



# Sozialgericht Hannover

Im Namen des Volkes

## Urteil

**S 24 KA 8/20**

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 14. Mai 2019 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 12. Dezember 2019 wird aufgehoben.**

**Die Beklagte trägt die Kosten des Verfahrens.**

## Tatbestand

Die Beteiligten streiten über die Rechtmäßigkeit einer Honorarrückforderung für die Quartale II und III/2018.

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

Mit Schreiben vom 25. März 2019 teilte die Beklagte dem Kläger die Einleitung eines Prüfverfahrens für die o.g. Quartale wegen festgestellter Abrechnungsauffälligkeiten in Vorquartalen sowie überdurchschnittlich häufiger Abrechnungen der GOP 01415 (Dringender Besuch eines Patienten in beschützenden Wohnheimen bzw. Einrichtungen bzw. Pflege- oder Altenheimen mit Pflegepersonal) im Vergleich zur verfeinerten Fachgruppe:

GOP	Quartal II/2018	Quartal III/2018
01415	840,1%	753,2%

Es werde davon ausgegangen, dass sich das Abrechnungsverhalten im Vergleich zu den geprüften Vorquartalen nicht geändert habe. Die Beklagte forderte den Kläger zur Übersendung der Patientendokumentation für jeweils zehn ausgewählte Fälle pro Quartal auf.

Der Kläger reichte mit Schreiben vom 10. April 2019 Unterlagen zu den betreffenden Patienten ein. Eine weitergehende Stellungnahme gab er nicht ab.

Mit Bescheid vom 14. Mai 2019 hob die Beklagte die Honorarbescheide für die Quartale II/2018 und III/2018 teilweise auf und verlangte die Erstattung von insgesamt 5.443,74 EUR (abzüglich Verwaltungskosten). Dabei stellte die Beklagte Abrechnungsfehler in den Fällen I. und J. (II/2018) sowie J. und K. (I/2018) im Hinblick auf die GOP 01415 in den Behandlungsfällen 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 21. Mai 2019 Widerspruch. Die Dringlichkeit ergebe sich aus der Anforderung des Patienten bzw. des Pflegepersonals und sei ausreichend dokumentiert. Es sei für die Zulässigkeit der Abrechnung unerheblich, ob sich der Besuch nachträglich als Routinebesuch darstelle. Bei ihm bestünden Praxisbesonderheiten (erhöhter Anteil multimorbider Patienten bei einem geriatrisch und schmerztherapeutischen Schwerpunkt, 47% Patienten im Rentenalter). Die durchgeführte Schätzung dürfe nur anhand einer entsprechenden Vergleichsgruppe durchgeführt werden. Eine mehrfache Abrechnung der 01415 sei grundsätzlich zulässig. Der EBM kenne keine zahlenmäßige Beschränkung und auch keine Vorgaben zur Relation von normalen und dringenden Besuchen. Die Abrechnung bei den von ihm betreuten Patienten auch plausibel, da diese Patienten häufig unterschiedliche Schmerzbefunde äußerten. Es müsse zudem berücksichtigt werden, dass durch die Heimbesuche teure Krankenhauseinweisungen vermieden würden. Auf die Regelmäßigkeit der Anforderungen habe der

Kläger keinen Einfluss. In der Regel würden montags und vor den nahenden Wochenenden donnerstags (Abfuhrtage) noch dringende Besuche erforderlich.

Den Widerspruch wies die Beklagte mit Widerspruchsbescheid vom 12. Dezember 2019 als unbegründet zurück. Die Dringlichkeit sei bereits aus ex-ante-Sicht nicht gegeben. Der Kläger wisse aufgrund seiner Qualifikation um die Notwendigkeit einer engmaschigen Betreuung seines besonderen Patientenlientels. Bei der Berechnung der Rückforderung sei durch den doppelten Fachgruppendurchschnitt berücksichtigt worden, dass ein Mehr an Patienten aus dem geriatrischen und palliativen Bereich in Heimen dringend besucht werden musste. Durch die Saldierung in die 01410 sei auch berücksichtigt worden, dass aufgrund der Praxislage viele Hausbesuche zu tätigen waren. Der Rentneranteil sei in der Praxis des Klägers nicht auffällig und liege mit 34 bis 35% ungefähr auf dem Niveau der Fachgruppe. Im Bereich der Bezirksstelle gebe es 260 bzw. 258 hausärztliche Praxen von denen jeweils 207 ebenfalls die GOP 01415 abgerechnet hätten. In dieser Gruppe gäbe es auch Ärzte mit der Zusatzbezeichnung Palliativmedizin. Die Schätzung sei insgesamt nicht zu beanstanden. Nach der Rechtsprechung wäre auch eine Kürzung auf den Fachgruppendurchschnitt nicht zu beanstanden gewesen. Eine Verpflichtung zur Berücksichtigung von Praxisbesonderheiten gebe es hier nicht. Eine Überprüfung aller Abrechnungsfälle sei nicht möglich und auch nicht erforderlich. Zu einer wirtschaftlichen Versorgung gehörten auch Routinebesuche. Dadurch ließen sich Notfälle vermeiden. Gegenstand von Routinebesuchen sei etwa auch die Anpassung und Kontrolle der Schmerzmedikation. Das bloße Warten auf Verschlechterungen des Patientenzustands sei nicht glaubhaft und auch nicht nachvollziehbar. An Montagen bzw. Donnerstagen sei aufgrund der vom Kläger selbst vorgetragenen Häufung der Anforderungen eindeutig nur Routinebesuche durchzuführen. Schließlich sei im Laufe der Prüfung festzustellen, dass die Abrechnungshäufigkeit der GOP 01415 im Verlauf abgenommen habe (im Vergleich zum Quartal I/2019). Es deute auf ein geändertes Abrechnungsverhalten hin und spreche gegen die vom Kläger vorgetragene Notwendigkeit der ungewöhnlich hohen Abrechnung im hier zu prüfenden Quartal.

Mit der am 15. Januar 2020 erhobenen Klage verfolgt der Kläger sein Begehren weiter.

Er bezieht sich auf den bisherigen Vortrag. Die Anzahl der Hausbesuche sinke seit Jahren. Grund dafür seien auch horrende Regressandrohungen. Die Beklagte sollte sich daher ein Beispiel an der L. in M. nehmen und auf die Durchführung derartiger Prüfungen verzichten. Nur der behandelnde Arzt könne im Einzelfall entscheiden, ob ein dringender Besuch erforderlich ist, nicht hingegen die Beklagte. Von überlasteten Landärzten könne nicht auch noch verlangt werden, dass dies zusätzlich Routinebesuche bei hochbetagten, multimorbiden und mental eingeschränkten Patienten durchführten. Die Beklagte müsse in diesem Verfahren nachweisen,

dass die Hausbesuche nicht notwendig gewesen waren. Dieser Nachweis sei hier nicht erbracht. Er sei bei entsprechender Anforderung zivil- und berufsrechtlich zur Durchführung eines dringenden Hausbesuchs verpflichtet. Er dürfe sich grundsätzlich nicht auf laienhafte Schilderungen am Telefon verlassen. Die Bestimmung der Regresshöhe sei fehlerhaft. Er verweist auf seinen Vortrag zu Praxisbesonderheiten. In den geprüften Quartalen seien ca. 70-80 multimorbide Palliativpatienten betreut worden. Die gewählte Vergleichsgruppe sei zu inhomogen (Ärzte mit dringen Besuchszahlen, Ärzte ohne geriatrische Notfallkompetenz). In allen 20 geprüften Fällen seien durch seine Besuche Klinikeinweisungen vermieden worden und damit Geld eingespart. Würde er, wie von der Beklagten gefordert, mehr Routinebesuche durchführen, würde die Beklagte eine Honorarrückforderung auf die erhöhte Anzahl an Routinebesuchen stützen. Seine Dokumentation sei ausreichend. Aus dieser ergebe sich der Zeitpunkt der Bestellung des Besuchs, das geschilderte Krankheitsbild, aus dem sich die Dringlichkeit ableite, die beim Patienten erhobenen Befunde sowie die veranlassten therapeutischen Maßnahmen. Von ihm könnten keine „ellenlangen Rechtfertigungen“ erwartet werden. Entweder hätten die Patienten selbst oder die Heimleitung angerufen. Zu diesem Umstand benennt er fünf Zeugen (vgl. Bl. 67 GA)

Der Kläger beantragt,

den Bescheid der Beklagten vom 14. Mai 2019 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 12. Dezember 2019 aufzuheben.

Die Beklagte beantragt,

die Klage abzuweisen.

Die Beklagte verweist auf die Bescheidbegründung. Die Fehlerhaftigkeit der Abrechnung ergebe sich daraus, dass geplante Routinebesuche durchgeführt und als dringende Besuche abgerechnet wurden. Die Beklagte habe in ihrem Bescheid vom 14. Mai 2019 anhand konkreter Patienten den Nachweis geführt, dass die Dringlichkeit nicht gegeben war. Die eingereichte Dokumentation habe vielfach keine Hinweise darauf enthalten, dass dringende Besuche vorlagen. Die Beklagte habe im Bescheid keine Entscheidung über die Wirtschaftlichkeit der hohen Anzahl der abgerechneten Besuche getroffen. Auch werde nicht in Abrede gestellt, dass die Besuche durchgeführt und notwendig 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 vom Kläger vorgetragene Dokumentation finde sich so nicht in den vorgelegten Patientenunterlagen. Bei der Neufestsetzung des Honorars sei die besondere Situation des Klägers durchaus berücksichtigt worden.

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 N. 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 N. 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 O. 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 bzw. möglicherweise nicht im engen zeitlichen Zusammenhang zur Behandlung erstellt hat. *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 angeführte statistische Abrechnungshäufigkeit im Vergleich zur Fachgruppe genügt nicht (siehe oben). Zwar hat die Beklagte bei Einleitung des Verfahrens auch Quartalsprofile erstellt (51.164 Minuten für das Quartal II/2018, 47.297 Minuten für III/2018 erstellt). 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. Zwar ist etwa die Abrechnung im Fall Hornauer am 16. April 2018 diskutabel. Allerdings kann es nach Einschätzung der Kammer durchaus Konstellationen geben, in denen die Überprüfung der Entlassungsmedikation dringlich sein kann (z.B. Notwendigkeit von Folgeverordnungen). 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](http://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 beigefügt 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**.

P.