

SCHLESWIG-HOLSTEINISCHES LANDESSOZIALGERICHT

verkündet am 24. März 2011



Justizangestellte
als Urkundsbeamtin
der Geschäftsstelle

IM NAMEN DES VOLKES

URTEIL

In dem Rechtsstreit

- Klägerin und Berufungsbeklagte -

Prozessbevollmächtigte: ---

g e g e n

AOK NordWest - Die Gesundheitskasse -, Edisonstraße 70, 24145 Kiel, ---
vertreten durch ---, AOK NordWest - Direktion -, Kreuzweg 11, 23558 Lübeck,

- Beklagte und Berufungsklägerin -

hat der 5. Senat des Schleswig-Holsteinischen Landessozialgerichts auf die mündliche Verhandlung vom 24. März 2011 in Schleswig durch

den Richter am Landessozialgericht ---

für Recht erkannt:

Die Berufung der Beklagten gegen das Urteil des Sozialgerichts Itzehoe vom 17. März 2010 wird zurückgewiesen.

Die Beklagte trägt auch die Kosten des Berufungsverfahrens.

Die Revision wird nicht zugelassen.

Der Streitwert wird auf 1.287,57 EUR festgesetzt.

T a t b e s t a n d

Die Beteiligten streiten darüber, ob die Klägerin gegen die Beklagte Anspruch auf Vergütung einer stationären Krankenhausbehandlung hat.

Die Klägerin behandelte die 1931 geborene und bei der Beklagten versicherte I. E. am 25. Juni 2005.

Auf die Rechnung der Klägerin in Höhe von 1.287,57 EUR vom 13. Juli 2005 antwortete die Beklagte mit Schreiben vom 18. Juli 2005, dass die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (B 3 KR 4/03 R) es ihr nicht möglich mache, die Leistung als stationäre Behandlung zu vergüten.

Die Klägerin antwortete darauf mit Schreiben vom 21. Juli 2005, dass es ihr wegen der personellen Ausstattung nicht mehr möglich sei, die stark anwachsende Anzahl der Anfragen der Kostenträger zeitgerecht zu bearbeiten. Vorrangig würden Fälle vor 2005 bearbeitet. Sie werde auf das Anliegen unaufgefordert zurückkommen.

Die Klägerin hat dann am 7. Juni 2007 Klage vor dem Sozialgericht Itzehoe erhoben. Zur Begründung hat sie im Wesentlichen vorgetragen, dass eine von ihr so genannte „primäre Vergütungspflicht“ der Beklagten bestehe. Da sie ihre Ansprüche formal ordnungsgemäß abgerechnet habe, sei die Beklagte unmittelbar zur Zahlung verpflichtet gewesen. Diese könne sich nicht mit Beanstandungen sachlicher Art verteidigen. Einwendungen gegen die Vergütungsforderung seien ausgeschlossen. Die landesvertraglichen Regelungen seien entsprechend auszulegen.

Die Klägerin hat beantragt,

die Beklagte zur Zahlung von 1.287,57 EUR nebst Zinsen in Höhe von zwei Prozentpunkten über dem Basiszinssatz der Europäischen Zentralbank seit dem 28. Juli 2005 zu verurteilen.

Die Beklagte hat beantragt,

die Klage abzuweisen.

Zur Begründung hat sie geltend gemacht, dass die medizinische Notwendigkeit für die stationäre Behandlung aus den ihr übermittelten Daten nicht erkennbar gewesen sei. Die Klägerin habe weder einen Arzt- noch einen Entlassungsbericht übersandt.

Das Sozialgericht hat ein medizinisches Sachverständigengutachten von Prof. Dr. K., Direktor der Abteilung Allgemeinmedizin der Medizinischen Fakultät der G.-A.-Universität Ga., vom 20. Oktober 2009 zu den Gesundheitsstörungen der Versicherten am 25. Juni 2005 sowie zu der Art der Krankenhausbehandlung und deren Notwendigkeit eingeholt.

Mit Urteil vom 17. März 2010 hat das Sozialgericht die Beklagte verurteilt, an die Klägerin 1.287,57 EUR nebst Zinsen in Höhe von zwei Prozentpunkten über dem Basiszinssatz der Europäischen Zentralbank ab 28. Juli 2005 zu zahlen.

Zur Begründung hat das Sozialgericht ausgeführt, dass die Klägerin ihren Zahlungsanspruch nicht schon allein aus einer von ihr so genannten „primären Vergütungspflicht“ herleiten könne. Die Beklagte habe jedoch inhaltlich zu Unrecht die Vergütung der von der Klägerin geltend gemachten Behandlung als stationäre Krankenhausbehandlung abgelehnt. Bei der Versicherten sei es zu Einblutungen in die Haut (Petechien/Purpura) infolge eines Mangels an Blutplättchen (Thrombozytopenie) gekommen. Der

Mangel sei primär durch eine akute myeloische Leukämie mit Störung der Bildung von roten Blutkörperchen und Blutplättchen bedingt. Sekundär sei es zu einer immunologischen Zerstörung der kurz vorher in Ka. übertragenen Blutplättchen durch Bildung von plättchenspezifischen Antikörpern gekommen. Die akute myeloische Leukämie (AML) sei eine bösartige Erkrankung des blutbildenden Systems. Im Rahmen dieser Erkrankung könne es durch Zerstörung des blutbildenden Knochenmarks zur Verminderung bestimmter oder aller Blutzellen kommen. Eine Verminderung der Blutplättchen in einem bestimmten stärkeren Umfang werde als Thrombozytopenie bezeichnet. Diese sei eine häufige Komplikation bei AML. Ähnlich wie rote Blutkörperchen wiesen auch Thrombozyten Oberflächenmarker (Antigene) auf. Durch Blutübertragung könne es zur Bildung von Antikörpern gegen Thrombozyten kommen, die als plättchenspezifische Alloantikörper bezeichnet würden. Bei der Übertragung von Blutplättchen mit nicht passenden Oberflächenantigenen komme es bei solchen Personen meist nach einigen Tagen bis einer Woche zur Zerstörung der übertragenen Thrombozyten durch die vom Immunsystem gebildeten Alloantikörper. Als Komplikation durch den oft drastischen Abfall der Thrombozyten könne es zu lebensgefährlichen Blutungen kommen. Bei der Versicherten hätten klinisch Einblutungen in die Haut (Petechien) vorgelegen. Träten Petechien flächenhaft auf, könnten diese zu größeren Konglomeraten zusammenfließen. Die möglichen Ursachen seien vielfältig und bedürften einer sofortigen Abklärung, da die Hautblutungen erste Symptome einer drohenden lebensgefährlichen Organblutung sein könnten. Die Versicherte habe sich damit potenziell in Lebensgefahr befunden, weshalb auch eine Vorstellung beim kassenärztlichen Notdienst zur Einweisung in ein Krankenhaus geführt hätte. Zum einen habe sie an einer schweren Grunderkrankung und dazugehörigen Symptomen gelitten, die üblicherweise nur von Spezialisten behandelt würden. Zum anderen habe im ambulanten Bereich, insbesondere im Notdienst,

keine Möglichkeit bestanden, zeitnah die in diesem Fall zwingend notwendigen Laboruntersuchungen durchzuführen. Die Erkrankung der Versicherten sei üblicherweise stationär im Krankenhaus zu behandeln, die Infrastruktur des Krankenhauses sei von der Versicherten auch dadurch in Anspruch genommen worden, dass ein Labor durchgeführt und eine Überwachung erfolgt sei. Danach sei die Versicherte in ambulante Weiterbehandlung entlassen worden. Es habe mithin eine Notfallversorgung stattgefunden, die notwendig gewesen sei und nur stationär im Krankenhaus habe erfolgen können. Dies sei in dem Gutachten von Prof. Dr. K. überzeugend dargelegt worden.

Gegen dieses der Beklagten am 1. Juni 2010 zugestellte Urteil richtet sich ihre Berufung, die am 28. Juni 2010 bei dem Schleswig-Holsteinischen Landessozialgericht eingegangen ist. Zur Begründung macht die Beklagte geltend, dass das Sozialgericht seine Entscheidung auf das Gutachten von Prof. Dr. K. gestützt habe. Der Gutachter habe aber nur allgemeine Aussagen zum Krankheitsbild gemacht und sich in Bezug auf den hier streitigen Falls mangels ausreichender Dokumentation auf Mutmaßungen beschränkt. Des Weiteren beruft sie sich auf die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts zur Abgrenzung von stationären und ambulanten Behandlungen bei so genannten Tagesfällen. Danach sei eine stationäre Behandlung nur abrechenbar, wenn die Entlassung gegen ärztlichen Rat erfolgt sei, der Behandlungsplan eine Behandlung von mindestens einem Tag und einer Nacht vorgesehen habe oder die Behandlung auf einer Intensivstation erfolgt sei. Keine dieser Voraussetzungen habe hier vorgelegen.

Die Beklagte beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Itzehoe vom 17. März 2010 aufzuheben und die Klage abzuweisen.

Die Klägerin beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält das Urteil des Sozialgerichts für zutreffend. Die von der Beklagten gerügten Mängel des Gutachtens seien nicht nachvollziehbar. Die Behandlung der Versicherten sei hinreichend dokumentiert. Diese habe sich bei Aufnahme in potenzieller Lebensgefahr befunden.

Die Klägerin (Schriftsatz vom 21. September 2010) und die Beklagte (Schriftsatz vom 23. September 2010) haben sich mit einer Entscheidung durch den Einzelrichter anstelle des gesamten Senats gemäß § 155 Abs. 3 und Abs. 4 Sozialgerichtsgesetz (SGG) einverstanden erklärt.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird Bezug genommen auf den Inhalt der Gerichtsakten, der Verwaltungsakten der Beklagten und der Behandlungsunterlagen. Diese haben dem Senat vorgelegen und sind Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen.

E n t s c h e i d u n g s g r ü n d e

Die insbesondere form- und fristgerecht eingelegte Berufung der Beklagten ist zulässig; sie ist jedoch nicht begründet. Das angefochtene Urteil ist nicht zu beanstanden. Zu Recht hat das Sozialgericht die Beklagte verurteilt, Behandlungskosten in Höhe von 1.287,57 EUR nebst Zinsen in Höhe von zwei Prozentpunkten über dem Basiszinssatz der Europäischen Zentral-

bank ab 28. Juli 2005 zu zahlen. Denn für die Versicherte bestand am 25. Juni 2005 Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit, und eine stationäre Krankenhausbehandlung ist auch durchgeführt worden.

Die Klägerin hat mit der erhobenen echten Leistungsklage im Sinne des § 54 Abs. 5 SGG die richtige Klageart gewählt, denn sie begehrt die Verurteilung der Beklagten zu einer Leistung, auf die grundsätzlich bei Vorliegen der Leistungsvoraussetzungen ein Rechtsanspruch besteht. Ein Verwaltungsakt konnte nicht ergehen, weil sich die Klägerin als Krankenhausträgerin und die Beklagte als Krankenkasse gleichgeordnet gegenüberstehen (Bundessozialgericht [BSG], Urteil vom 10. April 2008, B 3 KR 14/07 R m.w.N.). Ein Vorverfahren war mithin nicht durchzuführen, die Einhaltung einer Klagefrist nicht geboten. Seitens der Klägerin ist auch die bei Zahlungsklagen grundsätzlich erforderliche Bezifferung des Anspruchs (vgl. BSGE 83, 254, 263) erfolgt.

Der geltend gemachte Vergütungsanspruch der Klägerin stützt sich auf § 109 Abs. 4 Satz 3 Sozialgesetzbuch, Fünftes Buch (SGB V) in Verbindung mit der entsprechenden Pflegesatzvereinbarung der Beteiligten. Der Zahlungsanspruch des Krankenhauses korrespondiert mit dem Anspruch der Versicherten auf Krankenhausbehandlung. Er setzt voraus, dass eine Krankenhausbehandlung tatsächlich durchgeführt worden ist (BSG, Urteil vom 10. April 2008, B 3 KR 19/05 R) und bei der Versicherten die Voraussetzungen für die Inanspruchnahme der entsprechenden Leistungen gegeben sind, d. h. dass eine Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit im Sinne des § 39 SGB V bestanden hat (ständige Rechtsprechung des Senats, vgl. Urteil vom 22. März 2006, L 5 KR 60/04).

Eine Krankenhausbehandlung ist im Fall der Versicherten durchgeführt worden. Eine Krankenhausbehandlung erfolgt dann, wenn die Mittel für einen stationären Aufenthalt im Krankenhaus für die Behandlung eingesetzt werden. Nach § 107 Abs. 1 SGB V sind Krankenhäuser Einrichtungen, die der Krankenhausbehandlung oder Geburtshilfe dienen, fachlich medizinisch unter ständiger Leitung stehen, über ausreichende, ihrem Versorgungsauftrag entsprechende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen, nach wissenschaftlich anerkannten Methoden arbeiten und mit Hilfe von jederzeit verfügbarem ärztlichen Personal sowie Pflege-, Funktions- und medizinisch-technischem Personal darauf eingerichtet sind, vorwiegend durch ärztliche und pflegerische Hilfeleistung Krankheiten der Patienten zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten, Krankheitsbeschwerden zu lindern oder Geburtshilfe zu leisten, wobei die Versicherten dort auch untergebracht und gepflegt werden können. Die Mittel müssen regelmäßig nicht alle zum Einsatz gebracht werden. Es ist auch nicht erforderlich, dass sie alle fortlaufend zur selben Zeit erbracht werden; eine Abstufung in zeitlicher Hinsicht entspricht vielmehr dem typischen Bild einer stationären Behandlung. Unter Berücksichtigung des Einzelfalls ist eine Gesamtschau vorzunehmen, in der der Einsatz der Einrichtungsmerkmale des Krankenhauses zu gewichten ist.

Im Rahmen dieser Gesamtschau ist die durchgeführte Behandlung hier gegenüber den Möglichkeiten einer ambulanten Behandlung abzugrenzen. Entgegen der Auffassung der Beklagten ist die Krankenhausbehandlung nicht ambulant, sondern stationär - und zwar vollstationär - durchgeführt worden. Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (Urteil vom 4. März 2004 - B 3 KR 4/03 R) ist eine vollstationäre Behandlung im Sinne einer physischen und organisatorischen Eingliederung in das spezifische Versorgungssystem eines Krankenhauses dann gegeben, wenn sie sich nach dem Behandlungsplan des Krankenhausarztes in der

Vorschau zeitlich über mindestens einen Tag und eine Nacht erstreckt. Das Bundessozialgericht hat jedoch weiter ausgeführt (Urteil vom 28. Februar 2007 - B 3 KR 17/06 R), dass sich mit diesem Kriterium lediglich bei Operationen eine in aller Regel praktikable Abgrenzung der stationären Behandlung vom ambulanten Operieren erzielen lasse (vgl. auch Senatsurteil zum ambulanten/stationären Operieren L 5 KR 82/08 vom 1. Juli 2010). Dieses Kriterium ist jedoch weniger geeignet, wenn es nicht um die Abgrenzung eines stationären Eingriffs vom ambulanten Operieren geht, sondern um die Abgrenzung einer nicht operativen stationären Behandlung von einer ambulanten Behandlung im Krankenhaus, wie sie etwa bei einer Notfallversorgung vorgesehen ist (§ 115 Abs. 2 Satz 1 Nr. 3 SGB V). Verbringen dabei Versicherte einen Tag und eine Nacht im Krankenhaus, handelt es sich auch hier um eine stationäre Behandlung, weil damit die vollständige Eingliederung in den Krankenhausbetrieb augenfällig ist. Ist dies - wie hier - nicht der Fall, folgt daraus aber nicht zwingend im Gegenschluss, dass es sich dann nur um eine ambulante Behandlung handeln kann. Insoweit kann die Rechtsauffassung der Beklagten nicht geteilt werden. Entscheidend kommt es vielmehr darauf an, in welchem Umfang neben der Dauer der Behandlung die Versicherten die Infrastruktur des Krankenhauses in Anspruch nehmen. Das hängt davon ab, welche konkrete Erkrankung vorliegt und wie diese üblicherweise zu behandeln ist. Wird jedoch ein Versicherter mit Verdacht auf eine lebensbedrohliche Erkrankung in eine eigens solchen Fällen vorbehaltene Intensivstation eingeliefert, so stellt dies die nachhaltigste Form der Einbindung in einen Krankenhausbetrieb und damit den Prototyp einer stationären Behandlung dar.

Ausgehend von diesen vom Bundessozialgericht entwickelten Abgrenzungskriterien, die es gerade nicht ausschließen, dass auch dann eine stationäre Behandlung vorliegen kann, wenn der

Behandlungsplan keine Behandlung von mindestens einem Tag und einer Nacht vorgesehen und die Behandlung nicht auf einer Intensivstation stattgefunden hat, hat der Senat keinen Zweifel, dass am 25. Juni 2005 eine stationäre Krankenhausbehandlung der Versicherten erfolgt ist.

Die Versicherte ist an diesem Tag um 12:10 Uhr aus eigenem Antrieb im Krankenhaus erschienen. Die klinische Untersuchung und Befragung der Versicherten ergab das Vorliegen von Einblutungen in die Haut (Petechien) im Gesicht und in den Beinen nach einer zwei Tage zuvor erfolgten Transfusion von Blut und Blutplättchen aufgrund einer akuten myeloischen Leukämie (AML). Ansonsten zeigte der Aufnahmebefund keine weiteren Auffälligkeiten. Nach der Aussage des medizinischen Sachverständigen Prof. Dr. K. - an deren Richtigkeit der Senat keinen Zweifel hat - bedarf dieser Befund einer sofortigen Abklärung durch Laboruntersuchungen des Blutes, da die Hautblutungen erste Symptome drohender lebensgefährlicher Organblutungen (z. B. ins Hirn) sein können. Entsprechende Untersuchungen wurden von den Krankenhausärzten umgehend veranlasst. Währenddessen fand eine klinische Überwachung der Versicherten statt. Der klinische Befund verschlechterte sich unter der Beobachtung nicht, d. h. es wurde insbesondere keine flächenhafte Ausdehnung der Petechien oder ein Zusammenfließen zu größeren Konglomeraten dokumentiert. Der wichtigste Befund im Labor ergab eine Verminderung der Blutplättchen auf $1 \times 10^3 / \mu\text{l}$ (Normwert $140 - 440 \times 10^3 / \mu\text{l}$). Nach Aussage des medizinischen Sachverständigen Prof. Dr. K. besteht eine erhöhte Blutungsgefahr, wenn die Zahl der Blutplättchen unter $30 \times 10^3 / \mu\text{l}$ sinkt. Bei Patienten mit AML wird deshalb bei weniger als $10 \times 10^3 / \mu\text{l}$ die Transfusion von Thrombozytenkonzentraten empfohlen. Da bei Aufnahme der Versicherten sowohl unklar war, ob die Einblutungen stabil bleiben und wie der Laborbefund ausfallen wird, ist es für den Senat nachvollziehbar, dass ein Behandlungsplan

(einschließlich der Dauer der Behandlung im Krankenhaus) erst erstellt werden konnte, nachdem die Diagnose gestellt war. Die Krankenhausärzte haben es dann verantwortet, die Versicherte trotz der Diagnose einer Thrombozytopenie nach ärztlicher Beurteilung der Laborbefunde und der Entwicklung des klinischen Befundes um 18:45 Uhr in die ambulante Weiterbehandlung zu entlassen.

Der Senat folgt bei dieser Sachlage - wie auch das Sozialgericht - der Bewertung durch den Sachverständigen Prof. Dr. K., dass die Versicherte, hätte sie sich zuvor in ambulante Behandlung begeben, wegen der potenziell bestehenden Lebensgefahr sofort in ein Krankenhaus eingewiesen worden wäre. Denn die Versicherte litt an einer schweren Grunderkrankung und dazugehörigen Symptomen, die üblicherweise nur von Spezialisten behandelt werden. Nur in einem Krankenhaus hat die Möglichkeit bestanden, zeitnah die zwingend erforderlichen Laboruntersuchungen durchzuführen und die Versicherte währenddessen zu überwachen. Die Versicherte hat als Notfallpatientin eine Infrastruktur in Anspruch genommen, wie sie nur im Krankenhaus vorgehalten wird. Deshalb hat der Senat auch keinen Zweifel daran, dass hier eine Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit der Versicherten bestand, die ihren Sachleistungsanspruch nach § 39 SGB V begründet. Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit setzt voraus, dass die Behandlung der Versicherten den Einsatz der besonderen Mittel des Krankenhauses in oben genanntem Sinne erforderlich gemacht hat. Das ergibt sich hier - wie bereits ausgeführt - daraus, dass eine andere Behandlungsform, insbesondere eine ambulante Behandlung, nicht ausgereicht hätte.

Die Höhe der Forderung und der Zinsanspruch waren hier nicht streitig.

Aus diesem Grunde hat die Berufung der Beklagten keinen Erfolg, so dass es nicht darauf ankommt, ob hier eine von der Klägerin so genannte „primäre Vergütungspflicht“ der Beklagten bestanden hat (vgl. hierzu: Urteil des Senats vom 3. Juni 2010, L 5 KR 28/10).

Die Entscheidung trifft der Senat im Einverständnis mit den Beteiligten gemäß § 155 Abs. 3 und Abs. 4 SGG durch den Einzelrichter.

Die Kostenentscheidung richtet sich nach § 197a SGG in Verbindung mit § 154 Abs. 2 Verwaltungsgerichtsordnung.

Gründe für die Zulassung der Revision im Sinne des § 160 Abs. 2 SGG liegen nicht vor.

Der Streitwert richtet sich gemäß § 197a Abs. 1 SGG in Verbindung mit § 52 Abs. 1 Gerichtskostengesetz nach dem Wert des von der Klägerin mit ihrem Anspruch verfolgten Gegenstandes, der vollen Umfangs im Berufungsverfahren im Streit ist.

I. Rechtsmittelbelehrung

Dieses Urteil kann nur dann mit der Revision angefochten werden, wenn sie nachträglich vom Bundessozialgericht zugelassen wird. Zu diesem Zweck kann die Nichtzulassung der Revision durch das Landessozialgericht mit der Beschwerde angefochten werden.

Die Beschwerde muss von einem beim Bundessozialgericht zugelassenen Prozessbevollmächtigten eingelegt werden.

Als Prozessbevollmächtigte sind zugelassen

1. Rechtsanwälte,
2. Rechtslehrer an einer staatlichen oder staatlich anerkannten Hochschule eines Mitgliedstaates der Europäischen Union, eines anderen Vertragsstaates des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder der Schweiz, die die Befähigung zum Richteramt besitzen,
3. selbständige Vereinigungen von Arbeitnehmern mit sozial- oder berufspolitischer Zwecksetzung für ihre Mitglieder,

4. berufsständische Vereinigungen der Landwirtschaft für ihre Mitglieder,

5. Gewerkschaften und Vereinigungen von Arbeitgebern sowie Zusammenschlüsse solcher Verbände für ihre Mitglieder oder für andere Verbände oder Zusammenschlüsse mit vergleichbarer Ausrichtung und deren Mitglieder,

6. Vereinigungen, deren satzungsgemäße Aufgaben die gemeinschaftliche Interessenvertretung, die Beratung und Vertretung der Leistungsempfänger nach dem sozialen Entschädigungsrecht oder der behinderten Menschen wesentlich umfassen und die unter Berücksichtigung von Art und Umfang ihrer Tätigkeit sowie ihres Mitgliederkreises die Gewähr für eine sachkundige Prozessvertretung bieten, für ihre Mitglieder,

7. juristische Personen, deren Anteile sämtlich im wirtschaftlichen Eigentum einer der in den Nrn. 3 bis 6 bezeichneten Organisationen stehen, wenn die juristische Person ausschließlich die Rechtsberatung und Prozessvertretung dieser Organisation und ihrer Mitglieder oder anderer Verbände oder Zusammenschlüsse mit vergleichbarer Ausrichtung und deren Mitglieder entsprechend deren Satzung durchführt, und wenn die Organisation für die Tätigkeit der Bevollmächtigten haftet.

Die Organisationen zu Nrn. 3 bis 7 müssen durch Personen mit Befähigung zum Richteramt handeln.

Behörden und juristische Personen des öffentlichen Rechts einschließlich der von ihnen zur Erfüllung ihrer öffentlichen Aufgaben gebildeten Zusammenschlüsse sowie private Pflegeversicherungsunternehmen können sich durch eigene Beschäftigte mit Befähigung zum Richteramt oder durch Beschäftigte mit Befähigung zum Richteramt anderer Behörden oder juristischer Personen des öffentlichen Rechts einschließlich der von ihnen zur Erfüllung ihrer öffentlichen Aufgaben gebildeten Zusammenschlüsse vertreten lassen. Ein Beteiligter, der nach Maßgabe der Nrn. 1 bis 7 zur Vertretung berechtigt ist, kann sich selbst vertreten; er muss durch Personen mit Befähigung zum Richteramt handeln.

Die Beschwerde ist schriftlich oder in elektronischer Form einzureichen. Sie muss **innerhalb eines Monats** nach Zustellung des Urteils beim Bundessozialgericht eingehen.

Postanschriften des Bundessozialgerichts:

bei Brief und Postkarte
34114 Kassel

bei Eilbrief, Telegramm, Paket und Päckchen
Graf-Bernadotte-Platz 5
34119 Kassel

Die elektronische Form wird nur durch eine **qualifiziert** signierte Datei gewahrt, die nach den Maßgaben der Verordnung über den elektronischen Rechtsverkehr beim Bundessozialgericht [ERVVOBSG] vom 18. Dezember 2006 [BGBl I 3219] in den elektronischen Gerichtsbriefkasten zu übermitteln ist. Einzelheiten des Übermittlungsverfahrens und technische Anforderungen enthält das Internetportal des Elektronischen Gerichts- und Verwaltungspostfachs [www.egvp.de].

Die Beschwerde ist innerhalb von zwei Monaten nach Zustellung dieses Urteils von einem zugelassenen Prozessbevollmächtigten schriftlich oder in elektronischer Form [s.o.] zu begründen.

In der Begründung muss

die grundsätzliche Bedeutung der Rechtssache dargelegt

oder

die Entscheidung des Bundessozialgerichts, des Gemeinsamen Senats der obersten Gerichtshöfe des Bundes oder des Bundesverfassungsgerichts, von der das Urteil abweicht,

oder

ein Verfahrensmangel, auf dem die angefochtene Entscheidung beruhen kann, bezeichnet werden.

Als Verfahrensmangel kann eine Verletzung der §§ 109 und 128 Abs. 1 Satz 1 des Sozialgerichtsgesetzes [SGG] nicht und eine Verletzung des § 103 SGG nur gerügt werden, soweit das Landessozialgericht einem Beweisantrag ohne hinreichende Begründung nicht gefolgt ist.

II. Erläuterungen zur Prozesskostenhilfe

Für das Beschwerdeverfahren kann Prozesskostenhilfe mit Beordnung eines Rechtsanwalts beantragt werden.

Der Antrag kann von dem Beteiligten persönlich gestellt werden; er ist beim Bundessozialgericht schriftlich, mündlich zu Protokoll der Geschäftsstelle oder in elektronischer Form [s.o.] zu stellen.

Dem Antrag sind eine Erklärung des Beteiligten über seine persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnisse [Familienverhältnisse, Beruf, Vermögen, Einkommen und Lasten] sowie entsprechende Belege beizufügen; **hierzu ist der für die Abgabe der Erklärung vorgeschriebene Vordruck zu benutzen.** Der Vordruck kann von allen Gerichten und ggf. durch den Schreibwarenhandel bezogen werden. Er kann auch über das Gerichtsportal des Bundessozialgerichts [www.bsg.bund.de] ausgedruckt werden [Das Gericht/Zugang zur Revisionsinstanz/Prozesskostenhilfe].

Falls die Beschwerde nicht schon durch einen zugelassenen Bevollmächtigten eingelegt ist, müssen der Antrag auf Bewilligung von Prozesskostenhilfe und die Erklärung über die persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnisse nebst entsprechenden Belegen bis zum Ablauf der Frist für die Einlegung der Beschwerde [ein Monat nach Zustellung des Urteils] beim Bundessozialgericht eingehen. Soll der Vordruck beim Bundessozialgericht in elektronischer Form eingereicht werden, ist ein Vordruck in Papierform auszufüllen, zu unterzeichnen und durch Einscannen in eine Datei umzuwandeln, die qualifiziert signiert ist und nach Maßgabe der Verordnung über den elektronischen Rechtsverkehr beim Bundessozialgericht in den elektronischen Gerichtsbriefkasten zu übermitteln ist.

III. Ergänzende Hinweise

Der Revisionsschrift und allen folgenden Schriftsätzen soll je eine Abschrift für die übrigen Beteiligten beigefügt werden. Das Bundessozialgericht bittet darüber hinaus um je zwei weitere Abschriften.
