
Datum: 12.10.2017
Gericht: Sozialgericht Köln
Spruchkörper: 23. Kammer
Entscheidungsart: Urteil
Aktenzeichen: S 23 KR 617/14
ECLI: ECLI:DE:SGK:2017:1012.S23KR617.14.00

Nachinstanz: Landessozialgericht NRW, L 16 KR 741-17
Sachgebiet: Sozialrecht

Tenor:

Die Beklagte wird verurteilt, an die Klägerin 4.325,50 € nebst Zinsen in Höhe von 2 Prozentpunkten seit dem 13.08.2013 zu zahlen. Im Übrigen wird die Klage abgewiesen.

Auf die Widerklage wird die Klägerin verurteilt, an die Beklagte 4.235,50 € nebst Zinsen in Höhe von 2 Prozentpunkten seit Rechtshängigkeit der Widerklage zu zahlen

Die Kosten des Verfahrens werden Beklagten zu 80% und der Klägerin zu 20 % auferlegt. Die Kosten der Widerklage werden der Klägerin auferlegt.

Tatbestand:

1

Streitig ist die Zahlung eines Betrages i .H. v. 5.270,59 € bzw. die Rückforderung einer bereits geleisteten Zahlung von 4.325,50 € für die stationäre Krankenhausbehandlung insbesondere in Bezug auf die Durchführung einer epidural gepulsten Radiofrequenztherapie (EPRF).

2

Die Klägerin ist ein für die Versorgung gesetzlich Krankenversicherter zugelassenes Krankenhaus gemäß § 108 SGB V und behandelte den bei der Beklagten gesetzlich Versicherten X, geb. am 00.00.1955, in der Zeit vom 22.11.2012 bis zum 25.11.2012 wegen therapieresistenten Lumboischialgien. Hierzu erfolgte insbesondere eine Therapie mit einem

3

epiduralen Schmerzkatheter über drei Tage sowie eine gepulste epidurale Stimulation zur Gegenirritation mit der Multifunktionselektrode (EPRF).

Den stationären Aufenthalt rechnete die Klägerin am 21.12.2012 mit einem Rechnungsbetrag i.H.v. 5.270,59 € ab. Hierauf leistete die Beklagte lediglich eine Teilzahlung i.H.v. 4.345,50 € und beauftragte am 10.01.2013 den MDK mit der Prüfung des Behandlungsfalls. Der MDK zeigte gegenüber der Klägerin seine Beauftragung an und bat um Übersendung der entsprechenden Behandlungsunterlagen. In seiner Stellungnahme vom 05.08.2013 kam der MDK zu dem Ergebnis, dass vorliegend eine Behandlungsmethode angewandt worden sei, deren Wirksamkeit mit keinen validen Studien belegt sei. Die stationäre Behandlung und die Verweildauer seien daher nicht begründet. Mithin sei die medizinische Notwendigkeit der Krankenhausbehandlung nicht nachvollziehbar. Die Beklagte stützte ihre Auffassung zudem auf eine Grundsatzstellungnahme des MDK Nordrhein zur gepulsten Radiofrequenzbehandlung als EPRF vom 14.02.2013. Zusammenfassend handele es sich bei der EPRF um eine unwirtschaftliche Methode, da ein ausreichender Nutzenbeleg durch randomisierte kontrollierte Studien nicht gegeben sei. Zudem würden in der Regel alternative Therapieformen zur Verfügung stehen, insbesondere konservativ medikamentöse Therapien. Im Rahmen von operativen Therapien habe somit kein Vorteil für die relativ neue Methode der EPRF gezeigt werden können. 4

Im weiteren Verlauf erklärte die Beklagte die Aufrechnung in Höhe des bereits gezahlten Betrages von 4.345,50 € mit einem unstreitigen Vergütungsanspruch der Klägerin aus einem späteren Behandlungsfall. 5

Die Klägerin verwies am 18.11.2013 auf die Unzulässigkeit der erfolgten Verrechnung. Diese Praxis sei nicht zulässig, widerspreche den Abrechnungsregeln des SGB V sowie dem § 112 des Landesvertrages NRW, an den auch die Beklagte gebunden sei. 6

Am 10.07.2014 erhob die Klägerin die Zahlungsklage vor dem Sozialgericht Köln. 7

Zusammenfassend trägt die Klägerin vor, dass die durchgeführte Behandlungsmethode der EPRF den Anforderungen an das Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsgebot genügen würde. So habe die Methode dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Kenntnisse entsprochen und den medizinischen Fortschritt berücksichtigt. Auch befürworte eine Mehrheit der einschlägigen Fachleute diese Methode und über die Zweckmäßigkeit der Behandlung bestehe Konsens. Die durchgeführte Methode sei deutschlandweit fester Bestandteil der Therapie chronischer Rückenschmerzen und werde seitens der Fachgesellschaften, wie z.B. der Deutschen Gesellschaft für Neuromodulation e.V. (DGNM), als zweckmäßig und wirksam empfohlen. Im Übrigen gehe auch der MDK Bayern von einer anerkannten Behandlungsmethode aus, ein vom Sozialgericht Düsseldorf in einem vergleichbaren Verfahren eingeholtes Sachverständigengutachten vom 27.01.2016 sei zu Gunsten der Klägerin ausgegangen und auch in einem Parallelverfahren vor dem SG Detmold (Az.: S 22 KR 423/15) sei die Wirksamkeit der EPRF durch ein Sachverständigengutachten bestätigt worden. Vor diesem Hintergrund sei auch nachvollziehbar, dass der streitgegenständliche OPS im Jahr 2009 in den OPS Katalog zur Ziffer 5-039.38 aufgenommen worden sei. Insofern sei die gesamte stationäre Behandlung des Versicherten über den Zeitraum vom 22.11.2012 bis zum 25.11.2012 erforderlich gewesen, um die Wundheilung zu kontrollieren und im Fall einer epiduralen Blutung entsprechend reagieren zu können. Die DGNM halte dabei eine stationäre Behandlung von mindestens drei Tagen für unabdingbar. Ergänzend dazu sei darauf hinzuweisen, dass die Beklagte das vorliegend bestehende Aufrechnungsverbot nicht beachtet habe. 8

Die Klägerin beantragt,	
die Beklagte zu verurteilen, an die Klägerin 5.270,59 € nebst Zinsen i. H. v. 2 Prozentpunkten aus einem Betrag von 945,09 € seit dem 06.01.2013 sowie aus weiteren 4.325,50 € seit dem 13.08.2013 zu zahlen.	10
Die Beklagte beantragt,	11
die Klage abzuweisen.	12
Die Beklagte führt aus, dass der MDK in seiner Begutachtung zu dem Ergebnis gekommen sei, dass kein Nutzungsbeleg für die durchgeführte EPRF bestehe. Insbesondere sei der Nutzen nicht durch randomisiert-kontrollierte Studien belegt und es bestehe kein Konsens über die Zweckmäßigkeit der Behandlung. So setze die Qualität und Wirksamkeit einer Behandlung in der Regel voraus, dass darüber zuverlässige, wissenschaftlich nachprüfbare Aussagen gemacht werden können, insbesondere durch entsprechende Studien. Die bis zum Zeitpunkt der Behandlung vorliegenden Studien seien jedoch nur unzureichend durchgeführt worden, da z.B. nur unzureichende Patientenzahlen untersucht worden seien. Auch lägen gerade zum hier konkret verwendeten Pasha-Katheter und den damit postulierten besseren Möglichkeiten keine entsprechenden Studien vor.	13
In Hinblick auf die durchgeführte Verrechnung beantragt die Beklagte widerklagend,	14
die Klägerin und Widerbeklagte zu verurteilen, an die Beklagte und Widerklägerin 4.325,50 € nebst Zinsen in Höhe von zwei Prozentpunkten seit Rechtshängigkeit der Widerklage am 18.08.2014 zu zahlen.	15
Die Klägerin und Widerbeklagte beantragt unter Bezugnahme auf ihr Klagevorbringen,	16
die Widerklage abzuweisen.	17
Das Gericht hat zur Methodenbewertung am 27.02.2015 eine Stellungnahme des Gemeinsamen Bundesausschusses sowie ein Gutachten durch den Arzt für Neurologie und speziellen Schmerztherapie Prof. O eingeholt. Hierzu haben die Beteiligten die Gelegenheit zur Stellungnahme erhalten und Prof. Dr. O hat am 06.07.2016 sowie am 12.10.2016 ergänzend Stellung genommen, auch unter Berücksichtigung der konkreten Behandlung des Versicherten.	18
Wegen des Ergebnisses der Beweisaufnahme wird auf die zur Gerichtsakte gereichten Gutachten verwiesen	19
Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf die Streit- und die beigezogenen Verwaltungsakte der Beklagten sowie die darin befindlichen gewechselten Schriftsätze, die Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen sind, Bezug genommen.	20
Entscheidungsgründe:	21
Die Klage ist zulässig und teilweise begründet. Die Widerklage ist zulässig und vollumfänglich begründet.	22
I. Die Klage ist als Leistungsklage nach § 54 Abs. 5 Sozialgerichtsgesetz (SGG) zulässig, weil es sich um einen Parteienstreit im Gleichordnungsverhältnis handelt, in dem eine Regelung durch Verwaltungsakt nicht in Betracht kommt. Ein Vorverfahren war mithin nicht	23

durchzuführen und die Einhaltung einer Klagefrist nicht geboten (vgl. BSG, Urteil vom 17.05.2000, Az.: B 3 KR 33/99 R; BSG, Urteil vom 10.04.2008, Az.: B 3 KR 19/05 R; BSG, Urteil vom 20.11.2008, Az.: B 3 KN 4/08 KR R).

II. Vorliegend kann in Hinblick auf einen Betrag von 4.345,50 € dahinstehen, ob die Beklagte mit einer Gegenforderung aus öffentlich-rechtlicher Erstattung gegen die Hauptforderung aufrechnen konnte. Zwar erfüllten der Vergütungsanspruch der Klägerin und der von der Beklagten geltend gemachte öffentlich-rechtliche Erstattungsanspruch die Voraussetzungen der Gegenseitigkeit und der Gleichartigkeit. Der öffentlich-rechtliche Erstattungsanspruch der Beklagten war auch - seine Existenz unterstellt - fällig und der Vergütungsanspruch der Klägerin erfüllbar. Darauf kommt es jedoch im Ergebnis nicht an. Denn die Beklagte hat die Aufrechnung nicht wirksam erklärt. 24

Die Aufrechnung erfolgt nach § 388 Satz 1 Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) durch Erklärung gegenüber dem anderen Teil. Sie setzt voraus, dass sowohl die Passiv- als auch die Aktivforderung hinreichend konkret bezeichnet werden (vgl. BSG 25.10.2016 – B 1 KR 7/16 R m.w.N.). Die Erklärung braucht nicht ausdrücklich abgegeben werden, es genügt die klare Erkennbarkeit des Aufrechnungswillens (vgl. BSG 25.10.2016 – B 1 KR 7/16 R m. w. N.), selbst wenn der wirkliche Wille nur unvollkommen oder andeutungsweise aus der Erklärung erkennbar wird (vgl. BSG 25.10.2016 – B 1 KR 7/16 R m. w. N.). Dabei ist auf den für die Auslegung von Willenserklärungen maßgebenden objektiven Empfängerhorizont abzustellen (vgl. BSG 25.10.2016 – B 1 KR 7/16 R m. w. N.). Der vorgenommenen Verrechnung steht vorliegend das in § 15 Abs. 4 Satz 2 des Vertrages nach § 112 Abs. 2 Nr. 1 SGB V vom 06.12.1996 (Sicherstellungsvertrag) vereinbarten Verrechnungsverbot entgegen. Der bereits am 08.04.2003 gekündigte, aber aufgrund Vereinbarung der Vertragspartner bis zu einer weiterhin nicht erfolgten Neuregelung weiter anzuwendende und auch für Krankenkassen außerhalb Nordrhein-Westfalens geltende Sicherstellungsvertrag (s. Landessozialgericht für das Land Nordrhein-Westfalen 18.12.2013 – L 11 KR 378/12) lässt in § 15 Abs. 4 Satz 2 eine Aufrechnung nur in bestimmten Fällen zu (vgl. Landessozialgericht für das Land Nordrhein-Westfalen 18.12.2013 – L 11 KR 378/12; Landessozialgericht für das Land Nordrhein-Westfalen 24.05.2012 – L 16 KR 8/09; Landessozialgericht für das Land Nordrhein-Westfalen 01.09.2011 - L 16 KR 212/08; Landessozialgericht für das Land Nordrhein-Westfalen 03.07.2008 - L 16 B 31/08 R; Landessozialgericht für das Land Nordrhein-Westfalen 03.06.2003 - L 5 KR 205/02; Landessozialgericht für das Land Nordrhein-Westfalen 27.03.2003 - L 5 KR 141/01). Ein solcher Fall liegt unstreitig nicht vor. Ausgehend von dem Wortlaut des § 15 Abs. 4 des Sicherstellungsvertrages können "Beanstandungen rechnerischer oder sachlicher Art auch nach Bezahlung der Rechnung geltend gemacht werden. Bei Beanstandungen rechnerischer Art sowie nach Rücknahme der Kostenzusage und, falls eine Abrechnung auf vom Krankenhaus zu vertretenden unzutreffenden Angaben beruht, können überzahlte Beträge verrechnet werden." Da die Alternativen, nämlich Beanstandung rechnerischer Art und Rücknahme der Kostenzusage nicht in Betracht kommen, hätte eine Verrechnung allein dann erfolgen können, wenn die Abrechnung der Klägerin auf von ihr zu vertretenen unzutreffenden Angaben beruhen würde. Dies ist jedoch nicht der Fall, ein solches ist auch nicht vorgetragen. Mithin steht der Klägerin aus der zu Unrecht vorgenommenen Verrechnung bzw. aus der verrechneten Forderung ein weitergehender Zahlungsanspruch in dargestellter Höhe in Bezug auf den verrechneten Behandlungsfall zu. 25

III. Der Kläger hat darüber hinaus jedoch gegen die Beklagte keinen Anspruch auf Zahlung des geltend gemachten und von der Beklagten unstreitig nicht gezahlten Rechnungsbetrages in Höhe von 945,09 €. 26

Rechtsgrundlage für den geltend gemachten Vergütungsanspruch ist § 109 Abs. 4 SGB V in Verbindung mit § 7 Satz 1 Nr. 2 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) sowie dem zwischen den Beteiligten geltenden Krankenhausbehandlungsvertrag nach § 112 Abs. 2 Nr. 1 SGB V.	27
Danach entsteht die Zahlungsverpflichtung einer Krankenkasse unmittelbar mit der Inanspruchnahme der Leistung durch den Versicherten, wenn die Versorgung in einem zugelassenen Krankenhaus durchgeführt wird und im Sinne von § 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V erforderlich ist. Der Behandlungspflicht zugelassener Krankenhäuser im Sinne von § 109 Abs. 4 SGB V steht ein Vergütungsanspruch gegenüber, der auf der Grundlage der gesetzlichen Ermächtigung in §§ 16, 17 Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) in der Pflegesatzvereinbarung zwischen Krankenkasse und Krankenhausträger festgelegt wird (vgl. BSG, Urteil vom 17.12.2009, Az.: B 3 KR 12/08 R). Nach ständiger Rechtsprechung des BSG entsteht die Zahlungsverpflichtung der Krankenkasse unmittelbar mit der Inanspruchnahme einer Leistung durch den Versicherten (vgl. BSG, Urteil vom 17.05.2000, Az.: B 3 KR 33/99 R). Der Behandlungspflicht der zugelassenen Krankenhäuser im Sinne des § 109 Abs. 4 Satz 2 SGB V steht ein Vergütungsanspruch gegenüber, der nach Maßgabe des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG), des KHEntgG und der Bundespflegesatzverordnung (BPflV) in der zwischen den Krankenkassen und dem Krankenhausträger abzuschließenden Pflegesatzvereinbarung festgelegt wird (§ 109 Abs. 4 Satz 3 SGB V). Gemäß § 7 Satz 1 KHEntgG werden die allgemeinen Krankenhausleistungen gegenüber den Patienten oder ihren Kostenträgern mit verschiedenen, in den Nr. 1 bis 8 abschließend aufgezählten Entgelten abgerechnet. Hier geht es um die Abrechnung von Fallpauschalen nach dem auf Bundesebene vereinbarten Entgeltkatalog (§ 7 Satz 1 Nr. 1 i. V. m. § 9 KHEntgG). Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und der Verband der privaten Krankenversicherung gemeinsam haben nach § 9 Abs. 1 Satz 1 KHEntgG mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft als „Vertragspartner auf Bundesebene“ mit Wirkung für die Vertragsparteien (§ 11 KHEntG i. V. m. § 18 Abs. 2 KHG: Krankenhausträger und Sozialleistungsträger) einen Fallpauschalenkatalog einschließlich der Bewertungsrelationen sowie Regelungen zur Grenzverweildauer und der in Abhängigkeit von diesen zusätzlich zu zahlenden Entgelte oder vorzunehmenden Abschläge zu vereinbaren. Die Grundlage dieser Regelungen des KHEntgG findet sich in § 17 b KHG, auf den § 9 KHEntgG auch mehrfach Bezug nimmt. Gemäß § 17 b Abs. 6 Satz 1 KHG wurde dieses Vergütungssystem für alle Krankenhäuser verbindlich zum 01.01.2004 eingeführt. Der Fallpauschalenkatalog ist nach Fallgruppen (DRG) geordnet (zum Ganzen grundlegend BSG, Urteil vom 18.09.2008, Az.: B 3 KR 15/07 R; BSG, Urteil vom 25.11.2010, Az.: B 3 KR 4/10 R).	28
Vorliegend beschränkt sich der Streit der Beteiligten auf die Frage, ob die Klägerin zu Recht den OPS-Code 5-039.38 nach dem OPS-Katalog 2012 verschlüsselt hat.	29
Der OPS Code 5-039.38 in der Version von 2012 lautet:	30
<i>Implantation einer Multifunktionselektrode in den Epidural- oder Spinalraum zur gepulsten Radiofrequenzbehandlung perkutan</i>	31
Unstreitig hat die Klägerin am 22.11.2012 bei dem Versicherten eine Behandlung im Sinne einer EPRF durchgeführt, was sich auch aus dem vorliegenden Entlassungsbericht ergibt.	32
Letztlich dürfte für eine abschließende Bewertung der Methode entscheidend sein, welche Anforderungen an den allgemeinen Stand der medizinischen Erkenntnisse zum Zeitpunkt der Behandlung im November 2012 zu stellen sind. Hierbei könnte in Hinblick auf die von der Klägerin vorgelegten Sachverständigengutachten die Methode der EPRF durchaus positiv bewertet werden, zumal auch Prof. O in dem hierzu vorgelegten Sachverständigengutachten	33

die Methode als hinreichend sicher bezeichnet. Im Gegensatz stellt die der MDK bzw. die Beklagte darauf ab, dass im November 2012 keine medizinisch-wissenschaftlichen Studien mit ausreichender Evidenz vorgelegen hätten. Nach Durchsicht dieser unterschiedlichen Einschätzungen durch Sachverständigen erscheint es der Kammer aber nicht ausgeschlossen, dass die vorgenommene Behandlungsmethode im November 2012 dem Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprochen hat.

Allerdings ist im vorliegenden Einzelfall die Durchführung einer EPRF unter stationären Bedingungen nicht ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich gewesen. Unabhängig von der grundsätzlichen Methodenbewertung der EPRF folgt die Kammer im Hinblick auf den zu bewertenden Einzelfall den hierzu nach Auffassung der Kammer nachvollziehbaren und überzeugenden Ausführungen des Sachverständigen Prof. O, wenn dieser ausführt, dass bereits eine Aussicht auf Erfolg der Behandlung nicht allein in einem Krankenhaus mit dessen besonderen Mitteln hätte erreicht werden können. So hätte eine multidisziplinäre angelegte schmerztherapeutischer Komplexbehandlung aus den Bereichen medizinische Schmerztherapie, Physiotherapie, physikalische Therapie sowie psychologische Behandlung auch ambulant erfolgen können. Insofern ist in der Tat nicht dokumentiert, ob und in welcher Form tatsächlich eine multimodale schmerztherapeutische Komplexbehandlung bereits durchgeführt worden war. Insbesondere erschließt sich der Kammer im Hinblick auf den vorliegenden Einzelfall nicht die konkrete Spezifikation des Rückenschmerzes. Diesbezüglich sind für die Kammer die Ausführungen von Prof. Dr. O überzeugend, wonach letztlich die Wirksamkeit einer EPRF bei einem unspezifischen Rückenschmerz nicht belegt sei. Letztlich hat der Versicherte im vorliegenden Einzelfall einer Patientengruppe angehört, für die auch die S3 Leitlinie für epiduralen Rückenmarkstimulation keine Evidenz annimmt. So genügt die bislang vorhandene Datenlage unter Berücksichtigung des Einzelfalls des Versicherten nicht den methodischen Anforderungen zum Wirksamkeitsnachweis einer Intervention. Mithin erschließt sich nach den hierfür maßgeblichen Behandlungsunterlagen die Indikation für der Durchführung der EPRF nicht. So findet sich in der Behandlungsdokumentation allein der Hinweis auf eine „frustrane konservative Schmerztherapie und krankengymnastischer Übungstherapie über mehr als 3 Monate bei der Diagnosen von „therapieresistenten Lumboischialgien“. Vor diesem Hintergrund erscheint gerade die Durchführung der EPRF im stationären Setting nicht zweckmäßig und wirtschaftlich, sondern es hätte in erster Linie eine multimodale Schmerztherapie hätte erfolgen, die nach der hierzu nachvollziehbar Ausführungen des Sachverständigen auch ganztägig ambulant oder teilstationär hätte angeboten werden können.

IV. Die nach § 100 SGG zulässige erhobene Widerklage ist ebenfalls in Höhe des geltend gemachten Betrages von 4.325,50 € begründet.

Rechtsgrundlage des Rückzahlungsbegehrens ist ein öffentlich- rechtlicher Erstattungsanspruch. Dieses aus den allgemeinen Grundsätzen des öffentlichen Rechts hergeleitete Rechtsinstitut setzt voraus, dass (1) im Rahmen eines öffentlichen Rechtsverhältnisses Leistungen (2) ohne rechtlichen Grund erbracht oder sonstige rechtsgrundlose Vermögensverschiebungen vorgenommen worden sind. Diese Voraussetzungen sind erfüllt.

1. Das Rechtsverhältnis zwischen den Beteiligten - der Krankenkasse und dem Krankenhaus - ist öffentlich rechtlicher Natur (vergleiche Landessozialgericht Nordrhein-Westfalen, Urteil vom 20.07.2011, Az.: L 11 KR 31/09).

2. Die Klägerin hat die Vergütung ohne Rechtsgrund erhalten. Die Klägerin hat keinen Anspruch auf die in der Rechnung vom 21.12.2012 geltend gemachte (weitere) und am

10.01.2013 gezahlte Vergütung in Höhe von 4.325,50 €, da die durchgeführte Behandlung einer EPRF im zum beurteilenden Einzelfall im stationären Setting nicht zweckmäßig und wirtschaftlich gewesen ist. Zur weiteren Begründung wird in diesem Zusammenhang auf die obigen Ausführungen zu Ziff. II. verwiesen.

V. Gemäß § 15 Abs. 1 S. 4 Landesvertrag NRW analog i. V. m. §§ 288 Abs. 1 S. 1, 291 S. 1 BGB ist die Klageforderung sowie der Erstattungsbetrag seit Rechtshängigkeit der Widerklage in Höhe von 2 Prozentpunkten zu verzinsen (vgl. Landessozialgericht NRW, Urteil vom 06.12.2007, Az: L 2 KN 230/05 KR). 39

VI. Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a Abs. 1 Satz 1 SGG](#) i. V. m. [§ 154 Abs. 1 VwGO](#). 40

Rechtsmittelbelehrung: 41

Dieses Urteil kann mit der Berufung angefochten werden. 42

Die Berufung ist innerhalb eines Monats nach Zustellung des Urteils beim 43

Landessozialgericht 44

Nordrhein-Westfalen, 45

Zweigertstraße 54, 46

45130 Essen, 47

schriftlich oder mündlich zur Niederschrift des Urkundsbeamten der Geschäftsstelle einzulegen. 48

Die Berufungsfrist ist auch gewahrt, wenn die Berufung innerhalb der Frist bei dem 49

Sozialgericht Köln, 50

An den Dominikanern 2, 51

50668 Köln, 52

schriftlich oder mündlich zur Niederschrift des Urkundsbeamten der Geschäftsstelle eingelegt wird. 53

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. 54

Die Einreichung in elektronischer Form erfolgt durch die Übertragung des elektronischen Dokuments in die elektronische Poststelle. Diese ist über die Internetseite www.sg-koeln.nrw.de erreichbar. Die elektronische Form wird nur gewahrt durch eine qualifiziert signierte Datei, die den Maßgaben der Verordnung über den elektronischen Rechtsverkehr bei den Sozialgerichten im Lande Nordrhein-Westfalen (ERVVO SG) vom 07.11.2012 (GV.NRW, 551) entspricht. Hierzu sind die elektronischen Dokumente mit einer qualifizierten Signatur nach § 2 Nummer 3 des Signaturgesetzes vom 16.05.2001 (BGBl. I, 876) in der jeweils geltenden Fassung zu versehen. Die qualifizierte elektronische Signatur und das ihr zugrunde liegende Zertifikat müssen durch das Gericht überprüfbar sein. Auf der Internetseite 55

www.justiz.nrw.de sind die Bearbeitungsvoraussetzungen bekanntgegeben.

Zusätzlich wird darauf hingewiesen, dass einem Beteiligten auf seinen Antrag für das Verfahren vor dem Landessozialgericht unter bestimmten Voraussetzungen Prozesskostenhilfe bewilligt werden kann. 56

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 Köln schriftlich zu stellen. Die Zustimmung des Gegners ist dem Antrag beizufügen. 57

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. 58

Die Einlegung der Revision und die Zustimmung des Gegners gelten als Verzicht auf die Berufung, wenn das Sozialgericht die Revision zugelassen hat. 59