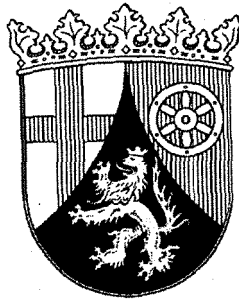


Aktenzeichen:  
S 7 KR 262/18



← Mdt. Z. K. Rücksprache	Wiedervorlage →	
DGB Rechtsschutz GmbH Büro Ludwigshafen		
17. NOV. 2020		
Erliegt	Fristen + Termine	Bearbeitet A-S.

# SOZIALGERICHT SPEYER

IM NAMEN DES VOLKES

## URTEIL

In dem Rechtsstreit

- Kläger -

Prozessbevollmächtigte/r: Rechtssekretäre N. van den Bruck pp., DGB  
Rechtsschutz GmbH, Rechtsstelle Ludwigshafen,  
Ludwigsplatz 1, 67059 Ludwigshafen am Rhein

gegen

- Beklagte -

hat die 7. Kammer des Sozialgerichts Speyer am 9. November 2020 ohne mündliche Verhandlung durch

den Richter am Sozialgericht ...  
den ehrenamtlichen Richter ...  
den ehrenamtlichen Richter ...

für Recht erkannt:

- 1. Die Klage wird abgewiesen.**
- 2. Außergerichtliche Kosten sind nicht zu erstatten.**

### Tatbestand

Die Beteiligten streiten über die Erstattung der Kosten sowie zukünftige Kostenübernahme als Sachleistung für medizinisches Cannabis, Sorte Bedrolite.

Der am 04.09.1970 geborene Kläger ist bei der Beklagten gesetzlich krankenversichert. Der Kläger beantragte mit Schreiben des Allgemein- und Schmerzmediziners Dr. E. vom 15.05.2017, bei der Beklagten eingegangen am 19.05.2017, die Kostenübernahme für die Behandlung mit Medizinal-Cannabisblüten der Sorte Bedrolite sowie eines Verdampfers zur inhalativen Einnahme.

Als Diagnosen gab der Arzt einen Bandscheibenvorfall der Lendenwirbelsäule, ein chronisches Schmerzsyndrom mit somatischen und psychischen Faktoren sowie ein Iliosakralgelenksyndrom mit Lumbalgie an. Aufgrund der multiplen Unverträglichkeiten des Klägers hinsichtlich Antiepileptika, Antidepressiva und NSAR sowie der guten Verträglichkeit und der schmerzlindernden Erfolge mit Cannabis im Eigengebrauch empfahl er einen Therapieversuch mit Medizinal-Cannabisblüten, Sorte Bedrolite, Einzeldosis 0,5 mg, maximale Tagesdosis 1 g mit einem 4-Wochen-Bedarf von 28 g.

Die Beklagte holte ein sozialmedizinisches Gutachten beim Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) ein, worüber die Beklagte den Kläger mit Schreiben vom 22.05.2017 in Kenntnis setzte. Nachdem der MDK von dem Arzt weitere Befunde angefordert hatte, sich der Eingang jedoch verzögerte, teilte die Beklagte dem Kläger mit Schreiben vom 21.06.2017 mit, dass aus diesem Grund die 5-Wochen-Frist nicht eingehalten werden könne und sich die Prüfung und Entscheidung des Antrages um voraussichtlich mindestens 12 Tage verzögern werde.

Ohne Eingang eines MDK-Gutachtens lehnte die Beklagte den Antrag mit Bescheid vom 29.06.2017, dem Kläger mit Postzustellungsurkunde am 30.06.2017 zugestellt, ab. Aufgrund der Verzögerung, die durch die nicht erfolgte Einreichung von Unterlagen verursacht worden sei, habe bislang keine sozialmedizinische Begutachtung erfolgen können. Anhand der der Beklagten vorliegenden Unterlagen ließen sich die Voraussetzungen für eine Kostenübernahme nicht nachvollziehen. Eine Kostenübernahme sei daher nicht möglich.

Der Arzt im MDK Dr. S. und die Ärztin im MDK Dr. K. kamen in dem sozialmedizinischen Gutachten vom 03.07.2017 sodann zu dem Ergebnis, dass zwar eine schwerwiegende Erkrankung vorliege, da der Kläger durch seine chronische Schmerzproblematik, verminderte Belastbarkeit und Wirbelsäulenproblematik offensichtlich seit Jahren erheblich beeinträchtigt sei. Auch vertrage der Kläger laut eigenen Angaben Coxibe sowie Gabapentin, Pregabalin und Opiodtherapie nicht. Jedoch werde eine komplexe multimodale Schmerztherapie nicht aufgeführt, welche in der Regel möglich sei. Es sei nicht zu ersehen, warum eine solche nicht möglich sein soll. Die vom Gesetzgeber definierten Voraussetzungen zur Therapie mit Cannabis seien im hier vorliegenden Fall nicht erfüllt.

Gegen den Bescheid vom 29.06.2017 legte der Kläger am 21.07.2017 dann Widerspruch ein. Eine eingehende Beschäftigung mit der Frage, ob eine komplexe multimodale Schmerztherapie vorliegend überhaupt möglich ist, finde nicht statt. Er selbst habe ein Kind zu versorgen und sei daher darauf angewiesen, dass er neben seiner Arbeitsfähigkeit angesichts der Erkrankung auch eine darüberhin-  
ausgehende Leistungsfähigkeit erhalten kann. Angesichts der sozialen Situation, zumal die Kindsmutter zwischenzeitlich nicht mehr bereit sei, das Kind zu versorgen und die Verantwortung hierfür allein beim Vater liege, wäre hierdurch eine Heimunterbringung des Kindes notwendig. Dies lehne der Kläger ab. Mithin komme eine multimodale Schmerztherapie, die teilstationär oder auch stationär durchgeführt wird, wegen den Beaufsichtigungs- und Erziehungspflichten des Klägers

nicht in Betracht. Darüber hinaus bestünden Bedenken, ob eine dauerhafte Einnahme der begleitenden Neuroleptika medizinisch tatsächlich vertretbar ist.

Die Beklagte holte ein weiteres sozialmedizinisches Gutachten beim MDK ein. Der Arzt im MDK Dr. L. kam am 24.10.2017 zu dem Ergebnis, dass über das Alter des Kindes und dessen Versorgung tagsüber (Kindergarten, Schule) bei wohl bestehender Berufstätigkeit/Arbeitsfähigkeit des Klägers nichts berichtet werde. Aus dem aktuellen Medikamentenauszug der Beklagten würden seit 2012 jeweils eine Verordnung von Gabapentin und Pregabalin hervorgehen, ein Opiod sei in diesem Zeitraum nicht zu Lasten der Krankenkasse verordnet worden. Neue medizinische Unterlagen seien mit dem Widerspruch nicht vorgelegt worden, so dass sich die sozialmedizinische Sachlage nicht geändert habe. Es bestünden weiterhin medikamentöse und nichtmedikamentöse Möglichkeiten (z.B. Opiate und multimodale Schmerztherapie in einer Tagesklinik oder ggf. stationär unter Begleitung des Kindes).

Mit Widerspruchsbescheid vom 10.04.2018, dem Kläger mit Postzustellungsurkunde am 18.05.2018 zugestellt, wies die Beklagte den Widerspruch unter Bezugnahme auf die Ausführungen des MDK zurück.

Hiergegen richtet sich die am 25.05.2018 vor dem Sozialgericht Speyer erhobene Klage.

Der Kläger wiederholt sein Vorbringen. Die rein theoretische Möglichkeit, andere Behandlungsmethoden auszuprobieren, stehe dem Anspruch des Klägers nicht entgegen. Der Vertragsarzt habe unter Abwägung der zu erwartenden Nebenwirkungen eine Kostenübernahme für die Verordnung beantragt. Bereits aus dem Normtext ergebe sich, dass hier grundsätzlich die vertragsärztliche Einschätzung maßgeblich entscheidend sei. Er verweist zudem auf diverse ärztliche Befunde.

Darüber hinaus habe die Beklagte die Fristen des § 13 Abs. 3a SGB V nicht beachtet, da sie ohne das Vorliegen eines Gutachtens ablehnend entschieden habe, obwohl schon mehr als fünf Wochen verstrichen gewesen seien. Durch die am 22.06.2017 an den Kläger versandte Mitteilung der Verzögerung um 12 Tage hätte die Beklagte für die Entscheidung auf Grundlage eines MDK-Gutachtens zwar bis zum 05.07.2017 Zeit gehabt. Dies sei jedoch nicht erfolgt. Vielmehr habe sie ohne Gutachten entschieden und innerhalb der am 09.06.2017 bereits abgelaufenen Frist keine Verzögerungsgründe geltend gemacht. Die Information der Einholung des Gutachtens sei unverzüglich erfolgt, allerdings sei dieses mangels Erstellung nicht Grundlage des Bescheids geworden. Damit sei die Genehmigungsfiktion eingetreten.

Der Kläger hat diverse Privatrezepte des Facharztes für Allgemeinmedizin Hartweck sowie der Praxis Dr. E. jeweils über Bedrocan Cannabis Medizinalblüten aus dem Zeitraum 19.10.2017 bis 25.08.2020 nebst Kassenbons und Abgabevermerken der jeweiligen Apotheken vorgelegt. Insgesamt errechnet der Kläger Kosten der Selbstbeschaffung für diesen Zeitraum von 5.124,05 €.

Der Kläger beantragt zuletzt schriftlich,

unter Aufhebung des Bescheides der Beklagten vom 29.06.2017 in Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 10.04.2018 die Beklagte zu verurteilen, die beantragte Arzneimitteltherapie des Klägers mit Medizinal-Cannabisblüten, Sorte Bedrolite, zu bewilligen und die bisherigen Kosten der beantragten Arzneimitteltherapie in Höhe von 5.124,05 € zu erstatten.

Die Beklagte beantragt schriftlich,

die Klage abzuweisen.

Sie verweist vollumfänglich auf ihren Widerspruchsbescheid vom 10.04.2018. Die Genehmigungsfiktion sei nicht eingetreten. Maßgeblich sei die 5-Wochen-Frist, da die Beklagte unverzüglich den MDK eingeschaltet habe, worüber der Kläger informiert worden sei. Die Verzögerung um 12 Tage sei dem Kläger mit Schreiben vom 21.06.2017 und damit noch innerhalb der fünfwöchigen Frist mitgeteilt worden. Da die Beklagte nach Eingang des Gutachtens noch Zeit für die Prüfung und Bearbeitung benötige und zudem auch die Postlaufzeit für die Zustellung berücksichtigt werden müsse, sei es nicht möglich gewesen, bis zum Ablauf der Frist auf die Erstellung eines Gutachtens zu warten. Tatsächlich sei das am 03.07.2017 erstellte Gutachten auch erst am 06.07.2017 und somit nach Ablauf der Entscheidungsfrist bei der Beklagten eingegangen. Es habe keine Anhaltspunkte dafür gegeben, wie lange die Erstellung des Gutachtens noch dauern könnte, so dass es der Beklagten nicht möglich gewesen sei, eine weitere taggenaue Prognose für die Verzögerung abzugeben. Die Ablehnung sei dem Kläger am 30.06.2017 und damit noch innerhalb der verlängerten Entscheidungsfrist zugestellt worden.

Das Gericht hat bei den Ärzten Dr. H., Dr. P. und Dr. B. Befundberichte eingeholt und das Gutachten der Ärztin Dr. K. vom 14.01.2019 im Auftrag der Deutschen Rentenversicherung Rheinland-Pfalz im Rahmen eines Antrages auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben beigezogen.

Die Beteiligten haben am 07.09.2020 ihr Einverständnis zu einer Entscheidung des Gerichts ohne mündliche Verhandlung gemäß § 124 Abs. 2 Sozialgerichtsgesetz (SGG) erteilt.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird Bezug genommen auf den Inhalt der Gerichtsakte sowie der Verwaltungsakte der Beklagten, der Gegenstand der Beratung gewesen ist.

### **Entscheidungsgründe**

Die zulässige Klage ist unbegründet.

Der Bescheid der Beklagten vom 29.06.2017 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 10.04.2018 ist rechtmäßig. Der Kläger hat weder Anspruch auf Kostenerstattung für die seit Antragstellung auf eigene Kosten beschaffte Versorgung noch auf zukünftige Kostenübernahme mit medizinischem Cannabis.

Weder besteht ein Anspruch auf Kostenerstattung aus § 13 Abs. 3a Satz 7 Sozialgesetzbuch - Fünftes Buch - (SGB V), noch aus § 13 Abs. 3 SGB V, die vorliegend als einzige Anspruchsgrundlagen für einen Kostenerstattungsanspruch in Betracht kommen.

Ein Kostenerstattungsanspruch ergibt sich nicht aus § 13 Abs. 3a Satz 7 SGB V, welcher an den Eintritt der Genehmigungsfiktion nach § 13 Abs. 3a Satz 6 SGB V anknüpft, da die Voraussetzungen im vorliegenden Fall nicht erfüllt sind. Die Krankenkasse hat über einen Antrag auf Leistungen zügig, spätestens bis zum Ablauf von drei Wochen nach Antragseingang oder in Fällen, in denen eine gutachtliche Stellungnahme, insbesondere des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (Medizinischer Dienst), eingeholt wird, innerhalb von fünf Wochen nach Antragseingang zu entscheiden. Wenn die Krankenkasse eine gutachtliche Stellungnahme für erforderlich hält, hat sie diese unverzüglich einzuholen sowie die Leistungsberechtigten hierüber zu unterrichten. Der Medizinische Dienst nimmt inner-

halb von drei Wochen gutachtlich Stellung. Kann die Krankenkasse Fristen nach Satz 1 oder Satz 4 nicht einhalten, teilt sie dies den Leistungsberechtigten unter Darlegung der Gründe rechtzeitig schriftlich mit. Erfolgt keine Mitteilung eines hinreichenden Grundes, gilt die Leistung nach Ablauf der Frist als genehmigt. Beschaffen sich Leistungsberechtigte nach Ablauf der Frist eine erforderliche Leistung selbst, ist die Krankenkasse zur Erstattung der hierdurch entstandenen Kosten verpflichtet (§ 13 Abs. 3a Sätze 1-3, 5-7 SGB V).

Die Beklagte hat fristgerecht entschieden. Vorliegend gilt die 5-Wochen-Frist, nicht die 3-Wochen-Frist. Entscheidend hierfür ist schon nach dem Wortlaut des § 13 Abs. 3a Satz 1 SGB V lediglich die „Einholung“ einer gutachtlichen Stellungnahme, insbesondere des MDK, also dessen Beauftragung und die rechtzeitige Information des Leistungsberechtigten hierüber. Nicht gefordert wird für die Geltung der 5-Wochen-Frist, dass die Stellungnahme zum Zeitpunkt der Entscheidung der Krankenkasse auch vorgelegen hat (ebenso: SG Mainz, Urteil vom 03.07.2019 - S 3 KR 816/19, juris Rn. 27 ff.; LSG Rheinland-Pfalz, Beschluss vom 13.08.2019 - L 5 KR 138/19 ER).

Der Antrag des Klägers ging am 19.05.2017 bei der Beklagten ein. Die 5-Wochen-Frist endete daher am 23.06.2017. Noch vor Ablauf der 3-Wochen-Frist informierte die Beklagte den Kläger mit Schreiben vom 22.05.2017, dass eine gutachtliche Stellungnahme des MDK eingeholt werden soll. Zwar entschied die Beklagte nicht innerhalb der 5-Wochen-Frist, da der Bescheid erst am 29.06.2017 erlassen und dem Kläger am 30.06.2017 bekanntgegeben wurde. Jedoch teilte die Beklagte dem Kläger das Nichteinhalten der Frist rechtzeitig vor Ablauf der 5 Wochen durch das Schreiben vom 21.06.2017 unter Angabe der Gründe mit. Auch gab die Beklagte dem Kläger darin die Dauer der prognostizierten Verzögerung taggenau an (vgl. BSG, Urteil vom 11.07.2017 - B 1 KR 26/16 R, juris Rn. 31 ff.). Die Beklagte teilte mit, dass aus dem aufgeführten Grund die 5-Wochen-Frist nicht eingehalten werden könne und sich die Prüfung und Entscheidung des Antrages um voraussichtlich mindestens 12 Tage verzögern werde. Diese Verzögerung war für den



Kläger ohne Schwierigkeiten zu berechnen, denn der Tag des Antragseingangs wurde dem Kläger bereits mit dem Schreiben vom 22.05.2017 mitgeteilt, so dass er leicht das ursprüngliche Ende der 5-Wochen-Frist berechnen konnte. Auch ist es anhand eines Kalenders möglich, zu diesem Tag 12 weitere Tage zu addieren, so dass die Entscheidungsfrist bis 05.07.2017 verlängert wurde. Innerhalb dieser Frist ging dem Kläger der ablehnende Bescheid am 30.06.2017 zu. Damit ist die Genehmigungsfiktion nicht eingetreten.

Auch die Voraussetzungen des Kostenerstattungsanspruchs nach § 13 Abs. 3 SGB V liegen nicht vor. Konnte die Krankenkasse danach eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen oder hat sie eine Leistung zu Unrecht abgelehnt und sind dadurch Versicherten für die selbstbeschaffte Leistung Kosten entstanden, sind diese von der Krankenkasse in der entstandenen Höhe zu erstatten, soweit die Leistung notwendig war (§ 13 Abs. 3 Satz 1 SGB V).

Eine Unaufschiebbarkeit der Leistung liegt hier nicht vor. Diesbezüglich hat der Kläger nichts vorgetragen und ist auch nichts ersichtlich.

Die Beklagte hat die beantragte Kostenübernahme mit medizinischem Cannabis auch nicht zu Unrecht abgelehnt. Der hier normierte Kostenerstattungsanspruch tritt lediglich an die Stelle eines ansonsten bestehenden Sachleistungsanspruchs und kann daher nicht weiterreichen als dieser (BSG, Urteil vom 27.09.2005 - B 1 KR 28/03 R). Voraussetzung für eine Kostenerstattung ist daher, dass ein entsprechender Sachleistungsanspruch auf die selbstbeschaffte Leistung bestand. Dies war jedoch vorliegend nicht der Fall.

Rechtsgrundlage des Sachleistungsanspruchs ist § 31 Abs. 6 Satz 1 SGB V in der seit dem 13.05.2017 geltenden Fassung. Nach dieser Vorschrift haben Versicherte mit einer schwerwiegenden Erkrankung Anspruch auf Versorgung mit Cannabis

in Form von getrockneten Blüten oder Extrakten in standardisierter Qualität und auf Versorgung mit Arzneimitteln mit den Wirkstoffen Dronabinol oder auch Nabillon, wenn

1. eine allgemein anerkannte, dem medizinischen Standard entsprechende Leistung

a) nicht zur Verfügung steht oder

b) im Einzelfall nach einer begründeten Einschätzung der behandelnden Vertragsärztin oder des behandelnden Vertragsarztes unter Abwägung der zu erwartenden Nebenwirkungen sowie unter Berücksichtigung des Krankheitszustandes der oder des Versicherten nicht zur Anwendung kommen kann,

2. eine nicht ganz entfernt liegende Aussicht auf eine spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf oder auf schwerwiegende Symptome besteht.

Nach § 31 Abs. 6 Satz 2 SGB V bedarf die Leistung bei der ersten Verordnung für eine Versicherte oder einen Versicherten der nur in begründeten Ausnahmefällen abzulehnenden Genehmigung der Krankenkasse, die vor Beginn der Leistung zu erteilen ist.

Voraussetzung für den geltend gemachten Anspruch ist danach das Vorliegen einer schwerwiegenden Erkrankung, entweder das Fehlen einer dem medizinischen Standard entsprechenden Leistung zur Behandlung der Erkrankung oder eine begründete vertragsärztliche Einschätzung der Kontraindikation der Leistung wegen der zu erwartenden Nebenwirkungen sowie eine Aussicht auf eine positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf oder Symptome, des Weiteren bei der ersten Verordnung eine vorherige Genehmigung durch die Krankenkasse.

Diese Voraussetzungen erfüllt der Kläger nicht. Zwar hat der MDK in seinem sozialmedizinischen Gutachten vom 03.07.2017 durch die Ärzte im MDK Dr. S. und Dr. K. das Vorliegen einer schwerwiegenden Erkrankung beim Kläger bestätigt, da er durch die chronische Schmerzproblematik, verminderte Belastbarkeit und Wirbelsäulenproblematik offensichtlich seit Jahren erheblich beeinträchtigt sei.

Auch verträge der Kläger laut eigenen Angaben Coxibe sowie Gabapentin, Pregabalin und Opioidtherapie nicht. Jedoch wird eine komplexe multimodale Schmerztherapie nicht aufgeführt, welche in der Regel möglich sei. Es sei nicht zu ersehen, warum eine solche nicht möglich sein soll. Die vom Gesetzgeber definierten Voraussetzungen zur Therapie mit Cannabis seien im vorliegenden Fall nicht erfüllt.

Diesen Ausführungen des MDK schließt sich das Gericht vollumfänglich an. Der Kläger hat keine Unterlagen vorgelegt, die geeignet wären, die medizinischen Einschätzungen des MDK zu entkräften. Es ist nicht erkennbar, weshalb der Kläger sich einer multimodalen Schmerztherapie verschließt und diese nicht erfolgversprechend sein könnte. Insbesondere ergibt sich auch nicht aus den bei den behandelnden Ärzten des Klägers eingeholten Befundberichten die zwingende Notwendigkeit für eine Therapie mit Cannabis. So führt der Neurologe und Psychiater Dr. B. im Befundbericht vom 27.03.2019 aus, dass aus seiner Sicht aufgrund der erhobenen Befunde eine Versorgung mit Cannabis in jedweder Form beim Kläger nicht notwendig sei. Der Neurologe und Psychiater Dr. P. führt im Befundbericht vom 27.03.2019 aus, dass er keine Aussagen zur medizinischen Notwendigkeit von Cannabis beim Kläger machen könne, da er weder Erfahrung in der Anwendung von Cannabis zur Schmerztherapie habe noch die Schmerzen Gegenstand der Untersuchung bei ihm gewesen seien. Darüber hinaus war der Kläger bei diesem Arzt letztmals am 19.12.2016 in Behandlung. Der Allgemeinmediziner Dr. H. kreuzte in seinem Befundbericht vom 26.03.2019 ohne jedwede Begründung lediglich die Antwort an, dass medizinisches Cannabis unter Abwägung der zu erwartenden Nebenwirkungen medizinisch notwendig sei. Diese Angabe ist so ob ihrer fehlenden Begründung unbrauchbar, insbesondere, weil der Arzt nichts dazu ausgesagt hat, weshalb eine multimodale Schmerztherapie nicht erfolgversprechend sein soll und in der Vergangenheit nicht ausprobiert wurde. Ohnehin war der Kläger bei diesem Arzt letztmals am 11.05.2018 in Behandlung.

Soweit der Kläger als Argument gegen eine multimodale Schmerztherapie noch vorträgt, er selbst habe ein „Kind zu versorgen“ und sei daher darauf angewiesen,

dass er neben seiner Arbeitsfähigkeit auch eine darüberhinausgehende Leistungsfähigkeit erhalten kann, verfängt dies nicht. Wie sich aus dem beigezogenen Gutachten der Deutschen Rentenversicherung vom 14.01.2019 der Ärztin Dr. K. ergibt, handelte es sich schon zum damaligen Untersuchungszeitpunkt um ein 13-jähriges, mittlerweile mindestens 14-jähriges Kind, welches bereits damals in einer Jugendhilfeeinrichtung untergebracht war; das Sorgerecht übt der Kläger gemeinsam mit der Kindsmutter aus. Der Kläger teilte im Termin zur mündlichen Verhandlung am 07.09.2020 mit, dass das Kind dort weiterhin untergebracht ist. Soziale Gründe gegen die Durchführung einer multimodalen Schmerztherapie liegen daher nicht vor.

Aus diesen Gründen bestand kein Sachleistungsanspruch auf medizinisches Cannabis für die Zeit ab Antragstellung. Der Kläger kann die Erstattung verauslagter Kosten demnach nicht gemäß § 13 Abs. 3 Satz 1 SGB V beanspruchen. Auch eine zukünftige Kostenübernahme scheidet aus den dargelegten Gründen (derzeit) aus.

Die Klage war deshalb abzuweisen.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 193 SGG.

- Rechtsmittelbelehrung -

## **Rechtsmittelbelehrung**

Dieses Urteil kann mit der Berufung angefochten werden.

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

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 gemäß § 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 die Internetseite des Landessozialgerichts Rheinland-Pfalz ([www.lsg.rp.de](http://www.lsg.rp.de)) können weitere Informationen über die Rechtsgrundlagen, Bearbeitungsvoraussetzungen und das Verfahren des elektronischen Rechtsverkehrs abgerufen werden.

Die Berufungsfrist ist auch gewahrt, wenn die Berufung innerhalb der Monatsfrist bei dem Sozialgericht Speyer, Schubertstraße 2, 67346 Speyer, schriftlich, in elektronischer Form oder mündlich zur Niederschrift des Urkundsbeamten der Geschäftsstelle eingelegt wird.

Die Berufungsschrift muss innerhalb der Monatsfrist bei einem der vorgenannten Gerichte eingehen. Sie soll das angefochtene Urteil bezeichnen, einen bestimmten Antrag enthalten und die zur Begründung der Berufung dienenden Tatsachen und Beweismittel angeben.

Auf Antrag kann von dem Sozialgericht durch Beschluss die Revision zu dem Bundessozialgericht zugelassen werden, wenn der Gegner schriftlich zustimmt. Der Antrag auf Zulassung der Revision ist innerhalb eines Monats nach Zustellung des Urteils bei dem Sozialgericht Speyer schriftlich oder in elektronischer Form zu stellen. Die Zustimmung des Gegners ist dem Antrag beizufügen.

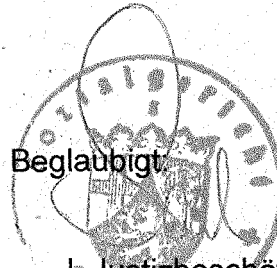
Lehnt das Sozialgericht den Antrag auf Zulassung der Revision durch Beschluss ab, so beginnt mit der Zustellung dieser Entscheidung der Lauf der Berufungsfrist von neuem, sofern der Antrag auf Zulassung der Revision in der gesetzlichen Form und Frist gestellt und die Zustimmungserklärung des Gegners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

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

Der Berufungsschrift und allen folgenden Schriftsätzen sollen Abschriften für die übrigen Beteiligten beigefügt werden.

Sp S 550 - Rechtsmittelbelehrung bei zulässiger oder zugelassener Berufung gegen Urteil ohne zugelassene Revision  
(§§ 87 Abs. 1 Satz 2, 136 Abs. 1 Nr. 7, 143, 144 Abs. 1, 151, 153, 161 SGG)

(gez. )  
Richter am Sozialgericht



Beglaubigt

Justizbeschäftigte  
als Urkundsbeamtin der Geschäftsstelle