

L 2 KR 207/12
S 15 KR 603/12

AUSFERTIGUNG



Verkündet am 13.04.2016

Epp
als Urkundsbeamtin
der Geschäftsstelle

LANDESSOZIALGERICHT FÜR DAS SAARLAND

IM NAMEN DES VOLKES

URTEIL

In dem Rechtsstreit

der

- Klägerin und Berufungsbeklagten -

Proz.-bev.: Rechtsanwalt Friedrich W. Mohr, Bauerngasse 7, 3. OG.,
55116 Mainz,

gegen

die

- Beklagte und Berufungsklägerin -

hat der 2. Senat des Landessozialgerichts für das Saarland
auf die mündliche Verhandlung vom 13. April 2016 durch

den Präsidenten des Landessozialgerichts Betz,
die Richter am Landessozialgericht Rauch und Kirchgörfer sowie
die ehrenamtlichen Richter Kiefer und Heckmann

für Recht erkannt:

Die Berufung der Beklagten gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts für das Saarland vom 24.10.2012 wird zurückgewiesen.

Die Beklagte trägt 4/5 und die Klägerin 1/5 der Kosten des Rechtsstreits für beide Instanzen.

Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten um die Vergütung einer Krankenhausbehandlung vom 17. bis 19.07.2006.

Die bei der Beklagten versicherte (geboren) befand sich vom 06.07. bis 17.07.2006 in stationärer Behandlung im

Laut vorläufigem Entlassungs-/Verlegungsbericht vom 17.07.2006 bestanden folgende Entlassungsdiagnosen: Angina pectoris, positives Belastungs-EKG bei 55 Watt, Angsterkrankung, CRF: Nikotinabusus, Hypercholesterinämie.

Am 17.07.2006 wurde die Versicherte in das nach § 108 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) zugelassene Krankenhaus der Klägerin verlegt. Die für den Aufnahmetag geplante Koronarangiographie konnte aufgrund von stationären Notfällen nicht durchgeführt werden, so dass sie auf den darauffolgenden Tag verschoben wurde. Die Rückverlegung in das Krankenhaus erfolgte am 19.07.2006.

Mit Rechnung vom 26.07.2006 verlangte die Klägerin die Zahlung von 1.652,87 Euro unter Zugrundelegung der DRG-Fallpauschale F49F (invasive kardiologische Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt, weniger als 3 Belegungstage, Alter > 14 Jahre).

Die Beklagte zahlte zunächst den vollen Betrag. Mit Schreiben vom 04.10.2006 zeigte der Medizinische Dienst der Krankenversicherung Berlin-Brandenburg e. V. (MDK) die Einleitung eines Prüfverfahrens an. Der MDK kam in seinen Gutachten (vom 29.08.2007 und 29.12.2008) zu dem Ergebnis, dass die DRG F49F medizinisch sachgerecht sei. Die Notwendigkeit eines 2-tägigen Aufenthaltes zur Koronarangiographie sei jedoch medizinisch nicht begründet. Bei effizienter Durchführung der Diagnostik (Terminverschiebung aus organisatorischen Gründen) sowie einer zeitnahen Rückverlegung am Tag der Untersuchung wäre die erbrachte Leistung im Rahmen einer Verbringung möglich gewesen, da eine Rückverlegung innerhalb von 24 Stunden medizinisch vertretbar gewesen wäre.

Am 07.02.2008 verrechnete die Beklagte den gezahlten Betrag mit einer anderen unstreitigen Forderung der Klägerin.

Auf die am 30.12.2010 erhobene Klage hin hat das Sozialgericht für das Saarland (SG) die Beklagte mit Gerichtsbescheid vom 24.10.2012 verurteilt, an die Klägerin 1.652,86 Euro nebst Zinsen in Höhe von 2 Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz seit dem 07.02.2008 zu zahlen. Zur Begründung hat es im Wesentlichen ausgeführt, die Beklagte habe gegen das Beschleunigungsgebot verstoßen. Damit sei es ihr nicht gestattet, Rechnungskorrekturen im vorliegenden Abrechnungsfall vorzunehmen.

Gegen den ihr am 29.10.2012 zugestellten Gerichtsbescheid hat die Beklagte am 29.11.2012 Berufung eingelegt.

Zur Begründung trägt sie im Wesentlichen vor, die Rechtsprechung des SG zum Beschleunigungsgebot sei mittlerweile durch entgegenstehende Urteile des BSG

überholt. Im Hinblick auf das Wirtschaftlichkeitsgebot hätte die Koronarangiographie im Wege der Verbringung erfolgen müssen. Den Ärzten der Klägerin wäre es nach entsprechender Prüfung sehr wohl zumutbar und möglich gewesen, das andere Krankenhaus darauf hinzuweisen, dass eine Verbringungsleistung objektiv ausreichend wäre und insofern zeitnah nach Abschluss der entsprechenden Behandlung den Rücktransport zum anderen Krankenhaus zu organisieren.

Im Berufungsverfahren hat die Klägerin ihre Klageforderung auf 1.380,63 Euro reduziert (Kürzung der Verweildauer um 1 Tag). Weiterhin hat sie ihre Klage im Hinblick auf den Zinsanspruch für den Tag 07.02.2008 zurückgenommen und erklärt, dass Zinsen erst ab dem 08.02.2008 begehrt werden.

Die Beklagte beantragt,

den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts für das Saarland
vom 24.10.2012 aufzuheben und die Klage abzuweisen.

Die Klägerin beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie verteidigt den angefochtenen Gerichtsbescheid.

Wegen des Sach- und Streitstandes im Übrigen wird Bezug genommen auf den Inhalt der Gerichtsakten und der beigezogenen Verwaltungsakten der Beklagten; der Inhalt der Beiakten war Gegenstand der mündlichen Verhandlung.

Entscheidungsgründe:

Die zulässige Berufung ist unbegründet.

Nachdem die Klägerin ihre Klageforderung reduziert hat, ist Streitgegenstand nur noch der Anspruch auf Zahlung von 1.380,63 Euro nebst Zinsen aus diesem Betrag in Höhe von 2 Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz seit dem 8.2.2008.

Die Klage ist als Leistungsklage nach § 54 Abs. 5 SGG zulässig. Die Klage eines Krankenhausträgers wie der Klägerin auf Zahlung der Behandlungskosten eines Versicherten gegen eine Krankenkasse wie die Beklagte ist ein sogenannter Beteiligtenstreit im Gleichordnungsverhältnis, in dem eine Regelung durch Verwaltungsakt nicht in Betracht kommt, kein Vorverfahren durchzuführen und keine Klagefrist zu beachten ist (BSG, Urteil vom 30.06.2009 – B 1 KR 24/08 R RdNr. 12 mwN). Die Klägerin hat den Zahlungsanspruch auch konkret beziffert.

Die Beklagte hat keine öffentlich-rechtliche Erstattungsforderung in Höhe von 1.380,63 Euro, mit der sie gegenüber einer unstreitigen Forderung der Klägerin hätte aufrechnen (analog §§ 387 ff. BGB, vgl. BSG aaO RdNr. 11) können, da die Klägerin für die stationäre Behandlung vom 17.7. bis 19.7.2006 zu Recht 1.380,63 Euro verlangen konnte.

Ob ein Verstoß gegen das Gebot der zeitnahen Überprüfung vorliegt, wie dies das SG angenommen hat, kann der Senat offen lassen. Mittlerweile ist in der Rechtsprechung des BSG (Urteile vom 21.04.2015 – B 1 KR 7/15; vom 01.07.2014 – B 1 KR 48/12 R; vom 13.11.2012, B 1 KR 24/11 R, Rn. 30ff; vom 18.07.2013, B 3 KR 21/12 R, Rn. 18ff) im Ergebnis geklärt, dass eine zögerliche Bearbeitung durch den MDK oder SMD keine weitergehenden Folgen hat. Dem hat sich der Senat bereits in seinem Urteil vom 19.02.2014 (L 2 KR 92/12) angeschlossen und seine entgegenstehende frühere Rechtsprechung aufgegeben.

Rechtsgrundlage des geltend gemachten Vergütungsanspruchs für diese Behandlung ist § 109 Abs. 4 S. 3 SGB V iVm § 7 Abs. 1 Nr. 1 KHEntG und der Anlage 1 der Verordnung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser für das Jahr 2006 (Fallpauschalenvereinbarung 2006 – FPV 2006) sowie der Krankenhausbehandlungsvertrag (KBV) für das Saarland nach § 112 Abs. 2 S. 1 Nr. 1 SGB V.

Dieser Vergütungsanspruch setzt voraus, dass eine notwendige Krankenhausbehandlung stattgefunden hat, die nicht ambulant, sondern vollstationär durchgeführt worden ist (BSG, Urteil vom 28.02.2007 – B 3 KR 17/06 R Rdnr. 11).

Dass die von der Klägerin durchgeführte Koronarangiographie eine erforderliche Krankenhausbehandlung war, ist unbestritten. Die Krankenhausbehandlung ist auch vollstationär erfolgt. Vollstationäre, teilstationäre und ambulante Operationsleistungen sind in erster Linie anhand der geplanten Aufenthaltsdauer abzugrenzen. Eine vollstationäre Behandlung im Sinne einer physischen und organisatorischen Eingliederung in das spezifische Versorgungssystem eines Krankenhauses ist dann gegeben, wenn sie sich nach dem Behandlungsplan des Krankenhausarztes in der Vorausschau zeitlich über mindestens einen Tag und eine Nacht erstreckt. Verbringt der Patient dabei einen Tag und eine Nacht im Krankenhaus, handelt es sich um eine stationäre Behandlung, weil damit die vollständige Eingliederung des Patienten in den Krankenhausbetrieb augenfällig ist (BSG, aaO Rdnr. 16, 18; anderer Auffassung offenbar SG Hannover, wonach es über Übernachtungs- und Verpflegungsleistungen hinaus eines eigenständigen Konzeptes für eine selbstständige Behandlung des Versicherten, die an die vorangegangene, abgeschlossene Behandlung anknüpfe, bedürfe – Urteil vom 08.12.2010 - S 44 KR 474/08 - Seite 6; Hessisches LSG, Urteil vom 09.09.2011 – L 8 KR 65/10 - Seite 10). Danach wurde vorliegend die Versicherte im Krankenhaus der Klägerin stationär behandelt; dies wird auch von der Beklagten nicht bestritten.

Der Vergütungsanspruch für eine stationäre Behandlung entsteht aber nur, soweit die stationäre Versorgung im Sinne von § 39 Abs. 1 S. 2 SGB V erforderlich gewesen ist. Das setzt voraus, dass die notwendige medizinische Versorgung nur mit den besonderen Mitteln eines Krankenhauses durchgeführt werden kann und eine ambulante ärztliche Versorgung nicht ausreicht, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern (BSG, Urteil vom 18.09.2008 – B 3 KR 22/07 R Rdnr. 10). Das ist bei ambulant durchführbaren Operationen und sonstigen stationärer ersetzenden Eingriffen nach § 115b SGB V in der Regel nicht der Fall.

Dass eine stationäre Behandlung der Versicherten notwendig war, wird von der Beklagten ebenfalls nicht bestritten. Ihr geht es vielmehr darum, dass nach ihrer Auffassung eine Zurückverlegung innerhalb von 24 Stunden möglich gewesen wäre, sodass die Überwachung der Versicherten und somit die weitere stationäre Behandlung im Krankenhaus erfolgt wäre. Eine stationäre Aufnahme in das Krankenhaus der Klägerin wäre dann nach ihrer Auffassung nicht erforderlich gewesen. Dies hätte nach Meinung der Beklagten zur Folge, dass eine sog. „Verbringung“ iSd. § 2 Abs. 2 S. 2 Nr. 2 KHEntG vorgelegen hätte mit der Folge, dass ein Vergütungsanspruch der Klägerin gegen die Beklagte nicht bestehe.

Entgegen der Auffassung der Beklagten ist der Vergütungsanspruch der Klägerin gegen die Beklagte jedoch nicht durch § 2 Abs. 2 S. 2 Nr. 2 KHEntG ausgeschlossen, da das Krankenhaus der Klägerin insoweit keine von dem Krankenhaus veranlasste Krankenhausleistung erbracht hat (vgl. zu ähnlichen Fällen Urteile des Senats vom 18.1.2012 - L 2 KR 45/09 – und vom 22.8.2012 – L 2 KR 118/09). Nach dieser Vorschrift sind die allgemeinen Krankenhausleistungen nur zwischen Krankenkasse und Krankenhaus abzurechnen, auch wenn letzteres in bestimmtem Rahmen Dritte hinzuzieht; diese erbringen – rechtlich gesehen – ihre Leistungen nicht gegenüber dem Patienten bzw. dessen Krankenkasse, sondern gegenüber dem Krankenhaus. Dementsprechend kann ein Vergütungsanspruch des Dritten nur gegen das

Krankenhaus und nicht gegen den Patienten oder dessen Kostenträger entstehen. Dies gilt jedoch nur, soweit es sich um Leistungen handelt, die im Verhältnis zu der vom Krankenhaus zu erbringenden Hauptbehandlungsleistung lediglich ergänzende oder unterstützende Funktion haben (sogenannte „Verbringung“). Etwas anderes gilt jedoch im Fall der „Verlegung“, wenn die Verantwortung für die Gesamtbehandlung vollständig auf das aufnehmende Krankenhaus übergeht. In einem solchen Fall scheidet der Patient aus den stationären Behandlungsabläufen und der Gesamtverantwortung des abgebenden Krankenhauses aus und wird in die stationären Abläufe des aufnehmenden Krankenhauses integriert (BSG, Urteil vom 28.02.2007 – B 3 KR 17/06 R Rdnr. 22 mwN). Das BSG hat weiter ausgeführt, dass das Vorliegen einer vollstationären Krankenhausbehandlung die Annahme ausschließe, dass es sich um eine Leistung eines Dritten handeln könnte (Rdnr. 23). Zudem hat das BSG darauf abgestellt, dass ein eigenständiger Vergütungsanspruch entsteht, wenn eine Leistung außerhalb des Versorgungsauftrags des Entsendekrankenhauses erbracht wird (Rdnr. 23).

Davon ausgehend hat die Klägerin keine vom Krankenhaus verursachte Krankenhausleistung erbracht. Ob die von der Klägerin durchgeführte Koronarangiographie überhaupt eine Leistung eines Dritten im Sinne des § 2 Abs. 2 S. 2 Nr. 2 KHEntG sein kann, lässt der Senat offen (verneinend OVG Rheinland-Pfalz, Urteil vom 28.09.2004 – 7 A 20151/04.OVG mit der Begründung, es handele sich bei der Linksherzkatheter-Untersuchung um einen invasiven Eingriff, der hinsichtlich der medizinischen und pflegerischen Vorkehrungen nicht mit sonstigen diagnostischen Verfahren im Labor- und Röntgenbereich verglichen werden könne; anderer Auffassung Hessisches LSG, a.a.O.; SG Hannover, Urteile vom 20.05.2010 – S 10 KR 175/09 – und vom 08.12.2010 – S 44 KR 474/08). Jedenfalls ist die Versicherte im vorliegenden Fall aus den stationären Behandlungsabläufen und der Gesamtverantwortung des abgebenden Krankenhauses ausgeschieden und in die stationären Abläufe des Krankenhauses der Klägerin aufgenommen worden. Dies ergibt sich bereits aus dem vorläufigen Entlassungs-/Verlegungsbericht des Krankenhauses. Dort wird der Zeitraum der stationären Behandlung auf die Zeit 06.07. bis

17.07.2006 begrenzt. Auch aus der Verwendung des Begriffs „Entlassungs-/Verlegungsbericht“ wird unmissverständlich klar, dass die Versicherte unmittelbar nach diesem Zeitraum nicht mehr Patientin im Krankenhaus war. Dafür, dass die Koronarangiographie als Auftragsleistung hätte erbracht werden sollen, liegen keine Anhaltspunkte vor. Die Gesamtverantwortung war vielmehr auf das Krankenhaus der Klägerin übergegangen. Der Klägerin oblag es nunmehr zu entscheiden, ob die Versicherte stationär aufgenommen wird und welche Behandlungsmaßnahmen zu ergreifen waren. Insbesondere der Umstand, dass die Versicherte im Krankenhaus der Klägerin stationär behandelt worden ist, zeigt, dass die Gesamtverantwortung auf das Krankenhaus der Klägerin übergegangen war mit der Folge, dass die Anwendbarkeit des § 2 Abs. 2 S. 2 Nr. 2 KHEntG ausgeschlossen ist (vgl. BSG aaO; anderer Auffassung Hessisches LSG aaO, SG Hannover, Urteil vom 20.05.2010 aaO).

Von einem Verbleib der Gesamtverantwortung des abgebenden Krankenhauses bei einer Auftragsleistung eines Dritten kann dagegen nur ausgegangen werden, soweit das abgebende Krankenhaus in der Lage ist, zu jedem Zeitpunkt des Leistungsgeschehens in rechtlich relevanter Weise hierauf Einfluss nehmen zu können, was in der Regel durch ein vertragliches Verhältnis oder ein anderes „rechtliches Band“ geschieht (Ricken, Ärztliche Drittleistungen im Rahmen der stationären Versorgung, NZS 2011, 881, 885, 886). Der Dritte muss die Tätigkeit bewusst und zweckgerichtet dem abgebenden Krankenhaus gegenüber erbringen (Ricken aaO.). Folglich kann nur dann, wenn ein klarer Einzelauftrag des abgebenden an das aufnehmende Krankenhaus formuliert wird und sich hieraus mit hinreichender Deutlichkeit ergibt, dass das abgebende Krankenhaus für die Kosten dieses Einzelauftrags aufkommt, von einer Verbringung gesprochen werden, welche Rechtsbeziehungen zwischen Krankenkasse und aufnehmendem Krankenhaus nicht begründen kann. All dies ist vorliegend nicht der Fall gewesen.

Ob, wie die Beklagte meint, eine Rückverlegung binnen 24 Stunden möglich gewesen wäre, ändert nichts daran, dass die Klägerin eine notwendige stationäre

Krankenhausbehandlung erbracht hat. Die Versicherte war aus den stationären Abläufen des Krankenhauses ausgeschieden und dieses Krankenhaus hatte, wie bereits ausgeführt, die Gesamtverantwortung auf das Krankenhaus der Klägerin übertragen. Dies kann der Klägerin nicht zum Vorwurf gemacht werden. Das aufnehmende Krankenhaus hat lediglich zu prüfen, ob weiterhin stationäre Krankenhausbehandlung erforderlich ist und es selbst im Rahmen seiner Zulassung die erforderliche Krankenhausbehandlung erbringen darf (vgl. Urteil des BSG vom 16.12.2008 – B 1 KR 10/08 R RdNr. 22). Dass die Versicherte einer weiteren stationären Behandlung bedurfte, ist unbestritten, so dass die stationäre Aufnahme im Krankenhaus der Klägerin zu Recht erfolgt ist.

Dem steht auch nicht, wie die Beklagte meint, das Urteil des BSG vom 01.07.2014 (B 1 KR 62/12 R) entgegenstehen. Das BSG hat entschieden, dass das Krankenhaus den jeweils kostengünstigsten Weg wählen muss. Das Wirtschaftlichkeitsgebot zwingt auch Krankenhäuser bei der Behandlungsplanung, die Möglichkeit wirtschaftlichen Alternativverhaltens zu prüfen; wählt das Krankenhaus einen unwirtschaftlichen Behandlungsweg, kann es allenfalls die Vergütung beanspruchen, die bei fiktivem wirtschaftlichem Alternativverhalten angefallen wäre (BSG aaO Rn 17; vgl. auch BSG, Urteil vom 10.03.2015 – B 1 KR 2/15 R Rn 20). Vorliegend hatte die Klägerin jedoch nicht die Wahl zwischen zwei Alternativen gehabt. Die Entscheidung, ob die Koronarangiographie im Wege der Verbringung oder im Wege der Verlegung erfolgt, konnte nicht die Klägerin treffen, sondern das Krankenhaus. Dass das Krankenhaus der Klägerin die Gesamtverantwortung übertragen hat, kann der Klägerin nicht zum Vorwurf gemacht werden (vgl. Urteil des Senats vom 18.01.2012 – aaO Rn 29). Entgegen der Auffassung der Beklagten kann dem Wirtschaftlichkeitsgebot des § 12 SGB V auch nicht die Pflicht der Klägerin entnommen werden zu prüfen, ob tatsächlich eine Verlegung erfolgen muss. Wird ein Versicherter in ein anderes Krankenhaus verlegt, kann das aufnehmende Krankenhaus die Fallpauschalenvergütung vielmehr unabhängig von der Notwendigkeit der Verlegung beanspruchen (vgl. Urteil des BSG vom 16.12.2008 – B 1 KR 10/08 R).

Medizinisch notwendig war (lediglich) eine Verweildauer von einem Tag. Medizinische Erfordernisse im Sinne der Rechtsprechung können nur Umstände sein, die in der Person des zu behandelnden Versicherten liegen (Landessozialgericht Berlin-Brandenburg 9. Senat - L 9 KR 34/05 Rn. 24; Urteil des Senats vom 22.08.2012 – L 2 KR 39/09 Rn 45). Dies war hier nicht der Fall. Der Umstand, dass die Koronarangiographie wegen stationärer Notfälle verschoben werden musste, fällt in den organisatorischen Verantwortungsbereich der Klägerin. Dem ist die Klägerin durch Reduzierung ihrer Klageforderung nachgekommen.

Dass die Klägerin, wenn § 2 Abs. 2 S. 2 Nr. 2 KHEntG nicht eingreift, berechtigt ist, die DRG F49F (Invasive kardiologische Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt, weniger als 3 Belegungstage, Alter > 14 Jahre) abzurechnen, wird von der Beklagten ausdrücklich nicht bestritten. Die Höhe des Vergütungsanspruchs beträgt unter Zugrundelegung einer Verweildauer von einem Tag 1.380,63 Euro.

Der Zinsanspruch ergibt sich aus § 14 Abs. 5 KBV.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 197a SGG iVm. § 155 Abs. 1 Satz 1 VwGO.

Gründe für die Zulassung der Revision (§ 160 Abs. 2 SGG) liegen nicht vor.

Rechtsmittelbelehrung und Erläuterung zur Prozesskostenhilfe

I. Rechtsmittelbelehrung

Dieses Urteil kann nicht mit der Revision angefochten werden, weil sie gesetzlich ausgeschlossen und vom Landessozialgericht nicht zugelassen worden ist.

Gegen dieses Urteil steht den Beteiligten die Revision nur zu, 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 bei dem 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. selbstständige 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 dieses Urteils beim Bundessozialgericht **eingehen**.

Anschriften:

-bei Brief und Postkarte

34114 Kassel

-bei Eilbrief, Telegramm, Paket und Päckchen

Graf-Bernadotte-Platz 5

34119 Kassel

Telefax-Nummer:

0561-3107475

Die elektronische Form wird nur durch eine qualifiziert signierte Datei gewahrt, die nach den Maßgaben der Verordnung über den elektronischen Rechtsverkehr beim Bundessozialgericht an die elektronische Gerichtspoststelle zu übermitteln ist. Weitere Informationen hierzu können über das Internetportal des Bundessozialgerichts (www.bsg.bund.de) abgerufen werden.

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, und auf dieser Abweichung beruht, 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.

Bei Zustellungen ins **Ausland** gilt anstelle der oben genannten Beschwerdefrist von einem Monat eine Frist von **drei Monaten** und anstelle der oben genannten Beschwerdebegründungsfrist von zwei Monaten eine Frist von **vier Monaten**.

II. Erläuterungen zur Prozesskostenhilfe

Für die Beschwerde gegen die Nichtzulassung der Revision kann Prozesskostenhilfe mit Beordnung eines Rechtsanwalts beantragt werden.

Der Antrag kann von einem Beteiligten persönlich gestellt werden; er ist beim Bundessozialgericht schriftlich, in elektronischer Form (s.o.) oder mündlich zu Protokoll der Geschäftsstelle 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 Gerichtportal 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 beim Bundessozialgericht eingehen. Soll der Vordruck beim Bundessozialgericht in elektronischer Form eingelegt werden, ist ein Vordruck in Papierform auszufüllen, zu unterzeichnen und mittels Einscannen in eine Datei umzuwandeln, die qualifiziert signiert ist und nach Maßgabe der Verordnung über den elektronischen Rechtsverkehr beim Bundessozialgericht an die elektronische Gerichtspoststelle zu übermitteln ist.

III. Ergänzende Hinweise

Der Beschwerdeschrift und allen folgenden Schriftsätzen sollen Abschriften für die übrigen Beteiligten beigelegt werden.

Das Bundessozialgericht bittet darüber hinaus um je zwei weitere Abschriften.

gez.: Betz

gez.: Rauch

gez.: Kirchdörfer



Ausgefertigt:

Greif
(Greif)

Justizbeschäftigte
als Urkundsbeamtin
der Geschäftsstelle