

---

**Datum:** 12.09.2022  
**Gericht:** Sozialgericht Duisburg  
**Spruchkörper:** 17. Kammer  
**Entscheidungsart:** Gerichtsbescheid  
**Aktenzeichen:** S 17 KR 2145/21 KH  
**ECLI:** ECLI:DE:SGDU:2022:0912.S17KR2145.21KH.00

---

**Tenor:**

**Die Beklagte wird verurteilt, an die Klägerin einen Betrag in Höhe von 3.052,55 EUR nebst Zinsen in Höhe von 2 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz seit dem 20.06.2019 zu zahlen.**

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

**Der Streitwert wird auf 3.052,55 EUR festgesetzt.**

---

**Tatbestand:** 1

Die Klägerin betreibt in der Rechtsform einer GmbH ein nach § 108 SGB V zugelassenes Krankenhaus. 2

Die bei der Beklagten, einer gesetzlichen Krankenkasse, Versicherte G., geboren am (im Folgenden: Versicherte) befand sich im Zeitraum vom 04.10.2018 bis zum 24.10.2019 in teilstationärer Behandlung im Krankenhaus der Klägerin. 3

Unter Zugrundelegung der Diagnosis Related Groups (DRG) A90A (Teilstationäre geriatrische Komplexbehandlung, umfassende Behandlung) stellte die Klägerin mit Rechnung vom 31.10.2018 der Beklagten für den stationären Aufenthalt der Versicherten einen Betrag in Höhe von 3.052,55 EUR in Rechnung. 4

Die Beklagte beglich den Rechnungsbetrag vollständig und veranlasste zugleich eine Überprüfung der Rechnung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK). 5

Der MDK kündigte mit Schreiben vom 03.06.2019 bei der Beklagten eine Kodierprüfung sowie eine Prüfung der primären und sekundären Fehlbelegung im Begehungsverfahren an. 6

In seinem Gutachten vom 03.06.2019 kam der MDK zu dem Ergebnis, dass die teilstationäre Behandlung um 15 Tage hätte verkürzt werden können. Dies wird damit begründet, dass keine spezifischen Krankenhausmaßnahmen stattgefunden haben und eine akute behandlungs- oder überwachungspflichtige Beschwerdesymptomatik nicht ersichtlich sei. Auf Seite 6 des MDK-Gutachtens ist eine Übersicht über die Groupingergebnisse enthalten; ein Erlösbetrag ist in der Übersicht nicht enthalten. Hinsichtlich des vollständigen Inhalts der Übersicht wird auf Blatt 8 der Verwaltungsakte verwiesen.

Die Beklagte teilte der Klägerin per elektronischem Datenträgeraustausch am 19.06.2018 Folgende mit: *„Die wesentlichen Gründe entnehmen Sie bitte dem Ihnen vorliegenden MDK-Gutachten. Wir machen unseren Erstattungsanspruch geltend. Die von uns bereits bezahlte Rechnung wird mit heutigem Datum gem. § 10 PrüfvV entsprechend aufgerechnet.“* 8

Hinsichtlich der Aufrechnungseinzelheiten wird auf das auf Blatt 17 der Verwaltungsakte enthaltene Aufrechnungsavis verwiesen. 9

Die Klägerin hat am 27.12.2021 Klage vor dem Sozialgericht Duisburg erhoben. Die Klage wird damit begründet, dass die teilstationäre Behandlung der Versicherten medizinisch erforderlich war. 10

**Der Prozessbevollmächtigte der Klägerin beantragt schriftsätzlich,** 11

**die Beklagte zu verurteilen, an die Klägerin einen Betrag in Höhe von 3.052,55 EUR nebst Zinsen in Höhe von zwei Prozentpunkten über dem Basiszinssatz seit dem 20.06.2019 zu zahlen.** 12

**Die Beklagte beantragt schriftsätzlich,** 13

**die Klage abzuweisen.** 14

Die Beklagte verweist auf die Feststellungen des MDK in dem Gutachten vom 03.06.2019. 15

Mit gerichtlicher Verfügung vom 04.08.2022 teilte die Kammer den Beteiligten mit, dass die Beklagte mit der Geltendmachung des Erstattungsanspruchs nach § 8 S.4 PrüfvV ausgeschlossen sein dürfte. Die Beklagte habe der Klägerin gegenüber nicht innerhalb von 11 Monaten nach Übermittlung der Prüfanzeige durch den MDK am 03.06.2019 den konkreten Erstattungsanspruch mitgeteilt. Nach § 8 S.1 PrüfvV hat die Krankenkasse ihre abschließende Entscheidung zur Wirtschaftlichkeit der Leistung oder zur Korrektur der Abrechnung und den daraus folgenden Erstattungsanspruch dem Krankenhaus mitzuteilen. Die Beklagte habe den konkreten Erstattungsanspruch in Höhe von wohl 3.052,55 Euro bisher nicht beziffert. Im Rahmen der leistungsrechtlichen Entscheidung vom 19.06.2019 auf Blatt 14 der beigezogenen Verwaltungsakte sei keine Benennung des konkreten Erstattungsanspruchs erfolgt. Das Gericht forderte die Beklagte zur Abgabe eines Anerkenntnisses auf und teilte mit, dass eine Entscheidung per Gerichtsbescheid beabsichtigt sei. 16

Der Prozessbevollmächtigte der Klägerin hat mit Schriftsatz vom 17.08.2022 einer Entscheidung per Gerichtsbescheid zugestimmt. Die Beklagte hat mit Schriftsatz vom 17.08.2022 dahingehend Stellung genommen, dass nicht nachzuvollziehen sei, dass die Geltendmachung eines Erstattungsanspruchs nach § 8 Abs. 4 PrüfvV ausgeschlossen sei. Vorliegend habe der MDK eine primäre Fehlbelegung festgestellt, welche die Rückforderung eines vollständigen Rechnungsbetrages zur Folge habe. Auch sei in der 17

Leistungsentscheidung auf die wesentlichen Gründe des MDK-Gutachtens verwiesen worden. Der Sinn und Zweck des § 8 PrüfVv bestehe darin, das Krankenhaus durch eine konkrete Bezifferung des Ergebnisses der Rechnungsprüfung in die Lage zu versetzen, die Realisierung des Erstattungsanspruch vorzunehmen.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf den Inhalt der Gerichtsakte sowie den Inhalt der beigezogenen Verwaltungsakte der Beklagten Bezug genommen, welche Gegenstand der Entscheidungsfindung geworden sind. 18

**Entscheidungsgründe:** 19

Das Gericht kann gemäß § 105 Abs. 1 Sozialgerichtsgesetz (SGG) ohne mündliche Verhandlung durch Gerichtsbescheid entscheiden. Die Sache weist keine besonderen Schwierigkeiten tatsächlicher oder rechtlicher Art auf und der Sachverhalt ist geklärt. Die Beteiligten sind hierzu mit gerichtlicher Verfügung vom 04.08.2022 angehört worden. 20

Die Klage ist zulässig und begründet. 21

- I. Die Klägerin macht den Anspruch auf die Vergütung für die stationäre Krankenhausbehandlung der Versicherten gegen die Beklagte zu Recht mit der echten Leistungsklage nach § 54 Abs. 5 SGG geltend. Die Klage eines Krankenhauses (wie der Klägerin) auf Zahlung der Behandlungskosten eines Versicherten gegen eine Krankenkasse (wie die Beklagte) ist ein Beteiligtenstreit im Gleichordnungsverhältnis, in dem eine Regelung durch Verwaltungsakt nicht in Betracht kommt, kein Vorverfahren durchzuführen ist und keine Klagefrist zu beachten ist (vgl. Bundessozialgericht (BSG), Urteil vom 16.12.2008 – B 1 KN 3/08 KR R; BSG, Urteil vom 28.09.2006 – B 3 KR 23/05). 223

- II. Die Klage ist begründet. 225

Die Klägerin hat gegen die Beklagte keinen Anspruch auf eine Vergütung aus dem Behandlungsfall der Versicherten in Höhe von 3.052,55 EUR, da dieser Anspruch durch die Zahlung der Beklagten erfüllt wurde und somit erloschen ist § 362 Abs. 1 Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) i. V. m. § 69 Abs. 1 Satz 2 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V). 26

Allerdings hat die Klägerin gegenüber der Beklagten einen Anspruch auf Zahlung der 3.052,55 EUR nebst Zinsen aus den unstreitigen Behandlungsfällen aus dem übersandten Sammelavis aus Blatt 17 der Verwaltungsakte. Ein grundsätzlicher Vergütungsanspruch aus den in dem Zahlungsverweis übersandten Rechnungsnummern und den diesen zu Grunde liegenden Behandlungsfällen ist zwischen den Beteiligten nicht streitig. Mangels entgegenstehender Anhaltspunkte erübrigt sich eine gerichtliche Prüfung insoweit (zur Zulässigkeit dieses Vorgehens vgl. unter anderem BSG, Urteil vom 19.12.2017 – B 1 KR 18/17 R, Rn. 8). 27

Der durch die Klägerin geltend gemachte Anspruch in Höhe von 3.052,55 EUR ist nicht durch die Aufrechnung der Beklagten erloschen. Die Aufrechnung ist unzulässig, da die Gegenforderung der Beklagten nicht besteht. Es kann daher offenbleiben, ob die Aufrechnung den formal-rechtlichen Anforderungen erfüllt oder gegen landesvertragliche Regelungen verstößt. 28

Der Beklagten steht zur Überzeugung der Kammer kein Anspruch auf die Rückzahlung der Vergütung in Höhe von 3.052,55 EUR nach den Grundsätzen des öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruches analog zu § 812 BGB zu. Der öffentlich-rechtliche Erstattungsanspruch setzt voraus, dass im Rahmen eines öffentlichen Rechtsverhältnisses Leistungen ohne rechtlichen Grund erbracht oder sonstige rechtsgrundlose Vermögensverschiebungen vorgenommen worden sind. Gegenstand des von der Beklagten erhobenen Erstattungsanspruches (Gegenforderung) ist die Vergütung für die teilstationäre Behandlung der Versicherten vom 04.10.2018 bis zum 24.10.2018.

Entgegen der Auffassung der Beklagten hat sie diese Vergütung nicht ohne Rechtsgrund geleistet. Rechtsgrundlage für den Vergütungsanspruch eines Krankenhauses ist § 109 Abs. 4 SGB V in Verbindung mit § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 Gesetz über die Entgelte für voll- und teilstationäre Krankenhausleistung (KHEntgG) in Verbindung mit § 17b Gesetz zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (KHG) in Verbindung mit dem Krankenhausbehandlungsvertrag nach § 112 Abs. 2 Nr. 1 SGB V und dem Fallpauschalen-Katalog der DRG-Version 2018. Der Vergütungsanspruch des Krankenhauses und damit korrespondiert die Zahlungsverpflichtung einer Krankenkasse entsteht – unabhängig von einer Kostenzusage – unmittelbar mit der Inanspruchnahme der Leistungen durch den Versicherten kraft Gesetzes, wenn die Versorgung in einem zugelassenen Krankenhaus erfolgt und im Sinne des § 39 Abs. 1 S. 2 SGB V erforderlich und wirtschaftlich ist (BSG, Urteil vom 21.04.2015 – B 1 KR 7/15 R Rn. 8). Demgemäß müssen bei einem Versicherten bei der Aufnahme in das Krankenhaus grundsätzlich alle allgemeinen Voraussetzungen für die Inanspruchnahme von Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung sowie speziell von Krankenhausbehandlungen, insbesondere deren Erforderlichkeit vorliegen. Nach § 27 Abs. 1 Satz 1 SGB V haben Versicherte Anspruch auf Krankenbehandlung, wenn sie notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern. Die zur Krankenbehandlung gehörende Krankenhausbehandlung (§ 27 Abs. 1 Satz 2 Nr. 5 SGB V) wird gemäß § 39 Abs. 1 Satz 1 SGB V vollstationär, teilstationär, vor- und nachstationär sowie ambulant erbracht. Der Anspruch ist gerichtet auf teilstationäre Behandlung in einem zugelassenen Krankenhaus (§ 108 SGB V), wenn die Aufnahme nach Prüfung durch das Krankenhaus erforderlich ist, weil das Behandlungsziel nicht durch vor- und nachstationäre oder ambulante Behandlung einschließlich häuslicher Krankenpflege erreicht werden kann, § 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V (vgl. BSG, Urteil vom 16.12.2008 – B 1 KN 3/08 KR R).

Vorliegend kann es offenbleiben, ob die teilstationäre Behandlung der Versicherten in dem Zeitraum vom 04.10.2018 bis zum 24.10.2018 erforderlich war oder das Behandlungsziel auch ambulant hätte erreicht werden können.

Zur Überzeugung des Gerichts ist die Beklagte nach § 8 S. 4 PrüfvV in der Fassung vom 03.02.2016 mit Einwendungen gegen den Vergütungsanspruch der Klägerin ausgeschlossen.

Nach § 8 S. 1 PrüfvV hat die Krankenkasse ihre abschließende Entscheidung zur Wirtschaftlichkeit der Leistung oder zur Korrektur der Abrechnung und den daraus folgenden Erstattungsanspruch mitzuteilen. Wenn die Leistung nicht in vollem Umfang wirtschaftlich oder die Abrechnung nicht korrekt war, sind gemäß § 8 S. 2 PrüfvV dem Krankenhaus die wesentlichen Gründe darzulegen. Dies hat nach § 8 S. 3 PrüfvV innerhalb von 11 Monaten nach Übermittlung der Prüfanzeige zu erfolgen. Hierbei handelt es sich nach dem ausdrücklichen Wortlaut des § 8 S. 4 PrüfvV um eine Ausschlussfrist.

Die Beklagte hat der Klägerin am 19.06.2018 per elektronischem Datenträgeraustausch mitgeteilt, dass hinsichtlich der wesentlichen Gründe der Entscheidung auf das Gutachten des MDK verwiesen und der Erstattungsanspruch geltend gemacht werde.

Indem die Beklagte hinsichtlich der Gründe für die Unkorrektheit der Abrechnung der Klägerin auf das vom MDK übersandte Gutachten verweist, sind die Voraussetzungen für die Darlegung der wesentlichen Gründe im Sinne von § 8 S. 2 PrüfvV gegeben (vgl. SG Duisburg, Urteil vom 18.08.2022 – S 17 KR 1108/20; a. A. SG Duisburg, Urteil vom 17. Juni 2020 – S 60 KR 566/19 –, juris). Die Beklagte hat mit dem Verweis auf das übersandte MDK-Gutachten eine eigenständige Bewertung vorgenommen hat und aus diesem Grund die Anforderungen des § 8 S. 2 PrüfvV erfüllt. § 8 S. 2 PrüfvV ist nicht zu entnehmen, dass die Krankenkassen zur Spezifizierung der wesentlichen Gründe nicht auf ein dem Krankenhaus vorliegendes MDK-Gutachten verweisen kann. Der Wortlaut von § 8 S. 2 PrüfvV sieht lediglich vor, dass dem Krankenhaus die wesentlichen Gründe dazulegen sind, wenn eine Leistung nicht in vollem Umfang wirtschaftlich oder die Abrechnung nicht korrekt war. Eine Vorgabe, dass die wesentlichen Gründe in der abschließenden Leistungsmitteilung nach § 8 PrüfvV selbst aufgeführt sein müssen, kann das Gericht dem Wortlaut von § 8 PrüfvV nicht entnehmen. Vorliegend lässt sich dem MDK-Gutachten vom 03.06.2019 für das Gericht zweifelsfrei der wesentliche Grund für die seitens der Beklagten vorgetragene Inkorrektheit der Abrechnung der Klägerin entnehmen. Der MDK führt in dem Gutachten vom 03.06.2019 aus, dass eine primäre Fehlbelegung vorgelegen habe. 35

Allerdings hat die Beklagte gegenüber der Klägerin nicht innerhalb von 11 Monaten nach der am 03.06.2019 durch den MDK übermittelten Prüfanzeige, mithin bis zum 06.05.2020, den konkreten Erstattungsanspruch mitgeteilt. 36

Die Beklagte hat den konkreten Erstattungsanspruch in Höhe von 3.052,55 EUR bisher allenfalls in dem Schriftsatz vom 27.04.2022 beziffert. Es erfolgte zuvor weder im Rahmen der leistungsrechtlichen Entscheidung vom 19.06.2019 noch in weiteren Unterlagen eine Benennung des konkreten Erstattungsanspruchs. Soweit dem Zahlungsvermerk auf Blatt 17 unter der Fallnummer 10204058 ein Betrag von „- 3.052,55“ zu entnehmen ist, handelt es sich dabei nicht um eine Mitteilung des Erstattungsanspruchs, sondern um eine Einzelposition in einer zahlreiche Positionen umfassenden Buchungsübersicht und damit allenfalls um eine Aufrechnungserklärung nach § 388 BGB. 37

Die Beklagte wählt in der abschließenden Leistungsentscheidung nur die 38

Formulierung „*unseren Erstattungsanspruch*“ ohne die konkrete Höhe zu benennen. 39

Zur Überzeugung des Gerichts ist es nicht ausreichend, wenn sich die Klägerin den von der Beklagten geltend gemachten Erstattungsanspruch aufgrund der vom MDK festgestellten primären Fehlbelegung und des daraus vollständigen Entfallens des Vergütungsanspruchs für die Behandlung der Versicherten erschließen kann. Dies gilt nach Auffassung des Gerichts auch in den Fällen, in denen in der in jedem MDK-Gutachten enthaltenen Übersicht der Groupingergebnisse ein Vergütungsvergleich zwischen der Abrechnung des MDK und der Abrechnung des Krankenhauses zu entnehmen ist, da die krankenhausesindividuellen Zu- und Abschläge in der Übersicht nicht enthalten sind. Auch in dem vorliegenden Fall, in welchem sich der Erstattungsanspruch aufgrund des vollständigen Entfallens des Vergütungsanspruchs für die Klägerin ohne weiteres erschließen konnte, ist davon auszugehen, dass es einer Mitteilung des konkreten Erstattungsanspruchs bedarf. 40

Bereits dem Wortlaut des § 8 S.1 PrüfvV lässt sich entnehmen, dass die Krankenkassen den konkreten Erstattungsanspruch mitteilen müssen. Soweit die Beklagte vorträgt, dass es ausreichend sein müsse, wenn ein Krankenhaus durch die konkrete Nennung der Ergebnisse der Rechnungsprüfung in der Leistungsentscheidung in die Lage versetzt wird, die Realisierung des Erstattungsanspruchs vorzunehmen, wird diese Rechtsansicht von dem Gericht nicht geteilt. Den Krankenhäusern ist zwar auch ohne die ausdrückliche Nennung des Erstattungsbetrages eine Berechnung des geltend gemachten Erstattungsanspruchs möglich, da für die Berechnung bereits die wesentlichen Gründe (Änderung der DRG, Streichung eines OPS mit einem Zusatzentgeltes, primäre bzw. sekundäre Fehlbelegung um x Tage) für die Inkorrektheit der Abrechnung ausreichend sind. Gleichwohl haben die Vertragsparteien der PrüfvV in die § 8 S. 1 PrüfvV ausdrücklich aufgenommen, dass die Krankenkasse dem Krankenhaus den Erstattungsbetrag mitzuteilen hat. Die in § 8 S. 1 PrüfvV enthaltene Pflicht der Krankenkassen zur Mitteilung des Erstattungsanspruchs würde leer laufen, wenn bereits die Mitteilung der wesentlichen Gründe zur Berechnung des Erstattungsanspruchs als ausreichend erachtet wird. Dem Wortlaut von §§ 8 S. 1 und S 2 PrüfvV ist zu entnehmen, dass die Krankenkasse dem Krankenhaus den Erstattungsbetrag mitzuteilen und die wesentlichen Gründe für eine für eine unwirtschaftliche bzw. inkorrekte Abrechnung darzulegen hat; beide Mitteilungspflichten stehen nicht in einem Kumulativ- und nicht in einem Alternativverhältnis.

Die durch das Gericht angenommenen gesteigerten formalen Anforderungen an die abschließende Leistungsentscheidung lassen sich auch mit den mit § 8 PrüfvV verfolgten Zielen, das Prüfverfahren einvernehmlich zu beschleunigen, bundesweit zu vereinheitlichen und damit insbesondere ein konsensorientiertes, formalisiertes Verfahren zur effizienten Zusammenarbeit von Krankenkassen und Krankenhäusern zu schaffen und damit auch der Vermeidung von Klageverfahren zu dienen, in Übereinstimmung bringen (vgl. BSG; Urt. v. 18.05.2021, B 1 KR 34/20 R Rn. 28 und 39, juris; BT-Drucks. 17/13947 S.38). 42

Die Mitteilung des konkreten Erstattungsanspruchs hat nach § 8 S. 3 PrüfvV innerhalb von 11 Monaten nach Übermittlung der Prüfanzeige zu erfolgen. Nach dem ausdrücklichen Wortlaut des § 8 S.4 PrüfvV handelt es sich bei der 11-Monats-Frist nach Übermittlung der Prüfanzeige im Gegensatz zu den Regelungen in § 7 Abs.2 S.3 und 4 PrüfvV und § 7 Abs.5 PrüfvV 2016 um eine materiell-rechtliche Ausschlussfrist, die auch im gerichtlichen Verfahren fortwirkt (vgl. dazu BSG, Urt. v. 18.05.2021, B 1 KR 24/20 R; Urt. v. 18.05.2021, B 1 KR 34/20 R; Urt. v. 10.11.2021, B 1 KR 32/20 R, jeweils juris). Bei einer materiellen Ausschlussfrist handelt es sich um eine den Anspruch ganz oder teilweise allein durch Zeitablauf ausschließende Regelung des materiellen Rechts, die den Verlust einer materiell-rechtlichen Anspruchsposition zur Folge hat (vgl. BSG, Urt. v. 18.05.2021, B 1 KR 24/20 R, juris). 43

Mit der in § 8 PrüfvV vorgesehenen endgültigen Leistungsentscheidung ist das von der Krankenkasse eingeleitete Prüfverfahren abgeschlossen. Dies hat zur Folge, dass nach dem Ablauf von 11 Monaten nach der Übermittlung der Prüfanzeige bis zu diesem Zeitpunkt nicht nach den Vorgaben von §§ 8 S. 1 und S. 2 PrüfvV konkretisierte Erstattungsansprüche untergehen. Eine materiell-rechtliche, im Gerichtsverfahren fortwirkende Ausschlussfrist in § 8 S. 4 PrüfvV ist Ausdruck des prärechtlichen Beschleunigungsgebotes. 44

Auch ist die in § 8 S.4 PrüfvV enthaltene materiell-rechtliche Ausschlussfrist von der Ermächtigungsgrundlage des § 17c Abs.2 KHG gedeckt; § 17 c Abs. 2 ermächtigt die Parteien der PrüfvV dazu, an die Verletzung von Mitwirkungsobliegenheiten im Prüfverfahren Rechtsfolgen zu knüpfen, die auch die Durchsetzbarkeit des Vergütungsanspruchs betreffen 45

(BSG, Urteil vom 18. Mai 2021 – B 1 KR 24/20 R Rn. 33, juris).

Vor diesem Hintergrund kann es dahinstehen, ob der teilstationäre Aufenthalt der Versicherten im Krankenhaus der Klägerin vom 04.10.2018 bis zum 24.10.2018 medizinisch erforderlich war. 46

• III. Der Anspruch auf die geltend gemachten Zinsen ergibt sich aus der entsprechenden Anwendung von § 15 Abs. 1 Satz 4 Landesvertrag für das Land Nordrhein-Westfalen nach § 112 Abs. 2 Nr. 1 SGB V. 478

• IV. Die Kostenentscheidung beruht auf §§ 197 a SGG in Verbindung mit § 154 Abs. 1 Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO) und trägt dem Ausgang des Verfahrens Rechnung. 480

• V. **Die Streitwertfestsetzung folgt aus § 197a Abs. 1 Satz 1 SGG in Verbindung mit § 52 Abs. 1 und 3 Gerichtskostengesetz (GKG) und entspricht der Klageforderung.** 51

**Rechtsmittelbelehrung:** 52

Dieser Gerichtsbescheid kann mit der Berufung angefochten werden. 53

Die Berufung ist innerhalb eines Monats nach Zustellung des Gerichtsbescheides beim 54

**Landessozialgericht Nordrhein-Westfalen, Zweigertstraße 54, 45130 Essen** 55

schriftlich oder mündlich zur Niederschrift des Urkundsbeamten der Geschäftsstelle einzulegen. 56

Die Berufungsfrist ist auch gewahrt, wenn die Berufung innerhalb der Frist bei dem 57

**Sozialgericht Duisburg, Mülheimer Straße 54, 47057 Duisburg** 58

schriftlich oder mündlich zur Niederschrift des Urkundsbeamten der Geschäftsstelle eingelegt wird. 59

Die Berufungsschrift muss bis zum Ablauf der Frist bei einem der vorgenannten Gerichte eingegangen sein. Sie soll den angefochtenen Gerichtsbescheid bezeichnen, einen bestimmten Antrag enthalten und die zur Begründung dienenden Tatsachen und Beweismittel angeben. 60

Die elektronische Form wird durch Übermittlung eines elektronischen Dokuments gewahrt, das für die Bearbeitung durch das Gericht geeignet ist und 61

- von der verantwortenden Person qualifiziert elektronisch signiert ist und über das Elektronische Gerichts- und Verwaltungspostfach (EGVP) eingereicht wird oder 62

- von der verantwortenden Person signiert und auf einem sicheren Übermittlungsweg gem. § 65a Abs. 4 Sozialgerichtsgesetz (SGG) eingereicht wird. 63

64

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 nähere Informationen abgerufen werden.

Zusätzlich wird darauf hingewiesen, dass einem Beteiligten auf seinen Antrag für das Verfahren vor dem Landessozialgericht unter bestimmten Voraussetzungen Prozesskostenhilfe bewilligt werden kann. 65

Schriftlich einzureichende Anträge und Erklärungen, die durch einen Rechtsanwalt, durch eine Behörde oder durch eine juristische Person des öffentlichen Rechts einschließlich der von ihr zu Erfüllung ihrer öffentlichen Aufgaben gebildeten Zusammenschlüsse eingereicht werden, sind als elektronisches Dokument zu übermitteln. Ist dies aus technischen Gründen vorübergehend nicht möglich, bleibt die Übermittlung nach den allgemeinen Vorschriften zulässig. Die vorübergehende Unmöglichkeit ist bei der Ersatzeinreichung oder unverzüglich danach glaubhaft zu machen; auf Anforderung ist ein elektronisches Dokument nachzureichen. Gleiches gilt für die nach dem Sozialgerichtsgesetz vertretungsberechtigten Personen, für die ein sicherer Übermittlungsweg nach § 65a Absatz 4 Nummer 2 SGG zur Verfügung steht (§ 65d SGG). 66