

---

## S 46 KR 1514/18

### Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land	Nordrhein-Westfalen
Sozialgericht	Sozialgericht Gelsenkirchen
Sachgebiet	Krankenversicherung
Abteilung	46
Kategorie	Urteil
Bemerkung	-
Rechtskraft	-
Deskriptoren	-
Leitsätze	-
Normenkette	-

#### 1. Instanz

Aktenzeichen	S 46 KR 1514/18
Datum	27.11.2019

#### 2. Instanz

Aktenzeichen	-
Datum	-

#### 3. Instanz

Datum	-
-------	---

1. Die Klage wird abgewiesen. 2. Die Klägerin trägt die gerichtlichen und außergerichtlichen Kosten des Verfahrens. 3. Der Streitwert wird auf 1.059,19 EUR endgültig festgesetzt.

Tatbestand:

Die Klägerin begehrt von der Beklagten die teilweise Erstattung einer Vergütung für die Behandlung der bei der Klägerin versicherten Patienten X, geb. am. Diese wurde im Krankenhaus der Beklagten, welches diese betreibt, vom 07.04.2014 bis zum 11.04.2014 vollstationär behandelt. Die Hauptdiagnose lautete auf sonstige Polyneuritiden (ICD10-Code G61.8). Dabei handelt es sich um eine entzündliche Erkrankung der Nerven. Die Beklagte verabreichte der Klägerin das Medikament Rituximab. Dieses hat für die Behandlung der vorgenannten Erkrankung keine arzneimittelrechtliche Zulassung, sondern nur für andere Erkrankungsbilder. Die Beklagte stellte der Klägerin den stationären Aufenthalt sodann in Rechnung. Die Klägerin beglich die Rechnung unter Vorbehalt. Sie beauftragte am 22.04.2014 den MDK mit einer Prüfung des Falles. Als Präfragen teilte die Klägerin dem MDK unter anderem mit: Ist/Sind die Prozeduren korrekt und ist das Zusatzentgelt korrekt?

---

Der MDK kam in seinem Gutachten vom 13.01.2015 zu dem Ergebnis: "Ja, die Prozeduren sind korrekt. Die kodier-relevante Prozedur 6-001.61 ist nach Einsicht in die vorliegenden Unterlagen belegt. Die Zusatzentgelte, hier das Zusatzentgelt ZE8202 ist belegt." Darüber hinaus schildert der MDK, dass eine stationäre Aufnahme zum zweiten Rituximab-Zyklus und nachfolgender Immunglobulin-Stoßtherapie bei chronisch-inflammatorisch-demyelinisierender Polyneuropathie (CDIP) vorgelegen habe. Ausschließlich zu prüfen gewesen sei, ob die Prozedur 6-001.61 korrekt kodiert wurde bzw. ob das Zusatzentgelt ZE8202 korrekt abgerechnet wurde.

In der Folgezeit machte die Beklagte bei der Klägerin eine Aufwandspauschale bei Vorliegen einer Abrechnungsprüfung, die nicht zu einer Minderung des Abrechnungsbetrages geführt hatte, geltend. Die Klägerin zahlte daraufhin an die Beklagte eine Aufwandspauschale von 300,00 EUR.

Mit Schreiben vom 02.10.2018 meldete die Klägerin sodann gegenüber der Beklagten eine Rechnungsminderung an. Fertig-Arzneimittel seien nach der aktuellen Rechtsprechung des Bundessozialgerichtes (Urteil vom 13.12.2016, [B 1 KR 1/16 R](#)) nicht von der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenkassen umfasst, wenn ihnen die arzneimittelrechtliche Zulassung fehle. Vor diesem Hintergrund sei zu beachten, dass eine arzneimittelrechtliche Zulassung von Rituximab für die hier behandelte Krankheit nicht vorgelegen habe. Der sogenannte Off-Label-Use sei dann nach der aktuellen Rechtsprechung des Bundessozialgerichtes nur in ganz eingeschränktem Maße überhaupt zulässig. Diese Voraussetzungen seien nicht erfüllt worden. Daher habe die Beklagte an die Klägerin den Betrag von 1.059,17 EUR zu erstatten. Der Zahlungsaufforderung sowie der erneuten Fristsetzung vom 31.10.2018 kam die Beklagte nicht nach. Am 07.11.2018 hat die Klägerin Klage erhoben, mit der sie ihr Begehren der Erstattung von 1.059,17 EUR nebst Zinsen seit Fälligkeit der Forderung weiter verfolgt. Entsprechend der Vorgaben der bundessozialgerichtlichen Rechtsprechung aus dem Jahre 2016 habe die Beklagte die Anwendung des Medikamentes bei dem bestehenden Krankheitsbild auch nicht im Wege eines Off-Label-Uses zur Abrechnung bringen können.

Die Klägerin beantragt,

die Beklagte zu verurteilen, an die Klägerin 1.059,17 EUR nebst 2 Prozentpunkten Zinsen über dem Basiszinssatz seit Fälligkeit der Forderung zu zahlen.

Die Beklagte beantragt,

die Klage abzuweisen.

Sie ist der Ansicht, dass ein Rückzahlungsanspruch nicht mehr bestehe. Einerseits habe der MDK sowie auch die Klägerin den Behandlungsfall umfassend geprüft. Ein unzulässiger Off-Label-Use sei damals nicht festgestellt worden. Daraufhin sei das Prüfverfahren auch zum Abschluss gekommen. Anhaltspunkte für eine widerrechtliche Abrechnung liegen nicht vor. Darüber hinaus wäre ein etwaiger

---

Erstattungsanspruch der Klägerin verwirkt. Denn die Klägerin hat einerseits ca. 4 Jahre bis kurz vor der Verjährungsfrist verstreichen lassen, bevor sie mit dem erneuten Ansinnen einer Erstattung an die Beklagte herantreten sei. Darüber hinaus habe sie den Fall bereits im Jahr 2014 durch den MDK medizinisch prüfen lassen. Im Ergebnis sei das Prüfverfahren insgesamt ohne Beanstandungen ausgegangen. In der Folge habe die Klägerin auch ihren Anspruch nicht weiter verfolgt und darüber hinaus sogar eine Aufwandspauschale in Höhe von 300,00 EUR an die Beklagte gezahlt, womit sie für die Beklagte erkennbar und deutlich zum Ausdruck gebracht habe, dass der Prüfverfahren abgeschlossen sei und auch keine Erstattung seitens der Klägerin gefordert werden könne. Daran müsse sich die Klägerin nun festhalten lassen.

Wegen der weiteren Einzelheiten wird Bezug genommen auf die Gerichtsakte sowie die Verwaltungsakte der Klägerin. Diese war Gegenstand der Entscheidungsfindung.

Entscheidungsgründe:

Die als Leistungsklage [§ 54 Abs. 4 Sozialgerichtsgesetz \(SGG\)](#) im Gleichordnungsverhältnis (vgl. Bundessozialgericht (BSG), Urteil vom 04.03.2004, AZ: [B 3 KR 3/03 R](#)) statthafte und im übrigen zulässige Klage ist unbegründet.

Gegenstand der Klage ist ein von der Klägerin behaupteter, öffentlich-rechtlicher Erstattungsanspruch, welcher aus einer Überzahlung eines Behandlungsfalles einer Versicherten der Klägerin im Krankenhaus der Beklagten hervorgehen soll. Einen solchen öffentlich-rechtlicher Erstattungsanspruch kann die Klägerin für sich nicht mehr geltend machen. Rechtsgrundlage eines solchen Erstattungsanspruches der Klägerin ist ein allgemeiner öffentlich-rechtlicher Erstattungsanspruch. Dieser aus den allgemeinen Grundsätzen des öffentlichen Rechts hergeleitete Anspruch umfasst, dass Leistungen, die auf dem Gebiet des öffentlichen Rechts ohne Rechtsgrund erbracht worden sind, zurückzuerstatten sind. Die vertraglichen Rechtsbeziehungen zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen sind mit der Änderung des [§ 69 SGB V](#) durch das GKV Gesundheitsreformgesetz 2000 vom 22.12.1999 ([BGBl. I 2626](#)) seit dem 01.01.2000 ausdrücklich dem öffentlichen Recht zugeordnet. Demgemäß ist der geltend gemachte Erstattungsanspruch dem öffentlichen Recht zuzuordnen (vgl. Landessozialgericht für das Land Nordrhein-Westfalen (LSG NRW), Urteil vom 29.01.2009 [L 16 KR 242/06](#)).

Nicht entscheidungsrelevant ist, ob ein öffentlich-rechtlicher Erstattungsanspruch tatsächlich deshalb besteht, weil unter Einbeziehung der Rechtsprechung des Bundessozialgerichtes vom 13.12.2016 ([B 1 KR 1/16 R](#)) bei der Anwendung von Rituximab in dem hier bestehenden Behandlungsfall und bei der bestehenden Hauptdiagnose nicht, auch nicht im Off-Label-Use (siehe hierzu BSG, Urteil vom 13.12.2016, [B 1 KR 1/16 R](#)) rechtmäßig war. Denn nach Ansicht des Bundessozialgerichtes kann im Falle fehlender Indikationsbezogener Zulassung auch hinsichtlich des Off-Label-Use eine Versorgung lediglich unter den Voraussetzungen des [§ 35c Abs. 2 SGB V](#), nicht aber des [§ 137c SGB V](#) erfolgen. Denn nach Ansicht des Bundessozialgerichtes handelt es sich bei der Anwendung

---

eines bereits für andere Indikationen zugelassenen Medikamentes zur Behandlung einer Erkrankung, für die keine Zulassung vorliegt, nicht um eine Behandlungsmethode, welche unter [Â§ 137c SGB V](#) zu fassen wäre, sondern lediglich um die Gabe von Medikamenten, für die im Off-Label-Use die gleichen Regelungen gelten würden, wie in der vertragsärztlichen Versorgung. Insoweit wäre auf die Arzneimittelrichtlinie des G-BA und die entsprechenden Anlagen abzustellen, welche definieren, in welchen Fällen ein Off-Label-Use welcher Medikamente bei welchen Erkrankungen überhaupt zulässig sei. Die hier streitgegenständliche Konstellation wäre davon nicht erfasst. Diese Rechtsansicht des Bundessozialgerichtes ist nicht ohne erhebliche Kritik geblieben (vgl. Sozialgericht Wiesbaden, Urteil vom 30.08.2017, [S 18 KR 625/15](#)), in dem dieses feststellt, dass der Rechtsprechung des Bundessozialgerichtes insoweit nicht zu folgen sei, da die ärztliche Krankenhausbehandlung gem. [Â§ 39 Abs. 1 S. 3 SGB V](#) ihre Konkretisierung in [Â§ 28 Abs. 1 SGB V](#) hinsichtlich der streitigen Versorgung mit Arzneimitteln, jedoch nicht auf [Â§ 31 SGB V](#) Bezug nehmen. Zudem beziehe sich die Ermächtigung nach [Â§ 31 Abs. 1 S. 4 SGB V](#) zum Off-Label-Use im niedergelassenen Bereich einzig und allein auf die Vertragsärzte, im medizinisch begründeten Einzelfällen Arzneimittel, die aufgrund der Richtlinien nach [Â§ 92 Abs. 1 S. 2 Nr. 6 SGB V](#) von der Versorgung ausgeschlossen sind, in engen Grenzen zu verordnen. Dementsprechend sei eine Anwendung dieser Regularien auf den stationären Bereich nicht rechtlich zulässig. In der Folge bestehe überhaupt keine Möglichkeit der Anwendung von Medikamenten im Off-Label-Use im stationären Bereich.

Die Durchsetzung eines etwaig bestehenden öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruches der Klägerin scheitert jedoch vorliegend an der Einwendung der Verwirkung im Sinne des [Â§ 242 BGB](#) seitens der Beklagten.

Das BSG hat hierzu ausgeführt:

"Das Rechtsinstitut der Verwirkung findet als ergänzende Regelung innerhalb der kurzen Frist hier im Zeitpunkt der Erhebung der Widerklage (11.6.2012) noch nicht abgelaufenen vierjährigen Verjährungsfrist nur in besonderen, engen Ausnahmekonstellationen Anwendung (vgl. BSG SozR 4-2500 Â§ 264 Nr 4 RdNr 15; [BSGE 112, 141](#) = SozR 4-2500 Â§ 275 Nr 8, RdNr 37 mwN). Als ein Verwirkungsverhalten wertet der erkennende Senat regelmäßig die vorbehaltlose Erteilung einer nicht offensichtlich unschlüssigen Schlussrechnung eines Krankenhauses. Eine Vertrauensgrundlage entsteht in der Regel im Anschluss hieran, wenn das Krankenhaus eine Nachforderung weder im gerade laufenden noch nachfolgenden vollen Haushaltsjahr der KK geltend macht. Der Vertrauenstatbestand erwächst daraus, dass die KK regelhaft darauf vertraut, dass das Krankenhaus insoweit keine weiteren Nachforderungen erhebt. Hieran richtet sie ihr Verhalten aus, indem sie davon Abstand nimmt, die Abrechnung als zweifelhaft zu behandeln und im Kontext sonstiger streitiger Forderungen dafür haushaltsrechtlich relevante Vorkehrungen zu treffen (vgl. zum Ganzen BSG Urteil vom 5.7.2016 [B 1 KR 40/15 R](#) [Juris RdNr 20 f](#), für SozR 4-2500 Â§ 109 Nr 58 vorgesehen; BSG SozR 4-2500 Â§ 109 Nr 46 RdNr 10; BSG SozR 4-2500 Â§ 69 Nr 10 RdNr 23; [BSGE 117, 82](#) = SozR 4-2500 Â§ 109 Nr 40, RdNr 35; BSG

---

Urteil vom 1.7.2014 [B 1 KR 47/12 R](#) [Juris RdNr 9](#) = USK 2014 35; BSG Urteil vom 1.7.2014 [B 1 KR 2/13 R](#) [Juris RdNr 18](#) = USK 2014 33; BSG SozR 4-2500 [Â§ 109 Nr 27 RdNr 13 ff](#); BSG SozR 4-2500 [Â§ 109 Nr 19 RdNr 16 ff](#); vgl auch den Hinweis im Terminbericht auf BSG Urteil vom 10.5.2017 [B 6 KA 10/16 R](#) -). Ist die Schlussrechnung des Krankenhauses dagegen [in seltenen Ausnahmefällen](#) offensichtlich unschlüssig, kann eine Rechnungskorrektur auch nach Ablauf eines ganzen folgenden Haushaltsjahres noch nicht verwirkt sein. Dies ist insbesondere dann der Fall, wenn ein offensichtlicher, ins Auge springender Korrekturbedarf zu Gunsten des Krankenhauses besteht (vgl BSG SozR 4-2500 [Â§ 109 Nr 27 RdNr 19](#)).

Der erkennende Senat berücksichtigt bei dieser Konkretisierung der allgemeinen Grundsätze der Verwirkung, dass die Beteiligten aufgrund eines dauerhaften Vertragsrahmens ständig professionell zusammenarbeiten. Ihnen sind die gegenseitigen Interessenstrukturen geläufig. In diesem Rahmen ist von ihnen eine gegenseitige Rücksichtnahme zu erwarten. Weil die KKn auf tragfähige Berechnungsgrundlagen angewiesen sind, müssen sie sich grundsätzlich auf die "Schlussrechnung" eines Krankenhauses schon in ihrem laufenden Haushaltsjahr ("KKn-Haushaltsjahr"; vom Senat auch als Synonyme verwendet: Rechnungsjahr, Geschäftsjahr) verlassen können, in dem die Rechnung gestellt wird. Dies versetzt sie in die Lage, die dem geltenden Haushaltsplan (vgl [Â§ 67](#) ff SGB IV) zugrunde liegenden Ausgaben- und Einnahmenerwartungen mit den tatsächlichen Ausgaben und Einnahmen verlässlich abzugleichen und etwaige auf das folgende Haushaltsjahr zu übertragende Über- oder Unterdeckungen zu erkennen. Das Haushaltsjahr der KKn ist kraft gesetzlicher Anordnung das Kalenderjahr (vgl [Â§ 67 Abs 1 SGB IV](#)). Die Krankenhäuser verlangen für die Erteilung einer ordnungsgemäßen, verlässlichen Abrechnung [anders als die KKn](#) umfassend über alle Informationen, die die stationäre Behandlung der Versicherten betreffen. Die erforderlichen Informationen betreffen die rechtlichen Vorgaben für die Abrechnung und die tatsächlich erbrachten Leistungen, die abzurechnen sind. Deswegen dürfen die KKn grundsätzlich davon ausgehen, dass einmal gestellte, nicht beanstandete Schlussrechnungen nicht von den Krankenhäusern zu einem Zeitpunkt nachträglich korrigiert und Nachforderungen erhoben werden, die ihre Kalkulationsgrundlagen beeinträchtigt (BSG, Urteil vom 23. Mai 2017 [B 1 KR 27/16 R](#), SozR 4-2500 [Â§ 109 Nr 62, Rn. 10](#) (11)).

Zur Überzeugung der Kammer sind diese nach eigener Überprüfung und Überzeugungsbildung zutreffenden rechtlichen Erwägungen des Bundessozialgerichtes auch auf den hier vorliegenden "umgekehrten" Fall anzuwenden, in dem die Krankenkasse nachträglich aus einem Behandlungsfall nach längerem Zeitablauf eine Erstattung einer bereits geleiteten Vergütung fordert. Auch hier gelten unter den Gesichtspunkten der gegenseitigen Rücksichtnahme in Kenntnis der gegenseitigen Interessenstrukturen und der dauerhaften professionellen Zusammenarbeit in einem Vertragsrahmen die gleichen Maßstäbe. Zur Überzeugung der Kammer genügt vorliegend als Verwirkungsverhalten der Umstand, dass die Klägerin den streitgegenständlichen Behandlungsfall einer Prüfung auch durch den MDK zugeführt hat. Diesbezüglich ist die vom Bundessozialgericht entwickelte Rechtsprechung zu den

---

verschiedenen Stufen einer Prüfung eines Behandlungsfalles (vgl. BSG, Urteil vom 23. Mai 2017 – [B 1 KR 22/16 R](#) –, juris) zu berücksichtigen. Die Prüfung des MDK ist gerichtet auf die Feststellung der medizinischen Voraussetzungen der jeweils zur Abrechnung herangezogenen Ansätze in der Rechnung.

Unabhängig davon, dass der MDK im vorliegenden Fall im Jahre 2014 bzw. in seinem Gutachten vom 13.01.2015 keine unzulässige Off-Label-Use-Situation festgestellt hat, sondern aus medizinischer Sicht die vorgenommene Abrechnung bestätigt hat, hat zur Überzeugung der Kammer die Klägerin dadurch der Beklagten hinreichend eindeutig den endgültigen Abschluss des Prüfverfahrens zum Ausdruck gebracht. Sie hat in der Folge nicht nur keine weitere Forderung auf Rückzahlung an die Beklagte nach Übersendung des Sachverständigengutachtens des MDK mehr gestellt, sondern zudem eine Aufwandspauschale gem. Â§ 275 Abs. 1 c in Höhe von 300,00 EUR an die Beklagte geleistet. Diese hat als tatbestandliche Voraussetzung insbesondere auch zum Inhalt, dass eine Prüfung der Abrechnung (insgesamt) nicht zu einer Minderung des Abrechnungsbetrages geführt hat. Hierzu zählt auch die von der Krankenkasse in eigener Verantwortung durchzuführende rechtliche Prüfung, sodass in der Zahlung der 300,00 EUR Aufwandspauschale auch zum Ausdruck kommt, dass nach Ansicht der Krankenkasse auch die rechtliche, wie die vom MDK durchgeführte medizinische Überprüfung des Falles nicht zu einer Beanstandung geführt hat, die Grundlage für eine Rechnungsminderung wäre. Dahingestellt bleiben kann im Übrigen, ob auf den vorliegenden Fall die Aufwandspauschalen-Regelung des [Â§ 275 Abs. 1 c SGB V](#) überhaupt Anwendung zu finden hat. Jedenfalls geht aus diesem Verhalten für die Kammer hinreichend deutlich hervor, dass die Klägerin mit dem Prüfungsfall insgesamt abgeschlossen hatte. Hierauf kann sich die Beklagte als Verwirkungsverhalten berufen.

In der Folge hat sich auch die Beklagte, wie es das BSG für die Krankenkassen beschreibt, jedenfalls nach dem Ablauf von ca. 4 Jahren, darauf eingestellt, dass eine weitere Rückforderung des überprüften Behandlungsfalles nicht mehr erfolgen werde. Dementsprechend hat auch die Beklagte für solche Fälle, die geprüft wurden und bei denen die Prüfung im Ergebnis nicht zu einer Rechnungsminderung geführt hat, nicht mehr zum Anlass genommen, eventuelle Rückstellungen zu bilden und sich darauf eingestellt.

Auch in Anbetracht der Verjährungsfrist von 4 Jahren für die Forderung der Klägerin, wie sie zum damaligen Zeitpunkt in den Vertragsbeziehungen der Beteiligten Wirkung hatte ([Â§ 45 SGB I](#)), ist hier ausnahmsweise eine Verwirkung innerhalb der nach laufenden Verjährungsfrist dennoch anzunehmen. Insbesondere muss berücksichtigt werden, dass sich die Klägerin selbst nach dem Urteil des Bundessozialgerichtes vom 13.12.2016 ([B 1 KR 1/16 R](#)) hinsichtlich der rechtlichen Voraussetzungen eines Off-Label-Use von Medikamenten im stationären Bereich noch bis Oktober 2018 Zeit ließ, überhaupt einen Erstattungsanspruch gegenüber der Beklagten zu formulieren. Unter Berücksichtigung der Rechtsansicht des Bundessozialgerichtes ([B 1 KR 27/17 R](#)), dass bei der Bewertung der Verwirkung auch das Bestehen dauerhafter Vertragsbeziehungen zwischen den Beteiligten bei ständiger professioneller

---

Zusammenarbeit zu berücksichtigen sind, sowie, dass ihnen die gegenseitigen Interessenstrukturen geläufig sind und in diesem Rahmen eine gegenseitige Rücksichtnahme zu erwarten ist und aus diesem Grund die Krankenkassen verpflichtet sind, Rechnungskorrekturen im laufenden Haushaltsjahr bzw. dem darauf folgenden Haushaltsjahr geltend zu machen und ansonsten eine Schlussrechnung bereits in diesem engen zeitlichen Rahmen zu einer Verwirkung weiterer Vergütungsansprüche führt (Bundessozialgericht, Urteil vom 23.05.2017, [B 1 KR 27/16 R](#), Rdnr. 11 juris), kann zur Überzeugung der Kammer auch aus Gründen der Gleichbehandlung sowie der Waffengleichheit im "umgekehrten" â hier vorliegenden â Fall kein anderer Maßstab herangezogen werden. So sind auch die Krankenkassen gehalten, eventuelle weitere Korrekturen und Forderung nach abgeschlossener Überprüfung innerhalb des laufenden oder nachfolgenden Geschäftsjahres geltend zu machen. Dies erfolgte nicht.

Nichts anderes ergibt sich hierbei aus dem Umstand, dass die Klägerin die ursprüngliche Rechnung des Krankenhauses nur unter Vorbehalt vergütet hatte. Der Vorbehalt besteht nämlich zur Überzeugung der Kammer gerade darin, die Berechtigung des abgerechneten Vergütungsbetrages rechtlich als auch inhaltlich medizinisch zunächst noch einmal zu überprüfen â ggf. unter Heranziehung des MDK. Genau diese Überprüfung wurde jedoch durchgeführt und abgeschlossen.

Der Kostentenor erfolgt aus der Anwendung von [Â§ 191a SGG](#) i.V.m. [Â§ 154 Abs. 1 VWGO](#). Der festgesetzte Streitwert entspricht der Hauptforderung.

Rechtsmittelbelehrung:

Hinsichtlich der Entscheidung über die entgeltliche Festsetzung des Streitwertes findet die Beschwerde statt, wenn sie innerhalb von 6 Monaten, nachdem die Entscheidung in der Hauptsache Rechtskraft erlangt oder das Verfahren sich anderweitig erledigt hat, eingelegt wird; ist der Streitwert später als 1 Monat vor Ablauf dieser Frist festgesetzt worden, so kann sie noch innerhalb eines Monats nach Zustellung oder formloser Mitteilung des Festsetzungsbeschlusses eingelegt werden. Die Beschwerde ist nicht gegeben, wenn der Wert des Beschwerdegegenstandes 200,00 EUR nicht übersteigt.

Im Übrigen kann 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 Gelsenkirchen, Bochumer Straße 79, 45886 Gelsenkirchen

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

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

â von der verantwortenden Person signiert und auf einem sicheren Übermittlungsweg gem. [Â§ 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 â ERVV) in der jeweils gültigen Fassung. Über das Justizportal des Bundes und der Länder ([www.justiz.de](http://www.justiz.de)) können näher 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 Gelsenkirchen 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.

---

Erstellt am: 15.01.2020

Zuletzt verändert am: 23.12.2024