



Sozialgericht Hannover

Im Namen des Volkes

Urteil

S 86 KR 384/18

Verkündet am: 19. September 2018

A. Justizangestellte
als Urkundsbeamtin der Geschäftsstelle

In dem Rechtsstreit

B.
C.

– Klägerin –

Prozessbevollmächtigte:

E.

gegen

F., vertreten durch den Vorstand,
G.– Beklagte –

hat die 86. Kammer des Sozialgerichts Hannover auf die mündliche Verhandlung vom 19. September 2018 durch den Vorsitzenden, Richter am Sozialgericht H., sowie die ehrenamtlichen Richter I. und J. für Recht erkannt:

- 1. Der Bescheid der Beklagten vom 14.05.2017 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 15.02.2018 wird aufgehoben.**
- 2. Die Beklagte wird verurteilt, die Kosten für die notwendige Nadelepilationsbehandlung zur Entfernung der Barthaare durch eine entsprechend qualifizierte Kosmetikerin/einen entsprechend qualifizierten Kosmetiker (Elektrologistin/Elektrologen) dem Grunde nach zu übernehmen.**
- 3. Die Beklagte trägt die notwendigen außergerichtlichen Kosten der Klägerin.**

Tatbestand

Die Klägerin begehrt von der Beklagten eine Kostenübernahme für eine Nadelepilationsbehandlung zur Entfernung von Barthaaren.

Ursprünglich war die K. geborene Klägerin ein Mann. Sie ist bei der Beklagten gesetzlich krankenversichert. Die L. attestierte der Klägerin mit Arztbrief vom 25.06.2015 Transsexualität. Seit dem 14.07.2015 steht die Klägerin wegen der Entfernung von Barthaaren aus dem Gesicht mit der Beklagten im Gespräch. Am 28.01.2016 bescheinigte die Hausärztin der Klägerin erheblichen Leidensdruck. Vor dem "Coming-out" im Sommer 2015 hätten sich zunächst deutliche Hinweise für Anpassungsstörungen sowie für eine vorliegende depressive Episode gezeigt, die vor dem Hintergrund der bisherigen Lebensgeschichte tiefenpsychologisch fundiert aufgearbeitet würden. Die Klägerin finde sich zunehmend in ihrer neuen Rolle zurecht, bewältige den Alltagstest immer besser. Insgesamt sei es bereits zu einer deutlichen Stabilisierung der Patientin gekommen. Schwierigkeiten in der Bewältigung der neuen Rolle bereite durchgängig der starke Bartwuchs. Eine Nachrasur am Nachmittag sei stets notwendig verbunden mit der Entfernung und Neuauftragung eines Camouflage-Make-Ups.

Der Hautarzt M. bescheinigte der Klägerin am 18.05.2016, dass sie an einem ausgeprägten Haarwuchs vom männlichen Typ im Gesicht leide. Für jede der ca. 30minütigen Behandlungssitzung müssten 33 € (GoÄ 742, Faktor 3,4) wegen des nicht unbeträchtlichen Arbeitsaufwandes liquidiert werden. Wieviele Sitzungen letztendlich nötig seien, um eine befriedigende Enthaarung zu erreichen, könne nicht vorhergesehen werden. Nach ca. 30 Behandlungstagen lasse sich dazu Genaueres sagen.

Zunächst wurde diese Nadelepilation in der Hautarztpraxis durchgeführt, die ausweislich des ärztlichen Attestes vom 26.07.2016 zu einem deutlich verschlechtert entzündlichen Hautbild führte. Sodann wurde aufgrund eines Bewilligungsbescheides vom 27.09.2016 eine Laserepilation durchgeführt, mit der aber die grauen und weißen Barthaare nicht entfernt werden konnten. Am 11.04.2017 wurde der Klägerin mit Vorlage eines Bildes attestiert, dass die erneute Nadelepilation durch eine Elektrologistin ein wesentlich besseres Ergebnis ohne entzündliche Hautreaktion gezeigt habe.

Die Klägerin wandte sich erneut an die Beklagte und erhielt zunächst am 04.05.2017 mündlich und am 24.05.2017 schriftlich die Mitteilung, dass eine Behandlung durch eine Kosmetikerin von der Beklagten nicht übernommen werde.

Mit Schreiben vom 07.06.2017 erhob die Klägerin Widerspruch gegen die ablehnende Entscheidung. Sie habe nur Ärzte in N. O. und P. gefunden, die die gewünschte Behandlung durchführen

würden. Dies sei ihr nach § 75 Abs. 1a S. 5 SGB V nicht zuzumuten. Es liege ein Systemversagen vor. Sie habe daher einen Anspruch auf Zustimmung zur Behandlung durch einen geeigneten nicht vertraglichen Leistungserbringer.

Die Beklagte wies den Widerspruch mit Widerspruchsbescheid vom 15.02.2018 zurück. Aufgrund des Arztvorbehaltes dürfe die Beklagte die gewünschte Behandlung nicht übernehmen.

Hiergegen hat die Klägerin am 16.03.2018 Klage erhoben. Sie macht im Wesentlichen geltend, dass sie einen Anspruch auf Durchführung der Epilationsbehandlung durch einen nichtärztlichen Leistungserbringer habe, weil aufgrund eines Systemversagens keine Ärzte in zumutbarer Entfernung zur Verfügung stünden.

Die Klägerin beantragt,

1. den Bescheid der Beklagten vom 14.05.2017 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 15.02.2018 aufzuheben, und
2. die Beklagte zu verurteilen, die Kosten für die notwendige Nadelepilationsbehandlung zur Entfernung der Barthaare durch eine entsprechend qualifizierte Kosmetikerin/einen entsprechend qualifizierten Kosmetiker (Elektrologistin/Elektrologen) dem Grunde nach zu übernehmen.

Die Beklagte beantragt,

die Klage abzuweisen.

Die Beklagte ist im Wesentlichen der Auffassung, dass die angefochtenen Bescheide rechtmäßig seien. Es liege keine Ausnahme vom Arztvorbehalt und kein Systemversagen vor. Die Ärzte seien aufgrund des übertragenen Sicherstellungsauftrages zur Leistungserbringung verpflichtet.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Rechtsstreits wird auf die Gerichtsakte sowie auf die Verwaltungsakte der Beklagten, insbesondere auf den Inhalt der näher bezeichneten Schriftstücke, verwiesen.

Entscheidungsgründe

Die zulässige Anfechtungs- und Leistungsklage ist begründet.

Der Bescheid der Beklagten vom 14.05.2017 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 15.02.2018 ist rechtswidrig und verletzt die Klägerin in ihren subjektiven öffentlichen Rechten.

Die Klägerin hat gegenüber der Beklagten aus § 27 Abs. 1 Satz 1 SGB V einen Anspruch auf die begehrte Entfernung ihrer Barthaare durch eine Nadelepilation, die von einem nicht ärztlichen Leistungserbringer erbracht wird. Transsexuelle Versicherte haben nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG, Urt. v. 11.09.2012, Az: B 1 KR 9/12 R, Rn. 8ff., zit. nach juris) auf der Grundlage von § 27 Abs. 1 SGB V Anspruch auf geschlechtsangleichende Behandlungsmaßnahmen einschließlich chirurgischer Eingriffe in gesunde Organe zur Minderung ihres psychischen Leidensdrucks, um sich dem Erscheinungsbild des angestrebten anderen Geschlechts deutlich anzunähern, wenn dies medizinisch erforderlich ist. Einer Konkretisierung dieses Anspruchs durch die Rechtsprechung bedarf es, weil die medizinische Behandlung von Transsexualität nicht näher im SGB V geregelt ist. Die Kammer schließt sich der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts grundsätzlich an. Transsexualität kann dementsprechend einen regelwidrigen Zustand mit Krankheitscharakter begründen, der der medizinischen Behandlung bedarf. Die Voraussetzungen liegen hier vor. Als bei der Beklagten gesetzlich Krankenversicherte hat die Klägerin gegenüber der Beklagten Anspruch auf Krankenbehandlung aus § 27 Abs. 1 Satz 1 SGB V. Transsexualismus der Klägerin ist - wie aus dem Arztbrief vom 25.06.2015 ersichtlich - ärztlich festgestellt worden. Dieser Transsexualismus führt ausweislich der ärztlichen Bescheinigung vom 28.01.2016 auch zur Notwendigkeit einer Barthaarentfernung. Barthaare sind im vorliegenden Fall des Transsexualismus Mann zu Frau ausnahmsweise als regelwidriger Körperzustand anzusehen, da Frauen in der Regel keinen Bartwuchs haben. Der Anspruch ist vorliegend auch nicht durch die Möglichkeit der Rasur und Anwendung von Make-up ausgeschlossen. Hiermit lässt sich kein vergleichbarer Zustand herstellen. Die Klägerin konnte nachvollziehbar darlegen, dass der Bartwuchs trotz dieser Maßnahmen erkennbar bleibt. Zur Angleichung an das nunmehr gelebte weibliche Geschlecht ist insofern eine Entfernung der Barthaare erforderlich.

Der Anspruch der Klägerin beschränkt sich wegen eines Systemmangels (vgl. zum Vorliegen eines Systemmangels auch: SG Berlin, Urt. v. 03.05.2017, Az: S 89 KR 3924/15, Rn. 75; Urt. v. 15.03.2016, Az: S 51 KR 2136/13, Rn. 33ff., zit. nach juris) nicht auf die Inanspruchnahme von Vertragsärzten. Diese können zwar grundsätzlich auf der Grundlage der Gebührenordnungsposition (GOP) 10340 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) eine Entfernung von (Bart-)Haaren im Gesicht gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung abrechnen, aber diese GOP findet vorliegend sowohl rechtlich als auch tatsächlich keine Anwendung. Rechtlich ist zu beachten, dass die GOP 10340 EBM von der Grundkonzeption nur für kleine Stellen vorgesehen und damit bei Operationen z. B. auf 5 Minuten pro Behandlung begrenzt ist. (*Operativer Eingriff mit einer Dauer von bis zu 5 Minuten und/oder Primäre Wundversorgung und/oder Epilation durch Elektrokoagulation im Gesicht und/oder an den Händen bei krankhaftem und entstellendem Haarwuchs*) Dies spiegelt sich auch in der Bewertung mit 57 Punkten oder 6,07 € nach der Eurogebührenordnung wider. D. h., dass die durchführenden Ärzte ohne Anwendung von Honorarbegrenzungsregelungen maximal 6,07 € für die Behandlung bekommen

können. Die Behandlung bei der Klägerin dauert ausweislich der ärztlichen Bescheinigung vom 18.05.2016 hingegen ca. 30 Minuten. Deshalb setzte der Arzt auch nicht die GOP 10340 EBM, sondern die Ziffer 742 der Gebührenordnung für Ärzte mit dem Faktor 3,4, also insgesamt 33 € an. Hierin manifestiert sich auch das von der Klägerin geschilderte tatsächliche Problem. Für maximal 6,07 € will kein Arzt eine Behandlung anbieten, die eigentlich 33 € kosten müsste. Grundsätzlich kann die vermeintliche Unwirtschaftlichkeit von Leistungen nicht zur Verweigerung von Leistungen führen. Weder eine ausdehnende Auslegung noch eine analoge Anwendung von GOPen des EBM ist zulässig (vgl.: BSG, Beschl. v. 17.02.2016, Az: B 6 KA 63/15 B, Rn. 8, zit. nach juris). Im vorliegenden Fall ist offensichtlich, dass die GOP 10340 EBM nicht die hier streitgegenständliche Leistung, das Entfernen von Barthaaren bei Transsexuellen, erfasst. Die Beklagte kann deshalb auch nicht die Leistung unter Verweis auf die Pflicht der Ärzte zur Leistungserbringung wegen des übertragenen Sicherstellungsauftrages verweisen. Der Beklagten ist zugestehen, dass die Leistungen grundsätzlich vom Leistungskatalog umfasst sein sollten. In diesem Fall wäre die Beklagte nicht gezwungen außerbudgetär Leistungen zu erbringen. Vielmehr wären die Leistungen mit der ohnehin gezahlten Gesamtvergütung an die Kassenärztliche Vereinigung abgegolten. Soweit die Beklagte indes einseitig mit entsprechenden disziplinarischen Maßnahmen auf die Kassenärztliche Vereinigung verweist, können die Vertragsärzte nicht zu einer Leistung angehalten werden, die nicht geregelt ist. Darüber hinaus trägt die Ärzteseite nicht allein die Verantwortung für das Fehlen der Regelung. Die Krankenkassen verhandeln zusammen mit den Ärzten die Ausgestaltung des EBM (§ 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V). Es liegt insofern auch an der Beklagten, möglichst schnell für eine entsprechende Regelung zu sorgen, zumal nach Rechtsprechung und Literatur kein Zweifel an der grundsätzlichen Leistungspflicht besteht. Am Rande anzumerken bleibt, dass die Beklagte mit der von ihr praktizierten Leistungsverweigerung gegen ihre Pflichten zur Beratung (§ 14 SGB I) und Leistungserbringung (§ 27 Abs. 1 SGB V) verstößt.

Auch das Bundessozialgericht (BSG, Urt. v. 11.09.2012, Az: B 1 KR 9/12 R, Rn. 8ff., zit. nach juris) entnimmt die speziellen Leistungsansprüche für Transsexuelle nicht allein dem SGB V, sondern einer richterrechtlichen Konkretisierung aus § 27 Abs. 1 Satz 1 SGB V. Dies impliziert, dass die auf Grundlage von §§ 12, 27 Abs. 1 Satz 2 SGB V, 70, 92 erfolgten Konkretisierungen nicht abschließend sind. Die grundsätzliche Begrenzung des Leistungskatalogs in der gesetzlichen Krankenversicherung durch die gesetzlichen und untergesetzlichen Regelungen bedarf im Falle eines Systemmangels, wie hier des Fehlens entsprechender Regelungen für Leistungen im Falle von Transsexualismus, einer erweiternden Auslegung. Hier ist bei der Anwendung der Grundsätze des Systemmangels eine verfassungskonforme Auslegung unter Berücksichtigung des aus Art. 2 Abs. 1 GG iVm Art. 1 Abs. 1 GG hergeleiteten Rechts auf sexuelle Selbstbestimmung (vgl. hierzu: BVerfG, Beschl. v. 11.01.2011, Az: 1 BvR 3295/07, = BVerfGE 128, 109-137, Rn. 59mwN, zit. nach juris) anzuwenden. Dies führt - bis zur Einführung einer entsprechenden Regelung - zu einem Anspruch von gesetzlich krankenversicherten Transsexuellen

gegenüber ihrer Krankenkasse auf Entfernung von Barthaaren, soweit dies im Einzelfall medizinisch notwendig ist.

Dieser Anspruch auf Erbringung der Leistung erstreckt sich vorliegend auch auf nicht ärztliche Leistungserbringer (im Ergebnis ebenso: LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 08.05.2014, Az: L 16 KR 453/12, Rn. 48; SG Berlin, Urt. v. 15.03.2016, Az: S 51 KR 2136/13, Rn. 33, jew. zit. nach juris). Der Beklagten ist zuzugestehen, dass aus § 15 Abs. 1 SGB V grundsätzlich für Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung ein Arztvorbehalt zu entnehmen ist. Daneben ist der Beklagten auch zuzugestehen, dass dieser grundsätzliche Arztvorbehalt auch bei einem Systemmangel Anwendung findet (vgl. hierzu: BSG, Urt. v. 13.12.2016, Az: B 1 KR 4/16 R, Rn. 10ff., insbes. 17, zit. nach juris). Zumindest für diesen konkreten Einzelfall liegen die Voraussetzungen für den Arztvorbehalt aber nicht vor. Das Bundessozialgericht (aaO) hat für psychotherapeutische Leistungen den Arztvorbehalt aus den konkretisierenden Rechtsgrundlagen, dem Regelungszusammenhang, dem Regelungszweck und der Historie hergeleitet. Konkretisierende Rechtsgrundlagen für die hier streitige Barthaarentfernung liegen - wie dargestellt - nicht vor. Regelungszusammenhang, Regelungszweck und Historie von Regelungen können insofern auch nicht herangezogen werden. Der allgemeine Sinn und Zweck des Arztvorbehaltes kann indes herangezogen werden, nämlich die Qualitätssicherung. Das Bundesverfassungsgericht (BVerfG, Beschl. v. 10.05.1988, Az: 1 BvR 111/77, = BVerfGE 78, 155-164, Rn. 23, zit. nach juris) formulierte das Erfordernis unter Berücksichtigung des Verhältnismäßigkeitsgrundsatzes dahingehend, dass heilkundliche Kenntnisse und Fähigkeiten nur in dem Umfang verlangt werden, wie es aus gesundheitspolizeilichen Gründen erforderlich ist. Für die konkrete Barthaarentfernung ist die Behandlung nicht durch einen Arzt erforderlich. Vielmehr ist die eigentlich vorrangige ärztliche Leistungserbringung nach Aktenlage sogar als nachrangig einzustufen. Der Klägerin ist mit Attest vom 26.07.2016 bescheinigt worden, dass die ärztliche Behandlung zu einem deutlich verschlechterten entzündlichen Hautbild führte, wohingegen mit ärztlichem Attest vom 11.04.2017 nebst Bilddokumentation eine Nadelepilation durch eine Elektrologistin ein wesentlich besseres Ergebnis ohne entzündliche Hautreaktion gezeigt habe. Neben diesem konkreten Nachweis der höheren Qualität der Leistung durch einen nicht ärztlichen Leistungserbringer ist auf die Ressortforschungsberichte zum Strahlenschutz aus dem Juli 2018, Nebenwirkungen bei der Anwendung optischer Strahlung in der Kosmetik, Abschlussbericht (veröffentlicht im Internet unter: https://doris.bfs.de/jspui/bitstream/urn:nbn:de:0221-2018071915615/3/BfS_2018_3616S82432.pdf) zu verweisen. Auch wenn sich die Erhebung auf eine optische Behandlung (Laserbehandlung) bezieht, sind Rückschlüsse auch auf die Nadelepilationsbehandlung möglich, als auch die Haarentfernung davon umfasst ist. Laut der Erhebung seien deutlich weniger Nebenwirkungen bei nicht ärztlichen Leistungserbringern als bei ärztlichen Leistungserbringern aufgetreten (Tabelle 4.4-2). Aus Sicht der Befragten seien bei den Aufklärungsgesprächen nicht-ärztlicher Anbieter auch mehr Inhalte vermittelt als bei denen in Arztpraxen (Tabelle 4.2-3). Vor allem die Umstände, unter denen die Behandlung ungeeignet

oder gefährlich ist, seien bei nicht-ärztlichen Anbietern häufiger Thema (77 zu 50 Prozent bzw. 68 zu 50 Prozent) gewesen. Aber auch die meisten anderen Punkte – mit Ausnahme der Alternativen – seien bei nicht-ärztlichen Anbietern häufiger erinnert worden. Daraus könne geschlussfolgert werden, dass die Aufklärungsgespräche bei nicht-ärztlichen Anbietern zumindest in der Erinnerung der Befragten umfassender gewesen seien als die bei Ärzten bzw. Ärztinnen.

Die Kammer lässt mit dem Tenor bewusst offen, ob die Beklagte die begehrte Behandlung im Wege der Sachleistung oder im Wege der Kostenerstattung (zum gleichen Leistungsumfang im Wege der Kostenerstattung vgl.: LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 27.01.2009, Az: L 11 KR 3126/08, Rn. 23ff.; SG Berlin, Urt. v. 15.03.2016, Az: S 51 KR 2136/13, Rn. 34, jew. zit. nach juris) erbringen muss. Es steht der Beklagten frei, einen Vertrag mit einem oder mehreren geeigneten Leistungserbringern, seien es Elektrologen, Kosmetiker oder aber auch Ärzte, abzuschließen. Klarzustellen war lediglich, dass mangels ausreichend zur Verfügung stehender geeigneter und gewillter Vertragsärzte in Hannover auch Elektrologen und Kosmetiker zur begehrten Barthaarentfernung herangezogen werden können. Vertragsärzte können, sollten sich wider Erwarten doch leistungsfähige und leistungsbereite finden, ohnehin die begehrte Leistung erbringen und mangels einschlägiger GOP im EBM über die GoÄ nach vorheriger Genehmigung bei der Beklagten abrechnen. Die hierfür erforderliche Genehmigung greift ebenso für die nicht ärztlichen Leistungserbringer, da die Beklagte nur dem Grunde, aber nicht der Höhe nach zur Leistung verurteilt worden ist. Es ist insofern auch zu beachten, dass die Leistung zwar nicht durch Ärzte erbracht werden muss, aber dennoch medizinischer Begleitung bedarf. Die Klägerin hatte zuvor bereits ärztliche Bescheinigungen über die Qualität der Behandlung vorgelegt. Für die Behandlerin, für die mit Attest vom 11.04.2017 bereits die Qualität bescheinigt worden ist, bedarf es keiner solchen Bescheinigung. Indes ist eine medizinische Kontrolle bei anderen Leistungserbringern erforderlich. Dies erstreckt sich allerdings nur auf die jeweils erste Behandlung. Daneben ist allerdings von der Klägerin auch gegenüber der Beklagten die Erforderlichkeit des Umfangs der Behandlung sowohl im Hinblick auf die Dauer der jeweiligen Behandlungen als auch im Hinblick auf die Anzahl der durchzuführenden Behandlungen nachzuweisen. Sowohl die Dauer der einzelnen Behandlungen als auch deren Anzahl kann (und soll) sich mit den zu behandelnden Haaren verringern.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 193 SGG.

Rechtsmittelbelehrung

Dieses Urteil kann von der Beklagten mit der Berufung angefochten werden.

Die Berufung ist innerhalb **eines Monats** nach Zustellung des Urteils bei dem Landessozialgericht Niedersachsen-Bremen, Georg-Wilhelm-Str. 1, 29223 Celle, oder bei der Zweigstelle des Landessozialgerichts Niedersachsen-Bremen, Am Wall 198, 28195 Bremen schriftlich oder in elektronischer Form oder zu Protokoll des Urkundsbeamten der Geschäftsstelle einzu legen.

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 oder
- von der verantwortenden Person 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. Über das Justizportal des Bundes und der Länder (www.justiz.de) können weitere Informationen über die Rechtsgrundlagen, Bearbeitungsvoraussetzungen und das Verfahren des elektronischen Rechtsverkehrs abgerufen werden.

Die Berufungsfrist ist auch gewahrt, wenn die Berufung innerhalb der Monatsfrist bei dem Sozialgericht Hannover, Leonhardtstraße 15, 30175 Hannover, schriftlich oder in elektronischer Form oder zu Protokoll des Urkundsbeamten der Geschäftsstelle eingelegt wird.

Die Berufungsschrift muss innerhalb der Monatsfrist bei einem der vorgenannten Gerichte eingehen. Sie soll das angefochtene Urteil bezeichnen, einen bestimmten Antrag enthalten und die zur Begründung der Berufung dienenden Tatsachen und Beweismittel angeben.

Auf Antrag kann 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 Hannover, Leonhardtstraße 15, 30175 Hannover, schriftlich oder in elektronischer Form zu stellen. Die Zustimmung des Gegners ist dem Antrag beizufügen.

Lehnt das Sozialgericht den Antrag auf Zulassung der Revision durch Beschluss ab, so beginnt mit der Zustellung dieser Entscheidung der Lauf der Berufungsfrist von neuem, sofern der Antrag auf Zulassung der Revision in der gesetzlichen Form und Frist gestellt und die Zustimmungserklärung des Gegners beigelegt war.

Der Berufungsschrift und allen folgenden Schriftsätzen sollen Abschriften für die übrigen Beteiligten beigelegt werden. Dies gilt nicht bei Einlegung der Berufung in elektronischer Form.

Erfolgt die Zustellung im **Ausland**, so gilt anstelle aller genannten Monatsfristen eine Frist von **drei Monaten**.

Q.