben). Zwar hat die Beklagte bei Einleitung des Verfahrens auch eine Überschreitung der Quartalsprofile festgestellt. Einen Zusammenhang zwischen den erhöhten Zeitprofilen und der von der Beklagten angenommenen Abrechnungsfehler lässt sich jedoch nicht herstellen. Denn die Beklagte hat in diesem Verfahren nicht in Abrede gestellt, dass der Kläger die abgerechneten Besuche tatsächlich durchgeführt hat. Die Abrechnung eines dringenden Besuchs anstelle eines Routinebesuchs führt jedoch nicht zu einer Erhöhung des Quartalsprofils. Vielmehr ist das Gegenteil der Fall. Der „einfache“ Besuch nach 01410 ist mit einer Prüfzeit von 20 Minuten hinterlegt, für den dringenden Besuch gibt es hingegen keine Prüfzeit. Der von der Beklagten hier geltend gemachte Abrechnungsfehler kann also nicht dazu geführt haben, dass der Kläger im Zeitprofil auffällig wurde. Vielmehr hat die von der Beklagten vorgenommene Neufestsetzung dazu geführt, dass die Abrechnung des Klägers unter dem Aspekt des Zeitprofils noch unplausibler geworden ist. Zwar kann nach der Rechtsprechung des BSG eine Honorarrückforderung bereits auf die Überschreitung der Zeitprofile gestützt werden. Von dieser Möglichkeit hat die Beklagte hier jedoch keinen Gebrauch gemacht. Zudem spricht die Argumentation der Beklagten letztlich auch eher dafür, dass dem Kläger eine unwirtschaftliche Leistungserbringung (dringende Besuche (ca. 60 EUR) statt einfacher Besuche (ca. 20 EUR)) vorgeworfen wird. Selbst wenn das Gericht die Zeitprofilüberschreitung als grobfahrlässige Falschabrechnung ansehen würde, könnte nach der o.g. BSG-Rechtsprechung eine Kürzung der unwirtschaftlichen Leistungserbringung der GOP 01415 nicht im Rahmen des Schätzungsermessens erfolgen.

Die mit einem Facharzt für Allgemeinmedizin fachkundig besetzte Kammer hat zudem die aktenkundige Dokumentation gesichtet und konnte in keinem der dort geprüften Fälle mit hinreichender Sicherheit feststellen, dass es an der Dringlichkeit zum Zeitpunkt der Anforderung gefehlt hat. Der Kläger hat unwidersprochen vorgetragen, dass er eine Vielzahl von Heimen an unterschiedlichen Standorten betreut. Für die Kammer ist es daher nachvollziehbar, wenn der

Kläger angibt, auf Routinebesuche aus Zeitgründen zu verzichten. Beweise für die Durchführung von (geplanten) Routinebesuchen und später Abrechnung als dringende Besuche hat die Beklagte letztlich nicht vorgelegt.

Die Kostenentscheidung folgt aus § 197a Abs. 1, Satz 1 Sozialgerichtsgesetz i.V.m. §§ 161 Abs. 1, 154 Abs. 1 Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO).

Rechtsmittelbelehrung

Dieses Urteil kann mit der Berufung angefochten werden.

Die Berufung ist innerhalb **eines Monats** nach Zustellung des Urteils bei dem Landessozialgericht Niedersachsen-Bremen, Georg-Wilhelm-Str. 1, 29223 Celle, oder bei der Zweigstelle des Landessozialgerichts Niedersachsen-Bremen, Am Wall 198, 28195 Bremen schriftlich oder in elektronischer Form oder zu Protokoll des Urkundsbeamten der Geschäftsstelle einzu legen. Rechtsanwälte, Behörden oder juristische Personen des öffentlichen Rechts einschließlich der von ihnen zur Erfüllung ihrer öffentlichen Aufgaben gebildeten Zusammenschlüsse müssen die Berufung als elektronisches Dokument übermitteln (§ 65d Satz 1 Sozialgerichtsgesetz - SGG). Gleiches gilt für die nach diesem Gesetz vertretungsberechtigten Personen, für die ein sicherer Übermittlungsweg nach § 65a Abs. 4 Satz 1 Nr. 2 SGG zur Verfügung steht.

Die elektronische Form wird durch Übermittlung eines elektronischen Dokuments gewahrt, das für die Bearbeitung durch das Gericht geeignet ist und

- von der verantwortenden Person qualifiziert elektronisch signiert ist oder

- von der verantwortenden Person signiert und auf einem sicheren Übermittlungsweg gem. § 65a Abs. 4 SGG eingereicht wird.

Weitere Voraussetzungen, insbesondere zu den zugelassenen Dateiformaten und zur qualifizierten elektronischen Signatur, ergeben sich aus der Verordnung über die technischen Rahmenbedingungen des elektronischen Rechtsverkehrs und über das besondere elektronische Behördenpostfach (Elektronischer-Rechtsverkehr-Verordnung - ERVV) in der jeweils gültigen Fassung. Über das Justizportal des Bundes und der Länder (www.justiz.de) können weitere Informationen über die Rechtsgrundlagen, Bearbeitungsvoraussetzungen und das Verfahren des elektronischen Rechtsverkehrs abgerufen werden.

Die Berufungsfrist ist auch gewahrt, wenn die Berufung innerhalb der Monatsfrist bei dem Sozialgericht Hannover, Leonhardtstraße 15, 30175 Hannover, schriftlich oder in elektronischer Form oder zu Protokoll des Urkundsbeamten der Geschäftsstelle eingelegt wird.

Die Berufungsschrift muss innerhalb der Monatsfrist bei einem der vorgenannten Gerichte eingehen. Sie soll das angefochtene Urteil bezeichnen, einen bestimmten Antrag enthalten und die zur Begründung der Berufung dienenden Tatsachen und Beweismittel angeben.

Auf Antrag kann vom Sozialgericht durch Beschluss die Revision zum Bundessozialgericht zugelassen werden, wenn der Gegner schriftlich zustimmt. Der Antrag auf Zulassung der Revision ist innerhalb eines Monats nach Zustellung des Urteils bei dem Sozialgericht Hannover, Leonhardtstraße 15, 30175 Hannover, schriftlich oder in elektronischer Form zu stellen. Rechtsanwälte, Behörden oder juristische Personen des öffentlichen Rechts einschließlich der von ihnen zur Erfüllung ihrer öffentlichen Aufgaben gebildeten Zusammenschlüsse müssen den Antrag als elektronisches Dokument übermitteln (§ 65d Satz 1 Sozialgerichtsgesetz - SGG). Gleiches gilt für die nach diesem Gesetz vertretungsberechtigten Personen, für die ein sicherer Übermittlungsweg nach § 65a Abs. 4 Satz 1 Nr. 2 SGG zur Verfügung steht. Die Zustimmung des Gegners ist dem Antrag beizufügen.

Lehnt das Sozialgericht den Antrag auf Zulassung der Revision durch Beschluss ab, so beginnt mit der Zustellung dieser Entscheidung der Lauf der Berufungsfrist von neuem, sofern der Antrag auf Zulassung der Revision in der gesetzlichen Form und Frist gestellt und die Zustimmungserklärung des Gegners beigelegt war.

Der Berufungsschrift und allen folgenden Schriftsätzen sollen Abschriften für die übrigen Beteiligten beigelegt werden. Dies gilt nicht bei Einlegung der Berufung in elektronischer Form.

Erfolgt die Zustellung im **Ausland**, so gilt anstelle aller genannten Monatsfristen eine Frist von **drei Monaten**.

Y.