

# Sozialgericht Potsdam

verkündet am:  
21. September 2016

Az.: S 35 KR 560/10



Stiege  
Justizbeschäftigte  
als Urkundsbeamtin  
der Geschäftsstelle

## Im Namen des Volkes Urteil

In dem Rechtsstreit

- Klägerin -

Prozessbevollmächtigte:  
Rechtsanwälte Zimmer, Bregenhorn-Wendland,  
Goethestraße 49, 39108 Magdeburg

gegen

- Beklagte -

hat die 35. Kammer des Sozialgerichts Potsdam auf die mündliche Verhandlung vom 21. September 2016 durch die Richterin am Sozialgericht Dr. Matusch sowie den ehrenamtlichen Richter Lange und den ehrenamtlichen Richter Scholz für Recht erkannt:

1. Die Beklagte wird verurteilt, an die Klägerin für die stationäre Behandlung ihrer Versicherten, (Fall-Nummer: 2006009579), 46.447,16 € nebst Zinsen hieraus i.H.v. 2 % über dem jeweiligen Basiszinssatz seit dem 16. April 2009 zu zahlen.
2. Die Beklagte hat die Kosten des Rechtsstreits zu tragen.
3. Der Streitwert wird auf 46.447,16 € festgesetzt.

### Tatbestand

Die Beteiligten streiten um die Höhe einer Krankenhausvergütung und dabei um die Frage, ob Beatmungsstunden außerhalb der Intensivstation (ITS) abzurechnen sind.

Die 1922 geborene Patientin , die bei der Klägerin versichert war, erlitt 2005 einen Hirninfarkt und wurde seitdem dauerhaft über ein Tracheostoma beatmet. Sie wurde in einem Pflegeheim betreut. Die Klägerin nahm die Patienten am 30. Mai 2006 mit schlechtem Allgemeinzustand mit Fieber und hypertensiver Entgleisung wegen „chronischer respiratorischer Insuffizienz“ stationär auf. Die Patientin entwickelte ein Tachyarrhythmia und wurde am 2. Juni 2006 bis zum 9. Juni 2006 intensiv medizinisch behandelt.

Zunächst befand sich die Versicherte bei der Klägerin auf der pulmologisch-internistischen Station bis zur Verlegung auf die Intensivstation am 2. Juni 2006. Am 9. Juni 2006 um 10.44 Uhr wurde die Patientin von der ITS zurück auf die pulmologisch-internistischen Station verlegt. Auf der ITS wurde die Patienten 167 Stunden beatmet. Für die restliche Zeit des Aufenthalts bei der Klägerin erfolgte ebenfalls eine Beatmung über das Tracheostoma. Der weitere Verlauf gestaltete sich eher kompliziert. So war unter anderem die Gabe von insgesamt sieben Erythrozyten-Konzentrat erforderlich, da es keine Hinweise auf mögliche Blutungsquellen gab. Bei Pneumonie

und eitriger Tracheobronchitis mit vermehrter Sekretion war des Weiteren ein häufiges bronchoskopisches Absaugen erforderlich, zu dem erfolgte ein mehrfacher Wechsel der Trachealkanüle und ein zweifacher Wechsel des suprapubischen Blasenkatheeter.

Die Klägerin stellte der Beklagten einen Betrag in Höhe von 91.895,91 EUR auf der Grundlage der DRG Fallpauschale A06C – Beatmung > 1799 Stunden ohne komplexe OR-Prozedur, ohne intensiv medizinische Komplexbehandlung > 3680 Aufwandspunkte, Alter > 15 Jahre 29. August 2006 in Rechnung. Als Hauptdiagnose wurde "Chronisch respiratorische Insuffizienz, andernorts nicht klassifiziert" mit dem ICD-Code J9J 15.1 (Pneumonie durch Pseudomonas) angegeben.

Am 30. August 2006 leitete die Beklagte ein Überprüfungsverfahren ein. Am 14. September 2006 zahlte die Beklagte den vollständigen Betrag an die Klägerin. Der eingeschaltete Medizinische Dienst der Krankenkasse (MDK) kam in dem Gutachten vom 21. Januar 2008 zu dem Ergebnis, dass nur 167 Beatmungsstunden, und nicht wie von der Klägerin angesetzt 2063 Beatmungsstunden, berücksichtigt werden können. Nach den Deutschen Kodierrichtlinien (DKR) sind nur die Beatmungsstunden auf der ITS kodierrelevant. Die Beatmung auf einer Intermediate-Care-Station (IMC) habe nicht berücksichtigt werden können, da es gravierende Unterschiede in der personal/räumlichen/technischen Ausstattung zwischen der ITS und der IMC gib. Durch die Reduktion der Beatmungsstunden ergebe sich die G-DRG Fallpauschale A13D.

Die Beklagte forderte am 5. April 2009 einen Betrag von 90.988,00 € von der Klägerin zurück und zahlte noch am selben Tag eine Teilzahlung i.H.v. 44.540,84 € an die Klägerin.

Die Klägerin erhob am 27. Dezember 2010 Klage vor dem Sozialgericht Potsdam.

Sie ist der Ansicht, eine intensiv medizinische Betreuung habe zur Anrechnung von Beatmungsstunden nur bei Maskenbeatmung im Jahr 2006 vorliegen müssen. Erst im Jahr 2009 sei bei heimbeatmeten Patienten der Ausschluss für die Beatmungsstunden auf einer nor-

malen Station bei der Anrechnung eingeführt worden.

Sie beantragt,

die Beklagte zu verurteilen, an die Klägerin für die stationäre Behandlung ihrer Versicherten, (Fall-Nr.: 2006009579), 46.447,16 € nebst Zinsen hieraus i.H.v. 2 % über dem jeweiligen Basiszinssatz seit dem 16. April 2009 zu zahlen.

Die Beklagte beantragt,

die Klage abzuweisen.

Sie ist der Ansicht,

bereits im Jahre 2006 seien Beatmungsstunden von heimbeatmeten Patienten außerhalb der Intensivstation nicht bei der Kodierung zu berücksichtigen. Dafür habe auch die Einführung im Jahr 2009 gesprochen, die ausweislich der Präambel in lediglich klarstellenden Charakter haben sollte.

Das Gericht hat ein Sachverständigengutachten gemäß Beweisbeschluss vom 22. Juni 2015 eingeholt. Die Patientenakte war ebenso wie die Verwaltungsakte Gegenstand der mündlichen Verhandlung.

Ergänzend wird auf die zwischen den Beteiligten gewechselten Schriftsätze und die Verwaltungsakte der Beklagten verwiesen.

### Entscheidungsgründe

Die Klage ist zulässig und begründet. Die Klage ist als echte Leistungsklage nach § 54 Abs. 5 SGG (SGG) zulässig.

Die Rechtsgrundlage des geltend gemachten Vergütungsanspruchs der Klägerin ergibt sich aus § 109 Absatz 4 Satz 3 SGB V, da dieser nicht von einer Kostenzusa-

ge der Krankenkasse abhängt und unmittelbar mit der Inanspruchnahme der Leistung des bei einer gesetzlichen Krankenkasse Versicherten entsteht, falls die Versorgung gemäß § 39 Absatz 1 Satz 2 SGB V medizinisch erforderlich und wirtschaftlich ist. Mit der Versorgungspflicht der Kliniken korrespondiert deren Vergütungsanspruch, vgl. § 109 Absatz 4 Satz 2 und 3 SGB V.

Ergänzend beruht der Anspruch in seiner Höhe auch auf §§ 1, 7 und 9 Absatz 1 Nr. 1 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) in Verbindung mit der Anlage 1 Teil 1 der Fallpauschalenvereinbarung 2006 sowie § 17b des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG).

Gemäß § 7 Satz 1 Nr. 1 iVm § 9 KHEntgG werden die allgemeinen Krankenhausleistungen nach Fallpauschalen nach dem auf Bundesebene vereinbarten Entgeltkatalog abgerechnet. Der Fallpauschalenkatalog ist nach Fallgruppen (DRG = Diagnosis Related Groups) geordnet. Für die Zuordnung eines bestimmten Behandlungsfalles zu einer DRG wird in einem ersten Schritt die durchgeführte Behandlung nach ihrem Gegenstand und ihren prägenden Merkmalen mit einem Kode gemäß dem vom Deutschen Institut für medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit herausgegebenen "Operationen- und Prozedurenschlüssel nach § 301 SGB V" (OPS-301) verschlüsselt ( § 301 Abs 2 S 2 SGB V). Zur sachgerechten Durchführung der Verschlüsselung ("Kodierung") haben die Vertragspartner auf Bundesebene "Kodierrichtlinien" beschlossen. In einem zweiten Schritt wird der in den Computer eingegebene Kode einer bestimmten DRG zugeordnet, anhand der dann nach Maßgabe des Fallpauschalenkatalogs und der Pflegesatzvereinbarung die von der Krankenkasse zu zahlende Vergütung errechnet wird. Diesem als "Groupierung" bezeichneten Prozess der DRG-Zuordnung liegt ein festgelegter Groupierungsalgorithmus zugrunde; in diesem vorgegebenen, vom Krankenhaus nicht zu beeinflussenden Algorithmus wird entsprechend dem vom Krankenhaus eingegebenen Kode nach dem OPS eine bestimmte DRG angesteuert (s. BSG, Urteil vom 18. Juli 2013, B 3 KR 7/12 R mwN).

Die Vergütungsregelungen für die routinemäßige Abwicklung in zahlreichen Behandlungsfällen sind streng nach ihrem Wortlaut und den dazu vereinbarten Anwendungsregeln zu handhaben; dabei gibt es grundsätzlich keinen Raum für weitere Bewer-

tungen und Abwägungen. Ergeben sich bei der Abrechnung Wertungswidersprüche und sonstige Ungereimtheiten, haben es die zuständigen Stellen durch Änderung des Fallpauschalenkatalogs, der OPS-Kodes und der Kodierrichtlinien in der Hand, für die Zukunft Abhilfe zu schaffen. Eine systematische Interpretation der Vorschriften kann lediglich im Sinne einer Gesamtschau der im inneren Zusammenhang stehenden Bestimmungen des Regelwerks erfolgen, um mit ihrer Hilfe den Wortlaut der Leistungslegende klarzustellen (s. BSG, Urteil vom 18. Juli 2013, B 3 KR 7/12 R mwN). Bei der Anwendung der Vergütungsregelungen ist zu beachten, dass diese für die routinemäßigen Abwicklungen von zahlreichen Behandlungsfällen vorgesehen sind. Diese Funktion können sie nur dann effektiv erfüllen, wenn sie streng nach dem Wortlaut angewandt werden, wobei die vereinbarten Anwendungsregeln zu befolgen sind. Würde zusätzlich im Einzelfall noch – wie im vorliegenden Fall von der Klägerin geltend gemacht - eine medizinische und rechtliche Bewertung vorzunehmen sein, ist eine funktionsgerechte Handhabung nicht mehr gegeben (vgl. dazu auch BSG, Urteil vom 17.06.2010, B 3 KR 4/09 R mit weiteren Hinweisen auf die ständige Rechtsprechung). Zeigt sich jedoch in der Abrechnungspraxis, dass die Abrechnungsregeln zu Unstimmigkeiten führen, so ist es Aufgabe der Vertragsparteien, diese entsprechend weiterzuentwickeln und anzupassen. Dies hat wie im vorliegenden Fall zur Folge, dass nach Auffassung der Kammer für den jeweils strittigen Zeitraum nur die gültige DKR heranzuziehen ist. Aufgrund von früheren Unstimmigkeiten weiter entwickelte Abrechnungsregeln sind hierbei nicht rückwirkend zu beachten.

Aus dem Fallpauschalenkatalog Version 2006 ergeben sich die folgenden hier im Streit stehenden DRG-Ziffern mit entsprechender Beschreibung:

- DRG A06C: Beatmung > 1799 Stunden ohne komplexe OR-Prozedur, ohne Polytrauma, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung >3680 Aufwandspunkte, Alter > 15 Jahre.
- G-DRG A13D: Beatmung > 95 und < 250 Stunden ohne komplexe OR-Prozedur, mit bestimmter OR-Prozedur oder komplizierenden Prozeduren oder Alter < 16 Jahre

Damit wird ersichtlich, dass es für die Auswahl zwischen beiden Ziffern entscheidend auf die Anzahl der Beatmungsstunden ankommt. Die Definition der maschinellen Beatmung ergibt sich aus der Kodierrichtlinie 1001 der Deutschen Kodierrichtlinien des Jahres 2006.

Nach der 2006 gültigen DKR heißt es unter Nr. 1001d:

*"Maschinelle Beatmung (künstliche Beatmung) ist ein Vorgang, bei dem Gase mittels einer mechanischen Vorrichtung in die Lunge bewegt werden. Die Atmung wird unterstützt durch das Verstärken oder Setzen der eigenen Atemleistung des Patienten. Bei der künstlichen Beatmung ist der Patient in der Regel intubiert oder tracheotomiert und wird fortlaufend beatmet."*

*"Bei intensivmedizinisch versorgten Patienten kann eine maschinelle Beatmung auch über Maskensysteme erfolgen, wenn diese anstelle der bisher üblichen Intubation oder Tracheotomie eingesetzt werden."*

Es besteht nach dieser Definition kein Zweifel, dass die Patientin bei der Klägerin während der gesamten Dauer des stationären Aufenthaltes lückenlos maschinell beatmet wurde.

Nach dieser Definition wird die maschinelle Beatmung aber nicht auf intensivmedizinisch versorgte Patienten beschränkt. Der Wortlaut enthält dazu keine Anknüpfungspunkte. Die Ausführungen in der Kodierrichtlinie 1001 zur Maskenbeatmung sind für den vorliegenden Fall irrelevant, da die Versicherte über ein Tracheostoma beatmet wurde. Es ist zulässig, aus diesen Ausführungen zur Maskenbeatmung den Umkehrschluss zu ziehen, dass bei nicht-intensivmedizinisch versorgten Personen eine Maskenbeatmung nicht abgerechnet werden kann. Die Schlussfolgerung, bei nichtintensivmedizinisch versorgten Personen könne jedoch gar keine Beatmung erfolgen, ist logisch nicht zutreffend.

Die Berechnung der Dauer der künstlichen Beatmung beginnt damit mit dem Zeitpunkt der stationären Aufnahme - im hier vorliegenden Fall am 30. Mai 2006 und 7:30 Uhr. Die Berechnung der Dauer der Beatmung endet nach der DKR mit einem der folgenden Ereignisse:

- Extubation
- Beendigung der Beatmung nach einer Periode der Entwöhnung
- Entlassung, Tod oder Verlegung eines Patienten, der eine künstliche Beatmung erhält.

In Übereinstimmung mit der Auffassung der Klägerin geht die Kammer davon aus, dass im vorliegenden Fall die Berechnung der Dauer der Beatmung erst mit der Entlassung der zu diesem Zeitpunkt weiterhin maschinell beatmeten Patientin am 24. August 2006 und 7:30 Uhr endete. Damit ergibt sich eine Gesamtbeatmungsdauer von 2064 Stunden.

Der Ansicht der Beklagten, dass allein die intensivmedizinischen Beatmungsstunden berücksichtigt werden, folgt die Kammer nicht. Den oben aufgestellten Grundsätzen, dass die Auslegung der Kodierrichtlinien streng am Wortlaut zu erfolgen hat, zeigt, dass es lediglich bei der Maskenbeatmung für deren Anrechnung eines intensivmedizinisch versorgten Patienten bedarf. Die Gleichsetzung von heimbeatmeten und maskenbeatmeten Patienten fand sich im hier streitgegenständlichen Abrechnungsjahr 2006 in den DKR noch nicht. Erst zum 1. Januar 2009 wurde in die DKR folgender Zusatz aufgenommen:

*"Für den Sonderfall von heimbeatmeten Patienten, die über ein Tracheostoma beatmet werden, ist analog zur Regelung zu intensivmedizinisch versorgten Patienten, bei denen die maschinelle Beatmung über Maskensysteme erfolgt, vorzugehen. Dies bedeutet, dass die Beatmungszeiten nur zu erfassen sind, wenn es sich im Einzelfall um einen "intensivmedizinisch versorgten Patienten" handelt."*

Soweit hier die Beklagte auf die Stellungnahme der deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin (DGAI) und der sozialmedizinischen Expertengruppe „Vergütung und Abrechnung“ der MDK Gemeinschaft (SEG 4) verweist, kann dies nicht überzeugen. Hierbei wird verkannt, dass ein nach der höchstrichterlichen Rechtsprechung des BSG bei Unstimmigkeiten in der Abrechnungspraxis lediglich für die Zukunft eine klarstellende Regelung herbeigeführt werden kann und in diesem Fall auch wurde. Rückwirkend kann bereits aus Rechtssicherheitsgründen eine solche einschränkende Regelung nicht gelten.

Soweit die Beklagte auch angeführt hat, dass die klägerische Dokumentation über die Beatmung nur eine fortlaufende ununterbrochene Linie als Nachweis der jeweiligen Beatmungsdauer, nicht jedoch Angaben über Blutgasanalysen, Änderung des Druckniveaus bei der PSV Atmung et cetera zu finden sind, kann dies nicht zum Ausschluss der Beatmungsstunden bei der Anrechnung führen. Zutreffend hat auch der Sachverständige hier ausgeführt, dass ausweislich der Deutschen Kodierrichtlinien in der Fassung von 2006 die Berücksichtigung der Beatmungsstunden nicht an die Dokumentation der von der Beklagten aufgeführten Parameter, noch an einen Mindestaufwand, das Hinarbeiten auf eine Entwöhnung oder sonstige weitere Bedingungen geknüpft ist.

Nur ergänzend weist die Kammer daraufhin, dass – soweit hier die Patientin im Rahmen einer IMC behandelt wurde, was allerdings zur Überzeugung des Gerichtes noch nicht abschließend geklärt war, auch wenn der MdK anscheinend in seinen Stellungnahmen davon ausging – auch aus diesem Grund eine Anrechnung der Beatmungsstunden erfolgen dürfte. Diese kommt selbst dann in Betracht, wenn man die 2009 eingeführte Einschränkung auf heimbeatmete Patienten hier bereits zur Anwendung kommen lassen würde. Denn auch auf einer IMC wird ein beatmeter Patient regelmäßig intensivmedizinisch versorgt i.S.d. der Kodierrichtlinien. Es wird insoweit auf die zutreffenden Ausführungen des SG Halle in seinem Urteil vom 26.02.2016, Az: S 16 KR 103/11 verwiesen, wo es heißt:

*„Vor diesem Hintergrund ist "intensivmedizinische Versorgung" nicht in jedem Fall gleichzusetzen mit einer Behandlung auf einer Intensivstation; vielmehr ist eine "intensivmedizinische Versorgung" auch auf einer IMC möglich, wenn die notwendige Apparatur bereitgestellt werden kann und die ärztliche Intensivversorgung gewährleistet wird. Dies hat auch der Gutachter insoweit nicht bestritten. Die Kammer hat insoweit Zweifel daran, dass der Gutachter zu dem gleichen Ergebnis gekommen wäre, wenn er von der räumlichen Nähe der IMC zur Intensivstation und der unter 3-minütigen Einsatzmöglichkeit dafür qualifizierter Ärzte gewusst hätte. Dahingehend schätzt die Kammer das Gutachten als ungenügend ein, da diesbezüglich eine Nachfrage bei der Klägerin oder bei Gericht sicherlich Klarstellung gebracht hätte. Insofern ist das Gutachten spekulativ, so dass die Kammer dem Ergebnis des Gutachters*

auch nicht gefolgt ist.

*Die Auffassung der Kammer dahingehend, dass auch auf einer IMC eine intensivmedizinische Versorgung stattfinden kann, wird auch durch die Entscheidungen des Hessischen LSG v. 21.12.2012 – L 8 KR 244/11 und des Hessischen Verwaltungsgerichtshofs v. 19.12.2012 – 5 A 2201/10 gestützt, auch wenn es inhaltlich um etwas andere Fallkonstellationen ging.*

*Für die von der Kammer vorgenommene Auslegung der DKR 2009: 1001 h spricht nicht zuletzt auch der Wirtschaftlichkeitsgrundsatz i. S. d. § 12 SGB V: Wenn keinerlei intensivmedizinische Versorgung auf IMC-Stationen von den Krankenkassen vergütet werden würde, dürften IMC-Stationen nur noch Normalstationen angegliedert werden zur Intensivpflege. Eine Beatmung auf einer IMC wäre dann für die Krankenhäuser nicht mehr sinnbringend, da sie diese nicht bezahlt bekommen würden – stattdessen müssten sie regelmäßig Beatmungspatienten, die keinerlei andere behandlungsbedürftigen Krankheiten haben, auf der Intensivstation versorgen und könnten dafür sogar in der Regel die OPS 8-980 Intensivmedizinische Komplexbehandlung abrechnen, die deutlich lukrativer für die Krankenhäuser und dementsprechend kostenintensiver für die Krankenkasse sind. Dies erscheint wirtschaftlich gesehen nicht sinnvoll i. S. d. § 12 SGB V.“*

Die Kostenentscheidung beruht auf § 197a Abs. 1 Satz 1 SGG in Verbindung mit § 154 Abs. 1 und 2 Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO).

Die Entscheidung über die Höhe des Streitwerts ergibt sich aus § 52 Abs. 1 und 3, § 63 Abs. 2 GKG.

## Rechtsmittelbelehrung

Diese Entscheidung kann mit der Berufung angefochten werden.

Die Berufung ist innerhalb eines Monats nach Zustellung des Urteils beim

Landessozialgericht Berlin-Brandenburg  
Försterweg 2-6  
14482 Potsdam,

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

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

Sozialgericht Potsdam  
Rubensstraße 8  
14467 Potsdam,

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

Die Berufungsschrift muss innerhalb der Frist 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 Potsdam 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 beigefügt war.

Die elektronische Form wird nur durch eine qualifiziert signierte Datei gewahrt, die nach den Maßgaben der "Verordnung über den elektronischen Rechtsverkehr im Land Brandenburg" in das elektronische Gerichtspostfach des jeweiligen Gerichts zu übermitteln ist. Unter der Internetadresse [www.erv.brandenburg.de](http://www.erv.brandenburg.de) können weitere Informationen über die Rechtsgrundlagen, Bearbeitungsvoraussetzungen und das Verfahren des elektronischen Rechtsverkehrs abgerufen werden.

### Rechtsmittelbelehrung

Gegen die Streitwertfestsetzung findet die Beschwerde statt, wenn der Wert des Beschwerdegegenstands 200 Euro übersteigt. Sie ist nur zulässig, wenn sie innerhalb

von sechs Monaten, nachdem die Entscheidung in der Hauptsache Rechtskraft erlangt oder das Verfahren sich anderweitig erledigt hat, beim Sozialgericht Potsdam, Rubensstraße 8, 14467 Potsdam, schriftlich, in elektronischer Form oder zur Niederschrift des Urkundsbeamten der Geschäftsstelle eingereicht wird.

Die Beschwerde muss innerhalb dieser Frist beim Sozialgericht Potsdam eingehen. Die Beschwerdefrist ist auch gewahrt, wenn die Beschwerde innerhalb der Frist beim Landessozialgericht Berlin-Brandenburg, Försterweg 2-6, 14482 Potsdam, schriftlich, in elektronischer Form oder zur Niederschrift des Urkundsbeamten der Geschäftsstelle eingelegt wird.

Die elektronische Form wird nur durch eine qualifiziert signierte Datei gewahrt, die nach den Maßgaben der "Verordnung über den elektronischen Rechtsverkehr im Land Brandenburg" in das elektronische Gerichtspostfach des jeweiligen Gerichts zu übermitteln ist. Unter der Internetadresse [www.erv.brandenburg.de](http://www.erv.brandenburg.de) können weitere Informationen über die Rechtsgrundlagen, Bearbeitungsvoraussetzungen und das Verfahren des elektronischen Rechtsverkehrs abgerufen werden.

Dr. Matusch

