

Aktenzeichen:
S 5 KR 100/15



Verkündet am:
17.02.2016

gez. Schönhofen,
Justizbeschäftigte
als Urkundsbeamtin
der Geschäftsstelle

SOZIALGERICHT TRIER

IM NAMEN DES VOLKES
URTEIL

In dem Rechtsstreit

- Klägerin -

Prozessbevollmächtigter: Rechtsanwalt Friedrich W. Mohr, c/o
Krankenhausgesellschaft Rheinland-Pfalz e.V.,
Bauerngasse 7, 55116 Mainz

gegen

- Beklagte -

hat die 5. Kammer des Sozialgerichts Trier auf die mündliche Verhandlung vom
17. Februar 2016 durch

den Vizepräsidenten des Sozialgerichts Dr. Olk
sowie die ehrenamtlichen Richter Herr Schmitt und Herr Petry

für Recht erkannt:

1. Die Beklagte wird verurteilt, an die Klägerin 300,00 € nebst Zinsen in Höhe von 5 Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz seit Rechtshängigkeit zu zahlen.
2. Die Beklagte trägt die Kosten des Verfahrens.
3. Der Streitwert wird auf 300,00 € festgesetzt.

Tatbestand

Die Klägerin begehrt die Zahlung einer Aufwandspauschale gemäß § 275 Abs. 1c Satz 3 SGB 5 in Höhe von 300 € aus Anlass der Überprüfung einer Abrechnung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK).

Der bei der Beklagten krankenversicherte, 85jährige Patient wurde vom 26.09. – 16.10.2014 im Krankenhaus der Klägerin stationär behandelt.

Die Klägerin stellte für den stationären Aufenthalt der Beklagten die DRG T44Z in Rechnung mit der Hauptdiagnose A41.51 – Sepsis Escherichia coli (E. coli) und den Nebendiagnosen ua. E86 Volumenmangel, K29.6 Gastritis, K80.30 Gallengangstein mit Cholangitis, N39.0 Harnwegsinfekt und S50.81:R oberflächliche Schürfwunde am Unterarm. Die Beklagte beglich diese Rechnung und beauftragte den MDK mit einer Prüfung gemäß § 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB 5 unter der Fragestellung „Hauptdiagnose korrekt?“.

Der MDK teilte in einer Stellungnahme vom 18.02.2015 aus „Anlass: Begutachtung nach § 275 Abs. 1.1 SGB V“ nach Erörterung mit dem Krankenhaus mit, dass die Hauptdiagnose korrekt kodiert sei. Die Aufnahme sei wegen fieberhaftem In-

fekt und bei Ikterus erfolgt. In zwei Blutkulturen am Aufnahmetag sei E. coli entdeckt worden.

Die Klägerin stellte sodann der Beklagten für die MDK-Prüfung die Aufwandspauschale gemäß § 275 Abs. 1c Satz 3 SGB 5 in Höhe von 300 € in Rechnung.

Die Beklagte verweigerte die Zahlung der Aufwandspauschale unter Hinweis darauf, dass die Nebendiagnose R17 Ikterus nicht kodiert worden sei. Voraussetzung für die Abrechnung der Aufwandspauschale sei aber eine fehlerlose Datenlieferung.

Die Klägerin ist der Ansicht, der Anspruch auf Aufwandspauschale werde nicht dadurch ausgeschlossen, dass die Prüfung durch eine fehlerhafte Abrechnung des Krankenhauses veranlasst worden sein könnte (Hinweis auf Entscheidungen des Sozialgerichts Mainz, Urteile vom 14.06.2013 – S 17 KR 58/12 und vom 04.05.2015 – S 3 KR 428/14 und des Sozialgerichts Speyer, Urteil vom 18.06.2014 – S 19 KR 229/12).

Es liege entgegen der Ansicht der Beklagten eine fehlerfreie Datenlieferung vor. Die Nebendiagnose R17 (Gelbsucht) werde nur kodiert, wenn ein zusätzlicher Aufwand erbracht werde (Kodierrichtlinie D003), der in diesem Fall nicht vorliege.

Die Klägerin weist zudem auf die Neuregelung in § 275 Absatz 1c Satz 4 SGB 5 ab 01.01.2016 und die dazu gehörige Gesetzesbegründung hin.

Die Klägerin beantragt

die Beklagte zu verurteilen, an sie 300 € nebst Zinsen in Höhe von 5 Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz hieraus seit Rechtshängigkeit zu zahlen.

Die Beklagte beantragt,

die Klage abzuweisen.

Sie verweist auf die fehlerhafte Kodierung der Nebendiagnose, weswegen die Abrechnung nicht plausibel gewesen sei und eine Prüfung durchgeführt werden müssen. Die Klägerin habe die Nebendiagnose R17 (Ikterus) nicht verschlüsselt. Die Aufwandspauschale nach § 275 Abs. 1c SGB 5 könne nicht gefordert werden, da die eigene Pflichtverletzung der Klägerin erst die Tatbestandsvoraussetzungen für eine Einzelfallprüfung ausgelöst habe.

Die Beklagte habe hier eine sachlich-rechnerische Richtigkeit der Abrechnung nach allgemeinen Grundsätzen überprüfen dürfen. Das Überprüfungsrecht der Krankenkassen auf sachlich-rechnerische Richtigkeit bestehe unabhängig von den engeren Anforderungen einer Auffälligkeitsprüfung (Hinweis ua. auf BSG, Urteil vom 1.7.2014 – B 1 KR 29/13 R).

Zur Ergänzung des Tatbestands im Einzelnen wird auf die Prozessakte sowie die beigezogene Verwaltungsakte der Beklagten und die Krankenakte der Klägerin Bezug genommen, die ihrem wesentlichen Inhalt nach Gegenstand der mündlichen Verhandlung waren.

Entscheidungsgründe:

Die von der Klägerin erhobene (echte) Leistungsklage ist im hier bestehenden Gleichordnungsverhältnis zulässig (vgl zB BSGE 102, 172 = SozR 4-2500 § 109 Nr 13, RdNr 9 mwN; BSGE 104, 15 = SozR 4-2500 § 109 Nr 17, RdNr 12) und in der Sache auch begründet. Es besteht ein Anspruch für die Klägerin auf Zahlung

einer Aufwandspauschale nach § 275 Abs. 1c Satz 3 SGB 5 in Höhe von 300 €. Auf Veranlassung der Beklagten ist nicht lediglich eine Prüfung auf sachlich-rechnerische Richtigkeit, sondern mit Hilfe des MDK in der Sache letztlich eine in § 275 Abs 1 SGB 5 normierte (Auffälligkeits-)prüfung durchgeführt worden. Hieraus folgt nach der gesetzlichen Regelung ein Anspruch des Krankenhauses auf Zahlung einer Aufwandspauschale, weil die Prüfung hier nicht zu einer Minderung des Rechnungsbetrages geführt hat.

Nach § 275 SGB 5 in der hier noch anzuwendenden, bis 31.12.2015 geltenden Fassung, sind die Krankenkassen in den gesetzlich bestimmten Fällen oder wenn es nach Art, Schwere, Dauer oder Häufigkeit der Erkrankung oder nach den Krankheitsverlauf erforderlich ist, verpflichtet, bei Erbringung von Leistungen, insbesondere zur Prüfung von Voraussetzungen, Art und Umfang der Leistungen sowie bei Auffälligkeiten zur Prüfung der ordnungsgemäßen Abrechnung eine gutachterliche Stellungnahme des MDK einzuholen. Gemäß § 275 Abs. 1c Satz 3 SGB 5 hat die Krankenkasse dem Krankenhaus eine Aufwandspauschale in Höhe von 300 € zu entrichten, falls die Prüfung nicht zu einer Minderung des Abrechnungsbetrages führt.

Hierzu geht das Gericht – **in Übereinstimmung mit der Rechtsprechung des BSG** (vgl. etwa BSG vom 01.07.2014 - B 1 KR 29/13 R - davon aus, dass eine Krankenkasse auch außerhalb des Anwendungsbereichs des § 275 Abs. 1c SGB 5 Rechnungen – **in sachlich-rechnerischer Hinsicht** – beanstanden und gegebenenfalls Zahlung der geforderten Vergütung ganz oder teilweise verweigern kann.

Was genau unter einer rein **sachlich-rechnerischen** Prüfung im Zusammenhang mit einer Rechnung über Leistungserbringung des Krankenhauses zu verstehen ist, sagen indes weder Gesetz, noch die Entscheidungen des BSG. Im Unterschied hierzu bestimmt etwa § 106a SGB 5 detailliert, was eine **Abrechnungsprüfung in der vertragsärztlichen Versorgung** durch die Kassenärztliche Verei-

nigung in Bezug auf Prüfung **der sachlichen und rechnerischen Richtigkeit der Abrechnungen** der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und Einrichtungen zu umfassen hat.

Mangels solcher einschlägiger, gesetzlicher Regelungen kann sich der Umfang und die Reichweite der Prüfung auf **sachlich-rechnerische** Richtigkeit in dem hier in Rede stehenden Kontext deshalb nur auf eine – wie im kaufmännischen Bereich auch – letztlich schon **auf Sachbearbeiterebene** zu leistende allgemeine Überprüfung auf **rein mathematischen Richtigkeit** ($1+1=2$) aber auch auf sachliche Prüfungen der Beachtung genereller, grundsätzlicher Abrechnungsregeln erstrecken. So kann auf dieser Ebene (Stufe) beispielsweise - auch ohne speziellen medizinischen Sachverstand - geprüft werden, ob bestimmte Kodierungen widersprüchlich oder nicht plausibel erscheinen, etwa in dem Sinne, dass z.B. die Kodierung OPS 5-683 *Uterusexstirpation [Hysterektomie]* bei einem männlichen Versicherten offenbar **sachlich unrichtig** wäre.

Erfordert die Abrechnung einer bestimmten DRG z.B. eine bestimmte Mindestbehandlungsdauer (etwa bei Beatmungszeit oder im Bereich der frühgeriatrischen Komplexbehandlung bestimmte Mindestbehandlungsdauern) kann im Rahmen einer so verstandenen, sachlich-rechnerischen Prüfung anhand der nach § 301 SGB 5 gelieferten Aufnahme- und Entlassungsdaten geprüft werden, ob diese Behandlungsdauer überhaupt erreicht werden konnte. Soll aber geprüft werden, ob diese Behandlungs-/Beatmungsdauer überhaupt medizinisch plausibel oder erforderlich war, handelt es sich zweifellos nicht mehr um eine solche Prüfung auf „sachlich-rechnerische“ Richtigkeit – auch dann nicht, wenn behauptet wird, man prüfe nur die Einhaltung einer Abrechnungsregel. Das hat im Übrigen auch das BSG so nie in den von ihm entschiedenen Fällen behauptet, denen im Übrigen stets nur nachgewiesene Fehlkodierungen zu Grunde lagen.

Ebenso unterliegen auch die zahlreichen – nicht spezifisch medizinischen – Voraussetzungen von bestimmten Abrechnungsregeln (zB *höchstens halbstündige*

Transportentfernung – vgl. OPS 8-981 -Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls) einer so verstandenen **sachlich-rechnerischen Prüfung**. Zwar ist zu beobachten, dass Krankenkassen den MDK in solchen Fällen gleichwohl auch mit der Prüfung beauftragen, ob z.B. eine halbstündige Transportentfernung unter Verwendung eines Hubschraubers grundsätzlich erfüllbar ist, obwohl ein MDK-Arzt - der im Regelfall ja kein Hubschrauberpilot ist – überhaupt keine spezielle Fachkunde dazu aufweist. Daraus darf aber nicht geschlossen werden, dass es sich hierbei um eine „medizinische“ Auffälligkeitsprüfung handeln würde. **Der Sache nach ist das eine „sachlich-rechnerische“ Prüfung – nur an den falschen Adressaten gerichtet.** Dies ist im Übrigen auch auf anderen Gebieten vielfach zu beobachten, wenn etwa der MDK von den Krankenkassen nach dem Vorliegen einer „entstellenden Wirkung“ befragt wird, obwohl es für deren Feststellung nach ständiger Rechtsprechung auf medizinische Fachkunde überhaupt nicht ankommt.

Zusammenfassend ist es daher – **in Übereinstimmung mit dem Sozialgericht Mainz** (Urt. v. 04.05.2015 - S 3 KR 428/14) – auch **terminologisch durchaus sinnvoll, zwischen einer Prüfung nach § 275 Abs. 1c SGB 5 und einer sonstigen, sachlich-rechnerischen Beanstandung durch die Krankenkasse zu differenzieren.** Nachfragen oder Prüfungen in diesem sachlich-rechnerischen Bereich können zwar auch auf Krankenhausseite Aufwand verursachen, führen aber nicht zur Zahlung einer Aufwandspauschale, auch nicht unter Geltung der ab 01.01.2016 geänderten Regelung in § 275 SGB 5.

Hervorzuheben ist in diesem Zusammenhang nochmals, dass der **spezifisch-medizinische Sachverstand des MDK** für Prüfungen dieser so verstandenen sachlich-rechnerischen Richtigkeit auch **weder erforderlich, noch besonders geeignet** ist – wie sich etwa am Beispiel einer Prüfung auf rechnerische Richtigkeit ja auch unmittelbar erschließt: **Der MDK ist demgegenüber zur Klärung medizinischer Auffälligkeiten berufen und gerade insoweit auch sachkundig.**

Sind mithin solche spezifisch **medizinischen Auffälligkeiten** zu klären, handelt es sich um Prüfungen im Anwendungsbereich des § 275 Abs. 1c SGB 5. Dies hat der Gesetzgeber „nunmehr“ (vgl. BT-Drucksache 18/6586, S. 121) auch **ausdrücklich so klargestellt**: die Fristen- und Anzeigeregelung und die Regelung zur Aufwandspauschale beziehen sich **auf jede Prüfung** der Abrechnung einer stationären Behandlung, **mit der eine Krankenkasse den MDK beauftragt** und die eine Datenerhebung durch den MDK beim Krankenhaus erfordert.

Für diese Sicht der Dinge – auch unter Geltung des bisherigen Rechts – spricht des Weiteren der Umstand, dass das BSG im Kontext seiner Entscheidungen ganz offensichtlich auch nicht übersehen hätte, dass etwa nach § 276 Abs. 2 SGB 5 der MDK Sozialdaten nur erheben und speichern darf, soweit dies **ua für die Prüfungen, Beratungen und gutachtlichen Stellungnahmen nach § 275 SGB 5** erforderlich ist.

Eine Prüfungs- und Datenerhebungsbefugnis für rein „sachlich-rechnerische“ Prüfungen außerhalb des Regimes des § 275 SGB 5 hätte dem MDK hiernach gar nicht zugestanden!

Schon deshalb handelt es sich vorliegend auch nicht allein um eine sachlich-rechnerische Prüfung, die nach der von der Beklagten zitierten Rechtsprechung des BSG von den Krankenkassen ungeachtet der gesetzlichen Voraussetzungen des § 275 SGB 5 durchgeführt werden kann und keinen Anspruch auf Zahlung einer Aufwandspauschale auslöst. Andererseits kann eine Aufwandspauschale nicht schon dann verweigert werden, wenn sich im Rahmen derartiger Prüfungen lediglich als **„Zufallsbefund“** eine mögliche andere Kodierung ergibt (vgl. Gerlach in Dettling/Gerlach, Krankenhausrecht, § 39 SGB V, Rz 105), ohne dass auch nur zuvor der geringste Anlass bestand, die Richtigkeit der Abrechnung anzuzweifeln.

Nach der Rechtsprechung des BSG kann auch nur eine **nachgewiesene Fehlerhaftigkeit der Abrechnung** dem Anspruch auf Zahlung einer Aufwandspauschale

entgegengehalten werden (BSG v. 28.11.2013 - B 3 KR 4/13 R in Fortführung von BSG v. 22.06.2010 - B 1 KR 1/10 R). Dies ist nach der Gesetzesbegründung zu § 275 Abs. 1c SGB 5 aus dem Sinn und Zwecke der Regelung abzuleiten, wonach **insbesondere solche zusätzlichen und Bürokratie verursachenden Streitigkeiten vermieden werden sollen**, in denen die Beteiligten nur mittelbar - also allein wegen der Aufwandspauschale - rechtliche Auseinandersetzungen über die Richtigkeit oder Fehlerhaftigkeit einer Kodierung führen. **Aus diesem Grund verbieten sich auch weitere Ermittlungen beispielsweise in Form eines Sachverständigengutachtens zur Ermittlung der Frage, ob tatsächlich zutreffend kodiert worden ist.**

Diese Sicht wird ebenfalls auch durch die Neuregelung ab dem 01.01.2016 durch Artikel 6 Gesetz vom 10.12.2015 - BGBl. I S. 222 - bestätigt. Danach ist als Prüfung nach Satz 1 jede Prüfung der Abrechnung eines Krankenhauses anzusehen, mit der die Krankenkasse den Medizinischen Dienst beauftragt und **die eine Datenerhebung durch den Medizinischen Dienst beim Krankenhaus erfordert.**

Immer dann handelt es sich nämlich nicht mehr um eine bloße sachlich-rechnerische Prüfung, die auf Sachbearbeiter-Ebene der Krankenkasse durchgeführt werden könnte.

Auch im vorliegenden Fall ist – anders als in den vom BSG entschiedenen Verfahren – eine Falschkodierung nicht unstreitig oder offensichtlich nachgewiesen: der MDK hat – im Rahmen einer von ihm selbst auf der Grundlage des § 275 SGB 5 durchgeführten (!) – Prüfung die **Kodierung** der Nebendiagnosen **ausdrücklich als korrekt bezeichnet**. Warum die Abrechnung für die Beklagte wegen der angeblich fehlenden Nebendiagnose R17 (Ikterus) nicht plausibel war, erschließt sich angesichts der Haupt- und Nebendiagnosen im Übrigen nicht: der Patient hatte für die Beklagte erkennbar genügend Infektionen, die zu einer Sepsis hätten führen können; ob er auch noch „Ikterus“ als weiteres Symptom hatte, ist ohne weitere medizinische Sachaufklärung nicht als relevant zu bezeichnen:

Eine Nebendiagnose ist für Krankheiten oder Beschwerden zu kodieren, die entweder gleichzeitig mit der Hauptdiagnose bestehen oder sich während des Krankenhausaufenthaltes entwickelt haben (DKR - D003d - Nebendiagnosen, S 10ff.). Eine Kodierung kann nur erfolgen für Krankheiten, die das Patientenmanagement in der Weise beeinflussen, dass therapeutische Maßnahmen, diagnostische Maßnahmen oder ein erhöhter Betreuungs-, Pflege und Überwachungsaufwand erforderlich ist. **Wie vom BSG zutreffend dargelegt, ist eine Abgrenzung insoweit nicht immer einfach und eindeutig (BSG v. 28.11.2013 - B 3 KR 4/13 R in juris, Rn. 25). Ob die Voraussetzungen hierfür vorlagen, ist auch im vorliegenden Fall keineswegs offensichtlich und kann ohne Einholung eines medizinischen Sachverständigengutachtens (wie von der Beklagten ja auch veranlasst) nicht geklärt werden, zumal die Erforderlichkeit der Kodierung der Nebendiagnose R17 vom MDK ja auch nicht näher erläutert wurde.**

Weitere Ermittlungen hierzu haben aber nach der eindeutigen Rechtsprechung des BSG gerade zu unterbleiben.

Die Behauptung des Beklagten, Voraussetzung für die Abrechnung der Aufwandspauschale sei eine absolut **fehlerlose** Datenlieferung, ist vor diesem Hintergrund letztlich **unrealistisch**, denn irgendwelche Zusatzkodierungen lassen sich fast immer benennen, so wie es in der Medizin ohnehin keinen „gesunden“ Menschen gibt, sondern nur Menschen, die noch nicht vollständig untersucht wurden, dh. auch insoweit ließen sich immer irgendwelche neue „Diagnosen“ stellen oder Symptome bezeichnen.

Mithin hatte die Klage Erfolg.

Der Zinsanspruch ergibt sich - mangels anderweitiger Rechtsgrundlage - auf der Grundlage der Regelung über Prozesszinsen nach §§ 291, 288 Abs 1 S 2 BGB (vgl BSG SozR 4-2500 § 69 Nr 7 RdNr 14; BSGE 107, 78 = SozR 4-2500 § 140d

Nr 2 RdNr 30-31). Danach hat der Schuldner eine Geldschuld von dem Eintritt der Rechtshängigkeit (§ 94 SGG) an zu verzinsen. Der auf Prozesszinsen anzuwendende Verzugszinssatz beträgt für das Jahr fünf Prozentpunkte über dem Basiszinssatz (BSG, Urteil vom 23.06.2015 - Aktenzeichen: B 1 KR 24/14 R).

Die Kostenentscheidung folgt aus § 197a Abs 1 Satz 1 SGG iVm § 155 Abs 1 S 3 VwGO.

Die Festsetzung des Streitwerts folgt aus § 197a Abs 1 Satz 1 SGG iVm § 63 Abs 2, § 52 Abs 3 sowie § 47 Abs 1 GKG.

Die Berufung gegen dieses Urteil ist nicht zulässig. Berufungszulassungsgründe liegen nicht vor (§§ 143, 144 SGG); das Gericht weicht weder von Entscheidungen des BSG oder des LSG Rheinland-Pfalz ab, noch kann es eine grundsätzliche Bedeutung erkennen, da lediglich ein konkreter Einzelfall unter Berücksichtigung dessen besonderer Konstellation nach Gesetz und Rechtsprechung zu entscheiden ist und zudem die Gesetzeslage sich zukünftig ohnehin anders darstellt.

Rechtsmittelbelehrung

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

Die Nichtzulassung der Berufung kann mit der Beschwerde angefochten werden.

Die Beschwerde kann nur darauf gestützt werden, dass

1. die Rechtssache grundsätzliche Bedeutung hat oder
2. das Urteil von einer Entscheidung des Landessozialgerichts Rheinland-Pfalz, des Bundessozialgerichts oder des Gemeinsamen Senats der obersten Gerichtshöfe des Bundes abweicht und auf dieser Abweichung beruht oder
3. ein der Beurteilung des Berufungsgerichts unterliegender Verfahrensmangel geltend gemacht wird und vorliegt, auf dem die Entscheidung beruhen kann.

Die Beschwerde ist innerhalb eines Monats nach Zustellung des Urteils bei dem Landessozialgericht Rheinland-Pfalz, Ernst-Ludwig-Platz 1, 55116 Mainz, schriftlich, in elektronischer Form oder zur Niederschrift des Urkundsbeamten der Geschäftsstelle einzulegen.

Die elektronische Form wird durch eine **qualifiziert** signierte Datei gewahrt, die den Maßgaben der Landesverordnung über den elektronischen Rechtsverkehr in Rheinland-Pfalz (ERVLVO) vom 10. Juli 2015 in der jeweils geltenden Fassung zu übermitteln ist.

Die Beschwerde soll das angefochtene Urteil bezeichnen und die zur Begründung dienenden Tatsachen und Beweismittel angeben.

Bei Zustellungen im Ausland gilt anstelle der oben genannten Monatsfrist eine Frist von drei Monaten.

Gegen die Streitwertfestsetzung findet die Beschwerde an das Landessozialgericht Rheinland-Pfalz in Mainz statt, wenn der Wert des Beschwerdegegenstandes 200 Euro übersteigt. Die Beschwerde ist innerhalb von sechs Monaten, nachdem die Entscheidung in der Hauptsache Rechtskraft erlangt oder das Verfahren sich anderweitig erledigt hat, beim Sozialgericht Trier, Dietrichstraße 13, 54290 Trier, schriftlich, in elektronischer Form oder zur Niederschrift des Urkundsbeamten der Geschäftsstelle einzulegen. Die Beschwerdefrist ist auch gewahrt, wenn die Beschwerde innerhalb der Frist bei dem Landessozialgericht Rheinland-Pfalz, Ernst-Ludwig-Platz 1, 55116 Mainz, schriftlich, in elektronischer Form oder zur Niederschrift des Urkundsbeamten der Geschäftsstelle eingelegt wird.

Die elektronische Form wird durch eine **qualifiziert** signierte Datei gewahrt, die den Maßgaben der Landesverordnung über den elektronischen Rechtsverkehr in Rheinland-Pfalz (ERVLVO) vom 10. Juli 2015 in der jeweils geltenden Fassung zu übermitteln ist.

gez. Dr. Olk

Ausgefertigt

Olk
Justizbeschäftigte als Urkunds-
beamtin der Geschäftsstelle



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

Nähere Einzelheiten zum elektronischen Rechtsverkehr sind der Internetseite des Landessozialgerichts Rheinland-Pfalz (www.lsg.rp.miv.de) zu entnehmen.

Tr S 552 - Rechtsmittelbelehrung bei nicht zulässiger und nicht zugelassener Berufung gegen Urteil (§§ 87 Abs. 1 Satz 2, 136 Abs. 1 Nr. 7, 144 Abs. 1 Satz 1, Abs. 2, 145 SGG)