

Aktenzeichen:
L 5 KR 154/19
S 6 KR 704/17



Verkündet am: 09.07.2020

Reiter,
Justizbeschäftigte
als Urkundsbeamtin
der Geschäftsstelle

LANDESSOZIALGERICHT RHEINLAND-PFALZ

IM NAMEN DES VOLKES

URTEIL

In dem Rechtsstreit

- Klägerin und Berufungsklägerin -

Prozessbevollmächtigte/r: Rechtsanwalt Friedrich W. Mohr, Diether-von-Isenburg-Straße 9 - 11, 55116 Mainz

gegen

- Beklagte und Berufungsbeklagte -

hat der 5. Senat des Landessozialgerichts Rheinland-Pfalz in Mainz aufgrund der mündlichen Verhandlung vom 09. Juli 2020 durch

Vizepräsident des Landessozialgerichts
Richterin am Landessozialgericht
Richterin am Landessozialgericht
ehrenamtlichen Richter
ehrenamtliche Richterin

für Recht erkannt:

1. Auf die Berufung der Klägerin wird das Urteil des Sozialgerichts Speyer vom 26.06.2019 aufgehoben. Die Beklagte wird verurteilt, an die Klägerin 780,99 € nebst Zinsen in Höhe von zwei Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz hieraus seit dem 02.03.2017 zu zahlen.
2. Die Beklagte trägt die Kosten des Verfahrens in beiden Rechtszügen.
3. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand

Streitig ist, ob die Klägerin einen Anspruch auf Vergütung einer Krankenhausbehandlung in Höhe von 780,99 € hat.

Die Klägerin ist Trägerin des nach § 108 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) zugelassenen . Dort wurde der 1966 geborene, bei der Beklagten krankenversicherte (Versicherter) am 20.08.2016 in den Schockraum der Zentralen Notaufnahme (ZNA) durch den Rettungsdienst eingeliefert. Ausweislich des Berichts der Oberärztin vom 20.08.2016 erfolgte die Einlieferung unter kardiopulmonaler Reanimation. Beim Eintreffen habe sich ein Kammerflimmern gezeigt. Im Elektrokardiogramm (EKG) zeigten sich eine Asystolie und echokardiographisch ein Herzstillstand. Der Versicherte verstarb noch im Schockraum. Mit Rechnung vom 31.08.2016 forderte die Klägerin von der Beklagten einen Betrag von 780,99 € und legte dabei die Fallpauschale DRG (Diagnosis Related Groups) F60B (akuter Myokardinfarkt ohne invasive kardiologische Diagnostik ohne äußerst schwere CC) zugrunde. Die Beklagte beglich die Rechnung zunächst und veranlasste eine Überprüfung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK). Dr. , MDK, gab in ihrer Stellungnahme vom 06.09.2016 an, zur Beantwortung der Frage nach der „Notwendigkeit der stationären Aufnahme“ sei eine Begutachtung notwendig. Sie stellte die Frage nach der Integration in das stationäre Setting. Die Ärztin im MDK führte in ihrem Gutachten vom 08.12.2016 aus, der Versicherte sei unter Reanimationsbedingungen mit Kammerflimmern im Krankenhaus eingetroffen, vom

Notarzt sei eine präklinische Lyse erfolgt. Beim Eintreffen im Schockraum habe eine Asystolie bestanden, es sei der Entschluss zum Einstellen der Reanimation getroffen worden. Der Versicherte sei nicht mehr auf die Intensivstation verlegt worden. Durch den Notarzt seien bereits Katheterlabor, Anästhesie und Schockteam informiert und durch die Klägerin bereitgestellt worden. Bei Asystolie und insgesamt 90 Minuten Reanimation sei die Reanimation im Krankenhaus nach drei Minuten eingestellt worden. Sie sei unter ambulanten Bedingungen eingestellt worden, der Versicherte sei nicht in das stationäre Setting eingebunden gewesen. Mit Schreiben vom 19.12.2016 bat die Beklagte die Klägerin um Übersendung einer Korrekturrechnung. Die klägerische Klinik (Abteilung Medizin-Controlling) führte in ihrer Stellungnahme vom 22.12.2016 aus, der Aufenthalt sei stationär abzurechnen, da die besonderen Mittel des Krankenhauses notwendig gewesen seien. Bei Ankunft in den Schockraum hätten das komplette Anästhesie-Team, das Herzkatheterlabor-Team sowie das Anästhesie-Pflege-Team bereitgestanden, um den Versicherten adäquat medizinisch zu versorgen. Die Angehörigen seien im ausführlichen Gespräch seitens der Ärzte über das Versterben des Versicherten informiert und vom Pflegepersonal in dieser Situation weiter betreut worden. Am 01.03.2017 (vgl. Bl. 3 GA) verrechnete die Beklagte den streitigen Betrag mit einer unstreitigen Forderung für die Behandlung einer anderen Versicherten.

Am 14.12.2017 hat die Klägerin Klage erhoben und vorgetragen, der Schockraum gehöre zur speziellen Infrastruktur des Krankenhauses. Die Einbindung in den Krankenhausbetrieb habe vorgelegen. Sie hat Bezug genommen auf ein Urteil des Schleswig-Holsteinischen Landessozialgerichts (LSG) vom 24.03.2011 -L 5 KR 50/10- sowie ein Urteil des Sozialgerichts Dresden vom 24.02.2005 -S 18 KR 180/02-. Durch Urteil vom 26.06.2019 hat das Sozialgericht Speyer die Klage abgewiesen und zur Begründung ausgeführt, die Beklagte habe zu Recht mit einem öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruch aufgerechnet, da eine stationäre Behandlung des Versicherten nicht stattgefunden habe. Nach § 39 Abs. 1 Satz 1 SGB V werde eine Krankenhausbehandlung vollstationär, teilstationär, vor- und nachstationär sowie ambulant erbracht. Die Abgrenzung erfolge in erster Linie

anhand der geplanten Aufenthaltsdauer. Danach liege eine vollstationäre Krankenhausbehandlung vor, wenn der Patient nach der Entscheidung des Krankenhausarztes mindestens einen Tag und eine Nacht ununterbrochen im Krankenhaus versorgt werden solle (Hinweis auf Bundessozialgericht -BSG- 19.03.2013 -B 3 KR 34/12 R- und BSG 04.03.2004, BSGE 92, 223 Rn 21). Insoweit verweise das BSG auf die amtliche Begründung zum Gesundheitsstrukturgesetz vom 21.12.1992 (BGBl I 2266). Zur Abgrenzung der stationären von der ambulanten Behandlung werde hier das Kriterium der „Aufnahme“ in das Krankenhaus herangezogen und dieses als die „physische und organisatorische Eingliederung des Patienten in das spezifische Versorgungssystem des Krankenhauses“ definiert. Was hierunter zu verstehen sei, ergebe sich unter Rückgriff auf die gesetzliche Definition des Krankenhausbegriffs in § 107 Abs. 1 SGB V. Ein Krankenhaus könne zwar auch ambulante Leistungen erbringen, der Krankenhausbegriff werde aber nur von Einrichtungen erfüllt, die (auch und vor allem) zur stationären Leistungserbringung in der Lage seien. Dazu gehörten neben der Möglichkeit, die Patienten unterzubringen und zu verpflegen, u.a. eine ständige ärztliche Leitung und jederzeit verfügbares Personal. Daraus werde deutlich, dass das spezifische Versorgungssystem eines Krankenhauses nicht nur kurzfristige Eingriffe oder Maßnahmen ermögliche, sondern besonders auf solche Behandlungen ausgerichtet sei, die einen längeren Aufenthalt erforderten. Das spezifische Versorgungssystem des Krankenhauses werde daher in Anspruch genommen, wenn sich die Behandlung zeitlich über mindestens einen Tag und eine Nacht erstrecke. Demgegenüber erfordere der Aufnahmeakt selbst, d.h. die physische und organisatorische Eingliederung des Versicherten in dieses Versorgungssystem, keine zeitliche Erstreckung über eine bestimmte Dauer. Voraussetzung sei lediglich die Entscheidung des Krankenhausarztes, dass eine Behandlung über mindestens einen Tag und eine Nacht erfolgen solle. Diese Aufnahmeentscheidung auf der Basis eines entsprechenden Behandlungsplans werde nach außen regelmäßig z.B. durch die Einweisung auf eine bestimmte Station, die Zuweisung eines Bettes, das Erstellen entsprechender Aufnahmeunterlagen u.ä. dokumentiert. Eine auf diese Weise einmal erfolgte physische und organisatorische Eingliederung könne nicht

rückwirkend dadurch entfallen, dass der Patient z.B. gegen ärztlichen Rat auf eigenes Betreiben das Krankenhaus noch am selben Tag wieder verlasse. Bezogen auf diesen Fall entfalle die Eingliederung auch nicht rückwirkend, wenn der Versicherte unmittelbar nach der Aufnahme versterbe. Nach Überzeugung der Kammer sei es aber vorliegend zu keiner Entscheidung über die Aufnahme des Versicherten durch Zuweisung eines Bettes bzw. auf eine Station, hier in Betracht kommend die Intensivstation, gekommen, da der Versicherte vor einer Aufnahmeentscheidung verstorben sei. Das BSG weise insoweit auf andere Konstellationen hin, in denen es zu keiner Entscheidung über die Aufnahme kommen könne, z.B. wenn sich auf Grund der Aufnahmeuntersuchung eine Verlegung oder eine ambulante Weiterbehandlung als medizinisch sinnvoll, erforderlich und ausreichend erweise. Die Versorgung im „Schockraum“ als räumlicher Teil der Notaufnahme vermöge die Aufnahmeentscheidung mit den genannten nach außen dokumentierten Umständen nicht zu ersetzen.

Gegen das ihren Prozessbevollmächtigten am 05.07.2019 zugestellte Urteil hat die Klägerin am 07.08.2019 (Mittwoch) Berufung eingelegt. Nach Hinweis auf den Ablauf der Berufungsfrist hat sie mit Schriftsatz vom 04.09.2019 Wiedereinsetzung in den vorigen Stand beantragt und vorgetragen, die Mitarbeiterin der Anwaltskanzlei _____, Rechtsanwaltsfachangestellte, habe den Schriftsatz ausweislich der beigefügten eidesstaatlichen Versicherung vom 04.09.2019 am 01.08.2019 zur Post gegeben. Dies habe sie in der elektronischen Akte vermerkt; hierzu ist ein Auszug aus der Rechtsanwaltssoftware vorgelegt worden. Die Mitarbeiterin sei seit Mai 2013 in der Kanzlei tätig und stets äußerst zuverlässig. Mängel im Zusammenhang mit der Wahrung von Notfristen seien in der Vergangenheit nie aufgetreten. Konkrete Anweisungen habe die Mitarbeiterin stets einwandfrei und sorgfältig erfüllt. Der Umstand, dass der Eingang bei Gericht nicht fristgemäß erfolgt sei, könne nicht zu ihren Lasten gehen. Die verzögerte Übersendung durch die Post sei ihr nicht zuzurechnen. Der geltend gemachte Zahlungsanspruch stehe ihr zu. Während der Behandlung des Versicherten seien die besonderen Mittel eines Krankenhauses notwendig gewesen. Auch eine Behandlung in den Räumen

der Notfallambulanz stelle eine stationäre Behandlung mit den Mitteln eines Krankenhauses dar. Die Eingliederung des Versicherten in das spezifische Versorgungssystem des Krankenhauses mit einer geplanten Aufenthaltsdauer von mindestens einem Tag und einer Nacht habe durch den sofortigen Einsatz der spezifischen Mittel des Krankenhauses (Notfallteam, Apparate etc.) eindeutig stattgefunden. Sofern das Sozialgericht ausführe, es sei zu keiner Aufnahmeentscheidung durch den behandelnden Arzt gekommen sei, sei dem zu widersprechen. Dem behandelnden Arzt sei bereits bei der ersten Inaugenscheinnahme eines Patienten in derart kritischem Zustand klar, dass der Patient für mehrere Tage stationär aufgenommen und (intensiv) medizinisch versorgt werden müsse. Eine Aufnahmeentscheidung sei in einer derartigen Situation selbstverständlich bereits getroffen. Auch wenn der Versicherte „lediglich drei Minuten“ in den stationären Ablauf eingebunden und die besonderen Mittel des Krankenhauses in Anspruch genommen habe, sei der Aufwand für sie, die Klägerin, genauso hoch, als wäre er erst zwei Stunden später verstorben. Die Einstufung des Behandlungsfalls als stationär sei auch vor dem Hintergrund der Ausgestaltung des DRG-Abrechnungssystems geboten. Dies sei ein Pauschalssystem mit einer Mischkalkulation. Ein Krankenhaus rechne bei einem gleichen Krankheitsbild für einen Patienten mit einem Aufenthalt von fünfminütiger Dauer den gleichen Betrag ab wie für einen Patienten mit einem Aufenthalt von einem Tag oder 23 Stunden und 55 Minuten. Diese Auffassung werde auch durch das Urteil des Schleswig-Holsteinischen LSG vom 24.03.2011 – L 5 KR 50/10 – bestätigt.

Die Klägerin beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Speyer vom 26.06.2019 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, an sie 780,99 € nebst Zinsen in Höhe von zwei Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz hieraus seit dem 02.03.2017 zu zahlen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält das angefochtene Urteil für zutreffend. Dem Vortrag der Klägerin könne nicht gefolgt werden. Insbesondere könne eine Behandlung in der Notfallambulanz eines Krankenhauses nicht mit der Begründung, dass eine Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit bereits in der Notfallambulanz festgestellt worden sei, als Bestandteil einer stationären Behandlung angesehen werden. Vielmehr liege ein stationärer Behandlungsfall erst vor, wenn ein Versicherter im Anschluss an eine Behandlung in der Notfallambulanz des Krankenhauses wegen derselben Erkrankung in die stationäre Behandlung des Krankenhauses aufgenommen werde, welches auch die Notfallambulanz betreibe (Hinweis auf BSG 11.09.2019 – B 6 KA 6/18 R -). Im vorliegenden Fall sei aber bereits drei Minuten nach der Ankunft in der Notfallambulanz die Reanimation eingestellt worden, eine stationäre Aufnahme im Anschluss an die Behandlung in der Notfallambulanz lasse sich daher nicht nachvollziehen.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes nimmt der Senat Bezug auf die Prozessakte, die Verwaltungsakte der Beklagten und die Krankenakte der Klägerin. Der Inhalt der Akten war Gegenstand der mündlichen Verhandlung und der Beratung.

Entscheidungsgründe

Die Berufung der Klägerin ist zulässig und begründet.

Zwar wurde die Berufung nicht gemäß § 151 Abs. 1 Sozialgerichtsgesetz (SGG) innerhalb eines Monats nach Zustellung des Urteils eingelegt, der Klägerin ist jedoch Wiedereinsetzung in den vorigen Stand zu gewähren. Wenn jemand ohne Verschulden verhindert war, eine gesetzliche Verfahrensfrist einzuhalten, ist ihm gemäß § 67 Abs. 1 SGG auf Antrag Wiedereinsetzung in den vorigen Stand zu gewähren. Ein Verschulden des Prozessbevollmächtigten ist den Beteiligten zuzurechnen (vgl. Keller in Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer/Schmidt, SGG, 13. Auflage

2020, § 67, Rn 3e). Vorliegend wurde die Berufungsschrift von der Rechtsanwaltsfachangestellten am 01.08.2019 (Donnerstag) zur Post gegeben. Es konnte erwartet werden, dass der Zugang spätestens am Tag des Fristablaufs, nämlich am 05.08.2019 (Montag) erfolgen würde. Bei dieser Sachlage lag kein Verschulden vor (vgl auch Keller, aaO, Rn 6a).

Die danach zulässige Berufung hat auch in der Sache Erfolg. Die Klägerin hat Anspruch auf Zahlung der geltend gemachten Vergütung in Höhe von 780,99 € nebst Zinsen in Höhe von zwei Prozentpunkten über dem Basiszinssatz hieraus seit dem 02.03.2017. Dieser Anspruch ist nicht durch Aufrechnung erloschen. Der Beklagten steht kein öffentlich-rechtlicher Erstattungsanspruch in dieser Höhe zu.

Die Zahlungsverpflichtung einer Krankenkasse entsteht -unabhängig von einer Kostenzusage- unmittelbar mit Inanspruchnahme der Leistung durch den Versicherten kraft Gesetzes, wenn die Versorgung in einem zugelassenen Krankenhaus durchgeführt wurde und im Sinne von § 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V erforderlich und wirtschaftlich ist. Die Vergütung für die Krankenhausbehandlung bemisst sich nach den vertraglichen Fallpauschalen auf gesetzlicher Grundlage. Die Fallpauschalenvergütung Versicherter in zugelassenen Einrichtungen ergibt sich aus § 109 Abs. 4 Satz 3 SGB V iVm § 7 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG), § 17b Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) und dem zwischen der Krankenhausgesellschaft Rheinland-Pfalz e.V., den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen gemäß § 112 Abs. 2 Nr. 1 SGB V abgeschlossenen Krankenhausbehandlungsvertrag (KBV-RP).

Nach § 39 Abs. 1 Satz 1 SGB V in der im hier maßgebenden Zeitraum geltenden Fassung wird die Krankenhausbehandlung vollstationär, teilstationär, vor- und nachstationär (§ 115a SGB V) sowie ambulant (§ 115b SGB V) erbracht. Vollstationäre, teilstationäre und ambulante Behandlungen im Krankenhaus sind in erster Linie anhand der geplanten Aufenthaltsdauer abzugrenzen. Danach liegt eine vollstationäre Krankenhausbehandlung im Sinne einer physischen und organisatori-

schen Eingliederung in das spezifische Versorgungssystem eines Krankenhauses dann vor, wenn sie sich nach dem Behandlungsplan des Krankenhausarztes in der Vorausschau zeitlich über mindestens einen Tag und eine Nacht erstreckt. Entscheidend ist damit zunächst der Behandlungsplan (vgl. BSG 04.03.2004 - B 3 KR 4/03 R- juris, Rn 27; BSG 28.02.2007 -B 3 KR 17/06 R- juris, Rn 16; BSG 19.09.2013 -B 3 KR 34/12 R- juris, Rn 11).

Was unter dem „spezifischen Versorgungssystem eines Krankenhauses“ zu verstehen ist, ergibt sich unter Rückgriff auf die gesetzliche Definition des Krankenhausbegriffs in § 107 Abs. 1 SGB V. Das spezifische Versorgungssystem eines Krankenhauses ist auf solche Behandlungen ausgerichtet, die einen längeren Aufenthalt des Patienten erfordern. Es wird in Anspruch genommen, wenn sich die Behandlung zeitlich über mindestens einen Tag und eine Nacht erstreckt. Voraussetzung ist die Entscheidung des Krankenhausarztes, dass eine Behandlung über mindestens einen Tag und eine Nacht erfolgen soll (BSG 19.09.2013, aaO, Rn 13). Regelmäßig wird diese Aufnahmeentscheidung nach außen z.B. durch die Einweisung auf eine bestimmte Station, die Zuweisung eines Bettes, das Erstellen entsprechender Aufnahmeunterlagen u.ä. dokumentiert. Eine auf diese Weise auf der Grundlage der Entscheidung des Krankenhausarztes einmal erfolgte physische und organisatorische Eingliederung des Patienten in das spezifische Krankenhausversorgungssystem kann nicht rückwirkend dadurch entfallen, dass der Patient z.B. gegen ärztlichen Rat auf eigenes Betreiben das Krankenhaus am selben Tag wieder verlässt; in diesem Fall handelt es sich um eine „abgebrochene“ stationäre Behandlung (BSG 19.09.2013 -B 3 KR 34/12 R – Rn 13).

Vorliegend wurde eine Notfallbehandlung des Versicherten durchgeführt. Es handelt sich nicht um den beschriebenen in der Regel auftretenden Fall, dass eine nach außen dokumentierte Entscheidung des Krankenhausarztes auf der Grundlage eines Behandlungsplans erfolgte. Die Behandlung erfolgte im Schockraum der klägerischen Klinik, der apparativ und personell speziell ausgestattet war, so dass die Infrastruktur des Krankenhauses in Anspruch genommen wurde. Da der

Versicherte drei Minuten nach Einlieferung verstarb, konnte eine nach außen dokumentierte Aufnahme auf eine Station oder die Intensivstation nicht mehr erfolgen. Hieraus kann indessen nicht geschlossen werden, dass eine ambulante Behandlung vorlag (vgl hierzu auch Schleswig-Holsteinisches LSG 24.03.2011 - L 5 KR 50/10- juris, Rn 26 ff.; SG Dresden 24.02.2005 -S 18 KR 180/02- Rn 36 ff.). Auch der Gesichtspunkt, dass die Behandlung sich nicht mehr über die Dauer eines Tages und einer Nacht erstrecken konnte, führt nicht zum Ausschluss einer stationären Behandlung. Bei Einlieferung durch den Rettungsdienst am 20.08.2016 um 15.22 Uhr stand fest, dass es sich um einen Notfall handelte, der eine stationäre Behandlung erforderte. Der Versicherte hatte einen akuten Myokardinfarkt erlitten und war unter Reanimationsbedingungen in den Schockraum des klägerischen Krankenhauses gebracht worden. In der Dokumentation (Bl. 25 VA) wurde eine voraussichtliche Behandlung bis zum 02.09.2016 angegeben. Bei Beginn der Behandlung im Schockraum bestand in dieser Situation kein Zweifel, dass eine Behandlung mit den Mitteln eines Krankenhauses notwendig war. Der Umstand, dass der Tod bereits im Schockraum eingetreten ist, rechtfertigt nicht die Qualifizierung der Behandlung als ambulant.

Soweit die Beklagte auf das Urteil des 6. Senats des BSG vom 11.09.2019 – B 6 KA 6/18 R – (juris) hinweist, ergibt sich hieraus für den vorliegenden Fall keine andere Beurteilung. Dieses Urteil betrifft ausschließlich die hier nicht vorliegende Situation, dass ein Versicherter in der Notfallambulanz eines Krankenhauses behandelt wurde und anschließend in ein anderes Krankenhaus aufgenommen wurde (vgl. insbesondere Rdnrn. 27 und 30 der Entscheidung).

Die Kostenentscheidung beruht auf § 197a Sozialgerichtsgesetz (SGG) iVm § 154 Abs. 1 Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO).

Revisionszulassungsgründe nach § 160 Abs. 2 SGG sind nicht gegeben.

- Rechtsmittelbelehrung -

Rechtsmittelbelehrung und Erläuterungen zur Prozesskostenhilfe

I. Rechtsmittelbelehrung

Diese Entscheidung 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 ist von einem bei dem Bundessozialgericht zugelassenen Prozessbevollmächtigten innerhalb **eines Monats** nach Zustellung der Entscheidung schriftlich oder in elektronischer Form beim Bundessozialgericht einzulegen. Sie muss bis zum Ablauf der Monatsfrist beim Bundessozialgericht eingegangen sein und die angefochtene Entscheidung bezeichnen.

Die Beschwerde in schriftlicher Form ist zu richten an das Bundessozialgericht, Graf-Bernadotte-Platz 5, 34119 Kassel bzw. das Bundessozialgericht, 34114 Kassel (nur Brief und Postkarte).

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 Sozialgerichtsgesetz (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. Informationen hierzu können über das Internetportal des Bundessozialgerichts (www.bsg.bund.de) abgerufen werden.

Als Prozessbevollmächtigte sind nur 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 den 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.

Die Beschwerde ist innerhalb von **zwei Monaten** nach Zustellung der Entscheidung von einem zugelassenen Prozessbevollmächtigten schriftlich oder in elektronischer Form zu begründen.

In der Begründung muss dargelegt werden, dass

- die Rechtssache grundsätzliche Bedeutung hat oder
- die Entscheidung von einer zu bezeichnenden Entscheidung des Bundessozialgerichts, des Gemeinsamen Senats der obersten Gerichtshöfe des Bundes oder des Bundesverfassungsgerichts abweicht und auf dieser Abweichung beruht oder
- ein zu bezeichnender Verfahrensmangel vorliegt, auf dem die angefochtene Entscheidung beruhen kann.

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 Landesozialgericht einem Beweisantrag ohne hinreichende Begründung nicht gefolgt ist.

II. Erläuterungen zur Prozesskostenhilfe

Für das Beschwerdeverfahren gegen die Nichtzulassung der Revision kann ein Beteiligter Prozesskostenhilfe zum Zwecke der Beordnung eines Rechtsanwalts beantragen.

Der Antrag kann von dem Beteiligten persönlich gestellt werden; er ist beim Bundessozialgericht schriftlich oder in elektronischer Form (siehe oben) einzureichen oder mündlich vor dessen Geschäftsstelle zu Protokoll zu erklären.

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 ist kostenfrei bei allen Gerichten erhältlich. Er kann auch über das Internetportal des Bundessozialgerichts (www.bsg.bund.de) heruntergeladen und ausgedruckt werden.

Falls die Beschwerde nicht schon durch einen zugelassenen Prozessbevollmächtigten eingelegt ist, müssen der Antrag auf Bewilligung von Prozesskostenhilfe und die Erklärung über die persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnisse nebst den Belegen innerhalb der Frist für die Einlegung der Beschwerde beim Bundessozialgericht eingegangen sein.

Ist dem Beteiligten Prozesskostenhilfe bewilligt worden und macht er von seinem Recht, einen Rechtsanwalt zu wählen, keinen Gebrauch, wird auf seinen Antrag der beizuordnende Rechtsanwalt vom Bundessozialgericht ausgewählt.

III. Ergänzende Hinweise

Der Beschwerdeschrift und allen folgenden Schriftsätzen sollen Abschriften für die übrigen Beteiligten beigelegt werden. Das Bundessozialgericht bittet darüber hinaus um zwei weitere Abschriften. Dies gilt nicht im Rahmen des elektronischen Rechtsverkehrs.

gez

gez

gez.

Beglaubigt:

Justizsekretärin

