

**Sozialgericht Halle**

**S 22 KR 455/15**

Aktenzeichen

verkündet am 10.01.2018

Fenske  
Urkundsbeamtin der Geschäftsstelle



**Im Namen des Volkes**

**URTEIL**

**In dem Rechtsstreit**

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

– Klägerin –

**gegen**

– Beklagte –

hat die 22. Kammer des Sozialgerichts Halle auf die mündliche Verhandlung vom 10. Januar 2018 durch die Vorsitzende, die Richterin am Sozialgericht Pippert, sowie die ehrenamtlichen Richter Pfeifer und Brandstätter für Recht erkannt:

Die Beklagte wird verurteilt, an die Klägerin 4.083,86 € nebst Zinsen in Höhe von 4 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz seit 06.02.2012 zu zahlen.

Die Beklagte trägt die Kosten des Rechtsstreits.

Der Streitwert wird festgesetzt auf 4.083,86 €.

## Tatbestand

Die Beteiligten streiten über Krankenhausvergütung unter dem Gesichtspunkt des Versorgungsauftrags des Krankenhauses für die streitige geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung.

Die Klägerin betreibt in \_\_\_\_\_ 1 Krankenhaus, welches laut Feststellungsbescheid der Krankenhausplanungsbehörde vom 24.02.2011 als Krankenhaus der Schwerpunktversorgung mit insgesamt 410 Betten in den Krankenhausplan des Landes Sachsen-Anhalt aufgenommen worden ist. Die Klinik der Klägerin verfügt u.a. über eine Hauptfachabteilung für Innere Medizin mit 141 Betten.

Seit Mitte des Jahres 2011 werden geriatrisch frührehabilitative Komplexbehandlungen im Sinne der OPS 8-550 8-550.1, 8-550.2 strukturiert durchgeführt. Die Klägerin hatte im April 2011 allen betroffenen Kassen, unter anderen auch der Beklagten, schriftlich mitgeteilt, dass sie die strukturellen Kodiervoraussetzungen für die OPS-Codes 8-550.0, 8-550.1 und 8-550.2 erfülle.

Im Krankenhausplan für Sachsen-Anhalt werden im Rahmen der Anlage 4 die Planungsschwerpunkte für Innere Medizin genannt. Das Fach Geriatrie ist hier nicht als eigenes Fach ausgewiesen. Ebenso wenig ist das Fach Geriatrie als eigenes Gebiet in den Weiterbildungsordnungen der Ärztekammer Sachsen-Anhalt angegeben. Nach der WBO für Sachsen-Anhalt besteht die Möglichkeit, als Facharzt für Inneres nach entsprechender Weiterbildung die Schwerpunktkompetenz zu erwerben und den Titel „Facharzt für Inneres und Geriatrie“ zu führen.

Das Krankenhaus der Klägerin behandelte die bei der beklagten Krankenkasse (KK) versicherte 1923 geborene \_\_\_\_\_ (im Folgenden: Versicherte) vom 13.07. bis 01.08.2011 stationär.

Die Aufnahme erfolgte aufgrund einer seit 2 Tagen bestehenden Fallneigung nach rechts, weshalb das bisher mit Hilfe mögliche Laufen unmöglich war. Ebenfalls zeigte sich eine Schluckstörung, so dass aufgrund des Erkrankungsbildes die Klägerin davon ausging, dass bei der Versicherten die Indikation für eine geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung gegeben sei.

Die Versicherte wurde daher in der Abteilung Geriatrie behandelt.

Die Klägerin berechnete für die Behandlung die Fallpauschale - Diagnosis Related Group - (DRG) B44B, -Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems mit schwerer motorischer Funktionsein-

schränkung, ohne neurologische Komplex-behandlung des akuten Schlaganfalls und stellte am 30.08.2011 eine entsprechende Rechnung.

Die Beklagte verwies darauf, dass die Erbringung von Leistungen im Zusammenhang mit geriatrischen frührehabilitativen Komplexbehandlung nicht vom Versorgungsauftrag der Klägerin umfasst werde und daher der OPS-Code 8-550.1 nicht anerkannt werde. Dadurch verringerte sich der Abrechnungsbetrag um 4.083,86 €.

Die Klägerin verfolgt mit ihrer am 06.02.2012 beim SG eingegangenen Klage den Anspruch auf Zahlung der Differenz von 4.083,86 Euro weiter und trägt vor, sie gehe davon aus, zur Abrechnung des streitigen OPS-Schlüssels berechtigt zu sein, da es dafür nicht der Einordnung als Geriatrisches Zentrum bedürfe, sondern nur der Zulassung für die Behandlung von Patienten im Bereich innere Medizin.

Das Gericht hat das vorliegende Klageverfahren von dem ursprünglich mit zahlreichen Behandlungsfällen eingereichten Klageverfahren S 22 KR 41/12 mit Beschluss vom 15.09.2015 abgetrennt, da es nicht sachdienlich erschien die verschiedenen Behandlungsfälle in einem Verfahren zu entscheiden.

Die Klägerin trägt vor, weder dem SGB V noch den Vorschriften über die Krankenhausfinanzierung sei ein allgemeiner und abschließender Katalog möglicher Versorgungsaufträge für die an der Versorgung der Versicherten beteiligten Krankenhäuser zu entnehmen. Die konkreten Behandlungsmöglichkeiten eines Krankenhauses würden durch den ihm erteilten Versorgungsauftrag bestimmt. Für Plankrankenhäuser, wie das der Klägerin, sei zur Bestimmung des Versorgungsauftrages primär der geltende Krankenhausplan in Verbindung mit den Bescheiden zu seiner Durchführung maßgeblich. Im vorliegenden Fall sehe der Krankenhausplan des Landes Sachsen-Anhalt in Verbindung mit dem Feststellungsbescheid der Krankenhausplanungsbehörde vor, dass in dem von der Klägerin betriebenen Krankenhaus unter anderem eine Hauptfachabteilung für Innere Medizin ausgewiesen ist. Nach der Weiterbildungsordnung für Ärzte des Landes Sachsen-Anhalt stelle die Geriatrie einen Teilbereich der Inneren Medizin dar und gehöre mithin zu dem vom Versorgungs-auftrag umfassten Leistungsspektrum.

Der Versorgungsauftrag eines Fachgebietes beinhalte auch die hierzu existierenden Teilgebiete/Schwerpunkte. Der Aufgabenbereich der Inneren Medizin sowie der zugehörigen Abteilungen sei weit gefasst und umfasse u.a. auch die Behandlung der für das höhere Lebensalter typischen Erkrankungen. Nach Maßgabe der im Land

Sachsen-Anhalt geltenden Weiterbildungsordnungen sei die Geriatrie gerade nicht als eigenständiges Gebiet ausgewiesen; auch sei eine eigenständige Facharztbezeichnung nicht vorgesehen. Eine geriatrische Fachkompetenz könne nur im Rahmen einer fakultativen Weiterbildung nach Erlangung der Facharztanerkennung "Innere Medizin" bzw. als Zusatzbezeichnung "Geriatrie" erworben werden.

Demzufolge fielen die bei der Versicherten durchgeführten geriatrischen frührehabilitativen Komplexbehandlungen in den Fachbereich der Inneren Medizin, für den die Klägerin einen Versorgungsauftrag habe.

Der Umstand, dass die Rahmenvorgaben für die Versorgungs- und Qualitätsziele der Krankenhausplanung in Sachsen-Anhalt im Sinne von S 3 Abs. 2 KHG LSA und das Geriatriekonzept des Ministeriums für Gesundheit und Soziales des Landes Sachsen-Anhalt geriatrische Zentren vorsähen, spreche nicht dagegen, dass von der Klägerin auf der Hauptfachabteilung für Innere Medizin erbrachte geriatrische frührehabilitative Leistungen von ihrem Versorgungsauftrag mit umfasst seien.

Unter Ziffer 4.2 der Rahmenvorgaben für die Versorgungs- und Qualitätsziele der Krankenhausplanung werde für die Versorgung in Häusern der Schwerpunktversorgung geregelt.

Auch hier werde lediglich die Fachrichtung „Innere Medizin“ genannt, eine Unterteilung in einzelne Schwerpunkte findet nicht statt, im Gegenteil werde lediglich vorgegeben, dass an dem Standort weitere vier-nicht näher genannte - Facharzt- und/oder Schwerpunktkompetenzen vorzuhalten seien.

Weiterhin werde in den vorgenannten Rahmenvorgaben unter Ziffer 4.4 zur Versorgung in Leistungszentren folgendes formuliert:

„Die krankenhauserische Anerkennung einer Leistungserbringung in Zentren, verbunden mit der Aufnahme in den Krankenhausplan, kann bei Erfüllung folgender Kriterien erfolgen:

- Das Krankenhaus leistet Schwerpunkt-, Spezial- oder universitäre Versorgung. In Krankenhäusern der Basisversorgung können Geriatrische Zentren vorgehalten werden.

- Das Krankenhaus beschäftigt dem Bedarf entsprechend Ärzte/Ärztinnen mit der entsprechenden Facharztkompetenz. Zwei dieser Ärzte/Ärztinnen müssen zusammen mindestens 60 Stunden pro Arbeitswoche arbeitsvertraglich gebunden sein. Zur Sicherung der medizinischen Qualität verfügt das Krankenhaus über angemessene räumliche, sächliche sowie weitere personelle Voraussetzungen.

- Das Krankenhaus weist interne und externe Maßnahmen zur fachspezifischen Qualitätssicherung, einschließlich der fachübergreifenden Kooperation nach.“

Die Rahmenvorgaben regelten jedoch an keiner Stelle, dass eine Leistungserbringung in bestimmten Fachrichtungen zwingend in einem hierfür speziell ausgewiesenen Leistungszentrum erbracht werden müsse. Die Etablierung von Leistungszentren auf der krankenhauplanerischen Ebene könne nicht dazu führen, dass die fraglichen Leistungen auf der Vergütungsebene nur in diesen Leistungszentren erbracht und abgerechnet werden dürften. Die Festlegungen des Krankenhausplanes seien zu wenig aussagekräftig, um den genauen Inhalt des Versorgungsauftrages des jeweiligen Krankenhauses zu bestimmen. (Juris Praxiskommentar Komm. zu SGB V S 109 Rz 114) Vielmehr würden unter der Ziffer 5.2.6 der Rahmenvorgaben für die Versorgungs- und Qualitätsziele der Krankenhausplanung in Sachsen-Anhalt im Sinne von S 3 Abs. 2 KHG LSA die Schwerpunkte des Gebietes der Inneren Medizin abschließend aufgezählt: „...Angiologie, Endokrinologie und Diabetologie, Gastroenterologie, Geriatrie, Hämatologie und Onkologie, Kardiologie, Nephrologie, Pneumologie und Rheumatologie.“. Des Weiteren sähen die Rahmenvorgaben vor, dass „für die stationäre geriatrische Versorgung in einem Zentrum (.) spezielle Rahmenvorgaben einzuhalten (s 4.6.6).“ seien. Dies zeige den Willen der Krankenhausplanungsbehörde - hier des Ministeriums für Arbeit und Soziales des Landes Sachsen-Anhalt - dass eine geriatrische frührehabilitative Versorgung von Patienten gerade auch in Krankenhäusern ohne ein geriatrisches Zentrum erbracht werden könnten, aber für die Versorgung in einem eben solchem Zentrum weitere, über das normale Maß einer geriatrisch frührehabilitativen Behandlung hinaus gehende Voraussetzungen zu erfüllen seien.

Selbst wenn im Krankenhausplan des Landes Sachsen-Anhalt der Bereich Geriatrie gesondert ausgewiesen wäre, wäre dies für die Frage, ob die Klägerin zur Erbringung und Abrechnung der geriatrischen Komplexbehandlung berechtigt ist, unerheblich.

Vielmehr sei die Weiterbildungsordnung grundsätzlich für die Beurteilung maßgebend, ob eine streitige Behandlung in einer bestimmten Abteilung durchgeführt werden könne (SG Duisburg, 30.04.2010, S 9 KR 195/07). Eine Einschränkung des Versorgungsauftrages für das Fachgebiet der Inneren Medizin bestehe -wie oben ausgeführt- nach der Weiterbildungsordnung aber nicht. Solange eine Behandlung dem Versorgungsauftrag des Krankenhauses entspreche, sei ihre Abrechenbarkeit mit dem bestehenden Regelungssystem vereinbar, auch wenn sie in der Leistungs- und Kalkulationsaufstellung der Entgeltvereinbarung keine Berücksichtigung gefunden habe. Auch das

Geriatric Konzept des Landes Sachsen-Anhalt (Stand: März 2009) rede nur von möglichen Vorstellungen zur Verbesserung der Versorgung alter, kranker Menschen. Eine zwingende Vorgabe, dass geriatrische frührehabilitative Leistungen nur in dazu gesondert ausgewiesenen Leistungszentren erfolgen dürften, finde sich dort nicht. Vielmehr werde hervorgehoben, dass die Versorgung geriatrischer Patienten wohnortnah erfolgen solle, die Zuweisung der Patienten in ein bestimmtes geriatrisches Zentrum sei gerade nicht vorgegeben.

Schließlich spreche bereits die Regelung in § 39 Abs. 1 S. 3 2. Halbsatz SGB V, der zufolge im Rahmen der akutstationären Behandlung ein Anspruch auf die im Einzelfall erforderliche und zum frühestmöglichen Zeitpunkt einsetzende Leistung zur Frührehabilitation bestehe, dafür, dass die Erbringung geriatrisch frührehabilitativer Leistungen vom Versorgungsauftrag der Klägerin umfasst sei und zur Behandlungspflicht der zugelassenen Krankenhäuser gehöre. Soweit Überschneidungen des Leistungsspektrums zwischen verschiedenen Fachabteilungen bestünden, dürfe nach höchstrichterlicher Rechtsprechung (vgl. hierzu: Urteil des BSG vom 24.07.2003, Az: B 3 KR 28/02 R) die Leistung in beiden Fachgebieten vorgenommen werden, wenn diese vom Versorgungsauftrag des Krankenhauses umfasst sei. Aus den vorgenannten Regelungen lasse sich ebenfalls nicht ableiten, dass für die Entstehung des Vergütungsanspruchs die Behandlung in einer Abteilung für Geriatrie zwingend vorausgesetzt sei. (SG Duisburg aaO)

Es bleibe daher festzuhalten, dass die Klägerin sich mit der Erbringung geriatrisch frührehabilitativer Leistungen auf einer nicht gesondert ausgewiesenen Abteilung für Geriatrie innerhalb des ihr übertragenen Versorgungsauftrages bewegt habe. Dementsprechend habe sie den sich aus der Abrechnung der jeweiligen Prozedur ergebenden Vergütungsanspruch.

Der Zinsanspruch der Klägerin ergebe sich aus der Budgetvereinbarung für das Jahr 2011.

Die Klägerin beantragt,

die Beklagte zu verurteilen, an die Klägerin 4.083,86 € nebst Verzugszinsen in Höhe von 4 %-Punkten pro Jahr über dem Basiszinssatz seit dem 06.02.2012 (Rechtshängigkeit) zu zahlen,

Die Beklagte beantragt,  
die Klage abzuweisen.

Sie geht davon aus, dass die frührehabilitative Komplexbehandlung zu Unrecht kodiert sei.

Die mit diesem OPS verschlüsselte Behandlungsleistung, OPS 8-550.1 (geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung: mindestens 14 Behandlungstage und 20 Therapieeinheiten) werde nicht vom Versorgungsauftrag des Krankenhauses umfasst. Gemäß § 8 Abs. 1 Satz 3 KHEntgG dürften Entgelte für Krankenhausleistungen, außer bei der Behandlung von Notfallpatienten, nur im Rahmen des Versorgungsauftrages berechnet werden. Der Versorgungsauftrag ergebe sich aus den Feststellungen des Landeskrankenhausplanes in Verbindung mit dem Feststellungsbescheid nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz, 8 Abs. 1 Satz 4 Nr. 1 KHEntgG. Durch die Umsetzung der Rahmenvorgaben und Planungskonzepte des Krankenhausplanes werde jedem Krankenhaus ein genau definierter Aufgabenbereich zugewiesen. Ziel sei eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit Krankenhausleistungen unter Berücksichtigung von Wirtschaftlichkeit und Leistungsfähigkeit aller Krankenhäuser des Planungsgebietes. Auf Grundlage des neuen Krankenhausgesetzes Sachsen-Anhalt (KHG LSA) weise der von der Landesregierung beschlossene Krankenhausplan ab 2005 die Krankenhäuser mit Standorten und Fachgebieten aus, auf das Kriterium "Planbett" sei verzichtet worden. Der hier maßgebliche Landeskrankenhausplan sehe in Anlage 2 vor, dass sog. Zentren für den Bereich Geriatrie gebildet würden. Wie die klägerseitig richtig festgestellt, sei für das Teilgebiet Geriatrie in der Anlage 4 zum Landeskrankenhausplan -anders als für die übrigen Teilgebiete der Inneren Medizin- kein Planungsschwerpunkt vorgesehen.

Damit sei offensichtlich, dass durch den Landeskrankenhausplan das Teilgebiet Geriatrie nicht in die Schwerpunktplanung einbezogen worden sei, sondern die geriatrischen Behandlungen den gebildeten Zentren vorbehalten. Anlage 2 sehe vor, dass für den Bereich Geriatrie sogenannte Zentren gebildet werden.

Nach dem Krankenhausplan in Verbindung mit dem Feststellungsbescheid, seien für das Krankenhaus der Klägerin für den Bereich Innere Medizin die Planungsschwerpunkte Gastroenterologie, Hämatologie und Onkologie sowie Kardiologie ausgewiesen. Aufgrund der oben dargestellten Regelungslage im Land Sachsen-Anhalt sei damit das Gebiet Geriatrie vom Versorgungsauftrag des Krankenhauses nicht mit umfasst. Dass es sich bei der Geriatrie nach der Weiterbildungsordnung der Ärzte um ein Teilgebiet der Inneren Medizin handele, stehe dem - aufgrund der eindeutigen Regelung im

Landeskrankenhausplan, die für sämtliche anderen Teilgebiete der Inneren Medizin Planungsschwerpunkte vorsähen, die Geriatrie davon aber ausnahmen und für diese Zentren vorsehe, gerade nicht entgegen

Wegen des Vorbringens der Beteiligten im Einzelnen wird auf die eingereichten Schriftsätze nebst Anlagen verwiesen.

## **Entscheidungsgründe**

Die Klage ist zulässig und begründet.

Die von der Klägerin erhobene (echte) Leistungsklage (§ 54 Abs. 5 SGG) ist im hier bestehenden Gleichordnungsverhältnis zulässig (vgl. z.B. BSGE 102, 172 = SozR 4-2500 § 109 Nr. 13, Rdnr 9 mwN; BSGE 104, 15 = SozR 4-2500 § 109 Nr. 17, Rdnr 12) und begründet.

1. Der Klägerin steht wegen der stationären Behandlung der Versicherten der gesamte abgerechnete Betrag zu, so dass der bislang nicht gezahlte Betrag von 4.083,86 € noch offen ist.

Die Klägerin erfüllte die Grundvoraussetzungen eines Anspruchs auf Krankenhausvergütung, indem sie die Versicherte vom 13.07. bis 01.08.2011 stationär behandelte.

Die Zahlungsverpflichtung einer KK entsteht - unabhängig von einer Kostenzusage - unmittelbar mit Inanspruchnahme der Leistung durch den Versicherten kraft Gesetzes, wenn die Versorgung - wie hier - in einem zugelassenen Krankenhaus durchgeführt wird und zusätzlich i.S. von § 39 Abs. 1 S 2 SGB V erforderlich und wirtschaftlich ist.

Ebenso muss sie innerhalb des Versorgungsauftrages des Krankenhauses erbracht worden sein, wenn es sich nicht um einen Notfall handelt.

Vorliegend streitentscheidend ist, ob die Klägerin berechtigt war, den OPS 8 550.1 zur Bestimmung der DRG zu kodieren.

Dies ist zu bejahen; insbesondere war sie nicht durch die Krankenhausplanung des Landes Sachsen-Anhalt an dieser Kodierung gehindert (vgl. zu einer vergleichbaren Problematik der Landeskrankenhausplanung des Freistaates Bayern: SG Fulda S 4 KR 1115/11, zitiert nach juris).

a) Das SG Fulda führt zutreffend aus (Hervorhebungen vom erkennenden Gericht):

„Es kann insoweit auch keine Einschränkung des Versorgungsauftrags der Klägerin durch Beschränkung der geriatrischen Leistungen auf (durch Bescheid) anerkannte Akutgeriatrien erfolgt sein. Folglich gehörten zu den von der Klägerin zu erbringenden allgemeinen Krankenhausleistungen ohne weiteres gem. § 2 Abs. 2 S. 2 Nr. 5 KHEntgG auch solche der Rehabilitation, also auch eine Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung i.S.d. OPS 8-550.

Hierfür ausschlaggebend ist der Umstand, dass der Bundesgesetzgeber sowohl in § 39 Abs. 1 S. 3 SGB V als auch in § 2 Abs. 2 S. 2 Nr. 5 KHEntgG die Frührehabilitation zum integralen Bestandteil einer (jeden) akutstationären Behandlung erklärt hat. Praktisch bedeutet dies, dass eine medizinisch erforderliche Frührehabilitation bereits bei der akutstationären Behandlung beginnen muss. Dies ist deshalb unerlässlich, weil das Krankenhaus als Leistungserbringer nur auf diese Weise den Anspruch eines Versicherten gem. § 39 Abs. 1 S. 3 SGB V erfüllen kann. Erbrächte es die Rehabilitationsleistungen nicht, bliebe der Anspruch des Versicherten, nicht nur irgendwann, sondern "zum frühestmöglichen Zeitpunkt" entsprechend versorgt zu werden, unerfüllt.

50

Dieses Regelungskonzept des Bundesgesetzgebers hat gem. Art. 31 GG Vorrang vor landesrechtlichen Regelungen jeglicher Art und geht daher erst recht der Landeskrankenhausplanung vor, die ihrerseits keinen Rechtsnormcharakter aufweist (BVerwG, Urt. v. 25. Juli 1985 - 3 C 25/84 -, BVerwGE 72, 38 ff., juris Rn. 47). Wollte man dies anders sehen, käme es zu einer Trennung akutstationäre Versorgung einerseits und von Rehabilitationsleistung andererseits. Dies scheidet jedoch aus, weil Rehabilitationsleistungen gem. § 39 Abs. 1 S. 3 SGB V nicht von einem Versorgungsauftrag für ein bestimmtes Fachgebiet getrennt dürfen.

51

aa) Dies wird zunächst durch die Gesetzesmaterialien belegt.

52

Gem. § 2 Abs. 2 S. 2 Nr. 5 KHEntgG gehört zu den allgemeinen Krankenhausleistungen auch "die Frührehabilitation im Sinne von § 39 Abs. 1 Satz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch". Diese bereits seit Einführung des KHEntgG geltende Norm ist ausweislich der Gesetzesbegründung die Konsequenz aus § 39 Abs. 1 S. 3 SGB V, der als solcher mit Einführung des SGB IX zum 1. Juli 2001 in Kraft trat. Der Gesetzesentwurf der damaligen Regierungsfractionen zum KHEntgG enthielt insoweit folgende Erwägungen (BT-Drs. 14/6893, S. 38 f.):

53

"Die ausdrückliche Einbeziehung der Frührehabilitation im Sinne von § 39 Abs. 1 Satz 3 SGB V in die allgemeinen Krankenhausleistungen beruht auf der entsprechenden Änderung des § 39 SGB V durch das SGB IX (Artikel 5) vom 16. Juni 2001 (BGBl. I S. 1046, 1098); danach umfasst die akut-stationäre Behandlung auch die im Einzelfall erforderlichen und zum frühestmöglichen Zeitpunkt einsetzenden Leistungen zur Frührehabilitation. Soweit Fragen einer frührehabilitativen Versorgung der Patienten betroffen sind, ist diesen auch in anderen Regelungsbereichen der stationären Versorgung (z. B. Qualitätssicherung) adäquat Rechnung zu tragen."

54

Zu § 39 Abs. 1 S. 3 SGB V hatte die Bundesregierung in ihrem Entwurf vom 26. Januar 2001 aus-geführt (BR-Drs. 49/01, S. 357 f.):

55

"Die Neuregelung stellt im Grundsatz klar, dass im Rahmen der Behandlung im Krankenhaus, die bereits heute viele Elemente einer Frührehabilitation z.B. die Frühmobilisation/Motivation, die Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln, die psychologische Betreuung bei lebensbedrohlichen Erkrankungen und die Sozialberatung beinhaltet, zukünftig noch konsequenter die Chancen der Medizin-nischen Rehabilitation genutzt werden sollen. Die Rehabilitation soll von Anfang an integraler Bestandteil der medizinischen Versorgung sein. Ärzteschaft, Pflegepersonal und das spezifische Fachpersonal haben an dieser Aufgabe mitzuwirken.

56

Für die Feststellung des individuellen medizinischen Rehabilitationsbedarfs im Akut-krankenhaus sind Art und Schwere der Erkrankung und die individuellen Voraussetzungen wie z.B.: Lebensalter und Multimorbidität des Patienten zugrunde zu legen. Hierfür, sowie für Art und Umfang der medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen im Rahmen der Krankenhausbehandlung sind Kriterien auf-zustellen. Vorrangiges Ziel dieser frühen Rehabilitation im Krankenhaus ist die Wiederherstellung der Basisfähigkeiten, wozu neben der Mobilität die weitgehende Unabhängigkeit in den einfachen Aktivitäten des täglichen Lebens gehört, sowie die Kommunikation mit und die Orientierung in der Umwelt; hinzu kommen die frühzeitige Auseinandersetzung mit Fähigkeitsstörungen in der Folge von Erkrankungen/Unfällen und der frühzeitige Einstieg in das Erlernen von Bewältigungsstrategien. Soweit medizinisch erforderlich, sind auch fachspezifische Rehabilitationsansätze zum frühestmöglichen Zeitpunkt zu integrieren.

57

Über die bereits vorhandenen Rehabilitationsansätze im Krankenhaus hinaus sind zukünftig bereits bei Aufnahme in das Akutkrankenhaus der funktionelle Status, das Rehabilitationspotential und der Rehabilitationsbedarf des Patienten in die Diagnosestellung einzubeziehen und ein am individuellen Bedarf ausgerichtetes Rehabilitationskonzept in die Krankenbehandlung zu integrieren. Die medizinisch notwendigen rehabilitativen Maßnahmen im Krankenhaus sind dabei differenziert an den individuellen Voraussetzungen der Patienten auszurichten. Auch hierfür sind Kriterien zu entwickeln und die Qualität sicherzustellen. Dabei ist zu beachten, dass sowohl rehabilitative Unter- aber auch Überversorgung ausgeschlossen wird.

58

Das Erbringen von medizinischen Leistungen zur Rehabilitation hat im Rahmen der für die jeweilige Akutbehandlung erforderlichen Verweildauer zu erfolgen. Das Krankenhaus kann und soll die Rehabilitationseinrichtung nicht ersetzen, sondern die Ausschöpfung des Rehabilitationspotentials im Rahmen der Krankenhausbehandlung verbessern bis zur Entlassung des Patienten bzw. der Fortsetzung der Rehabilitation in einer spezifischen ambulanten oder stationären Rehabilitationseinrichtung. Die Integration der medizinischen Rehabilitation in die Krankenhausbehandlung stellt vor allem eine Qualitätsverbesserung der stationären Versorgung dar. Für weitergehende Rehabilitationsziele stehen die fachspezifischen Rehabilitationseinrichtungen zur Verfügung."

59

Daraus wird deutlich, dass die Rehabilitationsmaßnahmen zwingend parallel zur akutstationären Behandlung zu beginnen haben, so dass sie nicht etwa auf den Zeitpunkt einer etwaigen späteren Verlegung in eine als Akutgeriatrie anerkannte Klinik verschoben werden dürfen. Es muss also, soweit geriatrische Rehabilitationsmaßnahmen erforderlich und möglich sind, eine zeitliche Kongruenz von akutstationärer Behandlung und Rehabilitation erfolgen.

60

Dies ist im Übrigen auch ausdrückliche Auffassung des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherheit, wie sie in dessen Schreiben vom 27. Oktober 2004 (216.43546-8) an verschiedene Kassenverbände zum Ausdruck gebracht worden ist (zitiert seitens des VG Münster im Urteil vom 23. Juni 2010 - 9 K 249/09, juris Rn. 49 ff.).

61

Aus der Vorgabe, "ein am individuellen Bedarf ausgerichtetes Rehabilitationskonzept" zu erarbeiten und anzuwenden, folgt gleichzeitig, dass nicht etwa eine geriatrische

Rehabilitation als Spezialanwendung von dieser Regelung ausgeschlossen sein könnte. Wenn ein alter Mensch daher eine geriatrische Rehabilitation benötigt, ist sie im Rahmen des § 39 Abs. 1 S. 3 SGB V zu erbringen.

62

Dieses Ergebnis wird auch durch folgende Erwägung gestützt: Auf der Basis der Auffassung, dass geriatrische Rehabilitationsleistungen nur in Akutgeriatrien im Sinne des bayerischen Fachprogramms durchgeführt werden dürften, wären solche Leistungen entgegen gesetzlicher Anordnung nicht mehr zum frühestmöglichen Zeitpunkt im Akutkrankenhaus möglich. Dies könnte dann nur noch verhindert werden, indem alle rehabilitationsbedürftige Patienten in Krankenhäuser verlegt würden, die im Fachprogramm Akutgeriatrie aufgenommen worden sind und die gleichzeitig über einen Versorgungsauftrag für die akutstationäre Behandlungsfachgebiet verfügen. Dass dies mit den im Bayerischen Krankenhausplan 2010 als Akutgeriatrien ausgewiesenen Krankenhäusern möglich gewesen sein könnte, ist offenkundig ausgeschlossen.

63

bb) In dieser Rechtsfindung sieht sich die Kammer durch die Rechtsprechung anderer Gerichte bestätigt.

64

(1) So hat das LSG Hamburg im Urteil vom 18. Dezember 2014 (L 1 KR 60/14 -, juris Rn. 19 f.) die erstinstanzliche Entscheidung bestätigt und wie hier zum "Kerngedanken" der Regelung ausgeführt,

65

"dass die Frührehabilitation untrennbar mit der Akutbehandlung verbunden ist. Dies bringt § 39 Abs. 1 Satz 3 Hs. 2 SGB V deutlich zum Ausdruck. Die Situation der Frührehabilitation stellt sich also immer so dar, dass der Patient auf einer bestimmten Station akut behandelt wird und währenddessen ergänzend die Frührehabilitation hinzutritt. Dies meint auch das Sozialgericht, wenn es im Zusammenhang mit der gfK von einem Annex spricht. Vor diesem Hintergrund wird deutlich, dass es auf die Frage, ob das Krankenhaus auch Betten auf einer geriatrischen Station hat, nicht ankommen kann. Denn die gfK findet gerade nicht auf einer geriatrischen Station, sondern auf der Station statt, die die Akutbehandlung vornimmt."

66

Diese unmittelbar bundesrechtliche Vorgabe bindet daher auch den Landesgesetzgeber und erst recht die Landes-Krankenhausplanung, so dass es entgegen der Auffassung der Beklagten nicht auf landesspezifische Regelungen ankommen kann und diese Auffassung auch auf die bayerische Situation ohne weiteres übertragbar ist.

67

(2) Zuvor hatte bereits das OVG NRW im Urteil vom 22. November 2012 (13 A 2379/11, juris Rn. 57 ff.) ausgeführt, dass sich eine Krankenkasse zur Begründung ihrer Auffassung, die geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung sei eine geriatrische Kernleistung, die ausschließlich vom Versorgungsauftrag Geriatrie umfasst werde, weder auf den Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) 8-550 noch auf die Systematik des Fallpauschalensystems G-DRG berufen könne. Bei- de betreffen letztlich allein die Abrechnung von Krankenhausleistungen und seien nicht maßgeblich für die krankenhaushausplanungsrechtlich erforderliche Bestimmung des Versorgungsauftrags.

68

Darüber hinaus verlange der OPS 8-550 in der hier maßgeblichen Version 2008 Gleiches gilt für das Jahr 2010 - ausdrücklich weder eine Fachabteilung für Geriatrie noch Strukturvoraussetzungen, die ohne Ausweisung einer solchen Abteilung nicht bestehen können. Insbesondere reiche die "Behandlung durch ein geriatrisches Team unter fachärztlicher Behandlungsleitung (Zusatzweiterbildung oder Schwerpunktbezeichnung im Bereich "Klinische Geriatrie" erforderlich)" aus und sei die in späteren OPS-Versionen vorgesehene Tätigkeit der fachärztlichen Behandlungsleitung überwiegend in der zugehörigen geriatrischen Einheit nicht erforderlich.

69

Das OVG NRW führt gleichzeitig (ebd., Rn. 45) aus:

70

"Der Wortlaut des § 2 Abs. 2 Satz 2 Nr. 5 KHEntgG i. V. m. § 39 Abs. 1 Satz 3 SGB V bietet keine Anhaltspunkte für eine solche differenzierte Betrachtung. Der Gesetzgeber stellt allein auf die individuellen Bedürfnisse ab. Maßgeblich ist, welche Leistungen der Frührehabilitation im Einzelfall erforderlich sind. Der Begriff der geriatrischen frührehabilitativen Komplexbehandlung selbst stellt schon sprachlich den Bezug zur Frührehabilitation her. Die Beschränkung der Leistungen auf den »Rahmen des Versorgungsauftrags« in § 39 Abs. 1 Satz 3, 1. Halbsatz SGB V bedeutet entgegen der Auffassung der Kläger ebenfalls nicht, dass ein Versorgungsauftrag für die Geriatrie oder gar explizit für Leistungen der geriatrischen frührehabilitativen Komplexbehandlung bestehen muss. § 2 Abs. 2 Satz 2 Nr. 5 KHEntgG verweist allein bezüglich des Begriffs der Frührehabilitation auf § 39 Abs. 1 Satz 3 SGB V und nimmt damit lediglich auf den zweiten Halbsatz dieser Vorschrift Bezug. Darüber hinaus meint § 39 Abs. 1 Satz 3, 1. Halbsatz SGB V allein den akutmedizinisch-kurativen Versorgungsauftrag, hier: Innere Medizin, Teilgebiet Rheumatologie. Mit der Bezugnahme auf den Versorgungsauftrag

wird lediglich klargestellt, dass § 39 Abs. 1 Satz 3 SGB V den Begriff der Krankenhausbehandlung nicht erweitert, im Fall des 2. Halbsatzes insbesondere nicht zu Lasten des Begriffs der Rehabilitationsbehandlung in den dafür vorgesehenen Einrichtungen."

71

Soweit das OVG NRW in der in Bezug genommenen Entscheidung (etwa ebd., Rn. 49, 52) auf fehlende "Schwerpunkt"-Planung in Bezug auf die Geriatrie verweist und insofern eine mögliche Einschränkung des Versorgungsauftrags durch eine solche Planung insinuiert, kann die Beklagte hieraus Nichts für sich ableiten. Denn selbst wenn man das bayerische Fachprogramm Akutgeriatrie als eine solche Schwerpunktplanung ansehen wollte, bliebe es gleichzeitig dabei, dass die WBO 2010 die Geriatrie nur als eine Zusatz-Weiterbildung definiert, die, worauf das OVG NW ebenfalls verweist, auch in Bayern mehreren Fachgebieten zuzuordnen ist bzw. auf entsprechende Facharztausbildungen aufbaut.

72

cc) Soweit das Schleswig-Holsteinische VG im von der Beklagten vorgelegten Urteil vom 15. Mai 2014 zu einem anderen Ergebnis gelangt, überzeugt dies nicht. Es geht nämlich unter Missachtung der bundesrechtlichen Vorgaben in § 39 Abs. 1 S. 3 SGB V davon aus, dass die Landeskrankenhausplanung Rehabilitationsleistungen in bestimmten Kliniken ausschließen könne. Insofern steht das Ergebnis zunächst in Widerspruch zu der auch hier zuvor in Bezug genommenen Entscheidung des OVG NRW, der sich das Schleswig-Holsteinische VG andererseits aber ausdrücklich anschließt (S. 19 der Urteilsausfertigung vom 15. August 2014). Es meint dann aber, dem Feststellungsbescheid gegenüber dem Krankenhaus unter Heranziehung des Krankenhausplans "hinreichend deutlich entnehmen" zu können,

73

"dass die stationären geriatrischen Leistungen, dazu gehören auch die geriatrischen Leistungen zur Frührehabilitation ausschließlich den (...) geriatrischen Kliniken bzw. geriatrischen Abteilungen mit im Krankenhausplan ausgewiesenen Betten für die Geriatrie zugewiesen werden sollten und der Versorgungsauftrag andere Krankenhäuser dieses Leistungsspektrum während der akut-kurativen Krankenhausbehandlung - insoweit in Abweichung von der Weiterbildungsordnung der Ärztekammer Schleswig-Holstein - demnach nicht umfassen sollte."

74

Dabei stehe es dem Plangeber frei, "solche Abweichungen von der Weiterbildungsordnung bei der Festlegung und Ausweisung von Fachgebieten" vorzunehmen, auch

wenn die Geriatrie (nur) eine Zusatz-Weiterbildung, aber selbst kein Fachgebiet nach der Weiterbildungsordnung sei.

75

Nicht thematisiert wird durch das VG, ob eine solche Abweichung (eine entsprechend dahinterstehende Planung unterstellt) bundesrechtlich überhaupt zulässig ist. Damit weist die Entscheidung eine zentrale Argumentationslücke auf, so dass die Kammer der darin zum Ausdruck kommenden Auffassung nicht zu folgen vermag. Daher kommt es auch nicht darauf an, ob die Krankenhaus-planung Fachgebiete in Abweichung von einer ärztlichen Weiterbildungsordnung definieren darf oder eine solche zumindest deutlich zum Ausdruck bringen muss; Letzteres insbesondere vor dem Hintergrund der allgemein angenommenen Verknüpfung der krankenhauserischen Fachgebietsdefinition mit der der Weiterbildungsordnungen.

76

dd) Im Übrigen kann das Fachprogramm "Akutgeriatrie" nicht zur Definition des Versorgungsauftrages eines Krankenhauses im Sinne des § 108 SGB V herangezogen werden.

77

Es darf als weithin verbreitete Auffassung in der Rechtsprechung gelten, dass der Inhalt eines Versorgungsauftrags eines Krankenhauses durch die entsprechende Fachgebietsbezeichnung in der jeweils geltenden Landes-Weiterbildungsordnung für Ärzte bestimmt wird. Folglich dürfen in einem Plankrankenhaus gem. § 108 Nr. 2 SGB V sämtliche Leistungen erbracht werden, die Gegenstand einer Facharztausbildung sind. So hat etwa das LSG Niedersachsen-Bremen im Ur. v. 24. März 2015 (- L 4 KR 314/11 -, juris Rn. 21) ausgeführt:

78

"Welche konkreten Leistungen des Krankenhauses, wie die hier durchgeführte Operation, konkret vom Versorgungsauftrag umfasst sind, lässt sich dem Versorgungsauftrag selbst folglich nicht entnehmen. Maßgeblich zur Auslegung des Versorgungsauftrages ist daher die von der Landesärztekammer beschlossene Weiterbildungsordnung (WBO), die besondere Einrichtungen und Leistungsschwerpunkte ausweist (vgl. Urteil des BSG vom 14. Oktober 2014, Az.: B 1 KR 33/13 R (abgedruckt in Juris). Die Bestimmung des Inhalts und der Grenzen des Versorgungsauftrages eines Plankrankenhauses ist danach nach der im Zeitpunkt der Beschlussfassung des maßgeblichen Landeskrankenhausplans geltenden ärztlichen Weiterbildungsordnung des Landes Niedersachsen vorzunehmen."

79

Ebenso hat das LSG Berlin-Brandenburg die Bestimmung des Inhalts und der Grenzen des Versorgungsauftrags eines Plankrankenhauses nach der im Zeitpunkt der Beschlussfassung des maßgeblichen Landeskrankenhausplans geltenden ärztlichen Weiterbildungsordnung ermittelt (Urt. v. 17. April 2012 - L 9 KR 119/10 -, juris Rn. 19).

80

Gegen diese inhaltliche Verknüpfung von Versorgungsauftrag und Weiterbildungsrecht bestehen auch keine bundesrechtlichen Einwendungen, wie das BSG im Urteil vom 14. Oktober 2014 (B 1 KR 33/13 R, BSGE 117, 94 ff., juris Rn. 72) ausdrücklich festgestellt hat.

81

In der Weiterbildungsordnung für die Ärzte Bayerns vom 24. April 2004 in der Fassung des Beschlusses vom 11. Oktober 2009 für das Jahr 2010 (im Folgenden WBO 2010) wird das Fachgebiet der "Geriatric" (nur) als "Zusatz-Weiterbildung" geführt. Voraussetzung für deren Erwerb ist die

82

"Anerkennung als Facharzt für Allgemeinmedizin, Facharzt für Neurologie, Facharzt für Physikalische und Rehabilitative Medizin, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie (auch Anerkennung als Facharzt für Nervenheilkunde nach bisherigem Recht) oder einer Facharztbezeichnung im Gebiet Innere Medizin".

83

Gleichzeitig darf die Zusatzbezeichnung "Geriatric" gem. Abschnitt D.II. der Weiterbildungsordnung nur mit den Facharztbezeichnungen in den Gebieten

84

"Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Innere Medizin und Allgemeinmedizin, Neurologie, Öffentliches Gesundheitswesen, Physikalische und Rehabilitative Medizin, Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Urologie"

85

geführt werden.

86

Daher stellt nach dem Bayerischen Krankenhausplan die "Geriatric" kein Fachgebiet im Sinne der zuvor herangezogenen Rechtsprechung dar. Denn es handelt sich lediglich um eine "Zusatz-Weiterbildung", die gem. § 1 Abs. 1 WBO 2010 eine Spezialisierung darstellt, die auf der Qualifikation als Facharzt aufbaut. Daher definiert die Zusatz-Weiterbildung kein Fachgebiet, sondern nun eine Spezialisierung in demselben, so dass diese Zusatzweiterbildung nicht zur inhaltlichen Bestimmung des Versor-

gungsauftrags herangezogen werden kann (i.E. ebenso SG Aachen, Urteil vom 23. April 2013 S 13 KR 212/12 -, juris Rn. 19).

87

Nach alledem muss die Klage in der Hauptsache Erfolg haben. Andere Gründe, die die geltend gemachte Vergütungshöhe in Frage stellen könnten, sind nicht ersichtlich.“

b) Für das Gericht sind keine Abweichungen von dieser Argumentation für die Situation in Sachsen-Anhalt erkennbar.

Ähnlich wie das VG Schleswig-Holstein hat das VG Halle in seiner Entscheidung zu den Planungsgrundlagen die Regelungskompetenzen des jeweiligen Bundeslandes verkannt. Es erscheint nachvollziehbar, dass in einem winzigen Bundesland wie Sachsen-Anhalt mit einer sehr ungünstigen Altersstruktur der Landesgesetzgeber versucht, planerisch Einfluss zu nehmen, um die Kosten für Geriatrische Behandlungen einzudämmen.

Er muss jedoch dabei die bundesrechtlichen Vorgaben, die sich im SGB V befinden beachten und kann sie nicht überwinden.

Es bedarf in diesem Bereich noch weiterer Klärungen, da die Effektivität der geriatrischen frührehabilitativen Komplexbehandlung umstritten ist (vgl. dazu Laag, Ulrich, Wlazik, Hölscher: *Welche Qualität braucht die geriatrische Versorgung in BARMER GEK Gesundheitswesen* aktuell 2016, 280-297) und sich die Frage einer ausreichenden Qualitätssicherung stellt.

Insoweit muss jedoch der Gesetzgeber tätig werden oder die Kodierrichtlinien geändert werden.

Auf der Grundlage der bisherigen Regelungen bildet allein die Erfüllung der einzelnen Merkmale des OPS und die fachärztliche Leitung die Kriterien der Qualitätssicherung ab. Dabei ist durch die Beklagte beispielsweise auch nicht vorgetragen worden, welche bessere Qualität die Erbringung der streitigen Leistungen in geriatrischen Zentren hat.

Das Gericht hat aufgrund der vorgerichtlich nicht erfolgten Prüfung, ob die Voraussetzungen des OPS-Schlüssels 8-550.1 im Einzelnen erfüllt sind, der Beklagten die Patientenakten zur Prüfung überlassen, die diese auch dem Sozialmedizinischen Dienst zugeleitet hat.

Die Beklagte hat jedoch weder die Durchführung der maßgeblichen Therapiemaßnahmen (Anzahl und Dauer) noch die Frage der ärztlichen Leitung einer Person mit der Facharztausbildung Innere Medizin und der Zusatzbezeichnung Geriatrie gerügt.

Aus der Patientenakte ergibt sich nach laienhafter Prüfung durch das Gericht kein Anhaltspunkt, dass die erforderlichen Leistungen nicht erbracht worden sind, auch wenn sich die Frage stellt, wie die Befundung und Behandlung einer Patientin erfolgt, mit der wegen Schwerhörigkeit keine Verständigung möglich ist. Auch stellt sich die Frage, warum die Behandlung nach genau 14 Tagen beendet wird, ohne dass etwa die Empfehlung für eine Hörgeräteversorgung erstellt wird.

Die Kammer geht jedoch davon aus, dass es hier Aufgabe der Beklagten ist, ihre Einwände gegen die Erforderlichkeit und Vollständigkeit der Leistungserbringung im Einzelnen darzulegen, wie dies auch sonst üblicherweise erfolgt, wenn nicht über den Versorgungsauftrag gestritten wird.

Daher war der Klage stattzugeben.

2. Der Zinsanspruch folgt aus der Budget- und Entgeltvereinbarung der Beteiligten.

3. Die Kostenentscheidung beruht auf § 155 Abs. 1 S. 3 VwGO i.V.m. § 197a SGG.

## Rechtsmittelbelehrung

Dieses Urteil kann mit der Berufung angefochten werden.

Die Berufung ist innerhalb **eines Monats** nach Zustellung des vollständigen Urteils bei dem

Landessozialgericht Sachsen-Anhalt  
Thüringer Str. 16  
06112 Halle

schriftlich, in elektronischer Form oder mündlich zur Niederschrift des Urkundsbeamten der Geschäftsstelle einzulegen.

Die Berufungsfrist ist auch gewahrt, wenn die Berufung innerhalb der Monatsfrist bei dem

Sozialgericht Halle  
Justizzentrum Halle  
Thüringer Straße 16  
06112 Halle

schriftlich, in elektronischer Form oder mündlich zur Niederschrift des Urkundsbeamten der Geschäftsstelle eingelegt wird.

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 und über das Elektronische Gerichts- und Verwaltungspostfach (EGVP) eingereicht wird oder
- von der verantwortenden Personen signiert und auf einem sicheren Übermittlungsweg gem. § 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. Weitere Informationen hierzu können über das Internetportal des Bundessozialgerichts ([www.bsg.bund.de](http://www.bsg.bund.de)) abgerufen werden.

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 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** nach Zustellung des Urteils bei dem

Sozialgericht Halle  
Justizzentrum Halle  
Thüringer Straße 16  
06112 Halle

schriftlich oder in elektronischer Form zu stellen. Die Zustimmung des Gegners ist dem Antrag beizufügen. Die elektronische Form wird durch Übermittlung eines elektronischen Dokuments gewahrt. Es gelten die oben genannten Anforderungen.

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.

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

Pippert

**Beglaubigt**  
Halle, 18. Januar 2018

Fenske  
Justizangestellte  
als Urkundsbeamtin der Geschäftsstelle

