



# SOZIALGERICHT FÜR DAS SAARLAND

IM NAMEN DES VOLKES

## GERICHTSBESCHEID

In dem Rechtsstreit

der

- Klägerin -

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

g e g e n

die

- Beklagte -

hat die 23. Kammer des Sozialgerichts für das Saarland durch den Präsidenten des Sozialgerichts Fischbach am 1. Oktober 2012 gemäß § 105 Sozialgerichtsgesetz für Recht erkannt:

**1. Die Beklagte wird verurteilt, an die Klägerin einen Betrag von 3262,70 € nebst 2% Zinsen über dem jeweiligen Basiszinssatz seit dem 19.8.2008 zu zahlen.**

**2. Die Beklagte trägt die Kosten des Rechtsstreites.**

### T A T B E S T A N D

Die Beteiligten streiten um die Abrechnung eines stationären Krankenhausaufenthalts.

Die Klägerin ist Trägerin des zugelassenen Krankenhauses in Die Beklagte ist eine gesetzliche Krankenkasse.

Die am 11.2.1929 geborene, bei der Beklagten versicherte Patientin

wurde vom 19.6.2008 bis 3.7.2008 im Krankenhaus der Klägerin behandelt.

Für die Behandlung stellte die Klägerin mit Rechnung vom 1.8.2008 einen Betrag i.H.v. 3412,70 € in Rechnung. Abgerechnet wurde unter anderem die DRG-Fallpauschale F46B.

Die Beklagte zahlte hierauf lediglich einen Teilbetrag in Höhe von 150 € und rechnete diesen am 15.8.2008 mit anderen Forderungen der Klägerin wieder auf. Dabei teilte sie der Klägerin mit, dass die durchgeführte Behandlung nicht zum Ver-

sorgungsauftrag der Klägerin gehöre und daher ein Vergütungsanspruch nicht bestehe.

Die Klägerin und die zuständigen Krankenkassen führten am 11.12.2007 Entgeltverhandlungen für den Zeitraum 2007. Dabei konnten sich die Vertragsparteien über fast alle Punkte einigen, bis auf die Frage, ob kardiologische Leistungen, die die Klägerin am Linksherzkathetermessplatz erbringt, in dem Entgeltverfahren 2007 zu berücksichtigen sind. Die Krankenkassen hielten die Leistungen nicht für berücksichtigungsfähig, weil die Klägerin keinen Versorgungsauftrag für die Erbringung dieser Leistungen habe.

Mit Beschluss vom 21.02.2008 entschied die Schiedsstelle: „ Die Leistungen, die das Kreiskrankenhaus durch die Inbetriebnahme eines Linksherzkathetermessplatzes erbringt, sind in dem Entgeltverfahren 2007 nicht zu berücksichtigen.“ In den Gründen stellte sie fest, dass die Klägerin keinen Versorgungsauftrag für kardiologische Leistungen mithilfe eines Linksherzkathetermessplatzes habe. Gestützt werde dieses Ergebnis noch durch die Beschränkung der Notfallversorgung der Klägerin auf die Basisnotfallversorgung Innere Medizin. Eines ausdrücklichen Ausschlusses von kardiologischen Leistungen aus dem Versorgungsauftrag bedürfe es bei dieser Sachlage nicht.

Um Tenor und Gründe „in Einklang zu bringen“, fasste die Schiedsstelle den Tenor des Beschlusses vom 21.02.2008 durch Beschluss ihres Vorsitzenden vom 11.04.2008 klarstellend wie folgt: „ Die kardiologischen Leistungen, die das Kreiskrankenhaus durch die Inbetriebnahme eines Linksherzkathetermessplatzes erbringt, sind in dem Entgeltverfahren 2007 nicht zu berücksichtigen .“

Mit Bescheid vom 29.04.2008 genehmigte das zuständige Ministerium den Beschluss der Schiedsstelle vom 19.02.2008 in der Form der Berichtigung vom 11.04.2008.

Am 27.05.2008 hat die Klägerin vor dem Verwaltungsgericht für das Saarland Klage erhoben. Die Klägerin beehrte dabei die Aufhebung des Bescheides vom

29.04.2008, in dem die Entscheidung der Schiedsstelle für die Festsetzung der Krankenhauspflegesätze für das Saarland über die Entgeltvereinbarung vom 21.02.2008 in der Form der Klarstellung vom 11.04.2008 genehmigt wurde.

Die Klage ist von dem Verwaltungsgericht für das Saarland mit Urteil vom 9.3.2010 (3 K 506/08) abgewiesen worden. In den Urteilsgründen ist ausdrücklich festgehalten, dass die Klägerin keinen Versorgungsauftrag für die von ihr mit Hilfe des Linksherzkathetermessplatzes erbrachten kardiologischen Leistungen hat.

Die Zulassung der Berufung gegen dieses Urteil ist nicht erfolgt. Die dagegen eingelegte Nichtzulassungsbeschwerde hat das Oberverwaltungsgericht für das Saarland mit Beschluss vom 8.5.2012 (3 A 100/10) zurückgewiesen.

Bereits mit der am 20.10.2008 bei dem erkennenden Gericht eingegangenen Klage verfolgt die Klägerin ihr Begehren auf Zahlung des noch offen stehenden Rechnungsbetrages für den streitgegenständlichen Abrechnungsfall weiter.

Die Klägerin trägt vor,

sie sei berechtigt gewesen, die streitgegenständliche Behandlung bei der Patientin durchzuführen. Unabhängig davon, ob die Behandlung von dem Versorgungsauftrag der Klägerin gedeckt gewesen sei, bestehe vorliegend ein Vergütungsanspruch, da die Patientin notfallmäßig in das Krankenhaus der Klägerin aufgenommen worden sei. Die Patientin sei mit hochgradiger Luftnot im Sitzen in Ruhe sowie mit dem Bild einer zunehmenden, stetig stärker werdenden Brustenge und Schwindelerscheinungen beim Bücken aufgenommen worden. Es seien klinisch Zeichen des Herzversagens festgestellt worden, so dass die Patientin auf der Intensivstation behandelt worden sei. Die Untersuchungsergebnisse hätten auf eine gefährliche Durchblutungsstörung des Herzmuskels im Sinne einer instabilen Angina Pectoris beziehungsweise drohenden Herzinfarktes hingewiesen. Es sei somit eine sofortige Herzkatheteruntersuchung im Rahmen einer Notfallbehandlung

erforderlich gewesen. Eine Verbringung der Patienten in eine andere Klinik hätte eine zusätzliche Gesundheitsgefährdung zu diesem Zeitpunkt bedeutet.

Die Klägerin beantragt,

**die Beklagte zu verurteilen, an die Klägerin 3412,70 € zuzüglich Zinsen in Höhe von 2 Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz seit dem 8.9.2007 zu zahlen.**

Die Beklagte beantragt sinngemäß,

**die Klage abzuweisen.**

Die Beklagte trägt vor,

es sei nunmehr rechtskräftig festgestellt, dass die Klägerin für die streitgegenständliche Behandlung des Patienten keinen Versorgungsauftrag gehabt habe.

Es habe sich auch nicht um einen Notfall gehandelt; die Patientin sei als Normalfall aufgenommen worden.

Nachdem das Verfahren auf Antrag der Beteiligten zunächst geruht hatte, ist es am 8.6.2012 wieder aufgenommen worden.

Wegen des Sachverhalts im Übrigen wird auf den Inhalt der Gerichtsakte und die Verwaltungsakte der Beklagten Bezug genommen.

## ENTSCHEIDUNGSGRÜNDE

Die zulässige Klage ist begründet.

Die Kammer konnte nach Anhörung der Beteiligten ohne mündliche Verhandlung gemäß § 105 SGG, dessen übrigen Voraussetzungen hier vorliegen, durch Gerichtsbescheid entscheiden.

Zunächst weist die Kammer darauf hin, dass das von der Klägerin nach Wiederaufnahme erneut beantragte Ruhen des Verfahrens nicht angeordnet werden konnte, da die Beklagte diesem nicht zugestimmt hatte.

Die formgerecht eingereichte Klage ist zulässig. Insbesondere ist sie als Leistungsklage zulässig, da es sich um einen Parteienstreit im Gleichordnungsverhältnis handelt, in dem eine Regelung durch Verwaltungsakte nicht in Betracht kommt (vgl. BSG, Urteile vom 17.05.2000, Az.: B 3 KR 33/99 R und vom 13.12.2001, Az.: B 3 KR 11/01 R).

Die damit zulässige Klage ist auch begründet.

Rechtsgrundlage des geltend gemachten Vergütungsanspruches der Klägerin ist auch hier § 109 Abs. 4 Satz 3 SGB V i. V. m. den Regelungen des Vertrages gemäß § 112 Abs. 1 SGB V zu § 112 Abs. 2 Nr. 1 SGB V „Allgemeine Bedingungen der Krankenhausbehandlung“ (KBV) zwischen der Saarländischen Krankenhausesellschaft e. V. und den Landesverbänden der Krankenkassen sowie denjenigen des Vertrages gemäß § 112 Abs. 1 SGB V zu § 112 Abs. 2 Nr. 2 SGB V „Überprüfung der Notwendigkeit und Dauer der Krankenhausbehandlung“ (KÜV)

zwischen denselben Vertragsparteien. Eine Zahlungsverpflichtung der Gesetzlichen Krankenkassen entsteht grundsätzlich dabei unabhängig von einer Kostenzusage unmittelbar mit der Inanspruchnahme der Leistung durch den Versicherten, wenn die übrigen Voraussetzungen vorliegen. Die Krankenkasse ist bei einem zugelassenen Krankenhaus i. S. d. § 108 SGB V als Korrelat zu dessen Behandlungspflicht auch ohne zusätzliche vertragliche Vereinbarung verpflichtet, die zu zahlen, sofern die Versorgung im Krankenhaus erforderlich war und die Rechnung zutreffend ist.

Vorliegend streiten die Beteiligten darüber, ob in dem Abrechnungsfall überhaupt ein Recht der Klägerin auf Behandlung der Patientin in dem vorliegenden Abrechnungsfall vorgelegen hatte. Dabei wendet die Beklagte ein, für die Durchführung der Linksherzkathetermessung habe die Klägerin keinen Versorgungsauftrag gehabt.

Nach § 17 b Abs. 1 Satz 1 Krankenhausfinanzierungsgesetz (in der hier anwendbaren Fassung) ist für die Vergütung der allgemeinen Krankenhausleistungen ein durchgängiges, leistungsorientiertes und pauschalisierendes Vergütungssystem einzuführen. Das Vergütungssystem hat nach § 17 b Abs. 1 Satz 2 Krankenhausfinanzierungsgesetz Komplexitäten und Comorbiditäten abzubilden; sein Differenzierungsgrad soll praktikabel sein. Mit den Entgelten nach Satz 1 werden die allgemeinen vollstationären und teilstationären Krankenhausleistungen für einen Behandlungsfall vergütet.

Nach § 17 b Abs. 2 Satz 1 Krankenhausfinanzierungsgesetz vereinbarten die Spitzenverbände der Krankenkassen und der Verband der privaten Krankenversicherung gemeinsam entsprechend den Vorgaben der Absätze 1 und 3 mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft ein Vergütungssystem, dass sich an einem international bereits eingesetzten Vergütungssystem auf der Grundlage der DIA - GNOSIS RELATED GROUPS (DRG) orientiert, seine jährliche Weiterentwicklung und Anpassung, insbesondere medizinische Entwicklungen, Kostenentwicklungen, Verweildauerverkürzungen und Leistungsverlagerungen zu und von anderen Ver-

sorgungsbereichen und die Abrechnungsbestimmungen, soweit diese nicht im Krankenhausentgeltgesetz vorgegeben werden.

Gemäß § 17 b Abs. 6 Krankenhausfinanzierungsgesetz wurde das Vergütungssystem für alle Krankenhäuser mit einer ersten Fassung eines deutschen Fallpauschalenkatalogs verbindlich zum 01.01.2004 eingeführt. Auf dieser Grundlage sind die allgemeinen Krankenhausleistungen nunmehr leistungsorientiert und pauschaliert abzurechnen und mit dessen Entgelten die allgemeinen voll- oder teilstationären Krankenhausleistungen für einen Behandlungsfall zu vergüten. Das Vergütungssystem wurde für das Jahr 2004 budgetneutral umgesetzt. Ab dem Jahr 2005 wurde das Erlösbudget des Krankenhauses nach den näheren Bestimmungen des Krankenhausentgeltgesetzes schrittweise an den Basisfallwert nach Abs. 3 Satz 5 angeglichen. Zur Ermittlung der Fallpauschale haben die Deutsche Krankenhausgesellschaft, die Spitzenverbände der Krankenkassen sowie der Verband der privaten Krankenversicherung die Deutschen Kodierrichtlinien beschlossen. Für den hier vorliegenden Abrechnungsfall kommt es insofern auf die Kodierrichtlinien, die im Jahr 2008 Geltung hatten, an.

Voraussetzung für den Vergütungsanspruch ist gemäß der genannten Vorschrift des § 109 Abs. 4 SGB V weiterhin, dass ein Versorgungsvertrag des Krankenhauses mit den Krankenkassen bezüglich der jeweils durchgeführten Behandlungen des Versicherten vorliegt. Darüber hinaus müssen für die streitgegenständliche Behandlung des Patienten Entgelte festgelegt worden sein, was hier jedoch nicht der Fall ist.

Entgelte dürfen nur im Rahmen des Versorgungsauftrages gemäß § 6 Absatz 1 Satz 3 KHEntgG vereinbart werden. Ausweislich des zugrunde liegenden Krankenhausplanes und des die Klägerin betreffenden bestandskräftigen Feststellungsbescheides vom 21.06.2006 hat die Klägerin nur einen Versorgungsauftrag für die Unterabteilung „Innere Medizin - allgemein“ und nicht für die Unterabteilung „Innere Medizin - Kardiologie“. Dies hat das Verwaltungsgericht für das Saarland in seiner Entscheidung vom 9.3.2010 (3 K 506/08) rechtskräftig festgestellt. Da-



nach kann die Klägerin in die Entgeltverhandlungen für ihr Budget nur Leistungen einbringen, für die sie einen Versorgungsauftrag hat. Für die Erbringung von kardiologischen Linksherzkathetermessplatzuntersuchungen hat sie diesen Versorgungsauftrag eindeutig nicht.

Wenn jedoch gemäß § 6 Absatz 1 Satz 3 KHEntgG Entgelte nicht vereinbart werden dürfen, fehlt es auch an der Grundlage der Vergütung gemäß § 3 Nr. 2 KHEntgG, wonach vollstationäre Krankenhausleistungen durch eine von den Vertragsparteien gemeinsam vereinbarte Erlössummen nach § 6 Abs. 3 für krankenhaushausindividuell zu vereinbarende Entgelte vergütet werden.

Etwas anderes gilt nur dann, wenn die Behandlung des Patienten als Notfall erfolgt war.

Zum einen weist die Vorschrift des § 8 Abs. 1 S. 3 KHEntgG darauf hin, dass die nur im Rahmen des Versorgungsauftrags zu berechnende Entgelte nicht für die Behandlung von Notfallpatienten Gültigkeit hat.

Zum andern können in Notfällen in entsprechender Anwendung des § 76 Abs. 1 S. 2 SGB V i. V. m. mit den genannten Regelungen über die Vergütung stationärer Krankenhausleistungen auch Krankenhäuser ohne entsprechenden Versorgungsauftrag Leistungen zu Lasten der Krankenkassen erbringen. Wird ein gesetzlich versicherter Patient insoweit als Notfall in ein Krankenhaus aufgenommen, für das bezüglich der durchgeführten Behandlung grundsätzlich kein Versorgungsauftrag besteht, so wird dieses für die Dauer der Notfallbehandlung in das öffentlich-rechtlich geprägte Sachleistungssystem der Krankenversicherung einbezogen und erbringt seine Leistungen nach denselben Grundsätzen, die für zugelassene Krankenhäuser mit entsprechendem Versorgungsauftrag gelten. Dies hat sowohl das hessische Landessozialgericht in seiner Entscheidung vom 19.4.2010 (L 1 KR 95/08) als auch das Bundessozialgericht im Urteil vom 9. Oktober 2001 (B 1 KR 6/01 R) für eine Behandlung von Versicherten in einem nicht zugelassenen Krankenhaus entschieden. Dabei hat das BSG in der genannten Entscheidung Folgendes ausgeführt: „Für den Bereich der ambulanten ärztlichen

Behandlung hat das Bundessozialgericht (BSG) seit langem geklärt, daß die Notfallbehandlung von Versicherten durch Nichtkassenärzte (Nichtvertragsärzte) der kassenärztlichen (vertragsärztlichen) Versorgung zuzurechnen ist und die im Rahmen einer solchen Behandlung erbrachten Leistungen aus der Gesamtvergütung zu vergüten sind (BSGE 15, 169, 173 = SozR Nr 1 zu § 368d RVO; BSGE 71, 117, 118 f = SozR 3-2500 § 120 Nr 2 S 12 f mwN; BSG SozR 3-2500 § 76 Nr 2 S 4; ebenso für Rettungsdiensteinsätze: BSG SozR 2200 § 368d Nr 6 S 12 f; Urteil vom 5. Mai 1988 - 6 RKa 30/87 = USK 88182). Bei einer stationären Notfallbehandlung stellt sich die Rechtslage ähnlich dar, mit dem Unterschied, dass hier nicht die Kassenärztliche Vereinigung (KÄV), sondern die Krankenkasse den Vergütungsanspruch zu erfüllen hat. Hier wie dort leitet sich die Unterstellung der außervertraglichen Notfallbehandlungen unter die Leistungs- und Vergütungsstrukturen des SGB V aus dem Zusammenhang der Vorschriften ab, die den Leistungsumfang und die Modalitäten der Leistungsgewährung in der gesetzlichen Krankenversicherung regeln. Nach § 2 Abs 1 und 2 SGB V stellen die Krankenkassen ihren Versicherten die im Dritten Kapitel des Gesetzes genannten Leistungen, zu denen auch die Krankenhausbehandlung gehört (§ 27 Abs 1 Satz 2 Nr 5, § 39 SGB V), als Sachleistungen kostenfrei zur Verfügung. Sie bedienen sich dabei zugelassener Leistungserbringer, mit denen sie entsprechende Verträge schließen (§ 2 Abs 2 Satz 2 SGB V). Die Versicherten erhalten die benötigten Leistungen unentgeltlich; die Vergütung erfolgt durch die Krankenkasse bzw bei ambulanten ärztlichen Leistungen durch die mit der Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung betraute KÄV. Diese Grundsätze gelten auch für Notfallbehandlungen. Zwar können im Sachleistungssystem grundsätzlich nur zugelassene Leistungserbringer in Anspruch genommen werden (§ 39 Abs 1 Satz 2 iVm § 108; § 76 Abs 1 Satz 1; § 124 Abs 1; § 126 Abs 1 Satz 1 SGB V). In Notfällen greift diese Beschränkung aber nicht, so dass insoweit auch Ärzte oder Krankenhäuser ohne Kassenzulassung Leistungen zu Lasten der Krankenkassen erbringen können. Das gilt für die ambulante wie für die stationäre Versorgung gleichermaßen, auch wenn § 39 Abs 1 SGB V, der die Modalitäten der Kranken-

hausbehandlung regelt, eine dem § 76 Abs 1 Satz 2 SGB V entsprechende ausdrückliche Klarstellung nicht enthält. Wird ein gesetzlich versicherter Patient als Notfall in ein nicht zugelassenes Krankenhaus aufgenommen, so wird dieses für die Dauer der Notfallbehandlung in das öffentlich-rechtlich geprägte Sachleistungssystem der Krankenversicherung einbezogen und erbringt seine Leistungen nach denselben Grundsätzen, die für zugelassene Krankenhäuser gelten. Der Vergütungsanspruch richtet sich nicht gegen den Versicherten, sondern allein gegen die Krankenkasse.“

Die Kammer schließt sich dieser Entscheidung in vollem Umfang an.

Wenn somit eine Notfallbehandlung eines Patienten in einem **nicht zugelassenen** Krankenhaus zu einem Vergütungsanspruch dieses Krankenhauses führt, kann für den Fall einer Behandlung eines Patienten in einem zugelassenen Krankenhaus, in dem gegebenenfalls für eine bestimmte Behandlungsmethode der entsprechenden Versorgungsauftrag fehlt, nach Auffassung der Kammer nichts anderes gelten.

Entscheidend ist somit, ob bezüglich des behandelten Patienten ein Notfall vorgelegen hat.

Ein Notfall im Sinne von § 76 Abs. 1 Satz 2 SGB V liegt vor, wenn aus medizinischen Gründen eine umgehende Behandlung des Patienten so dringlich ist, dass ein zugelassener Leistungserbringer nicht in der gebotenen Eile herbeigerufen oder aufgesucht werden kann (BSG, Urteil vom 31. Juli 1963, 3 RK 92/59; Beschluss vom 14. Dezember 2006, B 1 KR 114/06 B). Eine dringende Behandlungsbedürftigkeit ist anzunehmen, wenn ohne sofortige Behandlung Gefahr für Leib und Leben bestehen oder Schmerzen unzumutbar lange andauern würden (BSGE 34, 172). Keine Notfallbehandlung liegt vor, wenn der Gesundheitszustand des Versicherten es zulässt, dass er einen zugelassenen Leistungserbringer aufsuchen kann und eine Behandlungsbedürftigkeit wegen eines Notfalls endet, wenn der Versicherte zu einem zugelassenen Leistungserbringer verlegt werden kann

(Bundessozialgericht, Urteil vom 18. Juli 2006, B 1 KR 9/05 R; Urteil vom 28. Juli 2008, B 1 KR 5/08 R).

Maßgebliches Kriterium für die Beurteilung einer Notfallbehandlung sind zum einen die objektiven Gegebenheiten der konkreten Behandlung und nicht hypothetische Erwägungen (BSG, Urteil vom 22. April 2009, B 3 KR 24/07 R). Zum anderen ist der Anspruch auf Krankenbehandlung zwar unter Berücksichtigung des allgemein anerkannten Standes der medizinischen Erkenntnisse und des medizinisch technischen Fortschrittes zu erfüllen.

Dass die Behandlung der hier versicherten Patientin bei ihrer Aufnahme in das Krankenhaus der Klägerin am 19.6.2008 notfallmäßig erfolgt ist, steht zur Überzeugung der Kammer fest.

Die Klägerin hat insoweit vorgetragen, dass die Patientin mit hochgradiger Luftnot im Sitzen in Ruhe sowie mit dem Bild einer zunehmenden, stetig stärker werdenden Brustenge und Schwindelerscheinungen beim Bücken aufgenommen worden sei. Es seien klinisch Zeichen des Herzversagens festgestellt worden, so dass die Patientin auf der Intensivstation behandelt worden sei. Die Untersuchungsergebnisse hätten auf eine gefährliche Durchblutungsstörung des Herzmuskels im Sinne einer instabilen Angina Pectoris beziehungsweise drohenden Herzinfarktes hingewiesen. Es sei somit eine sofortige Herzkatheteruntersuchung im Rahmen einer Notfallbehandlung erforderlich gewesen. Eine Verbringung der Patientin in eine andere Klinik hätte eine zusätzliche Gesundheitsgefährdung zu diesem Zeitpunkt bedeutet. Dabei hat der Klägerin zur Bestätigung eine Stellungnahme des behandelnden Arztes und Chefarztes der entsprechenden Abteilung der Klinik vorgelegt, die dies bestätigt.

Dies wurde von der Beklagten nicht substantiiert bestritten. Die Beklagte hat zwar eine Notfallbehandlung bestritten, ohne dies jedoch näher zu begründen. Zumindest nach der detaillierten Darlegung der Notfallsituation der Patientin durch die Klägerin im Schriftsatz vom 5.3.2009 und Vorlage der Stellungnahme des Chefarztes der Abteilung der Klinik wäre die Beklagte gehalten gewesen, substantiiert

### Rechtsmittelbelehrung

Dieser Gerichtsbescheid kann mit der Berufung angefochten werden.

Die Berufung ist innerhalb eines Monats - bei Zustellung an einen im Ausland wohnenden Beteiligten innerhalb von drei Monaten - nach Zustellung des Gerichtsbescheides beim Landessozialgericht, Egon-Reinert-Str. 4-6, 66111 Saarbrücken, schriftlich oder zur Niederschrift des Urkundsbeamten der Geschäftsstelle einzulegen.

Die Berufungsfrist ist auch gewahrt, wenn die Berufung innerhalb der Monatsfrist beim Sozialgericht für das Saarland, Egon-Reinert-Str. 4-6, 66111 Saarbrücken, schriftlich oder zur Niederschrift des Urkundsbeamten der Geschäftsstelle eingelegt wird.

Die Berufungsschrift soll den angefochtenen Gerichtsbescheid bezeichnen, einen bestimmten Antrag enthalten und die zur Begründung der Berufung dienenden Tatsachen und Beweismittel angeben.

Auf Antrag kann vom Sozialgericht durch Beschluss die Revision zum Bundessozialgericht zugelassen werden, wenn der Gegner schriftlich zustimmt. Der Antrag auf Zulassung der Revision ist innerhalb eines Monats - bei Zustellung an einen im Ausland wohnenden Beteiligten innerhalb von drei Monaten - nach Zustellung des Gerichtsbescheides bei dem Sozialgericht für das Saarland, Egon-Reinert-Str. 4-6, 66111 Saarbrücken, 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 beigelegt war.

Der Berufungsschrift und allen folgenden Schriften sollen Abschriften für die übrigen Beteiligten beigelegt werden.

gez. Fischbach  
Präsident des Sozialgerichts