

## **Aktuelle Rechtsprechung zur stationären Krankenhausvergütung bei (auch) strahlentherapeutischer Behandlung**

(BSG, Urteil vom 26.04.2022 – Az.: B 1 Kr 15/21 R und LSG Hamburg, Urteil vom 23.06.2022 – Az.: L 1 Kr 60/22)

Die strahlentherapeutische Behandlung von an Krebs erkrankten Patienten ist vielfach Bestandteil fachübergreifender Behandlungskonzepte, in denen regelmäßig auch die chirurgischen Fachgebiete und die internistische Onkologie beteiligt sind. Je nach Krankheits- und Behandlungsverlauf erfolgt die Patientenversorgung sektorenübergreifend, d. h. an der Schnittschnelle „ambulant / stationär“. Hierbei kann die strahlentherapeutische Versorgung für sich gesehen nicht zuletzt aufgrund des technischen Fortschritts in den letzten Jahrzehnten in aller Regel ambulant durchgeführt werden, die stationäre Aufnahme des Patienten in erster Linie oder sogar ausschließlich wegen der strahlentherapeutischen Behandlung erfolgt nur in einem geringeren Anteil der Behandlungsfälle. Wesentlich häufiger kommt es vor, dass der Patient aus anderen Gründen, nämlich z. B. wegen der Durchführung einer Chemotherapie, stationär aufgenommen wird. Hier hat die strahlentherapeutische Behandlung, die zumeist mehrere Wochen dauert, oftmals bereits ambulant begonnen und wird dann während des stationären Aufenthaltes plangemäß fortgesetzt.

Wegen der geringen Anzahl originär strahlentherapeutischer Patienten und dem hohen Investitions- und Infrastrukturaufwand sind viele Krankenhäuser – abgesehen von Hochschulkliniken und Krankenhäusern der Maximalversorgung – im Laufe der Zeit dazu übergegangen, keine eigenen strahlentherapeutischen Abteilungen mehr zu betreiben, sondern Kooperationsverträge mit niedergelassenen strahlentherapeutischen Praxen abzuschließen, die die Bestrahlungsleistungen erbringen. Diese Praxen sind in der Regel in räumlicher Nähe zum kooperierenden Krankenhaus bzw. auch unmittelbar auf dem Krankenhausgelände niedergelassen. In solchen Fällen wird somit eine zunächst ambulante strahlentherapeutische Behandlung vom identischen Strahlentherapeuten dann auch im stationären Bereich weitergeführt.

Vergütungstechnisch rechnet der Strahlentherapeut seine bis zur stationären Aufnahme erbrachten Leistungen für gesetzlich krankenversicherte Patienten gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung ab. Ab dem Zeitpunkt der stationären Aufnahme ist dies – abgesehen von der Variante einer belegärztlichen Leistungserbringung – nicht mehr möglich (vgl. § 3 Abs. 2 Nr. 8 BMV-Ä). Die Vergütung der strahlentherapeutischen Praxis erfolgt dann vielmehr auf Grundlage

der mit dem Krankenhaus getroffenen kooperationsvertraglichen Vereinbarungen. Das Krankenhaus kodiert diese extern erbrachten Leistungen in seiner Abrechnung gegenüber den Krankenkassen, was im Rahmen des stationären Fallpauschalensystems zu einer deutlichen Erhöhung der Krankenhausvergütung für die erbrachte stationäre Gesamtbehandlung führen kann, so auch in den beiden vorliegenden Sachverhalten, allerdings mit wesentlichen strukturellen Unterschieden:

In dem vom BSG verbeschiedenen Fall war das betroffene Krankenhaus im Landeskrankenhausplan mit einer strahlentherapeutischen Hauptabteilung aufgenommen, die aber tatsächlich schon seit Jahren geschlossen war. Das Krankenhaus verfügte hiernach weder über ärztliches und nichtärztliches Personal noch über die erforderlichen strahlentherapeutischen Gerätschaften. Die stationäre strahlentherapeutische Behandlung erfolgte kooperationsvertraglich durch eine nahegelegene Strahlentherapiepraxis. Aus Sicht des BSG ist es in diesem Fall für das Krankenhaus nicht zulässig, die bezogenen strahlentherapeutischen Leistungen im Rahmen der stationären Abrechnung des Krankenhauses zu berücksichtigen, d. h. die Strahlentherapie wird hier nicht vergütet. Das BSG argumentiert hier in erster Linie mit dem Versorgungsauftrag des Krankenhauses, wie er im Krankenhausplan abgebildet ist. Hiernach muss ein Krankenhaus alle wesentlichen von seinem Versorgungsauftrag umfassten Leistungen – und hier insbesondere die Kernleistung – in eigenen Räumen, mit eigenem Personal und eigenen Gerätschaften durchführen. Ausnahmemöglichkeiten sieht das BSG hier explizit bei unterstützenden Leistungen und nennt ausdrücklich die radiologische und labormedizinische Diagnostik; auch muss ein Krankenhaus nicht zwingend alle Leistungen eines Fachgebiets, für das es im Krankenhausplan eingetragen ist, selbst erbringen; bei Spezialleistungen ist ein externer Bezug gemäß § 2 Abs. 2 Satz 2 Nr. 2 KHEntgG nach wie vor möglich, wobei die hieraus resultierenden Abgrenzungsschwierigkeiten im Einzelfall offen bleiben müssen. Somit sind die aus diesem Urteil für die in der Versorgungsrealität bestehenden vielfältigen Kooperationsstrukturen noch nicht im Ansatz abschätzbar.

In Kenntnis dieser BSG-Entscheidung hatte das LSG Hamburg über einen im Wesentlichen ähnlich gelagerten Sachverhalt zu entscheiden, der sich aber an der entscheidenden Stelle unterschied:

Denn das dort klagende Krankenhaus verfügte über keine eigene strahlentherapeutische Abteilung. Im streitigen Fall wurde eine Patientin zur Durchführung einer Chemotherapie in der Abteilung Innere Medizin stationär aufgenommen und die bereits ambulant begonnene strahlentherapeutische Behandlung für die Zeit des stationären Aufenthalts durch die Strahlentherapiepraxis

fortgesetzt und hiernach im Rahmen der stationären Abrechnung kodiert, was im Ergebnis zu einer Verdopplung des Krankenhaushonorars führte.

Die beklagte Krankenkasse verweigerte einen Teil dieser Vergütung mit dem Argument der Unwirtschaftlichkeit und vertrat im Übrigen die Auffassung, dass es sich vorliegend um überhaupt keine stationäre strahlentherapeutische Behandlung, sondern vielmehr um die Fortsetzung einer begonnenen ambulanten Behandlung während eines stationären Aufenthalts gehandelt habe. Deshalb müsse eine gemäß § 2 Abs. 2 Satz 3 Nr. KHEntgG für die Dialyse bestehende gesetzliche Ausnahmeregelung auch für die Konstellation einer ambulant begonnenen und dann während eines stationären Aufenthalts fortgesetzten Strahlentherapie entsprechend angewendet werden.

Dieser Sichtweise folgt das LSG Hamburg jedoch nicht. Nach Auffassung des Gerichts ist nämlich ein Krankenhaus ab dem Zeitpunkt der stationären Aufnahme eines Patienten grundsätzlich für die umfassende und einheitliche Gesamtleistung einschließlich solcher Leistungen, die das Krankenhaus selbst nicht vorhält, im Rahmen seines Versorgungsauftrags verantwortlich und hat die so erbrachten Leistungen im Rahmen der geltenden Bestimmungen zur Abrechnung zu bringen, so dass die letztendliche Höhe der Krankenhausvergütung nicht entscheidungserheblich sein kann. Außerdem bestünde keine planwidrige Regelungslücke, die zu einer entsprechenden Regelung wie für den Bereich der Dialyse führen könnte.

Im Ergebnis folgt das LSG Hamburg hiernach der Entscheidung des Bundessozialgerichts, da vorliegend Fragen des Versorgungsauftrags gemäß Krankenhausplan nicht betroffen waren und das BSG in seinem Urteil klar zum Ausdruck gebracht hatte, dass während eines stationären Aufenthalts erbrachte Leistungen nicht ohne rechtliche Grundlage in den ambulanten Bereich vergütungstechnisch verlagert werden können (Stichwort: „Verbot ambulanter vertragsärztlicher Parallelbehandlung“). Die endgültige Entscheidung des BSG hierüber muss gleichwohl abgewartet werden, da seitens der Kasse Revision eingelegt wurde.

Fachanwalt für Medizinrecht Bernd Zwingel

Kanzlei Preißler Ohlmann & Partner

Alexanderstraße 26, 90762 Fürth

Telefon: 0911-740 76-0

Telefax: 0911-740 76-76

E-Mail: kanzlei@proh.de

