

S 15 KR 134/24 KH

Land
Nordrhein-Westfalen
Sozialgericht
SG Düsseldorf (NRW)
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
15
1. Instanz
SG Düsseldorf (NRW)
Aktenzeichen
S 15 KR 134/24 KH
Datum
26.09.2024
2. Instanz
-
Aktenzeichen
-
Datum
-
3. Instanz
-
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil



Sozialgericht Düsseldorf

Az.: [S 15 KR 134/24 KH](#)

Verkündet am: 26.09.2024

Im Namen des Volkes

Urteil

In dem Rechtsstreit

Klägerin

Proz.-Bev.:

gegen

Beklagte

In Sachen

hat die 15. Kammer des Sozialgerichts Düsseldorf auf die mündliche Verhandlung vom 26.09.2024 durch die Vorsitzende, die Richterin am Sozialgericht sowie den ehrenamtlichen Richter und den ehrenamtlichen Richter für Recht erkannt:

- 1. Die Beklagte wird verurteilt, an die Klägerin 2.375,00 € nebst 2 Prozentpunkten Zinsen über dem jeweiligen Basiszinssatz seit dem 31.05.2023 zu zahlen.**
- 2. Die Beklagte trägt die Kosten des Verfahrens.**
- 3. Der Streitwert wird endgültig auf 2.375,00 € festgesetzt.**

Tatbestand

Die Beteiligten streiten über die Vergütung von Übergangspflege.

Die Klägerin ist Trägerin eines nach [§ 108](#) Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) zugelassenen Krankenhauses. Die bei der beklagten Krankenkasse versicherte (* XX.XX.1935) (im Folgenden Versicherte) wurde vom 30.03.2023 bis 07.04.2023 vollstationär im Krankenhaus der Klägerin behandelt. Vom 07.04.2023 bis 17.04.2023 erfolgte – insoweit zwischen den Beteiligten unstreitig – eine Übergangspflege im Haus der Klägerin bis zur Übernahme der Versicherten in ein Pflegeheim.

Auf dem Muster zur Dokumentation der Übergangspflege (Bl. 31/34 der Patientenakte) gab die Klägerin an, dass bereits vor der Krankenhausaufnahme die Aufnahme der Versicherten in das Pflegeheim angefragt worden sei, das die Aufnahme zugesagt hätte. Bereits am 31.03.2023 sei mit der Organisation der Anschlusspflege begonnen worden und mit der Versicherten und ihren Angehörigen die Anschlussversorgung abgestimmt worden. In dem Feld über die Beschreibung der geeigneten Anschlussversorgung gab die Klägerin an: „Patientin mit PG 4 und zunehmender Demenz, bisher mit ebenfalls pflegebedürftigem Ehemann zu Hause; häusliche Versorgung ist auch mit PD nicht mehr sicherzustellen, Patientin ist bereits im Altenheim Haus angemeldet und steht auf der dringlichen Warteliste.“ Es sei nur ein Anschlussversorger in Betracht gekommen, da die Tochter die Versicherte bereits im angemeldet habe und die Versicherte daher auch andere Einrichtungen ablehne, „die in der Kürze auch nicht zur Verfügung gestanden hätten“. Die Klägerin gibt in dem Muster an, dass sie die Krankenkasse am 03.04.2023 eingebunden und ihr die erforderlichen Informationen übermittelt habe. Jedenfalls am 25.05.2023 ist der Beklagten das ausgefüllte Muster per Fax übersandt worden, was von der Beklagten in der mündlichen Verhandlung auch unstreitig gestellt wurde.

Ausweislich des in der Patientenakte enthaltenen Überleitungsbogen erfolgte die Überleitung in die Übergangspflege am 07.04.2023 um 16 Uhr (Bl. 35/37 der Patientenakte) und am 17.04.2023 um 10:55 Uhr in das Pflegeheim (Bl. 40/42 der Patientenakte).

Die Klägerin stellte der Beklagten am 17.05.2023 für eine zehntägige Übergangspflege einen Betrag in Höhe von insgesamt 2.375,00 € in Rechnung (Bl. 5/6 der Gerichtsakte).

Am 13.06.2023 teilte die Beklagte der Klägerin mit, dass ihr für die vorliegende Abrechnung keine Informationen über eine mögliche erforderliche Übergangspflege vorgelegen habe. Entsprechend [§ 39e Abs. 1](#) Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) und [§ 39 Abs. 1a SGB V](#) i. V. m. § 2 Abs. 3, 4 der Vereinbarung für Übergangspflege sei die Krankenkasse umgehend einzubeziehen, sobald absehbar sei, dass eine Übergangspflege erforderlich werde. Die Feststellung des Nachsorgebedarfes sowie die Wahl einer geeigneten Anschlussversorgung seien bereits Bestandteil des Assessments im Entlassmanagement während der stationären Krankenhausbehandlung. Die erforderlichen Informationen seien der Krankenkasse mitzuteilen.

In ihrem Schreiben vom 15.06.2021 führte die Klägerin aus, dass die Ablehnung der Vergütung nicht nachvollziehbar sei. Die Klägerin habe den Dokumentationsbogen gemäß der Dokumentationsvereinbarung per Fax am 25.05.2023 übermittelt und in diesem Bogen ausgeführt, dass die Beklagte am 03.04.2023 in den Fall eingebunden gewesen sei. Zuvor habe seitens der Beklagten keine Faxadresse benannt werden können, an die die Klägerin den Dokumentationsbogen hätte übermitteln können.

Die Klägerin hat am 13.02.2024 durch ihre Bevollmächtigten Klage beim Sozialgericht Düsseldorf erhoben. Die Klägerin habe den Dokumentationsbogen übermittelt und die Beklagte bereits am 03.04.2023 über die Probleme der Anschlussversorgung informiert. Die Beklagte dürfe den Ausgleich der Rechnung nicht deshalb verweigern, weil ihr keine KHIN-Nachricht übermittelt worden sei. Die Voraussetzungen für eine Übergangspflege nach [§ 39e Abs. 1 S. 1 SGB V](#) i.V.m. § 1 Abs. 1 des Landesvertrages nach [§ 132m SGB V](#) lägen vor. Die Versicherte sei im maßgeblichen Zeitpunkt nicht stationär behandlungsbedürftig gewesen. Die Versicherte habe bereits ab dem 17.04.2023 einen Platz in einem Pflegeheim gehabt. Es sei kaum anzunehmen, dass eine frühere Bemühung der Beklagten zu einer früheren Entlassung der Patientin in ein anderes Pflegeheim geführt hätte, welches die Versicherte möglicherweise abgelehnt hätte.

Die Klägerin beantragt durch ihren Bevollmächtigten,

die Beklagte zu verurteilen, an die Klägerin 2.375,00 € nebst Zinsen in Höhe von zwei Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz seit dem 02.06.2023 zu zahlen.

Die Beklagte beantragt,

die Klage abzuweisen.

Die Klägerin habe keinen Anspruch auf Zahlung des Rechnungsbetrages, da sie nicht zeitgerecht in die Planung der Übergangspflege einbezogen worden sei. Nach [§ 39e Abs. 1 SGB V](#) und § 39 Abs. 1a SGBV i. V.m. § 2 Abs. 3, 4 der Vereinbarung für die Übergangspflege sei die Krankenkasse umgehend einzubeziehen, sobald absehbar sei, dass eine Übergangspflege erforderlich werde. Die Feststellung des Nachsorgebedarfes sowie die Wahl einer geeigneten Anschlussversorgung seien bereits Bestandteil des Assessments im Entlassmanagement während der stationären Krankenhausbehandlung. Die erforderlichen Informationen seien der Krankenkasse mitzuteilen. Für die strittige Abrechnung habe im vorangegangenen stationären Krankenhausaufenthalt keine Informationen über eine mögliche erforderliche Übergangspflege vorgelegen. Die Information am 03.04.2023 werde mit Nichtwissen bestritten. Auch sei der einfache Hinweis vom 25.05.2023 nicht ausreichend.

In ihrer Klageerwidern vom 16.05.2024 hat die Beklagte einen Vergleich auf Zahlung der hälftigen Klagforderung mit entsprechender Kostenquotelung der Verfahrenskosten vorgeschlagen. Dies hat der Bevollmächtigte der Klägerin mit Schriftsatz vom 21.05.2024 abgelehnt.

Hinsichtlich der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf den Inhalt der Gerichtsakte sowie auf die beigezogene Verwaltungsakte der Beklagten Bezug genommen.

Entscheidungsgründe

Die zulässige Klage ist begründet.

I. Die Klage ist zulässig. Denn bei der Klage einer Krankenkasse gegen ein Krankenhaus auf Erstattung von Behandlungskosten eines Versicherten handelt es sich um einen sogenannten Parteienstreit im Gleichordnungsverhältnis, in dem eine Regelung durch Verwaltungsakte nicht in Betracht kommt. Ein Vorverfahren war mithin nicht durchzuführen, die Einhaltung einer Klagefrist nicht geboten (BSG, Urteil vom 13.11.2013 – [B 3 KR 33/12 R](#) –, SozR 4-5562 § 9 Nr. 5).

II. Die Klage ist begründet. Die Klägerin hat einen fälligen Anspruch auf die Zahlung von 2.375,00 € als Vergütungspauschale für die unstreitig durchgeführte und hinsichtlich seiner materiellrechtlichen Voraussetzungen zwischen den Beteiligten unstreitigen Übergangspflege der Versicherten (* XX.XX.1935) vom 07.04.2023 bis 17.04.2023 im Anschluss an ihre vollstationäre Behandlung vom 30.03.2023 bis 07.04.2023. Die Beteiligten streiten allein noch darüber, in welcher Art und Weise der materiellrechtliche Anspruch des Versicherten nachzuweisen ist und ob diese Dokumentation Vergütungsvoraussetzung ist.

Zur Überzeugung der Kammer handelt es sich bei der in [§ 39e Abs. 1 Satz 4 SGB V](#) normierten Dokumentationsanforderung hinsichtlich der Voraussetzungen der Übergangspflege um eine bloße Fälligkeitsregelung, die den Zeitpunkt der Fälligkeit der Rechnung auf denjenigen des vollständigen Vorliegens der Daten des Rechnungsdatensatzes in zeitlicher Hinsicht auf den Zugang des Dokumentationsbogens Übergangspflege bei der Beklagten streckt, nicht indes um eine Vergütungsvoraussetzung.

Dies ergibt sich zur Überzeugung der Kammer bereits aus der gesetzlichen Regelung selbst (so wohl auch *Becker*, in: Kingreen/Becker, 8. Aufl. 2022, SGB V [§ 39e](#) Rn. 3 f.; *Daum*, in: Rolfs/Giesen/Meßling/Udsching, BeckOK, 73. Ed. 01.06.2024, SGB V [§ 39e](#) Rn. 3; *Dubiel*, in: Ehmann/Karmanski/Kuhn-Zuber, 3. Aufl. 2023, SGB V [§ 39e](#) Rn. 1; *Wagner*, in: Krauskopf/Wagner, 121. EL Februar 2024, SGB V [§ 39e](#) Rn. 3-7; *Matthäus*, in: Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB V, 4. Aufl., [§ 39e SGB V](#) (Stand: 18.01.2022), Rn. 6 - 8). Rechtsgrundlage des Vergütungsanspruches für Leistungen der Übergangspflege ist [§ 39e Abs. 1 SGB V](#) i.V.m. § 4 Abs. 2 S. 1 des Vertrags über die Einzelheiten der Versorgung mit Leistungen der Übergangspflege sowie deren Vergütung gemäß [§§ 39e](#) und [132m SGB V](#) für Nordrhein-Westfalen vom 24.11.2022 (im Folgenden Landesvertrag Übergangspflege NRW) in Verbindung mit § 1 Abs. 1 seiner Anlage.

Absatz 1 der mit dem Gesetz zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz -

GVWG) vom 11.07.2021 ins SGB V aufgenommenen Vorschrift des „§ 39e Übergangspflege im Krankenhaus“ lautet wie folgt:

„1Können im unmittelbaren Anschluss an eine Krankenhausbehandlung erforderliche Leistungen der häuslichen Krankenpflege, der Kurzzeitpflege, Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder Pflegeleistungen nach dem Elften Buch nicht oder nur unter erheblichem Aufwand erbracht werden, erbringt die Krankenkasse Leistungen der Übergangspflege in dem Krankenhaus, in dem die Behandlung erfolgt ist. 2Die Übergangspflege im Krankenhaus umfasst die Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln, die Aktivierung der Versicherten, die Grund- und Behandlungspflege, ein Entlassmanagement, Unterkunft und Verpflegung sowie die im Einzelfall erforderliche ärztliche Behandlung. 3Ein Anspruch auf Übergangspflege im Krankenhaus besteht für längstens zehn Tage je Krankenhausbehandlung. 4Das Vorliegen der Voraussetzungen einer Übergangspflege ist vom Krankenhaus im Einzelnen nachprüfbar zu dokumentieren. 5Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, der Verband der privaten Krankenversicherung e.V. und die Deutsche Krankenhausgesellschaft vereinbaren bis zum 31. Oktober 2021 das Nähere zur Dokumentation nach Satz 4. [...]“.

Nach dem eindeutigen gesetzlichen Wortlaut differenziert § 39e Absatz 1 SGB v in systematischer Hinsicht zwischen materiellrechtlichen Anspruchsvoraussetzungen, die in Satz 1 bis 3 normiert sind, und den in Satz 4 geregelten formellen Nachweis der materiellen Anforderungen. Für die materiellen Anspruchsvoraussetzungen sind mithin allein die [§ 39e SGB V](#) maßgeblich. Die Dokumentation ist ausdrücklich nicht Tatbestandsvoraussetzung des Vergütungsanspruchs.

Dieses gesetzgeberische Regelungskonzept haben die Vertragsparteien auch in der in § 39e Absatz 1 Satz 4 vorgesehenen Konkretisierung im Landesvertrag Übergangspflege NRW bestätigt und weiter ausgestaltet. Nach § 4 Absatz 1 Satz 1 des Landesvertrags Übergangspflege NRW wird für die Vergütungsvoraussetzungen ausschließlich auf die gesetzlichen Vorgaben des [§ 39a Absatz 1 SGB V](#) Bezug genommen. Anders als etwa in der Vereinbarung nach [§ 132m SGB V](#) über das Nähere zur Leistungserbringung und Finanzierung der Übergangspflege gemäß [§ 39e SGB V](#) für Bayern, der die Dokumentation der Übergangspflege mit dem Wörtchen „sowie“ offenbar als kumulative Voraussetzung der Vergütung regelt, trennt der Landesvertrags Übergangspflege NRW – die gesetzliche Regelung in [§ 39e Absatz 1 SGB V](#) nachvollziehend – die materiellen Anspruchsvoraussetzungen nach § 4 Absatz 1 Satz 1 des Landesvertrages Übergangspflege NRW und die Dokumentationspflichten, die in § 4 Absatz 1 Satz 2 Landesvertrag Übergangspflege NRW geregelt sind.

Dieses Regelungskonzept fügt sich zudem stimmig in die Systematik der Informationspflichten der Krankenhäuser etwa bei ambulant erbringbaren Leistungen ein. Denn eine fehlende medizinische Begründung der stationären Behandlungsbedürftigkeit schließt nach ständiger Rechtsprechung (vgl. hierzu etwa BSG, Urt. v. 21.04.2015, – [B 1 KR 10/15 R](#) –, juris, Rn. 10) nicht den materiellen Vergütungsanspruch des Krankenhauses auf Vergütung der stationären Leistung aus, sondern führt nur dazu, dass die Abrechnung der stationären Behandlung, solange nicht fällig wird, wie eine hinreichende medizinische Begründung nicht vorliegt. Die Sanktion eines Aufschubs der Fälligkeit der Rechnung ist in diesem wie im hiesigen Fall der nicht oder unzureichend vorliegenden Dokumentation der Voraussetzungen der Übergangspflege ausreichend, um das Krankenhaus zur Komplementierung seiner Nachweise anzuhalten. Demgegenüber erscheint die Sanktion eines vollständigen Vergütungsausschlusses nicht für gerechtfertigt, selbst unter Würdigung des Beklagtenvorbringens, dass durch eine frühzeitige Einbeziehung der Krankenkasse und Information die Übergangspflege entbehrlich oder verkürzt werden könne. Denn die Beklagte hat bei frühzeitiger Einbindung in die Organisation der Anschlusspflege ggf. weitergehende Möglichkeiten als das Krankenhaus für sich.

Dieser Zweck findet zudem in der Gesetzesbegründung keinen Anhalt (Bericht des Ausschusses für Gesundheit (14. Ausschuss) des Deutschen Bundestages vom 10.06.2021, Drs. 19/3056, S. 26). Zweck des neu geschaffenen Anspruchs auf Übergangspflege soll vielmehr sein, die in Aussicht genommene ambulante oder stationäre Versorgung vorzubereiten, zu unterstützen und zu fördern und damit den Erfolg der stationären Behandlung sichern (Wagner, in: Krauskopf/Wagner, 121. EL Februar 2024, SGB V [§ 39e](#) Rn. 2). Soweit im Gesetz, ihrer Begründung oder im Landesvertrag Übergangspflege NRW die Prüfung im Rahmen des Entlassungsmanagements erwähnt wird, auf die offenbar die Beklagte Bezug nimmt, ergibt sich aus § 6 Absatz 1 Satz 1 der Vereinbarung über eine einheitliche und nachprüfbare Dokumentation zum Vorliegen der Voraussetzungen der Übergangspflege gemäß [§ 39e Absatz 1 SGB V](#) zwischen dem GKV-Spitzenverband Berlin sowie dem Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. Köln und der Deutschen Krankenhausgesellschaft vom 31.10.2021 (im Folgenden Dokumentations-Vereinbarung Übergangspflege), dass die Dokumentation der Voraussetzungen der Übergangspflege „nach Abschluss der Übergangspflege“ zu übermitteln ist, weshalb der Nachweis der Anspruchsvoraussetzungen ganz offensichtlich nicht ihrer Vermeidung dienen kann.

Soweit die Beklagte die Rechnung für die Übergangspflege im Verwaltungsverfahren zurückgewiesen hatte, weil ihr der Dokumentationsbogen nicht elektronisch übermittelt wurde, ist zwar zutreffend, dass § 6 Absatz 1 Satz 1 der Dokumentations-Vereinbarung Übergangspflege grundsätzlich eine elektronische Übermittlung vorsieht und auch § 6 Absatz 1 Satz 3 nur eine papiergebundene Übermittlung bis zur Regelung des elektronischen Übermittlungsverfahrens vorsieht (siehe dazu die 15. Fortschreibung § 301-Vereinbarung vom 06.07.2022). Die konkrete technische Umsetzung steht indes weiter aus (Daum, in: Rofls/Giesen/Meßling/Udsching, BeckOK, [73](#). Ed. 01.06.2024, SGB V [§ 39e](#) Rn. 13), weshalb zur Überzeugung der Kammer bereits keine Übermittlungspflicht auf elektronischen Wege bestand. Jedenfalls dürfen Regelungen der Vertragsparteien über die Form der Übermittlung und zudem auch in den eher technischen Vorschriften zur Datenübermittlung nicht die in [§ 39a SGB V](#) geregelten materiellrechtlichen Voraussetzungen der Übergangspflege ändern, die das Vorliegen des Dokumentationsbogens wie ausgeführt nicht als Vergütungsvoraussetzung regeln und hinsichtlich der Fälligkeit allein auf den Zugang der Rechnung und ggf. den vollständigen Nachweis der Voraussetzungen der Übergangspflege durch die Übermittlung des Dokumentationsbogens abstellen, unabhängig von der Übermittlungsart.

2. Der Zinsanspruch ergibt sich aus § 15 Abs. 1 S. 4 des Landesvertrages nach [§ 112 Abs. 2 Nr. 1 SGB V](#) für NRW und § 5 Abs. 5 des Landesvertrages Übergangspflege sowie aus [§ 415 Satz 1](#) und 4 SGB V i. V. m. der Fünften Verordnung zur Änderung der Verordnung zur Regelungen weiterer Maßnahmen zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser vom 16.12.2022 und war mithin 5 Tagen nach dem Zugang des vollständigen Datensatzes fällig.

3. Der begründeten Klage war folglich stattzugeben.

III. Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a Absatz 1 Satz 1 SGG](#) i.V.m. [§ 154 Absatz 1 Satz 1](#) Verwaltungsgerichtsordnung.

IV. Die Festsetzung des Streitwertes beruht auf [§ 197a Absatz 1 Satz 1 SGG](#) i.V.m. [§ 63](#), [§ 52 Absatz 1](#), 3 Gerichtskostengesetz (GKG). Mit der Klage hat die Klägerin einen Zahlungsanspruch i.H.v. 2.375,00 € geltend gemacht; Zinsen sind als Nebenforderung nicht streitwerterhöhend zu berücksichtigen ([§ 43 Absatz 1 GKG](#)).

Rechtsmittelbelehrung:

Dieses Urteil kann mit der Berufung angefochten werden.

Die Berufung ist innerhalb eines Monats nach Zustellung des Urteils beim

Landessozialgericht Nordrhein-Westfalen, Zweigertstraße 54, 45130 Essen

schriftlich oder mündlich zur Niederschrift des Urkundsbeamten der Geschäftsstelle einzulegen.

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

Sozialgericht Düsseldorf, Ludwig-Erhard-Allee 21, 40227 Düsseldorf

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

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

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

- 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. Über das Justizportal des Bundes und der Länder (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.

Gegen das Urteil steht den Beteiligten die Revision zum Bundessozialgericht unter Übergehung der Berufungsinstanz zu, wenn der Gegner schriftlich zustimmt und wenn sie von dem Sozialgericht auf Antrag durch Beschluss zugelassen wird. Der Antrag auf Zulassung der Revision ist innerhalb eines Monats nach Zustellung des Urteils bei dem Sozialgericht Düsseldorf schriftlich zu stellen. Die Zustimmung des Gegners ist dem Antrag beizufügen.

Lehnt das Sozialgericht den Antrag auf Zulassung der Revision durch Beschluss ab, so beginnt mit der Zustellung dieser Entscheidung der Lauf der Berufungsfrist von neuem, sofern der Antrag auf Zulassung der Revision in der gesetzlichen Form und Frist gestellt und die Zustimmungserklärung des Gegners beigefügt war.

Die Einlegung der Revision und die Zustimmung des Gegners gelten als Verzicht auf die Berufung, wenn das Sozialgericht die Revision zugelassen hat.

Schriftlich einzureichende Anträge und Erklärungen, die durch einen Rechtsanwalt, durch eine Behörde oder durch eine juristische Person des öffentlichen Rechts einschließlich der von ihr zur 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 Abs. 4 Nr. 2 SGG](#) zur Verfügung steht ([§ 65d SGG](#)).

Rechtskraft
Aus
Saved
2025-01-31