

L 5 KR 731/13

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
5
1. Instanz
SG Ulm (BWB)
Aktenzeichen
S 3 KR 4462/11
Datum
22.01.2013
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 5 KR 731/13
Datum
21.01.2015
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-

Datum
-

Kategorie

Urteil

Leitsätze

Eine kardiorespiratorische Polysomnographie (PSG) wegen neurologischer Schlafstörungen darf nur dann stationär erbracht werden, wenn zuvor alle ambulanten Diagnose- und Behandlungsverfahren ausgeschöpft worden sind und danach sich eine PSG noch als erforderlich erweist.

Die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Ulm vom 22.01.2013 wird zurückgewiesen.

Die Klägerin trägt die Kosten des Berufungsverfahrens.

Der Streitwert wird auch für das Berufungsverfahren auf 1.676,19 EUR festgesetzt.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten über die Vergütung einer vollstationären Krankenhausbehandlung (stationäre kardiorespiratorische Polysomnographie im Schlaflabor des Krankenhauses).

Die Klägerin, die ein gem. [§ 108 Nr. 2](#) Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) in den Krankenhausplan des Landes Baden-Württemberg aufgenommenes Fachkrankenhaus für Neurologie und Psychiatrie betreibt, behandelte die 1936 geborene und bei der Beklagten versicherte I. E. (im Folgenden: Versicherte) vom 25.03.2008 bis 27.03.2008 wegen Schlafstörungen bzw. Insomnie stationär in ihrer Neurologischen Klinik. Erbracht wurden Leistungen der kardiorespiratorischen Polysomnographie (PSG). Mit Rechnung vom 11.07.2008 stellte die Klägerin der Beklagten Behandlungskosten i. H. v. 1.676,19 EUR in Rechnung. Der Rechnungsstellung wurde die Fallpauschale U64Z zugrunde gelegt. Die Beklagte zahlte den Rechnungsbetrag an die Klägerin.

Der Hausarzt der Versicherten Dr. W. (Allgemeinarzt, Pulmologe und Schlafmediziner) hatte die Versicherte zu Dr. K. (Internist, Arzt für Lungen- und Bronchialheilkunde) überwiesen, der nach Untersuchung der Versicherten mit Arztbriefen vom 04.12.2007 und 13.12.2007 mitteilte, die Versicherte berichte von Ein- und Durchschlafstörungen, die zur näheren Abklärung der Insomnie durchgeführte (kardiovaskuläre) Polygraphie habe jedoch keinen Anhalt für eine schlafbezogene Atmungsstörung ergeben. Es bestehe der Verdacht auf Vorliegen einer psychophysiologischen Schlafstörung. Die Versicherte werde zur Abklärung der Insomnie im Schlaflabor (zur Durchführung einer PSG) vorgestellt. Eine entsprechende Verordnung von Krankenhausbehandlung stellte Dr. K. unter dem 25.03.2008 aus.

Auf dem Formular "Annahmeformular" in den Patientenakten der Klägerin ist zum Gesundheitszustand der Versicherten vermerkt: Verdacht auf Schlafstörungen, Schilddrüsenunterfunktion. Außerdem sind in den Patientenakten (u.a.) ein von der Versicherten ausgefüllter Schlaffragebogen und ein Fragebogen zur Tagesschläfrigkeit vom 25.03.2008 enthalten. Auf dem Fragebogen zur Anamneseerhebung bei Schlafstörungen (aufgenommen am 25.03.2008, 13.30 Uhr) ist u.a. vermerkt, die Erholbarkeit des Schlafs sei i. d. R. gut und (nur) bei längeren Wachphasen schlechter. Die Versicherte sei tagsüber nur bei extrem schlechten Nächten müde. Die Stimmungslage sei ausgeglichen. Während der letzten 4 Wochen hätten keine Probleme hinsichtlich des Schwungs zur Bewältigung der üblichen Alltagsaufgaben oder beim Autofahren bestanden. Zu bisherigen Behandlungen wurden Schlafhygiene, Entspannungsverfahren, Reduktion von Gewicht, Alkohol verneint und als Medikation Oxazepam (schlecht toleriert) vermerkt. Demgegenüber heißt es im Anamnesebogen, die Versicherte wache alle 45 Minuten, je Nacht ca. 5-6 Mal auf; Nykturie 1-2 Mal pro Nacht, nach dem Aufwachen betrage die Wiedereinschlafzeit 30 Minuten, bei einer Bettzeit von 8 Stunden betrage die Schlafzeit ungefähr drei Stunden.

Im Entlassungsbericht der Klägerin vom 05.05.2008 (zuvor Kurzepikrise vom 27.03.2008) sind die Diagnosen psychophysiologische

Insomnie, leichtgradiges obstruktives Schlafapnoe-Syndrom sowie COPD und chronisches Schmerzsyndrom der HWS-LWS/Bandscheibenproblematik festgehalten. Die Versicherte sei im Schlaflabor untersucht und behandelt worden. Die Versicherte habe in der Anamnese bei einer Bettzeit von 8 Stunden eine subjektive Schlafzeit von 3 Stunden angegeben; die Beschwerden bestünden seit ca. 10 Jahren und hätten sich im vergangenen Jahr deutlich verstärkt. Als auslösendes Ereignis gebe sie eine als sehr stressreich erlebte Tätigkeit im Fremdenverkehr und in der Gastronomie vor ca. 20 Jahren mit sehr unregelmäßigen Arbeitszeiten an. Bekannt seien (neben Übergewicht, BMI 29) ein angeborener Herzklappenfehler, eine COPD, ein HWS-/LWS-Schmerzsyndrom nach mehreren Bandscheibenvorfällen, einhergehend mit Schmerzen und Sensibilitätsstörungen zum Teil auch nachts, ein Z. n. partieller Thyreoidektomie, Hysterektomie und Mehrfach-OP bei Varikosis der Beine. Das zur Therapie der Schlafstörung vom Hausarzt verordnete Medikament Oxazepam habe die Versicherte nicht regelmäßig eingenommen, weil sie bei unveränderter Symptomatik Nebenwirkungen verspürt habe. Im ambulanten polygraphischen Apnoe-Screening 12/2007 habe sich ein insgesamt unauffälliger Befund ergeben. Die polygraphische Untersuchung habe letztendlich keine sichere diagnostische Zuordnung erlaubt, weswegen zur differentialdiagnostischen Abklärung in den beiden (stationären) Ableitenächten eine diagnostische PSG durchgeführt worden sei. Dabei habe sich insbesondere in der zweiten Ableitenacht der Befund eines leichtgradigen, vorwiegend REM-assoziierten obstruktiven Schlafapnoe-Syndroms und konsekutiver Schlaffragmentierung ergeben. Das obstruktive Schlafapnoe-Syndrom sei als Nebenbefund anzusehen. Als therapeutisches Prozedere habe man die Versicherte auf die Notwendigkeit einer Gewichtsreduktion hingewiesen. Als Ursache der insomnischen Beschwerden sei eine psychophysiologische Insomnie anzusehen, in der Anamnese sei eine Auslösesituation im Sinne einer konditionierten Störung mit psychischer Fehlhaltung und chronischer somatisierter Anspannung explorierbar. Für die Behandlung sollten nichtmedikamentöse Maßnahmen der allgemeinen Schlafhygiene im Vordergrund stehen sowie verhaltens- und psychotherapeutische Verfahren einschließlich Entspannungstherapie. Eine polygraphische Kontrolluntersuchung in einem Jahr werde empfohlen.

Auf Antrag der Beklagten (vom 24.07.2008) prüfte der Medizinische Dienst der Krankenversicherung Baden-Württemberg (MDK) Notwendigkeit und Dauer der Krankenhausbehandlung der Versicherten. Im (Akten-)Gutachten vom 12.09.2008 führte Dr. S. aus, dem Entlassungsbericht der Klägerin vom 05.05.2008 sei eine elektive stationäre Aufnahme der Versicherten auf Zuweisung eines Facharztes für Pulmologie zur Abklärung einer Schlafstörung zu entnehmen. Angegeben seien eine ausgeprägte Durchschlafstörung, Langzeiterwachen, Morgenschöpfung, nächtliche kardiale Palpitationen, Alpträume und (fremdanamnestisch) berichtetes Schnarchen. Ein ambulanter Therapieversuch mit Oxazepam sei erfolglos gewesen. Eine ambulante polygraphische Abklärung habe einen unauffälligen Befund ergeben. In der Neurologischen Klinik der Klägerin habe man zwei polysomnographische Diagnosenächte durchgeführt, in der zweiten Ableitenacht mit dem Befund einer leichtgradigen, vorwiegend REM assoziierten obstruktiven Schlafapnoe. Die Symptomatik sei im Rahmen einer psychophysiologischen Insomnie eingeordnet, der Versicherten seien Verhaltensmaßnahmen empfohlen worden. Die Ärzte der Klägerin hätten die Diagnosen leichtgradiges obstruktives Schlafapnoe-Syndrom, psychophysiologische Insomnie und außerdem COPD, chronisches Schmerzsyndrom der HWS-LWS diagnostiziert. Die vorliegenden medizinischen Unterlagen begründeten keine Notwendigkeit einer stationären Durchführung der Diagnostik. Seit dem 11.11.2004 sei die PSG in der Differenzialdiagnostik und Therapie schlafbezogener Atmungsstörungen eine vertragsärztlich zu erbringende Leistung. Die voll- und teilstationäre Durchführung sei damit nur noch bei im Einzelfall nachgewiesener medizinischer Notwendigkeit zulässig. Dafür bestünden hier keine Hinweise. Es handele sich um eine primäre Fehlbelegung. Die Klägerin betreibe eine eigene Ambulanz ihres Schlaflabors. Die medizinischen Voraussetzungen für die erbrachte Leistung seien nicht erfüllt.

Mit Schreiben vom 15.09.2008 teilte die Beklagte der Klägerin unter Hinweis auf das MDK-Gutachten vom 05.05.2008 mit, man akzeptiere die Abrechnung der für die Versicherte erbrachten Leistungen nicht; der Rückforderungsbetrag belaufe sich auf 1.660,80 EUR. Mit Schreiben vom 28.10.2011 wandte sich die Klägerin gegen die Rückforderung der gezahlten Vergütung. Am 14.11.2008 verrechnete die Beklagte gegenüber der Klägerin einen Rückforderungsbetrag von 1.676,19 EUR.

Am 25.11.2011 erhob die Klägerin Klage beim Sozialgericht Stuttgart. Mit Beschluss vom 23.12.2011 erklärte sich das Sozialgericht Stuttgart für örtlich unzuständig und verwies den Rechtsstreit an das örtlich zuständige Sozialgericht Ulm.

Zur Begründung ihrer Klage trug die Klägerin vor, sie rechne ihre Leistungen seit Jahren nicht mehr nach tagesgleichen Pflegesätzen, sondern nach DRG (Diagnosis Related Groups) ab. Für die Behandlung der Versicherten habe sie der Beklagten entsprechend der (auf Landesebene vereinbarten) DRG U64Z einen Betrag von 1.676,19 EUR in Rechnung gestellt. Gegen das im Auftrag der Beklagten erstellte MDK-Gutachten habe sie nicht gesondert Widerspruch erhoben, da der MDK auf seiner Einschätzung in einer Vielzahl vergleichbarer Fälle beharre. Die Beurteilung des MDK sei nicht sachgerecht. Der der BUB-Richtlinie vom 21.09.2004 zugrunde liegende Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses betreffe nur die Diagnostik (Polygraphie und Polysomnographie) und die Therapie der schlafbezogenen Atmungsstörungen (ICD-10 Ziff. G47). Diese Diagnose sei bei der Versicherten nicht gestellt worden. Man habe sie vielmehr hauptdiagnostisch wegen einer nichtorganischen Insomnie (ICD-10 Ziff. F51.0) behandelt. Im Dezember sei bei der Versicherten ein polygraphisches Apnoe-Screening ambulant durchgeführt und nach der BUB-Richtlinie (Richtlinie über die Bewertung ärztlicher Untersuchungs- und Behandlungsmethoden) als ambulante Leistung abgerechnet worden. Diese Diagnose habe bei dem stationären Aufenthalt der Versicherten aber nur einen Nebenbefund dargestellt. Sie habe die Behandlung daher über die BUB-Richtlinie nicht durchführen können, da es sich nicht um eine vertragsärztliche Leistung gehandelt habe. Deswegen sei die stationäre Behandlung notwendig gewesen. Das folge auch aus der Arbeitshilfe des MDK vom September 2006 zum Thema "schlafbezogene Atmungsstörung". Dort sei (u.a.) ausgeführt, komplexe neurologisch-psychiatrische Schlafstörungen sollten, sofern sich im diagnostischen Vorfeld keine Verdachtsmomente für das Vorliegen einer SBAS (schlafbezogene Atmungsstörung) ergeben hätten, in einer dafür spezialisierten Einrichtung untersucht werden. Nach der geltenden BUB-Richtlinie gebe es für diese Erkrankungen keine Abrechnungsmöglichkeiten für die ambulante PSG (Polysomnographie). Sie sei eine spezialisierte Einrichtung im Sinne der genannten Arbeitshilfe und verfüge über einen entsprechenden Versorgungsauftrag. Auch die Behandlungsdauer der Versicherten sei nicht zu beanstanden. Aus dem ärztlichen Entlassungsbericht gingen Diagnostik und Therapie während der Zeit vom 25.03.2008 bis 27.03.2008 hervor. Hierauf komme es aber ohnehin nicht an, da die Abrechnung nicht nach tagesgleichen Pflegesätzen, sondern als Fallpauschale nach DRG für den gesamten Aufenthalt vorgenommen worden sei. Die Aufenthaltsdauer der Versicherten liege bei der DRG-Ziffer U64Z unter der mittleren Verweildauer von 5,6 Tagen und über der Grenzverweildauer von 1 Tag. Der geltend gemachte Zinsanspruch beruhe gem. § 19 Abs. 3 des Landesvertrags ([§ 112 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 SGB V](#)).

Die Beklagte trug vor, der Vergütungsanspruch des Krankenhauses gegen die Krankenkasse reiche nur so weit wie der Behandlungsanspruch des Versicherten. Gem. [§ 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) hätten Versicherte Anspruch auf vollstationäre Behandlung in einem

zugelassenen Krankenhaus, wenn die Aufnahme nach Prüfung durch das Krankenhaus erforderlich sei, weil das Behandlungsziel nicht durch teilstationäre, vor- und nachstationäre oder ambulante Behandlung einschließlich häuslicher Krankenpflege erreicht werden könne. Der (Rahmen-)Anspruch des Versicherten auf Krankenhausbehandlung werde durch die Entscheidung des Krankenhausarztes über die Aufnahme erstmalig und durch die geplanten und durchgeführten Behandlungsschritte fortlaufend konkretisiert und erfüllt, so dass die Krankenkasse aufgrund des Sachleistungsprinzips verpflichtet sei, den Versicherten von den dadurch entstandenen Aufwendungen frei zu stellen; das gelte auch dann, wenn sich nachträglich ergebe, dass die vollstationäre Krankenhausbehandlung nicht notwendig gewesen sei. Das Abrechnungsverhältnis zwischen Krankenhaus und Krankenkasse müsse aber von dem Leistungsverhältnis zwischen Krankenhaus und Versichertem unterschieden werden. Die Krankenkasse dürfe die fehlende Erforderlichkeit der Krankenhausbehandlung gegenüber dem Krankenhaus auch nachträglich einwenden. Die Klägerin unterhalte ein ambulantes Schlaflabor. Dort sei die Versicherte wegen nichtorganischer Schlafstörungen untersucht worden. Die vollstationäre Abklärung der Schlafstörungen sei nicht notwendig gewesen, zumal Komorbiditäten der Versicherten nicht bekannt seien. Die erbrachte Leistung sei entgegen der Auffassung der Klägerin Bestandteil der vertragsärztlichen Versorgung und entsprechend abrechenbar. Der MDK habe die angeführte Arbeitshilfe erstellt, weil es sich bei der komplexen neurologisch-psychiatrischen Schlafstörung um einen Graubereich handle. Zur Verifizierung der Diagnose sei u.a. ein multipler Schlaflatenztest (MSLT) notwendig, der bei der Versicherten offenbar nicht durchgeführt worden sei. Dem Entlassungsbericht vom 05.05.2008 könne auch das Vorliegen einer komplexen neurologisch-psychiatrischen Schlafstörung nicht entnommen werden. Vielmehr habe man die übliche Differentialdiagnostik bei schlafbezogenen Atmungsstörungen durchgeführt und ein leichtgradiges obstruktives Schlafapnoe-Syndrom festgestellt. Behandlungsfälle dieser Art seien nach Auskunft des MDK ambulant abzuwickeln.

Die Beklagte lege das (weitere) MDK-Gutachten von Frau Dr. Sch. vom 11.04.2012 vor. Darin ist (u.a.) ausgeführt, im Vorfeld sei aus der (ambulant durchgeführten) Polygraphie bekannt gewesen, dass bei der Versicherten eine Atmungsstörung nicht vorliege. Die Versicherte habe eine Durchschlafstörung mit Schlafmangelsyndrom. Grundsätzlich könne eine PSG nach den einschlägigen Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses ambulant abgerechnet werden, wenn trotz sorgfältiger klinisch-anamnestischer Abklärung und nach erfolgter (ambulanter) Polygraphie (GNR 30900 EBM - Einheitlicher Bewertungsmaßstab für vertragsärztliche Leistungen) keine Entscheidung zur Notwendigkeit einer Therapie mittels CPAP möglich sei oder es bei gesicherter Indikation um die Ersteinstellung oder bei schwerwiegenden Therapieproblemen um die Atemwegsüberdruckbehandlung gehe. Nach der genannten Richtlinie sei die PSG beim aktuellen Kenntnisstand nicht routinemäßig im Rahmen der Diagnostik von Insomnie indiziert. Hauptindikationen seien (u.a.) eine schwere Insomnie mit signifikanter Beeinträchtigung der Tagesbefindlichkeit, eine therapieresistente Insomnie über mehr als ein halbes Jahr, der Verdacht auf organisch bedingte Insomnie, Insomnie in Verbindung mit Eigen- oder Fremdgefährdung, Insomnie im Rahmen von Schlaf-Wachrhythmusstörungen und der Verdacht auf Fehlwahrnehmung des Schlafs.

Hier sei die PSG zum Ausschluss einer schlafbezogenen Atmungsstörung erfolgt mit der Diagnose eines nicht relevanten leichten obstruktiven Schlafapnoesyndroms. Es sei nicht erkennbar, dass die Stufendiagnostik der BUB-Richtlinie (Stufe 1 und 2) ambulant ausgeschöpft worden sei. Auch unter der Annahme, dass die Diagnostik primär bei Verdacht auf eine Insomnie durchgeführt worden sei, hätte man zunächst die ambulante Diagnostik ausschöpfen müssen. Nach den vorliegenden Unterlagen habe bei der Versicherten eine schwere (psychische) Begleiterkrankung nicht vorgelegen. Außerdem sei die Versicherte hinsichtlich der anamnestisch berichteten Schlafstörungen offenbar nicht beraten worden; auch hinsichtlich der angegebenen, viele Jahre zurückliegenden Belastungssituation sei offenbar eine psychiatrische Diagnostik und Therapie ersichtlich nicht erfolgt. Der Schlafqualitätsfragebogen sei nicht ausgewertet worden. Offenbar sei man bei der Klägerin der Auffassung, dass sämtliche andere Diagnosen, die nicht auf eine Schlafapnoe zurückzuführen seien, polysomnographisch stationär abgerechnet werden könnten. Unstreitig sei die Abrechnungsmöglichkeit bei PSG unter der Diagnose "Schnarchen" nach bereits ambulant erfolgtem Ausschluss eines obstruktiven Schlafapnoe-Syndroms aufgrund der Polygraphie von der EBM-Abrechnungsziffer nicht erfasst.

Bei der Versicherten liege ein Schlafmangelsyndrom vor; Hinweise auf eine Narkolepsie habe es nicht gegeben. Untersuchungsgegenstand sei die Abklärung einer Schlafstörung, insbesondere einer Durchschlafstörung, gewesen. Da sich schon im Vorfeld keine Hinweise auf eine zentrale Schlafapnoe ergeben und auch keine Begleiterkrankungen vorgelegen hätten, könne die Notwendigkeit einer vollstationären PSG nicht abgeleitet werden. Mit der Klägerin bestehe Einigkeit darüber, dass die PSG grundsätzlich eine Leistung darstelle, die in Schlaflaboren auch ambulant ohne Anbindung an ein Krankenhaus erbracht werde und die deshalb auch im EBM aufgeführt sei. Das gelte allerdings nicht für die Diagnose "psychophysische Insomnie". Bei der Versicherten habe eine schwerwiegende Begleiterkrankung, die eine vollstationäre Krankenhausaufnahme begründen könnte, nicht vorgelegen. Die besonderen Mittel des Krankenhauses seien für die durchgeführte PSG nicht erforderlich gewesen. Die vom behandelnden (niedergelassenen) Schlafmediziner gestellte Indikation (zur PSG) sei von der Klägerin offenbar nicht überprüft worden. Die Abrechnungsproblematik, wonach die PSG nur für den Verdacht auf Schlafapnoe geregelt sei, begründe aus sozialmedizinischer Sicht nicht, die PSG im Einzelfall aus abrechnungstechnischen Gründen stationär durchzuführen. Die von der Klägerin angeführte Diagnose nicht organische Insomnie (F51.0) könne eine vollstationäre Krankenhausbehandlung nicht rechtfertigen. Bei der Versicherten sei über drei Monate vor der Krankenhausaufnahme eine Polygraphie durchgeführt worden; eine psychiatrische Beurteilung sei nicht erfolgt. Auch eine länger dauernde Behandlung der Schlafstörung oder eine Beratung habe ersichtlich nicht stattgefunden. Eine Notfallsituation habe nicht vorgelegen. Eine ambulante PSG wäre daher möglich gewesen. Bei Aufnahme der Versicherten sei (ex ante) erkennbar gewesen, dass eine vollstationäre Krankenhausbehandlung nicht notwendig gewesen sei und man vorrangig hätte Maßnahmen zur Schlafhygiene, Entspannung u.a. empfehlen müssen. Offenbar sehe man bei der Klägerin die PSG schon deshalb nicht als ambulante Leistung an, weil eine Untersuchung über Nacht durchgeführt werden müsse.

Das Sozialgericht erhebe das (Akten-)Gutachten des PD Dr. W. (Ärztlicher Direktor der Neurologischen Klinik des Bundeswehrkrankenhauses U.) vom 02.05.2012 mit ergänzender Stellungnahme vom 14.08.2012. Der Gutachter führte aus, die Versicherte sei bereits im Dezember 2007 durch den behandelnden niedergelassenen Pulmologen und Schlafmediziner (ambulant) untersucht worden. Dieser habe eine wesentliche schlafbezogene Atmungsstörung nicht festgestellt und für die Diagnose einer psychophysiologischen Insomnie eine stationäre Untersuchung im Schlaflabor veranlasst. Dabei sei im März 2008 die genannte Diagnose bestätigt worden; außerdem habe man nebenbefundlich ein - allerdings nicht relevantes - leichtgradiges Schlafapnoe-Syndrom (eine schlafbezogene Atmungsstörung) gefunden. Die Einschätzung des MDK, es habe eine primäre Fehlbelegung vorgelegen, weil eine Polysomnographie in der Differenzialdiagnostik und Therapie schlafbezogener Atmungsstörungen eine vertragsärztlich nach der BUB-Richtlinie zu erbringende Leistung darstelle, treffe daher nicht zu, da bei der Versicherten keine schlafbezogene Atmungsstörung vorgelegen habe. Das sei bereits dem einweisenden Pulmologen klar gewesen. Bei der Hauptdiagnose - psychophysiologische Insomnie - handle es sich definitionsgemäß um eine Störung mit körperlicher Anspannung und gelernten schlafverhindernden Assoziationen (wie übertriebener Einschlafanstrengung, erhöhtes Erregungsniveau vor

allem vor dem Schlafengehen, besserer Schlaf in anderer Schlafumgebung), die zu Beschwerden einer Insomnie und daran gekoppelter verminderter Leistungsfähigkeit während des Wachzustands führe. Nach den neurologischen Leitlinien sei eine polysomnographische Untersuchung im Einzelfall erforderlich bei Patienten mit chronischen, therapierefraktären Insomnien, die sowohl auf verschiedene adäquate pharmakologische als auch verhaltensmedizinische Therapiemaßnahmen nicht angesprochen hätten. Nach der Arbeitshilfe des MDK zur Schlafapnoe gelte die BUB-Richtlinie für Patienten mit neurologisch-psychiatrischen Schlafstörungen nicht. Hinsichtlich der Einweisung in ein stationäres Schlaflabor sei ausgeführt, komplexe neurologisch-psychiatrische Schlafstörungen sollten in einer dafür spezialisierten Einrichtung untersucht werden; nach der geltenden BUB-Richtlinie gebe es bei diesen Erkrankungen keine Abrechnungsmöglichkeit für die ambulante Polysomnographie. Fraglich sei daher, was unter einer komplexen neurologisch-psychiatrischen Schlafstörung zu verstehen sei. In der Arbeitshilfe des MDK heiße es dazu im Kapitel "Indikation bei neurologisch-psychiatrischen und anderen Schlafstörungen", neben psychiatrischen Schlaf-Wachstörungen, die bei depressiven Erkrankungen, Angst- und Panikerkrankungen, Schizophrenie und Alkoholabhängigkeit vorkommen könnten, gebe es eine Reihe organisch bedingter Schlaf-Wachstörungen auf neurologisch-psychiatrischem Fachgebiet. Zu diesen gehörten insbesondere die periodischen Arm- und Beinbewegungen, das Restless-Legs-Syndrom, die Narkolepsie, rezidivierende Hypersomnien (Kleine-Levin-Syndrom, posttraumatische Hypersomnien), degenerative demenzielle Hirnerkrankungen, Stammganglienerkrankungen, z. B. Morbus Parkinson, Schlafepilepsie bzw. schlafbezogene Epilepsie sowie einige seltene Erkrankungen, wie schlafbezogener Laryngospasmus, schlafgebundene Kopfschmerzen, fragmentarischer Myoklonus und das Subvigilanz-Syndrom. Bei diesen Erkrankungen könne im Einzelfall, so die Arbeitshilfe, eine Indikation zur Durchführung einer stationären Polysomnographie zur Sicherung der Diagnose gegeben sein. Die psychophysiologische Insomnie sei ausdrücklich nicht mit aufgeführt. Andererseits sei die Aussage der Arbeitshilfe hinsichtlich der psychophysiologischen Insomnie nicht ganz eindeutig, da klare Kodierempfehlungen für die DRG bei nichtorganischer Insomnie nicht gegeben würden. In der Anlage 1 der Arbeitshilfe zur stationären Behandlung sei - allerdings beim Schlafapnoe-Syndrom - ausgeführt, die Aufnahme zur stationären Diagnostik sei nur begründet bei psychischer Erkrankung oder bei medikamentös unzureichend behandelter Epilepsie oder bei bekanntem erhöhtem Pflegebedarf.

Abschließend sei der genannten Arbeitshilfe zu entnehmen, dass das Vorgehen bei psychophysiologischer Insomnie zwar nicht ausdrücklich geregelt sei, diese Störung aber nicht als hinreichend schwierig zu diagnostizieren oder als nicht hinreichend schwer eingeschätzt werde, um eine stationäre Behandlung zu rechtfertigen. Dies sei angemessen. Aus der Definition der psychophysiologischen Insomnie gehe nämlich hervor, dass es sich dabei nicht um die Folge einer strukturellen oder anderweitigen Hirnerkrankung, sondern um eine Verhaltensstörung handle. Im Übrigen begründeten auch die allgemeinen und für alle Erkrankungen geltenden Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses für die Indikation zur stationären Aufnahme bei einer psychophysiologischen Insomnie ohne relevante Begleiterkrankungen keine stationäre Behandlungsnotwendigkeit. Die bei der Klägerin durchgeführte stationäre Behandlung sei zur Abklärung der bei der Versicherten vorhandenen Gesundheitsstörungen nicht zwingend notwendig gewesen. Nach den maßgeblichen Leitlinien seien polysomnographische Untersuchungen nur notwendig, wenn Patienten auf verschiedene adäquate pharmakologische oder verhaltensmedizinische Therapieversuche nicht angesprochen hätten. Maßnahmen dieser Art, die ambulant durchführbar seien, seien der Versicherten erst nach der stationären Diagnostik im Schlaflabor empfohlen worden. Aus den vorliegenden Unterlagen gehe nicht hervor, ob sie vor der Behandlung überhaupt angewandt worden seien. Als ambulante Behandlungsmethoden wären verhaltensmedizinische Strategien oder kognitive Techniken zur Reduktion nächtlicher Grübeleien anwendbar gewesen. Diese richteten sich gegen Faktoren, die eine Schlafstörung aufrechterhalten könnten, wie körperliche oder geistige Anspannung, schlafbehindernde Gedanken oder ungünstige Schlafgewohnheiten. Voraussetzung sei, dass der Patient ausreichend motiviert und kognitiv in der Lage sei, verhaltenstherapeutische Anweisungen zu befolgen. Derartige nicht medikamentöse Maßnahmen der allgemeinen Schlafhygiene seien der Versicherten auch während der stationären Behandlung durch die Klägerin empfohlen worden. Man hätte sie aber durchaus schon im ambulanten Vorfeld durchführen können, da die (Haupt-)Diagnose einer psychophysiologischen Insomnie bereits dem einweisenden Pulmologen klar gewesen sei; dieser habe auch ein relevantes Schlafapnoe-Syndrom, das eine andere Behandlung erfordert hätte, ausgeschlossen.

Die Klägerin, die dem vorliegenden Rechtsstreit angesichts einer Vielzahl ähnlicher Abrechnungsstreitigkeiten grundsätzliche Bedeutung beimisst, trug hierzu vor, die Versicherte sei wegen einer langjährigen, also chronischen, subjektiv stark beeinträchtigenden Schlafstörung zur Diagnostik ins Schlaflabor eingewiesen worden. Nach ambulanter lungenfachärztlicher und schlafmedizinischer Vordiagnostik und auch nach Anamneseerhebung am Aufnahmetag habe man die Einschätzung gewonnen, dass eine schlafbezogene Atmungsstörung nicht als Ursache der Symptomatik zu erwarten sei. Daher seien die BUB-Richtlinien zur Differenzialdiagnostik und Therapie schlafbezogener Atmungsstörungen nicht einschlägig und eine vertragsärztliche Abrechnung der Polysomnographie sei nicht möglich gewesen. Im Hinblick auf die BUB-Richtlinien würden Zulassungen bzw. Ermächtigungen zur Abrechnung der Polysomnographie auf die Diagnose und Therapie schlafbezogener Atmungsstörungen begrenzt. Folgte man der Einschätzung des MDK, stünde die Untersuchungsmethode der Polysomnographie für chronisch schlafgestörte Menschen, die nicht an einer schlafbezogenen Atmungsstörung litten, nicht mehr zur Verfügung, da diese nicht dem klassischen Profil eines stationär im Krankenhaus zu untersuchenden Patienten entsprächen. Die vom Gutachter herangezogene MDK-Arbeitshilfe stelle keine Leitlinie dar. In einigen Regionen würden Schlaflaboruntersuchungen auch bei schlafbezogenen Atmungsstörungen weiterhin stationär durchgeführt, etwa wenn ambulante Kapazitäten fehlten. Teilweise gebe es auch Absprachen mit dem MDK, wann ambulant und wann stationär abgerechnet werde. Grundlage eines Gerichtsgutachtens könne nicht die Arbeitshilfe des MDK, sondern (nur) die S3-Leitlinie "nicht-erholsamer Schlaf/Schlafstörungen" der Deutschen Gesellschaft für Schlafforschung und Schlafmedizin sein.

Die initiale Indikation zur Polysomnographie sei von fachkompetenter Stelle erfolgt. Dr. K. sei Pulmologe und Schlafmediziner; als solcher kenne er auch die Diagnosekriterien für neurologisch-psychiatrische schlafbezogene Erkrankungen. Vor diesem Hintergrund habe sich auch bei der Versicherten die Verdachtsdiagnose einer psychophysiologischen Insomnie ergeben. Diese sei keineswegs gesichert gewesen. Dr. K. und ihre, der Klägerin, Ärzte hätten eine organisch bedingte Schlafstörung als möglich bis wahrscheinlich bzw. als auszuschließende Diagnose eingestuft, so dass die weiterführende Diagnostik zunächst polygraphisch, sodann polysomnographisch vorgenommen worden sei. Insoweit sei eine Ausschlussdiagnostik notwendig gewesen. Der Gutachter beurteile die Sachlage letztendlich vom Ergebnis her, das erst die durchgeführte Diagnostik erbracht habe. Außerdem sei es unter gesundheitsökonomischen Gründen fraglich, ohne sichere Diagnosestellung wesentlich kostenintensivere Verhaltenstherapien oder langfristige medikamentöse Behandlungen vorzunehmen. Sie sei davon ausgegangen, dass bei der Versicherten bereits schlafhygienische Maßnahmen stattgefunden hätten; das habe sich bei der Anamnese auch so dargestellt. Medikamentöse und verhaltenstherapeutische Behandlungen seien bei der Therapieskepsis der Versicherten nicht durchgeführt worden. Patienten mit primärer Insomnie seien auch nicht psychisch krank, weshalb die Motivation für eine Verhaltenstherapie meist nicht vorliege. Anderes gelte nur bei sicherer diagnostischer Einordnung einschließlich einer polysomnographischen Abklärung. Man möge ein weiteres Gutachten erheben. Entgegen der Auffassung der Beklagten sei ein multipler Schlaflatenztest nicht notwendig gewesen.

Man habe bei der Versicherten auch nicht nur die übliche Differenzialdiagnostik bei schlafbezogener Atmungsstörung durchgeführt und durch umfassende Diagnostik die Diagnose einer psychophysiologischen Insomnie gestellt.

In der ergänzenden Stellungnahme vom 14.08.2012 führte PD Dr. W. aus, wie in den einschlägigen neurologischen Leitlinien sei auch in der von der Klägerin angeführten S3-Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Schlafforschung und Schlafmedizin ausgeführt, dass die Polysomnographie beim aktuellen Kenntnisstand nicht routinemäßig im Rahmen der Diagnostik von Insomnien indiziert sei. Sie sei bei Formen chronischer, bislang therapierefraktärer insomnischer Störungen klinisch jedoch sehr hilfreich, weil damit okkulte, durch die Anamnese nicht hinreichend sicher zu erhebende, schlafmedizinische Erkrankungen festgestellt werden könnten. Als Indikationen zur Polysomnographie würden genannt: schwere Insomnie mit signifikanter Beeinträchtigung im Sinne von exzessiver Müdigkeit oder Schläfrigkeit, therapieresistente Insomnie mit negativem Behandlungserfolg über mehr als ein halbes Jahr, Verdacht auf organisch bedingte Insomnie, wie bspw. durch obstruktive Schlafapnoe, RLS usw., Insomnie in Verbindung mit Eigen- oder Fremdgefährdung, Insomnie im Rahmen von Schlaf-Wach-Rhythmusstörungen, Verdacht auf Fehlwahrnehmung des Schlafzustandes. Ausweislich der Kurzepikrise der Klägerin vom 27.03.2008 und des Entlassungsberichts vom 05.05.2008 seien die genannten Kriterien, die auch bei der Betrachtung ex ante erkennbar seien, nicht erfüllt gewesen. Auch der Verdacht auf eine organisch bedingte Insomnie, wie durch obstruktive Schlafapnoe, habe nicht bestanden. Eine zwingende, die stationäre Aufnahme erfordernde Indikation zur Polysomnographie habe bei der Versicherten weder nach den Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Neurologie noch nach den Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Schlafmedizin vorgelegen. Außerdem folge der Maßstab für die Notwendigkeit einer stationären Behandlung aus den G-AEP-Kriterien (German Appropriateness Evaluation Protocol), die sich im Wesentlichen nach der Schwere der Erkrankung, der Intensität der Behandlung oder der Notwendigkeit von Operationen oder Prozeduren richteten, die unstreitig nicht ambulant erbracht werden könnten. Diese Kriterien seien im Bereich der Schlafmedizin und der Neurologie nur begrenzt anwendbar. Wesentlicher schein daher die Präambel der G-AEP-Kriterien, wonach eine stationäre Behandlungsnotwendigkeit auch in den Fällen bestehe, in denen durch eine Verdichtung diagnostischer oder therapeutischer Maßnahmen ein deutlicher Zusatznutzen durch die stationäre Behandlung zu erwarten und dies auch ex ante erkennbar sei. Ein eigenständiges schlafmedizinisches Gutachten werde nicht für notwendig erachtet, da die diagnostische Einschätzung unstrittig sei.

Die Klägerin trug hierzu vor, der Gutachter argumentiere erneut vom Ergebnis her; maßgeblich sei jedoch die ex-ante-Sichtweise des behandelnden Arztes. Die diagnostische Einordnung sei vor der Durchführung der Polysomnographie nicht eindeutig gewesen. Im Hinblick auf den Ausprägungsgrad der Symptomatik und den Leidensdruck der Versicherten sei die weiterführende schlafmedizinische Diagnostik sowohl vom Hausarzt wie vom niedergelassenen Schlafmediziner vorangetrieben worden. Die Insomnie der Klägerin sei als gravierend und nicht als leichtgradig eingeordnet worden. Auch die Nebendiagnosen COPD, Schmerzsyndrom und Wirbelsäulenveränderungen hätten den Verdacht auf andere Differenzialdiagnosen, insbesondere organisch bedingte Insomnien, aufkommen lassen, die ohne Schlaflaboruntersuchung nicht hätten abgegrenzt werden können. Entsprechendes gelte für andere nichtorganische Schlafstörungen, einschließlich der Fehlwahrnehmung des Schlafs oder einer Depression. Im Hinblick auf die Ergebnisse der Diagnostik könne die diagnostische Einschätzung im Nachhinein nicht als eindeutig eingestuft werden. Alle Ärzte, die die Versicherte untersucht und behandelt hätten, hätten die Durchführung der Polysomnographie für erforderlich erachtet. Wie bereits dargelegt, unterliege die Einweisung in das Schlaflabor wegen Schlafstörungen (nicht: schlafbezogener Atmungsstörungen) nicht der BUB-Richtlinie und könne daher nicht ambulant abgerechnet werden. Das dürfte auf der Verdichtung von diagnostischen Maßnahmen beruhen, was in Übereinstimmung mit der Präambel zu dem Katalog der G-AEP-Kriterien die stationäre Behandlung weiter rechtfertige. Schließlich habe die Beklagte die Rechnung in einem (internen) Prüfvermerk teilweise anerkannt.

Ihr Oberarzt für den Bereich Schlaflabor Dr. B. verfüge über eine Ermächtigung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung nur hinsichtlich schlafbezogener Atmungsstörungen (Beschluss des Zulassungsausschusses vom 21.03.2007). Die Versicherte sei jedoch wegen einer Insomnie behandelt worden. Eine ambulante Abrechnung sei daher nicht möglich gewesen. Die ambulante Abrechnung von Polysomnographien bei schlafbezogenen Atemstörungen stelle eine Ausnahme dar. Bei einem Großteil der Patienten mit der Indikation zur Polysomnographie handele es sich um Risikopatienten, die einen entsprechenden Betreuungs- und Beobachtungsaufwand benötigten. Außerdem entspreche die Dauer der Behandlung bzw. Diagnostik wegen der Vielfalt der zu erfassenden Parameter und des zeitlichen Aufwands stationären bzw. teilstationären Bedingungen. Zum Zeitpunkt der Untersuchung der Versicherten sei der Harmonisierungsprozess nach der Grundsatzentscheidung des Gemeinsamen Bundesausschusses in der Praxis noch nicht abgeschlossen gewesen. Dazu sei es erst während eines jahrelangen Folgeprozesses gekommen. Die Krankenhäuser hätten unter Berücksichtigung der historischen Entwicklung der Einbindung polysomnographischer Untersuchungen davon ausgehen können, dass es sich insoweit um stationäre Leistungen handele, zumal die Schlaflabore in die Krankenhausplanung des Landes Baden Württemberg einbezogen gewesen seien. Seinerzeit habe man daher nicht absehen können, dass die in sich schon widersprüchliche Regelung des Gemeinsamen Bundesausschusses für alle Indikationsbereiche gelten solle. Aufgrund der Ausnahmestellung für diesen Bereich verbleibe es in anderen Bereichen - wie der Insomnie - zwangsläufig bei einer stationären Behandlungsbedürftigkeit. Eine ambulante Behandlungs- und Abrechnungsmöglichkeit gebe es im Bereich der Insomnie nicht. Teilweise habe der MDK mit Leistungserbringern Absprachen über die stationäre Erbringung von Polysomnographien getroffen. Insgesamt seien die Regelungen im Bereich der Schlaflabore (auch in anderen Bundesländern) in sich sehr widersprüchlich. Sie habe sich korrekt verhalten und die Leistung nicht ambulant erbringen können.

Mit Urteil vom 22.01.2013 wies das Sozialgericht die Klage ab. Zur Begründung führte es aus, der Vergütungsanspruch der Klägerin korrespondiere mit dem Anspruch der Versicherten auf Krankenhausbehandlung; diese sei hier medizinisch nicht indiziert gewesen. Das folge aus dem Gutachten des PD Dr. W. vom 02.05.2012 (mit ergänzender Stellungnahme vom 14.08.2012) und den Gutachten des MDK. Die Durchführung der Polygraphie und der Polysomnographie im Rahmen der Differenzialdiagnostik und Therapie der schlafbezogenen Atmungsstörungen sei in Nr. 3 der BUB-Richtlinien geregelt. Bei der Versicherten sei bereits eine Polygraphie durchgeführt worden, die jedoch keine schlafbezogene Atmungsstörung ergeben habe. Gem. § 3 Abs. 7 der BUB-Richtlinien könne eine Polysomnographie durchgeführt werden, wenn nach der Polygraphie noch keine Entscheidung möglich sei, ob eine Therapie mittels CPAP (kontinuierlicher positiver Atemwegsdruck) oder mittels anderer Verfahren notwendig sei. Da man bei der Versicherten aber schon eine schlafbezogene Atemstörung nicht festgestellt habe, könne die Notwendigkeit einer Polysomnographie aus der BUB-Richtlinie nicht hergeleitet werden. Entsprechendes gelte für die (aus dem Jahr 2009 stammende) S3-Richtlinie "nicht erholsamer Schlaf" der Deutschen Gesellschaft für Schlafforschung und Schlafmedizin. Die darin festgelegten Kriterien für die Durchführung einer Polysomnographie seien bei der Versicherten ebenfalls nicht erfüllt gewesen; das gehe aus dem Gutachten des PD Dr. W. nachvollziehbar hervor. Aus dem Arztbericht des Dr. K. vom 04.12.2007 ergebe sich lediglich die Diagnose einer einfachen Insomnie. Nach Durchführung der Polygraphie habe eine schlafbezogene Atmungsstörung nicht festgestellt werden können (Bericht des Dr. K. vom 13.12.2007). Eine signifikante Beeinträchtigung der Versicherten

im Sinne exzessiver Müdigkeit oder Schläfrigkeit sei im Aufnahmebogen der Versicherten vom 25.03.2008 nicht angegeben. Vielmehr habe die Versicherte die Erholbarkeit des Schlafes in der Regel als gut und nur bei Bestehen länger Wachphasen als schlechter bezeichnet und Tagesmüdigkeit, von extrem schlechten Nächten abgesehen, verneint. Als Aufnahmegrund sei daher nur der Verdacht auf Schlafstörungen festgehalten worden. Aus der genannten Leitlinie ergebe sich, dass die Polysomnographie eine Ausnahmebehandlung darstellen solle, also nur durchzuführen sei, wenn alle anderen Behandlungsmöglichkeiten ausgeschöpft worden seien. Die der Versicherten nach Durchführung der Polysomnographie empfohlene Verhaltenstherapie sei jedoch vor, und nicht nach der in Rede stehenden Untersuchung durchzuführen.

Die stationäre Polysomnographie sei auch nachrangig zu einer ambulant durchzuführenden Polysomnographie. Deshalb seien die Anforderungen für eine stationäre Durchführung deutlich höher. Seit der entsprechenden Ergänzung der BUB-Richtlinien (durch Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses vom 15.06.2004) und die Aufnahme der Polysomnographie in die vertragsärztliche Versorgung, müsse diese Untersuchung vorrangig ambulant erbracht werden. Stationär hätte sie nur erbracht und abgerechnet werden dürfen, wenn entweder die Versicherte an gravierenden gesundheitlichen Beschwerden gelitten hätte, die nur mit den spezifischen Möglichkeiten des Krankenhauses zu bewältigen gewesen wären, oder wenn eine entsprechende ambulante Versorgung nicht im notwendigen Maße zur Verfügung gestanden hätte (vgl. BSG, Urt. v. 16.05.2012, - [B 3 KR 14/11 R](#) -); dafür sei hier nichts ersichtlich. Die Polysomnographie sei bei der Versicherten weder stationär noch ambulant indiziert gewesen.

Auf das ihr am 30.01.2013 zugestellte Urteil hat die Klägerin am 20.02.2013 Berufung eingelegt. Sie bekräftigt ihr bisheriges Vorbringen und trägt ergänzend vor, der die Versicherte einweisende Arzt habe als fachkompetenter Schlafmediziner eine organisch bedingte Schlafstörung für möglich bis wahrscheinlich erachtet, so dass es sich dabei um eine ggf. auszuschließende Diagnose gehandelt habe; hierfür hätten auch die bei der Versicherten vorliegenden Begleiterkrankungen und der hohe Leidensdruck gesprochen. Dieser Einschätzung hätten sich ihre Ärzte angeschlossen und deswegen die weiterführende Diagnostik zunächst polygraphisch, sodann polysomnographisch durchgeführt. Die Indikation zur Polysomnographie sei damit im Rahmen einer Ausschlussdiagnostik auch nach Maßgabe der Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Schlafforschung und Schlafmedizin zutreffend gestellt worden. Daran könne das Ergebnis der Ausschlussdiagnostik - Vorliegen (nur) einer psychophysiologischen Insomnie - im Nachhinein nichts mehr ändern. Ihre Ärzte seien im Hinblick auf die Fachkompetenz des einweisenden Arztes davon ausgegangen, dass schlafhygienische oder verhaltenstherapeutische und medikamentöse Maßnahmen bereits stattgefunden hätten, zumal nicht psychisch kranke Patienten insoweit eher therapiekritisch seien und von dieser Haltung nur nach entsprechender Diagnostik abgebracht werden könnten. Im Kern sei allein streitig, ob die polysomnographische Untersuchung der Versicherten stationär oder ambulant durchzuführen (und abzurechnen) gewesen wäre. Da man nach der schlafmedizinischen Vordiagnostik und der Anamnese eine schlafbezogene Atmungsstörung habe ausschließen müssen, seien die BUB-Richtlinien nicht einschlägig und eine vertragsärztliche Abrechnung als ambulante Leistung nicht möglich gewesen. Wesentlicher Grund hierfür sei die Verdichtung der (diagnostischen) Maßnahmen, die in Übereinstimmung mit der Präambel zu dem Katalog der G-AEP-Kriterien eine stationäre Leistungserbringung rechtfertige. Die Polysomnographie dauere einschließlich Vorbereitung, Verkabelung, Ableitung, Abkabelung und Nachbereitung leicht 12 Stunden. Hinzu kämen das Anamnesegespräch von 45 bis 60 Minuten sowie die Erklärung der Untersuchung und tägliche Befundbesprechungen. Die Patienten müssten verköstigt werden und es kämen ggf. weiterführende Untersuchungen in Betracht. Wegen der nicht repräsentativen "first-night-effects" müsse anerkanntermaßen eine zweite Nacht untersucht werden. Schließlich gebe es in erreichbarer Entfernung zu G. kein Schlaflabor, das bei der Versicherten die in Rede stehende Untersuchung hätte durchführen können.

Da es sich bei der Polysomnographie um eine aufwändige Untersuchung handele, solle sie (nur) dann durchgeführt werden, wenn die Symptomatik seit längerer Zeit bestehe, also chronisch sei, und pharmakologische und psychotherapeutische Behandlungsansätze nicht zwingend erforderlich seien. Diese Voraussetzungen seien bei der Versicherten erfüllt gewesen. Sie habe eine seit 10 Jahren bestehende Symptomatik mit extremen Durchschlafstörungen (4- bis 5-maliges Erwachen pro Nacht, ca. alle 45 Minuten) und eine deutlich verlängerte Wiedereinschlafzeit bei einer subjektiv geschätzten Gesamtschlafzeit von ca. 3 Stunden mit Beeinträchtigung der Tagesbefindlichkeit geschildert. Der Pittsburgh-Schlafqualitäts-Index habe schwere Störungen im Bereich Schlaf angezeigt. Wegen des Leidensdrucks und der Schwere der Symptomatik habe der Hausarzt der Versicherten eine Behandlung mit Oxazepam (2- bis 3-mal im Monat) begonnen; die Schlafstörungen hätten sich dadurch gebessert, allerdings sei es zu erheblichen Nebenwirkungen gekommen. Ziel der Polysomnographie sei u.a. die differenzialdiagnostische Abklärung einer psychophysiologischen Insomnie gegenüber der idiopathischen und der paradoxen Insomnie, ggf. aber auch gegen zirkadiane Rhythmusstörungen. Diese Erkrankungen wiesen viele Überschneidungen in der Symptomatik auf, benötigten aber teilweise grundlegend verschiedene Therapieansätze, so dass nur nach klarer Diagnostik eine geeignete Therapie eingeleitet werden könne.

Die Klägerin beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Ulm vom 22.01.2013 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, an sie 1.676,19 EUR zzgl. Zinsen i. H. v. 5 % über dem Basiszinssatz seit 15.11.2008 zu zahlen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält das angefochtene Urteil für zutreffend. Bei der Versicherten seien die ambulanten Behandlungsmaßnahmen nicht ausgeschöpft gewesen. Die Voraussetzungen der einschlägigen Leitlinien für die Durchführung einer Polysomnographie seien nicht erfüllt; nach der Polygraphie sei eine schlafbezogene Atmungsstörung ausgeschlossen worden. Der Verdacht auf eine organisch bedingte oder eine schwere Schlafstörung habe daher nicht bestanden, zumal die Versicherte bei der Anamnese Tagesmüdigkeit verneint habe.

Die Beklagte hat weitere MDK-Gutachten vorgelegt. Im MDK-Gutachten vom 22.05.2013 hat Dr. Sch. ausgeführt, eine Untersuchung im Schlaflabor sei nur bei etwa 1 % der Bevölkerung notwendig. Der weit überwiegende Teil der Schlafstörungen könne bei entsprechender Sachkenntnis auch ohne aufwändige Untersuchung durch die Anamnese (u.a. mittels Fragebögen) diagnostiziert werden. Nicht alle Patienten mit Schlafstörungen müssten in einem Schlaflabor, dazu noch unter stationären Bedingungen, untersucht werden. Die Zunahme von Schlafunterbrechungen in Anzahl und Dauer sei bei älteren Menschen als physiologischer Prozess einzustufen; insoweit seien auch die von der Versicherten angegebenen Hitzewallungen als typische Wechseljahresbeschwerden von Belang. In solchen Fällen seien zunächst

schlafhygienische Maßnahmen zur Förderung eines erholsamen Schlafs oder Stressbewältigungsstrategien bzw. medikamentöse Therapien oder verhaltenstherapeutische Maßnahmen anzuwenden. Eine Polysomnographie komme nur bei hochgradig klinischem Verdacht auf obstruktive Schlafapnoe und bei negativem Polygraphie-Befund in Frage; sie stelle den letzten Schritt bei besonderer Betroffenheit dar. Hier sei die ambulante Diagnostik nicht ausgeschöpft worden. Selbst wenn gleichwohl eine Polysomnographie angezeigt gewesen wäre, hätte diese Untersuchung ambulant durchgeführt werden können. Schwerwiegende Erkrankungen, die den Einsatz der besonderen Mittel des Krankenhauses notwendig gemacht hätten, hätten bei der Versicherten nicht vorgelegen. Abrechnungstechnische Gründe (die Klägerin verfüge über eine eigene schlafmedizinische Ambulanz) dürften nicht maßgeblich sein. Ein Zusatznutzen für die Versicherte, bei der eine differenzierte Schlafstörung nicht vorgelegen habe, sei nicht zu erwarten gewesen. Mit der Anamnese sei die Diagnose hinreichend gesichert gewesen und man hätte zunächst schlafhygienische und verhaltenstherapeutische Maßnahmen empfehlen oder vorab die Hitzewallungen der Versicherten behandeln können. Auch eine fremdanamnestiche Beurteilung (die Versicherte sei verheiratet) zur Beurteilung einer Schlafapnoe habe man unterlassen. Insgesamt sei eine (nicht leitliniengerechte) Überdiagnostik erfolgt, die so nicht veranlasst gewesen sei. Die Klägerin hätte nach Maßgabe des Landesvertrags die angeführten diagnostischen Maßnahmen bei der Aufnahmeuntersuchung durchführen müssen. Eine vollstationäre Krankenhausbehandlung sei nicht erforderlich gewesen. Die Klinikärzte hätten bei der Aufnahme der Versicherten erkennen können, dass bislang keine adäquate pharmakologische und verhaltenstherapeutische Behandlung stattgefunden habe. Eine den Maßgaben des § 5 des Landesvertrags gerecht werdende Erstuntersuchung zur Klärung der Notwendigkeit einer vollstationären Behandlung sei nicht durchgeführt worden und man habe auch nur spekuliert, dass schlafhygienische Maßnahmen bereits vorgenommen worden seien; eine entsprechende Dokumentation gebe es nicht.

Die Klägerin hat eingewandt, entgegen der Annahme des Dr. Sch. sei die Versicherte medikamentös (durch Gabe von Okazepam) vorbehandelt gewesen. Ihr Vorgehen habe im Hinblick auf die Angaben der Versicherten den Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Schlafmedizin entsprochen. Die Schlafhygiene sei gut gewesen, eine eindeutige psychiatrische oder organische Ursache für die geschilderten Schlafstörungen habe man anamnestisch nicht eruieren können. Insgesamt habe sich ein heterogenes und nicht klar einzuordnendes Bild ergeben. Im Hinblick auf die lange Dauer der Schlafstörungen böten Hitzewallungen keine ausreichende Erklärung; außerdem habe die Versicherte deswegen ein Medikament (Phytostrol) eingenommen. Auch wenn der Verdacht auf eine psychophysiologische Insomnie bestanden habe, sei die eindeutige Diagnostik nur nach Durchführung der Polysomnographie (mit nächtlicher Videoaufzeichnung) möglich gewesen, die zum Ausschluss von Parasomnien und schlafbezogenen Bewegungsstörungen, aber auch zur Abgrenzung einer paradoxen Insomnie unerlässlich sei. Die Polysomnographie mit allen vorgeschriebenen Aufzeichnungskanälen sei nur stationär möglich.

Im (abschließenden) MDK-Gutachten vom 16.08.2013 hat Dr. Sch. hierzu ausgeführt, neue Gesichtspunkte habe die Klägerin nicht vorgetragen. Nach wie vor sei an keiner Stelle während des stationären Aufenthalts der Versicherten dokumentiert, dass eine ausreichende Aufklärung über schlafhygienische Maßnahmen erfolgt sei; die Tatsache einer Behandlung bei dem Schlafmediziner Dr. K. für sich allein könne dies nicht ersetzen. Es fehlten auch eine Fremdanamnese und weiterführende Untersuchungen, einschließlich einer fachpsychiatrischen Befunderhebung. So müssten Herzstolpern und Palpitationen zunächst mit einem Langzeit-EKG abgeklärt werden. Die Polysomnographie stelle hierfür nicht die erste diagnostische Maßnahme dar. Entsprechendes gelte für geklagte morgendliche Kopfschmerzen und eine allgemein verminderte Leistungsfähigkeit. Kognitive verhaltenstherapeutische Maßnahmen seien nicht angewandt worden. Auch eine alternative Medikation (zu Oxazepam) mit sedierenden Antidepressiva oder Melatonin habe nicht stattgefunden. Das Vorgehen der Klägerin entspreche insgesamt nicht dem Algorithmus bei nicht erholsamem Schlaf.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf deren Schriftsätze sowie die Akten der Klägerin, der Beklagten, des Sozialgerichts und des Senats Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

I. Die Berufung der Klägerin ist gem. §§ 143, 144, 151 Sozialgerichtsgesetz (SGG) statthaft und auch sonst zulässig. Der Beschwerdewert des § 144 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGG (750 EUR) ist bei einem streitigen Vergütungsbetrag von 1.676,19 EUR überschritten. Der Beschwerdewert des § 144 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGG (10.000 EUR bei Erststattungsstreitigkeiten zwischen juristischen Personen des öffentlichen Rechts oder Behörden) ist nicht einschlägig (BSG, Urt. v. 24.05.2006, - B 3 KR 15/05 R -). Die Berufung ist auch sonst zulässig. Die Klägerin verfolgt den Anspruch auf Zahlung der Kosten für die Behandlung der Versicherten zu Recht mit der (echten) Leistungsklage nach § 54 Abs. 5 SGG. Bei der auf Zahlung der Behandlungskosten eines Versicherten gerichteten Klage eines Krankenträgers gegen eine Krankenkasse handelt es sich um einen so genannten Parteienstreit im Gleichordnungsverhältnis, in dem eine Regelung durch Verwaltungsakt nicht in Betracht kommt. Ein Vorverfahren nach § 78 SGG war daher nicht durchzuführen und eine Klagefrist war nicht einzuhalten (BSG, Urt. v. 18.07.2013, - B 3 KR 7/12 R -).

Die am 01.08.2013 in Kraft getretene Regelung des § 17c Abs. 4b Krankenhausgesetz - KHG - (Anrufung eines Schlichtungsausschusses vor Klageerhebung bei Forderungen bis 2.000 EUR) steht der Zulässigkeit der bereits am 25.11.2011 erhobenen Klage nicht entgegen (vgl. zu § 17c KHG i.Ü. BSG, Urt. v. 08.10.2014, - B 3 KR 7/14 R -).

II. Die Klage ist aber nicht begründet. Die Beklagte hat die Zahlung der Kosten für die bei der Versicherten durchgeführte stationäre PSG zu Recht abgelehnt.

1.) Rechtsgrundlage für den Vergütungsanspruch der Klägerin ist § 109 Abs. 4 Satz 3 SGB V i. V. m. § 7 Satz 1 Nr. 1 KHEntG und Anlage 1 des Fallpauschalenkatalogs der G-DRG-Version 2008 sowie dem Krankenhausbehandlungsvertrag nach § 112 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 SGB V für Baden-Württemberg.

Gem. § 7 Satz 1 Nr. 1 i. V. m. § 9 KHEntG 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 Satz 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 Code 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 Code nach dem OPS-301 eine bestimmte DRG angesteuert (BSG, Urt. v. 18.07.2013, - [B 3 KR 7/12 R](#) -). Entsprechend diesen Vorschriften hat hier die Klägerin der Beklagten auf der Grundlage der DRG U64Z einen Betrag von 1.676,19 EUR in Rechnung gestellt. Höhe und Berechnungsweise dieses Betrages sind nicht weiter streitig.

Die Zahlungsverpflichtung der Krankenkasse entsteht - unabhängig von einer Kostenzusage - unmittelbar mit der Inanspruchnahme der Leistung durch den Versicherten, wenn die Versorgung in einem zugelassenen Krankenhaus durchgeführt wird und i. S. d. [§ 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) erforderlich ist. Der Behandlungspflicht der zugelassenen Krankenhäuser nach [§ 109 Abs. 4 Satz 2 SGB V](#) steht ein Vergütungsanspruch gegenüber. Der Zahlungsanspruch des Krankenhauses korrespondiert in aller Regel mit dem Anspruch des Versicherten auf Krankenhausbehandlung. Demgemäß müssen beim Versicherten bei der Aufnahme in das Krankenhaus grundsätzlich die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen für die Inanspruchnahme von Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung sowie Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit (dazu etwa BSG, Urt. v. 14.10.2014, - [B 1 KR 27/13 R](#) -) vorliegen. Nach [§ 27 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) haben Versicherte Anspruch auf Krankenbehandlung, wenn sie notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern. Die zur Krankenbehandlung gehörende Krankenhausbehandlung ([§ 27 Abs. 1 Satz 2 Nr. 5 SGB V](#)) ist nur dann erforderlich, wenn die notwendige medizinische Versorgung allein mit Hilfe der besonderen Mittel eines Krankenhauses durchgeführt werden kann (näher jurisPK-SGB V/Wahl § 39 Rdnr. 60 ff. m.w.N.). Die Krankenhausbehandlung wird gemäß [§ 39 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) vollstationär, teilstationär, vor- und nachstationär sowie ambulant erbracht. Der Anspruch ist gerichtet auf vollstationäre Behandlung in einem zugelassenen Krankenhaus ([§ 108 SGB V](#)), wenn die Aufnahme nach Prüfung durch das Krankenhaus erforderlich ist, weil das Behandlungsziel nicht durch teilstationäre, vor- und nachstationäre oder ambulante Behandlung einschließlich häuslicher Krankenpflege erreicht werden kann ([§ 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#); LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 13.11.2012, - [L 11 KR 2254/10](#) -; BSG, Urt. v. 16.05.2012, - [B 3 KR 14/11 R](#) -). Die Frage, ob einem Versicherten vollstationäre Krankenhausbehandlung zu gewähren ist, richtet sich nach medizinischen Erfordernissen (BSG, Großer Senat, Beschl. v. 25.09.2007, - [GS 1/06](#); BSG -, Urt. v. 16.12.2008, - [B 1 KN 3/08 KR R](#) -). Eine vollstationäre Krankenhausbehandlung ist daher nur dann zu gewähren, wenn sie wegen des Gesundheitszustands des Versicherten erforderlich ist. Das war hier nicht der Fall. Die Durchführung einer vollstationären PSG bei der Versicherten ist nicht notwendig gewesen.

2.) Eine PSG als stationäre Leistung eines Krankenhauses ist grundsätzlich nicht erforderlich, wenn diese Leistung stattdessen auch durch niedergelassene Vertragsärzte ambulant erbracht werden kann. Denn Krankenhausbehandlung darf nur verordnet werden, wenn eine ambulante Versorgung der Versicherten zur Erzielung des Heil- oder Linderungserfolgs nicht ausreicht ([§ 74 Abs. 4 Satz 1 SGB V](#)). Ermöglicht es der Gesundheitszustand des Patienten, das Behandlungsziel durch andere Maßnahmen, insbesondere durch ambulante Behandlung zu erreichen, so besteht kein Anspruch auf stationäre Behandlung und damit auch kein Vergütungsanspruch des Krankenhauses (BSG Urt. v. 14.10.2014 - [B 1 KR 27/13 R](#) - Juris Rn 11). Der im Regelungssystem des SGB V angelegte Vorrang der vertragsärztlichen vor der stationären Behandlung wurzelt dabei im Kern im Wirtschaftlichkeitsgebot insbesondere der [§§ 12 Abs. 1 SGB V, 70 Abs. 1 SGB V](#) (BSG Urt. v. 17.09.2013 - [B 1 KR 51/12 R](#)).

a. Die im EBM enthaltenen Abrechnungsvorschriften sowie die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses geben im vorliegenden Fall keine Rechtsgrundlage für die Durchführung einer ambulanten PSG.

Die PSG ist seit der Ergänzung der (vormaligen) BUB-RL (jetzt: Richtlinie Methoden vertragsärztlicher Versorgung, Method-RL) durch den am 11.11.2004 in Kraft getretenen Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses vom 15.06.2004 (auch) Gegenstand der vertragsärztlichen Versorgung geworden; hierfür wurde im (am 01.04.2005 in Kraft getretenen) EBM 2000plus eine entsprechende Gebührennummer geschaffen (Gebührennummer 30901).

Die BUB-RL bzw. (jetzt) MethodRL legt in Anlage 1 Nr. 3 fest, unter welchen Voraussetzungen in der vertragsärztlichen Versorgung die kardiorespiratorische Polygraphie und die kardiorespiratorische Polysomnographie im Rahmen der Differenzialdiagnostik und Therapie schlafbezogener Atmungsstörungen zur Anwendung kommen kann. Als schlafbezogene Atmungsstörungen definiert die Richtlinie unter § 1 Abs. 2 die obstruktiven und zentralen Schlafapnoe- und Hypopnoe-Syndrome sowie obstruktive Rhonchopathien, die während des Schlafs zu bedrohlichen Apnoe- oder Hypopnoe-Phasen, Sauerstoffsättigungen des Blutes, Herzrhythmusstörungen und erheblichen, behandlungsbedürftigen Beeinträchtigungen der Schlafqualität führen können. Bei klinischem Verdacht auf das Vorliegen einer schlafbezogenen Atmungsstörung sind vorab habituelles Schnarchen und Dysomnien anderer Ursache, vor allem die hypersomnischen Syndrome, abzugrenzen. Dies betrifft insbesondere internistische, neurologische und psychiatrische Erkrankungen sowie den Schlaf beeinflussende Wirkungen von Medikamenten, Alkohol und Drogen (Abs. 1). § 3 a. a., O. sieht für den Fall einer schlafbezogenen Atmungsstörung eine Stufendiagnostik vor. Stufe 1 der Stufendiagnostik bilden (u.a.) Anamnese und ggf. Fremdanamnese des Schlaf-/Wachverhaltens. Auf Stufe 2 folgt eine klinische Untersuchung, insbesondere im Hinblick auf endokrinologische Stoffwechsel- oder Herz-Kreislaufkrankungen, Ventilationsstörungen sowie neurologische und psychiatrische Krankheiten. Ergeben die diagnostischen Maßnahmen nach Stufe 1 und 2 die typischen anamnestischen und klinischen Symptome und Befunde einer schlafbezogenen Atmungsstörung, soll - auf Stufe 3 - die weitere differenzialdiagnostische Abklärung durch eine kardiorespiratorische Polygraphie während einer mindestens sechsstündigen Schlafphase erfolgen. Die PSG (regelmäßig über 2 aufeinanderfolgende Nächte) bildet die Stufe 4 der Stufendiagnostik. Sie kann gem. § 3 Abs. 7 a. a. O. nur dann als ergänzende Diagnostik durchgeführt werden, wenn trotz sorgfältiger klinisch-anamnestischer Abklärung einschließlich Durchführung geeigneter Testverfahren und nach der nach Stufe 3 durchgeführten Polygraphie keine Entscheidung möglich ist, ob eine Therapie mittels CPAP (kontinuierlicher positiver Atemwegsdruck) oder anderer Verfahren notwendig ist. Die Vergütung der ambulant erbrachten PSG gemäß Stufe 4 der in der Method-RL vorgesehenen Stufendiagnostik ist (erstmalig) in Gebührennummer 30901 EBM 2000plus geregelt worden. Diese Gebührennummer kann vom zugelassenen Vertragsarzt abgerechnet werden bei Patienten, bei denen trotz sorgfältiger klinisch-anamnestischer Abklärung und nach einer erfolgten Polygraphie (Gebührennummer 30900) keine Entscheidung zur Notwendigkeit mittels CPAP möglich ist, oder bei Patienten mit gesicherter Indikation zur Einstellung oder bei schwerwiegenden Therapieproblemen einer Atemwegs-Überdrucktherapie (CPAP oder verwandte Verfahren).

Da die von Internist und Facharzt für Lungen- und Bronchialheilkunde Dr. K. am 13.12.2007 durchgeführte ambulante kardiorespiratorische

Polygraphie keinen Anhalt für eine schlafbezogene Atemwegsstörung ergeben hat (Bericht vom 13.12.2007 an den Hausarzt der Versicherten; auch MDK-Gutachten von Frau Dr. Sch. vom 11.04.2012), haben die Voraussetzungen der Anlage I Nr. 3 § 3 Method-RL sowie von GNR 30901 EBM für die Durchführung einer ambulanten PSG nicht vorgelegen. Dies ist unter den Beteiligten auch nicht weiter streitig.

b. Eine anderweitige Rechtsgrundlage für die Durchführung einer ambulanten PSG zu Lasten der beklagten Krankenkasse wegen des von Dr. K. diagnostizierten Verdachts auf Vorliegen einer psychophysiologischen Schlafstörung besteht nicht.

Die PSG ist vom Gemeinsamen Bundesausschuss nur für die Behandlung schlafbezogener Atemwegsstörungen als Methode der ambulanten Behandlung zugelassen worden. Aus der Bezeichnung schlafbezogene Atemwegsstörungen (nicht: atmungsbezogene Schlafstörungen) folgt, dass die Untersuchung im Kern auf lungenärztlichem Gebiet liegende Gesundheitsstörungen aufdecken soll. Andere Indikationen benennen die Method-RL nicht. Die Method-RL führen allerdings in der Anlage III mit der Auflistung der von der ambulanten Behandlung ausgeschlossenen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden weder die PSG noch sonstige Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden in Bezug auf Schlafstörungen auf. Da der EBM auch keine Gebührensätze für die Abrechnung einer PSG wegen psychophysiologischen Schlafstörungen kennt, kann ein Vertragsarzt eine ambulant durchgeführte PSG auch nicht zu Lasten der Krankenkassen mit seiner Kassenärztlichen Vereinigung abrechnen. Die ambulante PSG wegen psychophysiologischer Schlafstörungen ist damit nicht Gegenstand der vertragsärztlichen Versorgung.

3.) Der grundsätzliche Vorrang der Erbringung ambulanter Leistungen vor Inanspruchnahme stationärer Behandlung schließt bei der vorliegenden Diagnose der psychophysiologischen Insomnie eine unter stationären Bedingungen durchgeführte PSG jedoch nicht grundsätzlich aus.

Die kardiorespiratorische Polygraphie (Stufe 3 der Stufendiagnostik nach der BUB- bzw. Method-RL) wurde bis zur Schaffung der Neuregelungen in der BUB-RL bzw. im EBM 2000plus regelmäßig ambulant (in den Schlafräumen des Patienten), die PSG (Stufe 4 der Stufendiagnostik) wurde regelmäßig stationär im Schlaflabor eines Krankenhauses erbracht. Abschnitt 3 der BUB- bzw. Method-RL und die daran anknüpfenden Gebührennummern des EBM (insbesondere Gebührennummer 30901) bewirken somit nicht, dass die PSG, wie offenbar von einzelnen Krankenkassen angenommen wird, aus der stationären Versorgung gänzlich ausgliedert und der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung zugeordnet worden ist mit der Folge, dass sie grundsätzlich nur noch als ambulante vertragsärztliche Leistung - ggf. auf der Grundlage entsprechender Ermächtigungen von Krankenhausärzten in den Schlaflaboren der Krankenhäuser - und nicht mehr als stationäre Krankenhausleistung erbracht und abgerechnet werden darf.

Leistungen, die nicht Gegenstand der vertragsärztlichen Versorgung sind, können von niedergelassenen Ärzten regelmäßig privatärztlich liquidiert werden. Für den Versicherten stellt sich dann die Frage, ob wegen eines Systemversagens ausnahmsweise ein Erstattungsanspruch gem. [§ 13 Abs. 3 SGB V](#) gegen die Krankenkasse in Betracht kommt. Eine Verweisung auf eine privatärztliche Behandlung kommt bei Fällen einer psychophysiologischen Insomnie allerdings nicht in Betracht, weil ein Systemversagen nicht vorliegt. Denn das System der von den Krankenkassen vertraglich vorgehaltenen Leistungen ermöglicht - wenn der Versicherte gegen die Krankenkasse einen entsprechenden Anspruch hat - eine PSG auch bei diesen Erkrankungen, allerdings nur im Rahmen einer stationären Untersuchung in einem mit einem Schlaflabor ausgestatteten Krankenhaus. Die Erforderlichkeit einer Krankenhausbehandlung ist nicht schon wegen des Fehlens einer positiven Empfehlung des Gemeinsamen Bundesausschusses zu verneinen oder deshalb zu bejahen, weil der Gemeinsame Bundesausschuss kein Negativvotum nach [§ 137c SGB V](#) ausgesprochen hat und der Gemeinsame Bundesausschuss die Methode für die vertragsärztliche Behandlung nicht empfohlen hat. In jedem Falle bedarf es aber neben der generellen auch der individuellen Erforderlichkeit im Einzelfall (BSG Ur. v. 14.10.2014 - [B 1 KR 27/13 R](#) - Juris Rn 12 m.w.N.).

Gegen die Durchführung einer stationären PSG zur weiteren Abklärung einer psychophysiologischen Schlafstörung wurden vom MDK in den verschiedenen Stellungnahmen unter dem Gesichtspunkt der Einhaltung der Qualitätskriterien des [§ 2 Abs. 1 S. 3 SGB V](#) (dazu BSG Ur. v. 21.03.2013 - [B 3 KR 2/12 R](#) sowie v. 17.12.2013 - [B 1 KR 70/12 R](#)) keine Bedenken geäußert; solche sind auch für den Senat nicht ersichtlich. Die Behandlungsmethode ist auch vom Gemeinsamen Bundesausschuss in den Richtlinien nach [§ 137c SGB V](#) (Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zu Untersuchungs- und Behandlungsmethoden im Krankenhaus (Richtlinie Methode Krankenhausbehandlung) vom 21.3.2006, zuletzt geändert durch Beschluss vom 20.02.2014) nicht ausgeschlossen worden. Bei der Prüfung der Erforderlichkeit der Krankenbehandlung ist generell eine Gesamtbetrachtung vorzunehmen, bei der den mit Aussicht auf Erfolg angestrebten Behandlungszielen und den vorhandenen Möglichkeiten einer vorrangigen ambulanten Behandlung entscheidende Bedeutung zukommt (BSG Ur. v. 16.12.2008 [B 1 KN 3/08 KR R](#) - Juris Rn 18). Behandlungsziele sind diejenigen des [§ 27 Abs. 1 SGB V](#) (BSG Ur. v. 17.09.2013 - [B 1 KR 67/12 R](#) -), hier das Ziel der Erkennung einer Krankheit (diagnostische Abklärung als Voraussetzung einer adäquaten Therapie). Kann das Ziel einer genauen Diagnose als Grundlage der darauf aufbauenden Behandlung wegen der Besonderheiten des Vergütungssystems nicht durch eine ambulante Untersuchung verwirklicht werden und verbleibt als einzige Möglichkeit zur Erfüllung des gesetzlichen Behandlungsanspruchs des Versicherten eine Untersuchung als stationäre Leistung, so ergibt die anzustellende Gesamtbetrachtung die Notwendigkeit einer Untersuchung als stationäre Leistung. Die dabei auftretende Unwirtschaftlichkeit (die ambulante PSG nach GNR 30901 EBM wird nach der Eurogebührenordnung mit 313,26 EUR vergütet, die Untersuchung nach DRG U64Z mit 1.676,19 EUR) zu beseitigen ist Aufgabe des Gemeinsamen Bundesausschusses bzw. des Bewertungsausschusses; in beiden Gremien sind die Krankenkassen vertreten. Solange keine anderweitige Regelung getroffen ist, hat ein Versicherter bei Vorliegen der medizinischen Erforderlichkeit der Untersuchung Anspruch auf Durchführung einer PSG als Krankenhausbehandlung, muss das Krankenhaus diese Leistung erbringen und hat die Krankenkasse diese Leistung zu vergüten.

4. Die für die Durchführung einer stationären PSG tatbestandlich notwendige medizinische Erforderlichkeit lässt sich im Falle der von der Klägerin untersuchten Versicherten nicht begründen. a. Eine stationäre PSG war im Fall der Versicherten wegen Begleiterkrankungen nicht erforderlich.

Eine PSG wegen Schlafstörungen neurologisch-psychiatrischer Genese kann hiernach immer dann stationär durchgeführt werden, wenn dies aus gesundheitlichen Gründen des zu untersuchenden Patienten geboten ist. Dies ist dann der Fall, wenn es aus allein medizinischen Gründen etwa der stationären Überwachung rund um die Uhr bedarf (BSG Ur. v. 17.09.2013 - [B 1 KR 67/12 R](#) - Juris Rn 13) oder sonst eine atypische Konstellation (dazu BSG Ur. v. 14.10.2014 - [B 1 KR 27/13 R](#) - Juris Rn 15) vorliegt. Dies dürfte regelmäßig der Fall sein, wenn wegen vorbestehender Begleiterkrankungen eine ambulante Untersuchung in einem Schlaflabor für den Patienten unzumutbar ist. Als

Beispiele hierfür wurden vom gerichtlichen Sachverständigen des SG Priv.-Doz. Dr. W. schwere psychische Erkrankungen, medikamentös unzureichend behandelbare Epilepsien und Patienten mit bekanntem erhöhten Pflegebedarf genannt. In der Arbeitshilfe "Schlafbezogene Atmungsstörung des MDK" werden als Fälle ohnehin erforderlicher stationärer Behandlung akute kardiovaskuläre Ereignisse, Unfall oder unfreiwilliges Einschlafen genannt. Ein vergleichbarer Sachverhalt lag bei der Versicherten indes nicht vor. Die internistische Untersuchung durch Dr. K. am 04.12.2007 hat keine gravierenden körperlichen Erkrankungen ergeben. Die Versicherte selbst hat ihrerseits chronische Bronchitis, Schmerzen der Wirbelsäule und Hitzewallungen als Erkrankungen angegeben. Wäre eine PSG ambulant im Rahmen vertragsärztlicher Versorgung zu Lasten der Krankenkassen möglich, hätte die Klägerin die PSG aus gesundheitlichen Gründen ohne weiteres ambulant durchlaufen können. Schwerwiegende Begleiterkrankungen der Versicherten haben ersichtlich auch nicht bestanden; hierauf und auf das Fehlen schwerer psychischer Erkrankungen bzw. schwerer psychischer Begleiterkrankungen hat auch Dr. Sch. im MDK-Gutachten vom 11.04.2012 zutreffend und unwidersprochen hingewiesen.

b. Eine stationäre PSG war im Falle der Versicherten auch nicht wegen des zu erwartenden diagnostischen Zusatznutzens geboten.

Bei nicht atmungsbezogenen Schlafstörungen, wie insbesondere der komplexen neurologisch-psychiatrischen oder sonstigen organisch bedingten Schlafstörungen wird darüber hinaus zu beachten sein, dass nach den die stationäre Behandlungsnotwendigkeit abbildenden G-AEP-Kriterien (der Krankenkassenspitzenverbände und der Deutschen Krankenhausgesellschaft) bzw. der hierzu vereinbarten Präambel für die Fachbereiche der Psychiatrie, der Psychosomatik und der psychotherapeutischen Medizin und damit insbesondere für psychisch (psychiatrisch oder psychosomatisch) bedingte Schlafstörungen Besonderheiten gelten müssen und eine stationäre Behandlungsnotwendigkeit namentlich auch aus einem erwartbaren deutlichen Zusatznutzen durch die Verdichtung (u.a.) diagnostischer Maßnahmen folgen kann. In diesen Fällen ist davon auszugehen, dass nur ambulante Untersuchungen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung für den Patienten weder zweckmäßig sind noch ohne Nachteile erfolgen können (Umkehrschluss aus § 1 Abs. 2 Satz 3 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von Krankenhausbehandlung (Krankenhausbehandlungs-Richtlinie vom 24.03.2004 - BAnz Nr. 188 S. 22577).

Eine diagnostische Verdichtung dieser Art wird vielfach gerade bei der PSG vorliegen, wie (neben der S3-Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Schlafforschung und Schlafmedizin auch) die Regelungen der zur ambulanten PSG getroffenen Qualitätssicherungsvereinbarung und des EBM mit den Anforderungen an die apparative und personelle Ausstattung eines Schlaflabors und die Durchführung der PSG mit einer Vielzahl der dabei vorzunehmenden Messungen (u.a. Atmung, Oximetrie, EKG, EEG, EOG (Elektrookulographie), EMG (Elektromyographie) Atembewegungen, Atemfluss) verdeutlichen. Hinsichtlich des erwartbaren deutlichen Zusatznutzens durch eine PSG kann eine Orientierung an den einschlägigen Leitlinien der medizinischen Fachgesellschaften, insbesondere an der S3-Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Schlafforschung und Schlafmedizin, stattfinden. Danach kann die - nicht routinemäßig im Rahmen der Diagnostik von Insomnien indizierte - PSG bei Formen chronischer, bislang therapierefraktärer insomnischer Störungen hilfreich sein, wobei als Indikationen genannt sind: schwere Insomnien mit signifikanter Beeinträchtigung im Sinne von exzessiver Müdigkeit oder Schläfrigkeit, therapieresistente Insomnie mit negativem Behandlungserfolg über mehr als ein halbes Jahr, Verdacht auf organisch bedingte Insomnie, wie bspw. durch obstruktive Schlafapnoe (hier freilich Vorrang der ambulanten PSG), RLS (Restless-Legs-Syndrom), Insomnie in Verbindung mit Eigen- oder Fremdgefährdung, Insomnie im Rahmen von Schlaf-Wach-Rhythmusstörungen oder Verdacht auf Fehlwahrnehmung des Schlafzustandes. Dementsprechend knüpft die vom MDK für die Handhabung der PSG erstellte Arbeitshilfe zur Schlafapnoe auch an das Krankheitsbild komplexer neurologisch-psychiatrischer Schlafstörungen (etwa bei depressiven Erkrankungen, Angst- und Panikerkrankungen, Schizophrenie, Alkoholabhängigkeit oder bei bestimmten organisch bedingten Schlaf-Wach-Störungen) an, die in einer dafür spezialisierten Einrichtung - auch durch PSG im Schlaflabor eines Krankenhauses - stationär untersucht werden sollten.

Ein solcher Zusatznutzen war hier nicht zu erwarten: Hierfür hätte es eines deutlichen diagnostischen Zusatznutzes durch die stationäre PSG bedurft, was indessen nur bei schwerwiegenden Krankheitsbildern bzw. schwerwiegender Symptomatik in Betracht kommen kann. Eine Fallgestaltung dieser Art hat bei der Versicherten, wie insbesondere aus dem Gutachten des PD Dr. W. vom 02.05.2012 bzw. dessen ergänzender Stellungnahme vom 14.08.2012 überzeugend hervorgeht, auch bei der Beurteilung ex- ante nach den Verhältnissen am Tag der Aufnahme zur stationären PSG (25.03.2008) nicht vorgelegen. Eine schwere Insomnie ist auszuschließen gewesen, nachdem die Versicherte auf dem bei Aufnahme angefertigten Schlaffragebogen - bei ausgeglichener Stimmung - einen in der Regel gut erholsamen Schlaf angegeben und mitgeteilt hatte, sie sei tagsüber nur bei extrem schlechten Nächten müde. Im Entlassungsbericht der Klägerin vom 05.05.2008 ist ergänzend auf die - in der Anamnese eruierte - Auslösesituation der Schlafstörungen, nämlich die langjährige Tätigkeit der Versicherten im Fremdenverkehr und in der Gastronomie mit sehr unregelmäßigen Arbeitszeiten verwiesen. Dr. Sch. hat im MDK-Gutachten vom 22.05.2013 im Hinblick darauf auch für den Senat überzeugend einen (diagnostischen) Zusatznutzen der stationären PSG für die Versicherte verneint. Die im Entlassungsbericht der Klägerin vom 05.05.2008 nach stationärer PSG empfohlenen Maßnahmen, wie allgemeine Schlafhygiene oder Entspannungsübungen, hätten ohne die vorliegende (Über-)Diagnostik (sogleich) ausgesprochen werden können und müssen; hierauf hat Dr. Sch. im MDK-Gutachten vom 11.04.2012 und ebenso PD Dr. W. im Gutachten vom 02.05.2012 auch zutreffend hingewiesen.

c. Die unzureichende vorherige ambulante Abklärung bzw. unterlassene ambulante Vorbehandlungen schließen im vorliegenden Fall einen Anspruch der Versicherten auf eine stationäre Untersuchung im Rahmen einer PSG aus.

Grundsätzlich hat ein Versicherter Anspruch auf vollstationäre Krankenhausbehandlung nach [§ 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#), wenn das Behandlungsziel durch anderweitige Behandlungsmaßnahmen nicht erreicht werden kann. Ob eine stationäre Krankenhausbehandlung erforderlich ist, bemisst sich mithin einerseits nach den mit der Behandlung verfolgten Zielen, andererseits nach den Mitteln, die zur Erreichung des Behandlungsziels eingesetzt werden müssen. Behandlungsziele sind diejenigen des [§ 27 Abs. 1 SGB V](#) (BSG Ur. v. 17.09.2013 - [B 1 KR 67/12 R](#) -), hier das Ziel der Erkennung einer Krankheit (diagnostische Abklärung als Voraussetzung einer adäquaten Therapie).

Bei der Überprüfung der objektiven Erforderlichkeit von Krankenhausbehandlung allein nach medizinischen Erfordernissen hat das Gericht von dem im Behandlungszeitpunkt verfügbaren Wissens- und Kenntnisstand des verantwortlichen Krankenhausarztes auszugehen (BSG Ur. v. 17.09.2013 - [B 1 KR 67/12 R](#) - Juris Rn 26 unter Hinweis auf [BSGE 99,111](#)). Insoweit ist insbesondere zu berücksichtigen, dass der Vertragsarzt zur Unterstützung der Diagnostik und Therapie, der Vermeidung von Doppeluntersuchungen und der Verkürzung der Verweildauer im Rahmen der Krankenhausbehandlung die für die Indikation der stationären Behandlung bedeutsamen Unterlagen

hinsichtlich Anamnese, Diagnostik und ambulanter Therapie beizufügen hat, soweit sie ihm vorliegen (§ 6 Krankenhausbehandlungs-Richtlinien, Zusammenarbeit von Vertragsarzt und Krankenhaus). Ergibt sich daraus ohne weiteres, dass der Vertragsarzt die notwendige vertragsärztliche Diagnostik nicht ausgeschöpft hat, kann das Krankenhaus den Versicherten darauf verweisen und eine Behandlung ablehnen, sofern die Verweisung des Versicherten auf die notwendige vertragsärztliche Diagnostik (und die damit verbundene Verzögerung einer Heilung) diesem nicht wegen seines Krankheitszustandes unzumutbar ist (BSG Ur. v. 17.09.2013 [B 1 KR 67/12 R](#) -Juris Rn 26 und 27). Die in dieser Entscheidung des BSG zur vorstationären Behandlung aufgestellten Grundsätze sind nach Auffassung des Senats auf die Erforderlichkeit stationärer Behandlung entsprechend zu übertragen. Grundsätzlich gilt, dass die Erforderlichkeit von Krankenhausbehandlung von den Sozialgerichten im Streitfall vollständig zu überprüfen ist und dem verantwortlichen Krankenhausarzt kein Einschätzungsvorrang zukommt. Maßgeblich ist allein, dass die Einschätzung des Krankenhausarztes fachlich vertretbar ist (BSG Ur. v. 16.12.2008 - [B 1 KN 3/08 KR R](#)). Die Beweislast trägt dabei das Krankenhaus (BSG Ur. v. 14.10.2014 B [^1 KR 27/13 R](#)).

Bei zutreffender Einschätzung des Standes der ambulanten Vorklärung bzw. Vorbehandlung hätte die Versicherte nicht zur stationären PSG von der Klägerin aufgenommen werden dürfen.

Der Senat folgt insoweit der Beurteilung des vom Sozialgericht hinzugezogenen Sachverständigen Priv.-Doz. Dr. W., wonach eine komplexe neurologisch-psychiatrische Schlafstörung bei der Versicherten nicht vorgelegen und eine PSG zur Abklärung der Schlafstörungen nicht erforderlich gewesen ist. Insbesondere bestand kein Anhaltspunkt für eine chronische, bislang therapierefraktäre insomnische Störung oder eine andere der in den S 3-Richtlinien "Nicht erholsamer Schlaf" genannten Erkrankungen, mit denen man die durchgeführte Untersuchung hätte begründen können. Auffällig ist, dass vor Durchführung der stationären PSG eine ausreichende Abklärung des Gesundheitszustandes in Bezug auf die Schlafstörungen nicht stattgefunden hat bzw. aus dem bekannten Gesundheitszustand keine Konsequenzen gezogen worden sind.

Aus den Arztbriefen von Dr. K. vom 04.12.2007 und 13.12.2007 geht als objektivierbare organische Erkrankung lediglich eine chronische Bronchitis in der Vergangenheit hervor. Aus dem Arztbrief der Klägerin vom 05.05.2008 ergeben sich kein aktueller kardiologischer Befund und keine sonstigen gravierenden organischen Erkrankungen. Die Aufnahmeuntersuchung ergab einen unauffälligen allgemein-internistischen, neurologischen und psychiatrischen Befund. Analysiert man die eigenen Unterlagen der Klägerin, so fällt die Diskrepanz zwischen den Angaben der Versicherten in den Fragebögen und den im Anamnesebogen wiedergegebenen Beschwerden auf. Aus den Fragebögen ergeben sich keine Hinweise für eine nennenswerte Beeinträchtigung der Tagesaktivitäten durch fehlenden Schlaf; der Fragebogen zur Tagesschläfrigkeit enthält keine Hinweise auf die Gefahr tagsüber ungewollt einzuschlafen. Der Anamnesebogen legt wiederum mit dem Hinweis auf ständig unterbrochenen Schlaf und entsprechende Schwierigkeiten erneut einzuschlafen ein schweres Krankheitsbild nahe. Es ergibt sich aus der Anamnese das Bild eines schweren Schlafmangelsyndroms mit Durchschlafstörungen im Sinne einer schweren Insomnie, der Fragebogen lässt demgegenüber keine nennenswerte Beeinträchtigung der Tagesbefindlichkeit erkennen. Diese Widersprüchlichkeiten, die sich in der Prozessführung der Beteiligten insoweit widerspiegeln, als jede Seite die für ihren Standpunkt günstige Sichtweise hervorgehoben hat, gehen nach den Grundsätzen über die objektive Beweislast zu Lasten des klagenden Krankenhauses.

Dem aufnehmenden Krankenhausarzt hätte allerdings auffallen müssen, dass ihm außer den Arztbriefen von Dr. K. keine sonstigen ärztlichen Informationen über die Klägerin zur Verfügung standen. Dr. K. ist ein schlafmedizinisch erfahrener Lungenarzt, auf dessen Beurteilung hinsichtlich des Ausschlusses einer schlafbezogenen Atmungsstörung sich der Krankenhausarzt verlassen konnte. Ob dies in gleicher Weise für die fachfremd gestellte Verdachtsdiagnose einer psychophysiologischen Schlafstörung gilt, kann dahingestellt bleiben. Die als Verdachtsdiagnose von Dr. K. angegebene psychophysiologische Schlafstörung erfordert, wie der Sachverständige Priv.-Doz Dr. W. dargelegt hat, zunächst adäquate pharmakologische und verhaltensmedizinische Therapieversuche. In neurologisch-psychiatrischer Hinsicht fehlte indes jede Information durch andere Ärzte, etwa den Hausarzt. Über den Ausgang eventueller pharmakologischer oder verhaltenstherapeutischer Behandlungen hatte der aufnehmende Arzt (über die vagen Angaben in der Anamnese hinaus) keine Informationen. Völlig unklar bleibt, was die Versicherte dem Hausarzt zu den Schlafstörungen geklagt hat und welche Behandlungsbemühungen der Hausarzt bisher (ggfs. mit welchem Erfolg oder Misserfolg) unternommen hatte. Unklar bleiben auch Ursache, Ausmaß und bisheriger Behandlungsverlauf der von der Versicherten als Gründe für den gestörten Schlaf (mit)angegebenen Schmerzen der Wirbelsäule und die Hitzewallungen. Da aber andererseits keine Notlage ersichtlich war, die sofortiges Handeln erfordert hätte, durfte der aufnehmende Krankenhausarzt nicht die Erforderlichkeit stationärer Aufnahme bejahen. Eine etwaige Diagnose- oder Therapieskepsis der Versicherten gegenüber nervenärztlichen Untersuchungs- und/oder Behandlungsmethoden rechtfertigt es nicht, hiervon abzusehen und sogleich und vorschnell eine stationäre PSG durchzuführen.

Bei Durchsicht der Akten der Klägerin drängt sich der Eindruck auf, die Ergebnisse der ausgefüllten Fragebögen seien vom aufnehmenden Arzt nicht zur Kenntnis genommen worden. Auffällig ist auch, dass weder aus den Akten der Klägerin noch aus dem Arztbrief vom 05.05.2008 deutlich wird, welche Therapieziele mit der durchgeführten PSG eigentlich geklärt und welche Verdachtsdiagnosen abgeklärt werden sollten. Die später vom Bevollmächtigten der Klägerin im Berufungsverfahren nachgeschobenen Therapieziele (vgl. Bl. 21 und 38 LSG-Akte) finden sich in den ärztlichen Unterlagen der Klägerin und dem Arztbrief vom 05.05.2015 nicht.

5. Am Ergebnis des Rechtsstreits ändert auch die dem Senat erst nach der Urteilsverkündung bekannt gewordene Entscheidung des BSG Ur. v. 02.09.2014 - [B 1 KR 11/13 R](#) nichts. Das BSG hat darin die Auffassung vertreten, Krankenhausbehandlung sei nämlich nicht bereits deshalb erforderlich, weil eine bestimmte Leistung nach den Regeln der ärztlichen Kunst zwar ambulant erbracht werden kann, vertragsärztlich aber mangels positiver Empfehlung des Gemeinsamen Bundesausschusses oder Aufnahme einer Position in den EBM nicht zu Lasten der GKV geleistet werden darf. Für ambulant erbrachte und privat abgerechnete Behandlungen gibt das BSG in solchen Fällen wegen Systemversagens einen sachleistungsersetzenden Freistellungs- oder Kostenerstattungsanspruch gegen die Krankenkasse. Die genannte Rechtsprechung ist auf den vorliegenden Fall bereits deshalb nicht übertragbar, weil hier eine PSG als stationäre (und gerade nicht als ambulante) Leistung erbracht worden ist. Außerdem führt die Rechtsprechung des BSG (vgl. insoweit auch Ur. v. 16.12.2008 - [B 1 KR 11/08 R](#)) nur dann zu überzeugenden Ergebnissen, wenn Gerichte im Nachhinein ein Systemversagen des Gemeinsamen Bundesausschusses oder des Bewertungsausschusses feststellen. Im Verwaltungs- und Widerspruchsverfahren sind die Krankenkassen nämlich an die Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses gem. [§§ 91 Abs. 6, 92 Abs. 8 SGB V](#) strikt gebunden und besitzen insoweit keine Ergänzungs- oder Verwerfungskompetenz. Ob hier vor Beginn der Behandlung die Erteilung einer Kostenzusage durch die Beklagte für eine nach privatärztlichen Grundsätzen abzurechnende ambulante Untersuchung rechtlich möglich gewesen wäre, kann offenbleiben, denn

ein solcher Sachverhalt ist dem Gericht nicht zur Entscheidung unterbreitet worden.

II. Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a Abs. 1 Satz 1 SGG](#) i. V. m. [§ 154 Abs. 2 VwGO](#).

Die Festsetzung des Streitwerts beruht auf [§ 52 Abs. 3 GKG](#).

Gründe für die Zulassung der Revision bestehen nicht.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2015-02-24