

S 15 KR 1107/18

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
SG Heilbronn (BWB)
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
15
1. Instanz
SG Heilbronn (BWB)
Aktenzeichen
S 15 KR 1107/18
Datum
11.03.2019
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
-
Datum
-
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Gerichtsbescheid

Die Beklagte wird verurteilt, an die Klägerin 2312,21 EUR nebst Zinsen hieraus i.H.v. 5 Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz seit dem 05.02.2018 zu zahlen. Die Beklagte trägt die Kosten des Verfahrens. Der Streitwert wird auf 2312,21 EUR festgesetzt.

Tatbestand:

Streitig ist die Vergütung einer stationären Krankenhausbehandlung. Die Klägerin betreibt ein nach [§ 108 SGB V](#) zur stationären Krankenhausbehandlung gesetzlich Krankensicherter zugelassenes Krankenhaus. Der am XXX geborene und bei der Beklagten gesetzlich krankensicherte Z. (Versicherter) befand sich vom 01.02.2017 bis 10.03.2017 zur stationären Behandlung im Klinikum der Klägerin. Die Klägerin stellte der Beklagten für ihre Leistungen am 01.04.2017 unter Zugrundelegung der DRG G18C (bestimmte Eingriffe an Dünn- und Dickdarm, ohne hochkomplexen oder sehr komplexen Eingriff, ohne aufwändigen Eingriff oder ohne äußerst schwere CC, ohne komplizierende Diagnose, mit komplexem Eingriff) einen Betrag i.H.v. 12.462,91 EUR in Rechnung. Die Beklagte beglich diese Rechnung zunächst voll-umfänglich und leitete am 03.04.2017 ein Prüfverfahren durch den medizinischen Dienst der Krankenversicherung Baden-Württemberg (MDK) unter der Fragestellung nach der Notwendigkeit der stationären Krankenhausbehandlung und der korrekten DRG ein. Mit Gutachten vom 02.01.2018 kam der MDK zu dem Ergebnis, dass der Aufenthalt des Versicherten im Klinikum der Klägerin vollumfänglich notwendig gewesen sei. Jedoch sei statt des OPS 5-455.01 (partielle Resektion des Dickdarmes, Segmentresektion, offen chirurgisch mit Anastomose) der OPS 5-452.0 (lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes, Exzision, offen chirurgisch) zu kodieren, woraus sich die DRG G04Z (Adhäsionolyse am Peritoneum, Alter & 706; 4 Jahre oder mit schweren CC oder kleine Eingriffe an Dünn- und Dickdarm oder bestimmte Eingriffe an abdominalen Gefäßen mit äußerst schweren CC oder Implantation eines Antireflux-Simulationssystems) ergebe. Gestützt hierauf stellte die Klägerin der Beklagten mit Rechnung vom 05.01.2018 unter Ansatz der DRG G04Z nunmehr einen Gesamtbetrag i.H.v. 14.775,12 EUR in Rechnung. Die Beklagte wies die Vergütungsforderung der Klägerin mit Schreiben vom 09.01.2018 unter Berufung auf eine nach § 7 Abs. 5 der Vereinbarung über das Nähere zum Prüfverfahren nach [§ 275 Abs. 1c SGB V](#) (PrüfvV) nicht fristgerechte Datenkorrektur zurück. Daraufhin hat die Prozessbevollmächtigte der Klägerin am 03.04.2018 Klage zum Sozialgericht Heilbronn (SG) erhoben, zu deren Begründung sie vorträgt, die Beklagte sei zur Zahlung des noch offenen Differenzbetrages i.H.v. 2312,21 EUR verpflichtet, da die nachträgliche Korrektur der ursprünglichen Rechnung durch die Klägerin entsprechend dem Ergebnis des MDK-Gutachtens zulässig sei. Zunächst seien die vom Bundessozialgericht (BSG) entwickelten zeitlichen Grenzen zur nachträglichen Rechnungskorrektur eingehalten. Weiter stehe § 7 Abs. 5 PrüfV der nachträglichen Rechnungskorrektur nicht entgegen, weil Vergütungsausschlüsse nicht von der Ermächtigungsgrundlage in § 17c Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) umfasst seien. Im Übrigen gelte die PrüfV nur für die Durchführung der Prüfung durch den MDK und erhalte keinen Vergütungsausschluss. Schließlich verhalte sich die Beklagte treuwidrig, weil Sinn und Zweck des Prüfverfahrens die korrekte Abrechnung eines Behandlungsfalles sei. Die Beklagte fordere in der Regel eine Rechnungsminderung und müsse sich im umgekehrten Fall eines Mehrerlöses auch am Ergebnis der MDK-Begutachtung festhalten lassen. Die Rechtsauffassung der Klägerin werde unter anderem vom Sozialgericht Reutlingen im Urteil vom 08.11.2017 ([S 1 KR 364/17](#)) bestätigt.

Die Klägerin beantragt, die Beklagte zu verurteilen, an die Klägerin 2312,21 EUR nebst Zinsen hieraus i.H.v. 5 Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz seit dem 05.02.2018 zu zahlen.

Die Beklagte beantragt, die Klage abzuweisen.

Sie trägt vor, die von der Klägerin am 05.01.2018 vorgenommene Nachberechnung sei unzulässig. § 7 Abs. 5 PrüfV gehe von einer eingeleiteten, aber noch nicht abgeschlossenen Prüfung durch den MDK aus. Vorliegend habe der MDK seine Prüfung mit dem Gutachten vom 02.01.2018 abgeschlossen, weshalb die erst danach eingehende Datenkorrektur der Klägerin vom 05.01.2018 nicht mehr

berücksichtigt werden dürfe. Eine Prüferweiterung habe nicht vorgelegen. Zudem sei die in der PrüfV vorgesehene Fünf-Monats-Frist bereits abgelaufen gewesen. Es handle sich bei der Frist des § 7 Abs. 5 PrüfV um eine Ausschlussfrist. Schließlich habe das Sozialgericht Reutlingen mit Urteil vom 14.03.2018 ([S 1 KR 2084/17](#)) die Auffassung der Be-klagten gestützt. Das Gericht hat die Beteiligten mit Schreiben vom 17.01.2019 und 29.01.2019 auf sei-ne Absicht, den Rechtsstreit durch Gerichtsbescheid zu entscheiden hingewiesen und ihnen Gelegenheit zur Stellungnahme eingeräumt. Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf die von der Beklagten vorgelegte Verwaltungsakte sowie auf die Prozessakte verwiesen.

Entscheidungsgründe:

Das Gericht konnte nach [§ 105 Abs. 1 S. 1 SGG](#) durch Gerichtsbescheid entscheiden, da die Sache keine besonderen Schwierigkeiten tatsächlicher oder rechtlicher Art aufweist, der Sachverhalt aufgeklärt worden ist und die Beteiligten zu einer Entscheidung durch Gerichtsbescheid angehört worden sind. Die Klage ist zulässig und begründet. Die Klage ist als allgemeine Leistungsklage nach [§ 54 Abs. 5 Sozialgerichtsgesetz \(SGG\)](#) unmittelbar zulässig, denn es geht bei einer auf Zahlung von Behandlungskosten für einen Versicherten gerichteten Klage eines Krankenhauses gegen eine Krankenkasse um einen so genannten Parteienstreit im Gleichordnungsverhältnis, in dem eine Regelung durch Verwaltungsakt nicht in Betracht kommt. Ein Vorverfahren war mithin nicht durchzuführen; die Einhaltung einer Klagefrist war nicht geboten (ständige Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG), vgl. etwa Urteil vom 23.07.2002 - [B 3 KR 64/01 R](#) -, juris Rn. 13). Die Klage ist auch begründet. Die Klägerin kann aus der Rechnung vom 05.01.2018 von der Beklagten die Zahlung des sich unter Abzug der auf die Rechnung vom 01.04.2017 bereits geleisteten Zahlung von 12.462,91 EUR ergebenden streitgegenständlichen Betrages von 2312,21 EUR verlangen. Rechtsgrundlage für den Vergütungsanspruch eines zugelassenen Krankenhauses gegenüber einem Träger der gesetzlichen Krankenversicherung ist nach ständiger Rechtsprechung des BSG, der sich das Gericht anschließt, [§ 109 Abs. 4 Satz 3](#) Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) i.V.m. der Pflegesatzvereinbarung der Beteiligten. Der Behandlungspflicht des zugelassenen Krankenhauses nach [§ 109 Abs. 4 Satz 2 SGB V](#) steht ein Vergütungsanspruch gegenüber, der nach Maßgabe des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG), des Krankenhausentgeltgesetzes und der Bundespflegesatzverordnung festgelegt wird (vgl. BSG Urteil vom 25.11.2010 - [B 3 KR 4/10 R](#) -, juris Rn. 9 f.; BSG Urteil vom 29.04.2010 - [B 3 KR 11/09 R](#) -, juris Rn. 7). Die Zahlungsverpflichtung der Krankenkasse entsteht dabei unabhängig von einer Kostenzusage unmittelbar mit der Inanspruchnahme der Leistung durch einen Versicherten. Da der Zahlungsanspruch des zugelassenen Krankenhauses jedoch in aller Regel mit dem Naturalleistungsanspruch des Versicherten auf Krankenhausbehandlung korrespondiert, müssen beim Versicherten bei der Aufnahme in das Krankenhaus grundsätzlich die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen für die Inanspruchnahme von Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung sowie Krankenhauspflegebedürftigkeit vorliegen (Landesozialgericht Niedersachsen Urteil vom 30.01.2002 - [L 4 KR 110/00](#) -, juris Rn. 22). Gemäß [§ 27 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) haben Versicherte Anspruch auf Krankenhausbehandlung, wenn sie notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern. Der Leistungsumfang umfasst gemäß [§§ 27 Abs. 1 Satz 2 Nr. 5, 39 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) auch Krankenhausbehandlung, die vollstationär, teilstationär, vor- und nachstationär sowie ambulant erbracht wird. Der Sachleistungsanspruch des Versicherten umfasst vollstationäre Behandlung in einem zugelassenen Krankenhaus ([§ 108 SGB V](#)), wenn die Aufnahme nach Prüfung durch das Krankenhaus erforderlich ist, weil das Behandlungsziel nicht durch teilstationäre, vor- und nachstationäre oder ambulante Behandlung einschließlich häuslicher Krankenpflege erreicht werden kann ([§ 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#)). Die Erforderlichkeit der hier streitigen stationären Behandlung des Versicherten ist zwischen den Beteiligten unstrittig. Weiter steht aufgrund des MDK-Gutachtens vom 02.01.2018 für das Gericht fest, dass die stationäre Krankenhausbehandlung des Versicherten richtigerweise mit der DRG G04Z abzurechnen ist. Die Klägerin war entgegen der Auffassung der Beklagten auch zur nachträglichen Rechnungskorrektur berechtigt. Einer nachträglichen Rechnungskorrektur stehen weder die vom BSG hierzu entwickelten Grundsätze noch die Regelungen der PrüfV entgegen. Der zwischen der Krankenhausgesellschaft Baden-Württemberg und den Verbänden der Krankenkassen geschlossene Vertrag nach [§ 112 Abs. 2 Nr. 1 SGB V](#) über "Allgemeine Bedingungen der Krankenhausbehandlung" (Landesvertrag Baden-Württemberg) enthält weder eine Regelung, die die Nachberechnung ausschließt, noch eine solche, die eine zeitliche Grenze dafür setzt. Mangels ausdrücklicher (vertraglicher oder gesetzlicher) Regelung richtet sich somit die Zulässigkeit von Nachforderungen eines Krankenhausträgers wegen Behandlung eines Versicherten gemäß dem über [§ 69 Abs. 1 S. 3 SGB V](#) auf die Rechtsbeziehungen zwischen Krankenhaus und Krankenkassen einwirkenden Rechtsgedanken des [§ 242](#) des Bürgerlichen Gesetzbuchs nach Treu und Glauben in Gestalt der Verwirkung. Dabei ist zu berücksichtigen, dass die Beteiligten aufgrund eines dauerhaften Vertragsrahmens ständig professionell zusammenarbeiten. Diese Vertragsbeziehungen sind von einem systembedingten Beschleunigungsgebot geprägt und verpflichten zu gegenseitiger Rücksichtnahme. Den Beteiligten sind die gegenseitigen Interessenstrukturen geläufig. Die sich hieraus ergebenden Grenzen einer nachträglichen Rechnungskorrektur wurden in der Rechtsprechung des BSG in mehreren Entscheidungen (Urteile vom 08.09.2009 - [B 1 KR 11/09 R](#) -, vom 17.12.2009 - [B 3 KR 12/08 R](#) -, vom 13.11.2012 - [B 1 KR 6/12 R](#) - und vom 22.11.2012 - [B 3 KR 1/12 R](#) -, alle zit. nach juris) unter unterschiedlichen Aspekten konkretisiert. Auch vor Ablauf der vierjährigen Verjährungsfrist können sich danach aus dem Grundsatz von Treu und Glauben Einschränkungen der Korrekturmöglichkeit in zeitlicher Hinsicht ergeben. Während Korrekturen innerhalb einer Frist von sechs Wochen nach der Schlussrechnung grundsätzlich ohne weitere Einschränkungen möglich sind (vgl. hierzu BSG, Urteil vom 17.12.2009, [a.a.O.](#)) sind nach Ablauf dieser Frist Korrekturen nur noch unter weiteren Einschränkungen möglich (vgl. hierzu BSG, Urteil vom 22.11.2012, [a.a.O.](#)). Danach stellt generell das Ende des auf die unrichtige erste Abrechnung folgenden Kalenderjahres den äußersten Zeitpunkt für Korrekturmöglichkeiten dar. Wird diese Frist nicht eingehalten, ist der Anspruch auf die noch offene restliche Vergütung in der Regel nach Treu und Glauben verwirkt. Während das BSG in seinem Urteil vom 22.11.2012 ([a.a.O.](#)) noch weitere Einschränkungen hinsichtlich einer zulässigen nachträglichen Rechnungskorrektur für geboten ansah (Nachforderung bis zur Höhe der Aufwandspauschale oder von weniger als 5 v.H. der Rechnungssumme, Überschreitung nicht näher bestimmter kalenderjahresbezogener Prozentsätze hinsichtlich der Gesamtzahl und des Gesamtrichtungsvolumens), hält zwischenzeitlich das BSG (Urteil vom 05.07.2016 - [B 1 KR 40/15 R](#) -, juris) an diesen weiteren Einschränkungen nicht mehr fest. Nach der dargestellten Rechtsprechung des BSG, der das erkennende Gericht folgt, ist die hier von der Klägerin am 05.01.2018 vorgenommene nachträgliche Korrektur der ersten Rechnung innerhalb des auf die erste unrichtige Abrechnung vom 01.04.2017 folgenden Kalenderjahres erfolgt und damit nicht verwirkt, sondern zulässig. Etwas anderes folgt auch nicht unter Berücksichtigung der für stationäre Krankenhausbehandlungen aus dem Jahr 2017 anwendbaren PrüfV vom 03.02.2016, welche zwischen dem GKV-Spitzenverband und der Deutschen Krankenhausgesellschaft nach § 17c Abs. 2 KHG zur Regelung des Näheren zum Prüfverfahren nach [§ 275 Abs. 1c SGB V](#) mit Wirkung zum 01.01.2017 vereinbart worden ist (so im Ergebnis zur PrüfV a.F. auch LSG Rheinland-Pfalz, Beschluss vom 13.08.2018 - [L 5 KR 155/18 NZB](#) -, SG Reutlingen, Urteile vom 08.11.2017 - [S 1 KR 364/17](#) - und vom 11.01.2017 - [S 1 KR 3109/15](#) -, SG Dortmund, Urteil vom 05.05.2017 - [S 49 KR 580/16](#) - und SG Kassel, Gerichtsbescheid vom 25.11.2016 - [S 12 KR 594/15](#) -, a.A. SG Köln, Urteil vom 04.05.2016 - [S 23 KN 108/15 KR](#) -, alle zit. nach juris). § 7 der PrüfV vom 03.02.2016 enthält nähere Regelungen zur Durchführung der Prüfung. So kann der MDK nach § 7 Abs. 2 PrüfV bei Prüfungen im schriftlichen Verfahren die Übersendung einer Kopie der Unterlagen verlangen, die er zur Beurteilung von Voraussetzungen, Art und Umfang der Leistung sowie zur

Prüfung der ordnungs-gemäßen Abrechnung benötigt. Das Krankenhaus hat die Unterlagen innerhalb von acht Wochen nach Zugang der Unterlagenanforderung an den MDK zu übermitteln. Erfolgt dies nicht, hat das Krankenhaus nach § 7 Abs. 2 S. 6 PrüfV einen Anspruch nur auf den unstrittigen Rechnungsbetrag. Nach § 7 Abs. 5 S. 1 PrüfV sind Korrekturen oder Ergänzungen von Datensätzen nur einmalig möglich. Nach § 7 Abs. 5 S. 2 PrüfV hat der MDK diese nur dann in seine Prüfung einzubeziehen, wenn sie inner-halb von fünf Monaten nach Einleitung des MDK-Prüfverfahrens nach § 6 Abs. 2 an die Krankenkasse erfolgen. Nach § 7 Abs. 5 S. 3 PrüfV ist eine Korrektur oder Ergänzung von Datensätzen, wenn eine Begutachtung durch den MDK vor Ablauf der Frist des S. 2 beendet sein sollte nur bis zum Ende der Begutachtung durch den MDK möglich. Nach Auffassung des Gerichts enthält § 7 Abs. 5 PrüfV vom 03.02.2016 bereits von seinem Wortlaut her keinen Ausschluss einer nachträglichen Rechnungskorrektur. Die Regelung des § 7 Abs. 5 PrüfV V dient der Beschleunigung des Prüfverfahrens in effektiver und konsensorientierter Zusammenarbeit zwischen Krankenhaus und Krankenkasse (vgl. dazu ausführlich unter Darstellung der Gesetzesmaterialien SG Reutlingen, Urteil vom 08.11.2017 - [S 1 KR 364/17](#) -, juris). Diese Vorschrift regelt lediglich, wann und in welchem Umfang der MDK Korrekturen oder Ergänzungen von Datensätzen in seine Prüfung einzubeziehen hat. Die Vorschrift wendet sich somit allein an den MDK, was schon an der Überschrift "Durchführung der Prüfung" deutlich wird. Eine Vergütungsregelung bzw. eine Regelung zum Ausschluss einer Vergütung lässt sich dieser Vorschrift angesichts des eindeutigen Wortlauts nicht entnehmen. Selbst wenn man jedoch wie die Beklagte davon ausgeht, dass § 7 Abs. 5 PrüfV die Vereinbarung einer materiell-rechtlichen Ausschlussfrist in Bezug auf eine nachträglich-Rechnungskorrektur enthält, so wäre ein derartiger Vergütungsausschluss nicht von der Ermächtigungsgrundlage des § 17c Abs. 2 S. 1 KHG gedeckt, da damit bereits unter Beachtung des Wortlauts ("Das Nähere zum Prüfverfahren") über die Regelung einer Verfahrensfrage hinausgegangen wird (vgl. Sozialgericht Dortmund, Urteil vom 05.05.2017- [S 49 KR 580/16](#) -, juris Rn. 44 ff. sowie SG Kassel, Gerichtsbescheid vom 25.11.2016 - [S 12 KR 594/15](#) -, juris Rn. 40 ff.). Ferner lässt sich aus dem von der Beklagten zitierten Urteil des SG Reutlingen vom 14.03.2018 (- [S 1 KR 2084/17](#) -, juris) kein anderes Ergebnis ableiten. Diese Entscheidung ist nicht zu der hier streitgegenständlichen Vorschrift des § 7 Abs. 5 PrüfV vom 03.02.2016, sondern zu § 7 Abs. 2 PrüfV a. F. ergangen. Diese Vorschrift enthält im Gegensatz zu der hier streitentscheidenden Vorschrift des § 7 Abs. 5 PrüfV vom 03.02.2016 bereits von ihrem Wortlaut her einen Anspruchsausschluss. Schließlich verhält sich die Beklagte, soweit sie die Auffassung vertritt, eine nachträgliche Rechnungskorrektur durch die Klägerin auf der Grundlage des von der Beklagten veranlassten MDK-Gutachtens sei unzulässig, treuwidrig. Wie dem Gericht aus zahlreichen Abrechnungsstreitigkeiten zwischen Krankenhausträgern und der Be-klagten bekannt ist, fordert die Beklagte die Krankenhausträger regelmäßig zu Korrektur oder Stornierung einer ursprünglichen Rechnung auf, falls sich aus dem von ihr initiierten MDK-Gutachten ein niedrigerer Vergütungsanspruch des Krankenhausträgers ihr gegenüber ergibt. Wäre die von der Beklagten hier vertretene Auffassung zu-treffend, so wäre auch in den Fällen, in denen die MDK-Begutachtung ein für die Be-klagte günstigeres Abrechnungsergebnis ergibt, eine Korrektur bzw. Stornierung der ursprünglichen Rechnung nach Abschluss der Überprüfung durch den MDK unzulässig. Hiervon geht die Beklagte jedoch in den Fällen eines Erlösmindernden Abrechnungsergebnisses nach Prüfung durch den MDK gerade nicht aus. Nach alledem hat die Klägerin ihre ursprüngliche Rechnung vom 01.04.2017 zu Recht durch die Rechnung vom 05.01.2018 gestützt auf das MDK-Gutachten vom 02.01.2018 ersetzt. Sie hat somit einen Anspruch gegen die Beklagte auf Zahlung des Differenzbetrages zwischen beiden Rechnungen i.H.v. 2312,21 EUR. Der geltend gemachte Zinsanspruch folgt aus § 19 Abs. 3 des Vertrages nach [§ 112 Abs. 2 S. 1 Nr. 1 SGB V](#). Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a Abs. 1 SGG](#) i. V. m. [§ 154 Abs. 2 VwGO](#), da weder die Klägerin noch die Beklagte zu dem in [§ 193 SGG](#) genannten Personenkreis gehören. Die Festsetzung des Streitwerts beruht auf [§ 197a Abs. 1 SGG](#) i.V.m. [§ 52 Abs. 3 GKG](#).

Rechtsmittelbelehrung:

Dieser Gerichtsbescheid kann mit der Berufung angefochten werden. Die Berufung ist innerhalb eines Monats nach Zustellung des Gerichtsbescheids beim Landessozialgericht Baden-Württemberg, Hauffstr. 5, 70190 Stuttgart - Postfach 10 29 44, 70025 Stuttgart -, schriftlich, als elektronisches Dokument oder zu Protokoll des Urkundsbeamten der Geschäftsstelle einzulegen. Eine Einlegung per E-Mail ist nicht zulässig. Wie Sie bei Gericht elektronisch einreichen können, wird auf www.ejustice-bw.de beschrieben. Die Berufungsfrist ist auch gewahrt, wenn die Berufung innerhalb der Monatsfrist bei dem Sozialgericht Heilbronn, Paulinenstr. 18, 74076 Heilbronn, schriftlich, als elektronisches Dokument oder zu Protokoll des Urkundsbeamten der Geschäftsstelle eingelegt wird. Die Berufungsschrift muss innerhalb der Monatsfrist bei einem der vorgenannten Ge-richte eingehen. Sie soll den angefochtenen Gerichtsbescheid bezeichnen, einen bestimmten Antrag enthalten und die zur Begründung der Berufung dienenden Tatsachen und Beweismittel angeben. Der Berufungsschrift und allen folgenden Schriftsätzen sollen Abschriften für die übrigen Beteiligten beigelegt werden; dies gilt nicht im Rahmen des elektronischen Rechtsverkehrs. Gegen die Streitwertfestsetzung findet die Beschwerde statt, wenn der Wert des Beschwerdegegenstands 200,00 Euro übersteigt. Die Beschwerde findet auch statt, wenn sie das Gericht, das die angefochtene Entscheidung erlassen hat, wegen der grundsätzlichen Bedeutung der zur Entscheidung stehenden Frage in dem Beschluss zugelassen hat ([§ 68 Abs. 1 S. 1](#) und 2 Gerichtskostengesetz - GKG -). Die Beschwerde ist nur zulässig, wenn sie innerhalb einer Frist von sechs Monaten eingelegt wird, nachdem die Entscheidung in der Hauptsache Rechtskraft erlangt oder sich das Verfahren anderweitig erledigt hat. Ist der Streitwert später als einen Monat vor Ablauf dieser Frist festgesetzt worden, so kann die Beschwerde noch innerhalb eines Monats nach Zustellung oder formloser Mitteilung des Festsetzungsbeschlusses eingelegt werden ([§ 68 Abs. 1 S. 3](#) in Verbindung mit [§ 63 Abs. 3 S. 2 GKG](#)).

Die Beschwerde ist schriftlich, als elektronisches Dokument oder zu Protokoll der Geschäftsstelle beim Sozialgericht Heilbronn, Paulinenstr. 18, 74076 Heilbronn, einzulegen ([§ 66 Abs. 5 GKG](#) in Verbindung mit [§ 68 Abs. 1 S. 5 GKG](#), [§ 65a Abs. 1](#) Sozialgerichtsgesetz in Verbindung mit [§ 5a GKG](#)). Eine Einlegung per E-Mail ist nicht zulässig. Wie Sie bei Gericht elektronisch einreichen können, wird auf www.ejustice-bw.de beschrieben.

XXX Richterin am Sozialgericht

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2020-01-03