

Aktenzeichen:
S 13 KR 469/14



SOZIALGERICHT SPEYER

IM NAMEN DES VOLKES

URTEIL

In dem Rechtsstreit

- Klägerin -

Prozessbevollmächtigte/r: Rechtsanwalt Friedrich W. Mohr, Bauerngasse 7, 3.
OG, 55116 Mainz

gegen

- Beklagte -

hat die 13. Kammer des Sozialgerichts Speyer am 29. November 2017 ohne mündliche Verhandlung durch

den Richter am Sozialgericht Baar
den ehrenamtlichen Richter Herr Stellmann
den ehrenamtlichen Richter Herr Gerber

für Recht erkannt:

1. Die Beklagte wird verurteilt, der Klägerin 945,73 Euro nebst Zinsen in Höhe von zwei Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz hieraus seit dem 19.02.2014 zu zahlen.

2. Die Beklagte trägt die Kosten des Verfahrens.
3. Der Streitwert wird auf 945,73 Euro festgesetzt.

Tatbestand

Die Klägerin begehrt die weitere Vergütung einer stationären Behandlung.

Der Klägerin ist die Trägergesellschaft für ein zur Versorgung gesetzlich krankenversicherter Patienten gemäß § 108 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) zugelassenes Krankenhaus.

Der bei der Beklagten gesetzlich krankenversicherte Patient geboren am _____ befand sich vom 03.01.2014 bis zum 23.01.2014 zur stationären Krankenhausbehandlung im Krankenhaus der Klägerin. Behandlungsgrund war eine periphere arterielle Verschlusskrankheit (paVK) im Stadium IV nach Fontaine rechts.

Im Rahmen des Aufenthaltes erfolgte am 07.01.2014 eine digitale Subtraktionsangiographie. Es stellte sich ein Querschnittverschluss am rechten Unterschenkel dar, nur die Arteria tibialis anterior (ATA) war segmental perfundiert. In der gleichen Sitzung wurde die ATA rekanalisiert sowie eine konventionelle perkutane Angioplastie (PTA) und eine nochmalige PTA mit zwei medikamentenbeschichteten Ballons (Drug eluting balloon, DEB) durchgeführt. Dafür wurde jeweils ein Lutonix-Ballon (Paclitaxel-Beschichtung 2 µg/mm²) in den Größen 3,5 x 120 mm und 2,5 x 120 mm verwendet.

Für diese Behandlung stellte die Klägerin der Beklagten am 04.02.2014 einen Betrag in Höhe von 14.891,63 Euro auf Basis der DRG-Fallpauschale F13A und des Zusatzentgeltes ZE 137.02 (Medikamente-freisetzende Ballons an anderen Gefäßen, Zusatzinformation zu Materialien: Art der verwendeten Ballons: Zwei

medikamentefreisetzende Ballons an anderen Gefäßen) in Höhe von 14.891,63 Euro in Rechnung.

Die Beklagte zahlte auf diese Rechnung am 18.02.2014 einen Teilbetrag in Höhe von 4.487,68 Euro und am 27.03.2014 einen weiteren Teilbetrag in Höhe von 9.458,22 Euro. Einen Betrag in Höhe von 945,73 Euro (entspricht dem Zusatzentgelt ZE 137.02) zahlte sie nicht.

Die Klägerin hat am 24.07.2014 Klage erhoben. Zur Begründung trägt sie vor, dass von den behandelnden Ärzten bei der Behandlung des Patienten mit einem DEB bei pAVK im Stadium IV und langstreckigem Verschluss einer Unterschenkelschlagader die aktuelle Datenlage bezüglich dieser Therapie berücksichtigt worden sei. Es sei klar, dass bei langstreckigen Verschlüssen am Unterschenkel die Standard-PTA mit einer hohen Rezidivrate bereits nach drei Monaten belastet sei. Trotzdem werde dieser therapeutische Weg oft eingeschlagen, weil viele Patienten für eine Bypass-Operation zu krank seien. Bei ausgedehnten Läsionen oder geplanten Minoramputationen sei die zu erwartende Offenheitsrate mit einer Standard-PTA nicht lang genug, um eine Abheilung zu gewährleisten. Deshalb werde dann, wie im vorliegenden Fall, die DEB-Technologie benutzt. Es gebe sechs Studien, von denen fünf einen signifikanten Vorteil zeigten. Insbesondere die Debate-BTK-Studie, die randomisiert multizentrisch durchgeführt worden sei, zeige eine deutlich bessere Offenheitsrate nach einem Jahr (73 % gegen 24 %). Es sei klar, dass ein offenes Gefäß ohne Restenose auch langfristig die Amputationsrate senken werde. Bei dem Patienten seien die behandelnden Ärzte genau von diesem Vorteil aus, damit es zu einer Abheilung nach Minoramputation kommen könne. Dieses Therapieregime finde hohe Akzeptanz bei den großen interventionellen Kliniken und sei mittlerweile Standard. Die Beklagte habe somit das ZE137.02 zu vergüten.

Die Klägerin beantragt schriftsätzlich,

die Beklagte zu verurteilen, an die Klägerin 945,73 Euro nebst Zinsen in Höhe von zwei Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz hieraus seit dem 19.02.2014 zu zahlen.

Die Beklagte beantragt schriftsätzlich,

die Klage abzuweisen.

Zur Begründung führt sie u.a. aus, dass sich aus der Datenlage Isich keine belastbaren Schlussfolgerungen für den Zusatznutzen des Einsatzes von medikamentenfreisetzenden Ballons im Unterschenkel ziehen ließen. Dies sei jedoch nach der Rechtsprechung des BSG Voraussetzung für den Einsatz neuer Behandlungsmethoden. Sie sei der Auffassung, dass es zur Behandlung nicht des Einsatzes eines medikamentenfreisetzenden Ballons bedurft hätte.

Das Gericht hat von Amts wegen Beweis erhoben durch Einholung eines Sachverständigengutachtens durch den Leiter der Abteilung für Interventionelle Angiologie des _____ unter Heranziehung der Fachärztin für Innere Medizin/Angiologie _____ Diers erstellte das Gutachten unter dem 10.08.2016 nach Aktenlage. Die routinemäßige Anwendung von DEB im Bereich der Beinarterien beruhe auf einer aussagekräftigen Evidenzsituation mit acht multizentrischen RCT-Studien (randomisierte kontrollierte Studien) seit 2008. Vor allem im Unterschenkelbereich ließen sich durch Anwendung medikamentenbeschichteter Ballons Offenheitsraten nach einem Jahr von über 75 % erzielen. Sowohl medikamentenfreisetzende Stents (DES) als auch medikamentenbeschichtete Ballons hätten im Unterschenkelbereich in kleineren Studien die Überlegenheit gegenüber unbeschichteten Stents bzw. der konventionellen Ballonangioplastie gezeigt. Da Stents im Bereich der Unterschenkelgefäße jedoch nur als Bail-Out-Strategie

verwendet würden und sich insgesamt zunehmend für den Verzicht auf eine Stentimplantation solange als möglich („leave nothing behind“) ausgesprochen werde, habe der Einsatz von DEB vorrangige Bedeutung. Außerdem seien eine homogenere Applikation des Medikamentes im Vergleich zum DES sowie eine einfachere Anwendung als Vorteil bekannt. Dementsprechend trage die Anwendung von DEB dem medizinischen Fortschritt Rechnung. Seit 2008 hätten acht randomisierte und kontrollierte Studien und zwei Metaanalysen die Vorteile einer Therapie der Beinarterien mit DEB verglichen mit konventionellen Ballons aufzeigen können. Als wichtige Arbeiten seien die LEVANT 2-Studie und die IN.PACT SFA-Studie zu nennen (Patientenzahl 476 bzw. 331). Im vorliegenden Fall habe in Anbetracht der vorliegenden kritischen Ischämie mit feuchter Gangrän der dritten Zehe rechts und vorliegenden weiteren Ulzerationen die Gefahr einer Progression der Wunden mit drohendem Beinverlust bestanden. Bei dem Patienten sei bereits eine Zehnteilamputation des zweiten Zeh links im Mittelglied 06/2011 notwendig gewesen. Auch habe ein Zustand nach mehreren interventionellen Behandlungen mit PTA beider Unterschenkel 2004 und 2008 sowie zuletzt PTA links 05/2011 bestanden. Je schneller und vollständiger die cruropetale Revaskularisation gelinge, umso geringer sei die Gefahr von Majoramputationen. In Kenntnis der aktuellen Datenlage als auch der technischen Vorteile sei die DEB-PTA zur Vermeidung einer frühen Restenose oder eines Gefäßverschlusses der einzigen perfundierten Unterschenkelarterie (ATA) am rechten Unterschenkel deswegen aus Sicht der Gutachter indiziert. Auch seien die vorangegangenen Interventionen am ehesten konventionell durchgeführt worden, weswegen bei aktuellem Querschnittverschluss trotz bereits erfolgter Unterschenkel-PTA rechts die Anwendung einer anderen Behandlungsmethode gerechtfertigt sei.

Hierauf legte die Beklagte ein neues Gutachten des MDK vor. Hierin wird durch die Ärztin im MDK _____ und dem Leiter des _____ u.a. ausgeführt, dass zum Zeitpunkt Januar 2014 lediglich Ergebnisse zweier Studien vorgelegen hätten, in der allein Unterschenkelgefäße mittels DEB behandelt

worden seien. Im Zeitpunkt Januar 2014 könne damit von einem anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse beim Einsatz im Unterschenkelbereich nicht gesprochen werden. Auch eine breite Evidenz habe nicht vorgelegen. Die Behandlungsmethode werde in Form von randomisiert kontrollierten Studien erforscht und diene damit dem medizinischen Fortschritt. Der Einsatz der medikamentenfreisetzenden Ballons sei im vorliegenden Fall im Jahre 2013 nach erfolgreicher konventioneller PTA der A. tibialis anterior nicht mehr notwendig gewesen, um eine Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern, da die Wiedereröffnung bereits durch konventionelle Ballons erfolgt gewesen sei. Die verlängerte Offenheitsrate sei ex ante erhofft gewesen, jedoch wissenschaftlich nicht belegt. In welchem Zeitraum es zuletzt bei dem Patienten zu einem Querschnittverschluss des Unterschenkels rechts gekommen sei, sein nicht bekannt. Die letzte Intervention auf dem anderen Bein sei drei Jahre her gewesen, auf der rechten Seite sechs Jahre. Für einen Zeitraum dieser Länge lägen keine vergleichenden Untersuchungen für den Einsatz konventioneller versus Drug-Eluting-Balloons vor. Der Einsatz der DEB sei hiernach sozialmedizinisch nicht indiziert gewesen.

Die Beklagte legte darüber hinaus ein Aktualisierungsgutachten des MDS vor.

Zur weiteren Darstellung des Tatbestands, insbesondere zum weiteren Vorbringen der Beteiligten und zu den weiteren Ausführungen des Sachverständigen, wird auf den Inhalt der Prozessakte und der beigezogenen Verwaltungsvorgänge der Beklagten verwiesen. Er war Gegenstand der Beratung und Entscheidungsfindung.

Entscheidungsgründe

I.

Das Gericht konnte gemäß § 124 Abs. 2 Sozialgerichtsgesetz (SGG) ohne mündliche Verhandlung entscheiden, da die Beteiligten ihr Einverständnis hiermit erklärt haben.

Die Klage ist als Leistungsklage nach § 54 Abs. 5 Sozialgerichtsgesetz (SGG) statthaft, da ein Streit im Gleichordnungsverhältnis vorliegt und auch im Übrigen zulässig. Ein Vorverfahren war nicht durchzuführen, die Einhaltung einer Klagefrist nicht geboten.

II.

Die Klage ist auch begründet. Rechtsgrundlage des Vergütungsanspruchs der Klägerin für die Behandlung des Versicherten ist § 109 Abs. 4 Satz 3 SGB V in Verbindung mit § 7 Satz 1 Nr. 1 des Gesetzes über die Entgelte für voll- und teilstationäre Krankenhausleistungen (Krankenhausentgeltgesetz <KHEntgG>), der Vereinbarung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser für das Jahr 2012 (FPV 2012) und dem am 01.01.2000 in Kraft getretenen Krankenhausbehandlungsvertrag nach § 112 Abs. 2 Nr. 1 SGB V für das Land Rheinland-Pfalz (KBV-RP).

Nach § 109 Abs. 4 Satz 2 SGB V sind zugelassene Krankenhäuser im Rahmen ihres Versorgungsauftrages zur Krankenhausbehandlung der Versicherten verpflichtet. Nach § 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V haben Versicherte Anspruch auf vollstationäre Behandlung in einem zugelassenen Krankenhaus, 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. Die Inanspruchnahme der Behandlung durch den Versicherten löst - unabhängig von einer Kostenzusage - einen Vergütungsanspruch des Leistungserbringers gegenüber dem gesetzlichen Krankenversicherungsträger

aus, wenn die Versorgung im Sinne von § 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V erforderlich ist. Die Krankenhausleistungen werden nach § 7 Satz 1 Nr. 1 KHEntgG unter anderem mit Fallpauschalen nach dem auf Bundesebene vereinbarten Entgeltkatalog (§ 9 KHEntgG) abgerechnet. Dieser umfasst gemäß § 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 KHEntgG insbesondere den Fallpauschalen-Katalog nach § 17b Abs. 1 Satz 10 des Gesetzes zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (Krankenhausfinanzierungsgesetz <KHG>).

Krankenhausbehandlung ist im Sinne von § 109 Abs. 4 Satz 3 SGB V und § 39 SGB V grundsätzlich nur dann erforderlich, wenn die Behandlung dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entspricht und notwendig ist. Generell hat sich der Anspruch auf Krankenbehandlung nach § 27 Abs. 1 Satz 1 SGB V in Verbindung mit dem Qualitätsgebot des § 2 Abs. 1 Satz 3 SGB V und mit § 2 Abs. 4, § 12 Abs. 1 SGB V daran auszurichten, welche Behandlung unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots notwendig und ausreichend ist, um das angestrebte, in § 27 Abs. 1 Satz 1 SGB V bezeichnete Behandlungsziel zu erreichen (BSG, Urteil vom 17.12.2013 – B 1 KR 70/12 R –, Rn. 14; alle Entscheidungen zitiert nach juris). Auch die u.a. von § 17b KHG erfassten Leistungen müssen grundsätzlich dem Qualitätsgebot (§ 2 Abs. 1 Satz 3 SGB V) genügen, um überhaupt zulasten der GKV abrechenbar zu sein.

Dieser Maßstab gilt auch für die Erlaubnis mit Verbotsvorbehalt gemäß § 137c SGB V. Nach § 137c Abs 1 SGB V (hier anzuwenden in der Fassung, die die Vorschrift durch Art. 1 Nr. 54 des GKV-Versorgungsstrukturgesetzes mit Wirkung zum 01.01.2012 erhalten hat) überprüft der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) nach § 91 SGB V auf Antrag des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen, der Deutschen Krankenhausgesellschaft oder eines Bundesverbandes der Krankenhausträger Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, die zulasten der gesetzlichen Krankenkassen im Rahmen einer Krankenhausbehandlung angewandt werden oder angewandt werden sollen, daraufhin, ob sie für eine

ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten unter Berücksichtigung des allgemein anerkannten Standes der medizinischen Erkenntnisse erforderlich sind. Ergibt die Überprüfung, dass die Methode nicht den Kriterien nach § 137c Abs. 1 Satz 1 SGB V entspricht, erlässt der G-BA eine entsprechende Richtlinie. Ab dem Tag des Inkrafttretens einer Richtlinie darf die ausgeschlossene Methode im Rahmen einer Krankenhausbehandlung nicht mehr zu Lasten der Krankenkassen erbracht werden; die Durchführung klinischer Studien bleibt unberührt (§ 137c Abs. 2 Satz 2 SGB V).

Für die vorliegend im Streit stehende Behandlung einer peripheren arteriellen Verschlusskrankheit (paVK) der Arteria tibialis anterior (ATA) mit Hilfe von medikamentefreisetzenden Ballons hatte der G-BA zum Zeitpunkt der Behandlung noch keine Überprüfung nach § 137c SGB V durchgeführt. Dementsprechend war diese Behandlungsmethode nicht gemäß § 137c Abs. 1 Satz 3 SGB V von der Leistungserbringung im System der gesetzlichen Krankenversicherung ausgeschlossen.

Hieraus ergibt sich zwar nicht, dass jedwede Behandlung ohne Erfolgsaussicht und ohne qualitative Prüfung im Krankenhaus zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung erbracht werden darf, solange, wie im vorliegenden Fall, bezüglich der begehrten Behandlungsmethode kein Negativvotum des G-BA vorliegt (LSG Niedersachsen-Bremen, Urteil vom 22.03.2016 – L 4 KR 438/13 –, Rn. 29). Vielmehr unterliegen alle Behandlungsformen, auch solche im Krankenhaus, den in § 2 Abs. 1, § 12 Abs. 1 und § 28 Abs. 1 SGB V für die gesamte gesetzliche Krankenversicherung festgelegten Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsanforderungen (BSG, Urteil vom 21.03.2013 – B 3 KR 2/12 R –, Rn. 20 m.w.N.). Qualität und Wirksamkeit der Leistungen haben deshalb auch im Fall der stationären Krankenhausbehandlung einerseits dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse zu entsprechen, andererseits aber auch den medizinischen Fortschritt zu berücksichtigen (§ 2 Abs. 1 Satz 2 SGB V).

Dies zu Grunde gelegt, steht zur Überzeugung der Kammer fest, dass die durch das Krankenhaus der Kläger erfolgte Behandlung mit Hilfe von Drug-Eluting-Balloons den genannten Qualitäts-, Wirksamkeits- und Wirtschaftlichkeitsvoraussetzungen entsprach und die Klägerin deshalb einen Anspruch auf Zahlung weiterer 945,73 Euro nach ZE137.02 gegen die Beklagte hat.

Hierbei stützt sich die Kammer wesentlich auf das von Amts wegen eingeholte Sachverständigengutachtens durch den Leiter der Abteilung für Interventionelle Angiologie des unter

Heranziehung der Fachärztin für Innere Medizin/Angiologie

Die Gutachter haben nachvollziehbar dargelegt, dass die Anwendung von DEB im Unterschenkelbereich in kleineren Studien die Überlegenheit gegenüber unbeschichteten Stents bzw. gegenüber der konventionellen Ballonangioplastie gezeigt hätten. Es handelt sich daher nicht um eine Außenseitermethode, sondern um eine Methode, die erfolgreich praktiziert wird und in der wissenschaftlichen Diskussion steht. Die Methode hatte sich zwar insbesondere zum Behandlungszeitpunkt im Januar 2014 noch nicht als allgemeiner Standard durchgesetzt, sie trug aber dem medizinischen Fortschritt Rechnung. Damit eine neue Behandlungsmethode die im stationären Bereich angewandt werden darf, muss sie sich nicht bereits als allgemein anerkannter Standard durchgesetzt haben. Gerade hierin liegt der Sinn der Verpflichtung zur Berücksichtigung des medizinischen Fortschritts in § 2 Abs. 1 Satz 2 SGB V. Es ist auch keine Studienlage zur fordern, die bereits ein Positivvotum des G-BA nach § 135 Abs. 1 SGB V ermöglichen würde. Dementsprechend durfte die vorliegend streitgegenständliche Methode durch das Krankenhaus der Klägerin grundsätzlich eingesetzt werden.

Auch die Anwendung im vorliegenden Fall ist nicht zu beanstanden. Nach den Ausführungen der fachliche hochqualifizierten Gutachter hatte bei dem Patienten in Anbetracht der vorliegenden kritischen Ischämie mit feuchter Gangrän der

dritten Zehe rechts und vorliegenden weiteren Ulzerationen die Gefahr einer Progression der Wunden mit drohendem Beinverlust bestanden. Es war bereits eine Zehnteilamputation des zweiten Zeh links im Mittelfuß 06/2011 notwendig gewesen. Es hatte ein Zustand nach mehreren interventionellen Behandlungen mit PTA beider Unterschenkel 2004 und 2008 sowie zuletzt PTA links 05/2011 bestanden. Durch eine möglichst schnelle und vollständige cruropetale Revaskularisation konnte nach Ansicht der Gutachter die Gefahr von Majoramputationen verringert werden. In Kenntnis der aktuellen Datenlage und der technischen Vorteile war die DEB-PTA zur Vermeidung einer frühen Restenose oder eines Gefäßverschlusses der einzigen perfundierten Unterschenkelarterie (ATA) am rechten Unterschenkel deswegen aus Sicht der Gutachter indiziert.

Die hiergegen erhobenen Einwände durch die Beklagte bzw. durch den MDK Rheinland-Pfalz konnten die Kammer letztendlich nicht überzeugen. Hierbei wird in erster Linie die mangelnde Evidenz des medizinischen Nutzens der verwendeten Methode hervorgehoben, insbesondere im Hinblick auf die Übertragbarkeit von Erkenntnissen aus Studien mit anderen für die Beschichtung verwendeten Medikamenten und aus anderen Körperregionen (Oberschenkelgefäße). Diese Einwände greifen jedoch nicht durch, weil ein für die Regelung des § 137c SGB V (Erlaubnis mit Verbotsvorbehalt) auch bereits in der hier maßgeblichen Fassung zu hoher Evidenzmaßstab angelegt wird.

Demzufolge durfte die Klägerin die Behandlungsmethode zu Lasten der Beklagten anwenden.

Der Klage war somit stattzugeben.

III.

Der Zinsanspruch ergibt sich aus § 9 Abs. 7 KBV-RP. Nach dieser Regelung kann das Krankenhaus bei Überschreitung des Zahlungsziels Verzugszinsen in Höhe von zwei Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz verlangen. Gemäß § 9 Abs. 6 KBV-RP hat die Krankenkasse die Rechnung innerhalb von 14 Tagen nach Rechnungseingang zu bezahlen.

Die Beklagte war nicht weitergehend zur Zahlung von Prozesszinsen nach § 69 Abs. 1 Satz 3 SGB V i.V.m. § 291 Satz 1 Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) zu verurteilen, da das Gericht gemäß § 123 SGG nicht über den Antrag der Klägerin hinausgehen darf (vgl. SG Mainz, Urteil vom 04.05.2015 – S 3 KR 618/13 –, Rn. 57 f.; SG Mainz, Urteil vom 11.01.2016 – S 3 KR 349/15 –, Rn. 99).

IV.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 197a SGG i.V.m. mit § 154 Abs. 1 VwGO. Demnach trägt der unterliegende Teil die Kosten des Verfahrens. Da die Klägerin im Hauptantrag voll obsiegt hat, waren der Beklagten die Kosten des Verfahrens aufzuerlegen.

V.

Der Streitwert in der Hauptsache ist nach der sich aus dem Antrag des Klägers für ihn ergebenden Bedeutung der Sache nach Ermessen des Gerichts zu bestimmen (§ 197 a Abs. 1 SGG i.V.m. § 52 Abs. 1 Gerichtskostengesetz (GKG). Betrifft der Antrag des Klägers eine bezifferte Geldleistung oder einen hierauf gerichteten Verwaltungsakt, ist deren Höhe maßgebend (§ 197 a Abs. 1 SGG i.V. m. § 52 Abs. 3 GKG). Der Streitwert entspricht hier dem Betrag der Hauptforderung.

Rechtsmittelbelehrung

Das **Urteil** kann betreffend den **Tenor zu 1. und 2.** 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 zur Niederschrift des Urkundsbeamten der Geschäftsstelle einzulegen.

Die elektronische Form wird durch eine **qualifiziert** signierte Datei gewahrt, die nach den Maßgaben der Landesverordnung über den elektronischen Rechtsverkehr mit den öffentlich-rechtlichen Fachgerichtsbarkeiten vom 09. Januar 2008 (GVBl. S. 33) in der jeweils geltenden Fassung zu übermitteln ist.

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 beigelegt war.

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

Die **Streitwertfestsetzung im Tenor zu 3.** ist mit der Beschwerde zum Landessozialgericht Rheinland-Pfalz anfechtbar. Sie ist beim Sozialgericht Speyer, Schubertstraße 2, 67346 Speyer schriftlich, in elektronischer Form oder zur Niederschrift des Urkundsbeamten der Geschäftsstelle einzulegen. Die Beschwerde findet nur statt, wenn der Wert des Beschwerdegegenstandes 200 EURO übersteigt. Sie ist nur zulässig, wenn sie innerhalb von 6 Monaten, nachdem die Entscheidung in der Hauptsache Rechtskraft erlangt hat oder das Verfahren sich anderweitig erledigt hat, eingelegt wird; ist der Gegenstandswert 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.

Die elektronische Form wird durch eine **qualifizierte** signierte Datei gewahrt, die nach den Maßgaben der Landesverordnung über den elektronischen Rechtsverkehr mit den öffentlich-rechtlichen Fachgerichtsbarkeiten vom 09. Januar 2008 (GVBl. S. 33) in der jeweils geltenden Fassung zu übermitteln ist. Nähere Einzelheiten zum elektronischen Rechtsverkehr sind der Internetseite des Landessozialgerichts Rheinland-Pfalz (www.lsg.rp.de) zu entnehmen.

gez. Baar

Ausgefertigt

(Flörchinger)

Justizbeschäftigte als
Urkundsbeamtin der Geschäftsstelle

