Mandantenrundbrief

vom 04.09.2023

Aktuelle Rechtsprechung des Bundessozialgerichts vom 29.08.2023

- **Strahlentherapieleistungen durch Dritte ohne Versorgungsauftrag des Krankenhauses**

Im Anschluss an den mündlichen Verhandlungstermin des Bundessozialgerichts vom 29.08.2023 informieren wir Sie über das Ergebnis der Entscheidung zu oben benanntem Themenkomplex.

Rechtsanwalt
Dr. Jens-H. Hörmann, LL.M.
Fachanwalt für Medizinrecht

BREGENHORN-WENDLAND & PARTNER
Rechtsanwälte mbB
BOCHUM
hoermann@med-juris.de

1. Instanzen

Bundessozialgericht – B 1 KR 18/22 R (29.08.2023)

Landessozialgericht Hamburg – L 1 KR 60/21 (23.06.2022)

Sozialgericht Hamburg – S 6 KR 193/16 (23.03.2021)

2. Rechtsfragen

Streitgegenständlich waren ausweislich der auf der Homepage des Bundessozialgerichts aufgeführten „Anhängigen Rechtsfragen“ die Folgenden:

„Darf eine während der stationären Behandlung fortgeführte ambulante Strahlentherapie als vom Krankenhaus veranlasste Leistung Dritter kodiert werden?“

3. Sachverhalt

Ausweislich der Terminvorschau des Bundessozialgerichts zeigte sich folgender Sachverhalt:

„Eine bei der beklagten Krankenkasse Versicherte war an einem metastasierenden Gebärmutterkrebs erkrankt und wurde vom 17. bis 22.7.2015 im klagenden Krankenhaus vollstationär durch Chemotherapie behandelt. Die bereits zuvor ambulant begonnene Strahlentherapie wurde während des Krankenhausaufenthalts ambulant durch die beigeladene Arztpraxis fortgesetzt und dem Krankenhaus in Rechnung gestellt. Das Krankenhaus war im Krankenhausplan für 2015 der Freien und Hansestadt Hamburg unter anderem mit dem Fachgebiet "Innere Medizin" aufgenommen. Dem Fachgebiet "Strah-

© BREGENHORN-WENDLAND & Partner

Steinring 45a
44789 Bochum
Tel.: (0234) 41 60 61 0
Fax: (0234) 41 60 61 90 00
bochum@med-juris.de

Schleinufer 18
39104 Magdeburg
Tel.: (0391) 24 30 34 0
Fax: (0391) 24 30 34 90 01
magdeburg@med-juris.de

Wiesenstraße 21 A1
40549 Düsseldorf
Tel.: (0211) 81 96 54 0
Fax: (0211) 81 96 54 90 02
duesseldorf@med-juris.de

lentherapie" waren zwei Hamburger Krankenhäuser zugewiesen, nicht hingegen das klagende Krankenhaus. Das Krankenhaus berechnete für die stationäre Behandlung der Versicherten 5057,02 Euro nach Fallpauschale DRG E08C, die sich auf Grundlage unter anderem der mehrfachen Kodierung der Prozedur 8-522.91 (Hochvoltstrahlentherapie, Linearbeschleuniger, intensitätsmodulierte Radiotherapie, mit bildgeschützter Einstellung) nach dem Operationen- und Prozedurenschlüssel ergab. Die Krankenkasse zahlte auf diese Rechnung nur 2652,98 Euro: Das Krankenhaus sei nicht berechtigt, die von der Beigeladenen durchgeführten strahlentherapeutischen Leistungen abzurechnen, da es sich nicht um allgemeine Krankenhausleistungen nach § 2 KHEntgG in Form von vom Krankenhaus veranlassten Leistungen Dritter gehandelt habe. Vielmehr seien die strahlentherapeutischen Leistungen in alleiniger Verantwortung und Organisation der Beigeladenen erbracht worden. Es ergebe sich folglich die geringer vergütete DRG E73B (Pleuraerguss ohne äußerst schwere CC, Kostengewicht 0,797).

Das Sozialgericht hat die Krankenkasse zur Zahlung des Differenzbetrags von 2404,04 Euro nebst Zinsen verurteilt, das Landessozialgericht hat die Berufung zurückgewiesen: Bei der durchgeführten Strahlentherapie handele es sich um eine vom Krankenhaus veranlasste Leistung Dritter nach § 2 Absatz 2 Satz 2 Nummer 2 KHEntgG, die unter der Gesamtverantwortung des Krankenhauses erbracht worden sei. Sie sei auch vom Versorgungsauftrag des Krankenhauses für "Innere Medizin" erfasst. Unter Zugrundlegung der Abgrenzung der Fachgebiete nach der Weiterbildungsordnung der Landesärztekammer erfasse diese auch Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten in der interdisziplinären Indikationsstellung zu chirurgischen, strahlentherapeutischen und nuklearmedizinischen Behandlungsverfahren sowie deren prognostische Beurteilung im multidisziplinären Team. Für eine Zuordnung der Strahlenheilkunde zur Inneren Medizin spreche auch, dass das Leistungsgeschehen in der stationären Versorgung durch die Kliniken mit einem ausdrücklichen Versorgungsauftrag für Strahlenheilkunde wegen der unterschiedlichen Struktur der Versorgung in der Strahlenheilkunde nicht vollständig abgebildet werde.

Mit ihrer Revision rügt die KK die Verletzung von § 109 Absatz 4 Satz 3 SGB V, § 7 KHEntgG, § 17b Absatz 1 Satz 10 KHG, § 9 Absatz 1 Nummer 1 KHEntgG, § 2 Absatz 1 Satz 1 KHEntgG und § 2 Absatz 2 Satz 2 Nummer 2 KHEntgG sowie der Fallpauschalenvereinbarung 2015 und der Prozedur 8-552.9."

4. Entscheidungsgründe

Das Bundessozialgericht hat die Revision der beklagten Krankenkasse als begründet angesehen und das Urteil des Landessozialgerichts aufgehoben sowie die Klage des Krankenhauses abgewiesen. Dem klagenden Krankenhaus stehe kein Anspruch auf weitere Vergütung unter Berücksichtigung der kodierten Prozedur für die von der beigeladenen Praxis durchgeführte ambulante Strahlentherapie zu.

Laut Bundessozialgericht handele es sich zwar um eine vom Krankenhaus veranlasste Leistung eines Dritten und damit um eine allgemeine Krankenhausleistung. Das Krankenhaus sei auch verpflichtet gewesen, die unstreitig vorhandene strahlentherapeutische Behandlungsbedürftigkeit

der Versicherten abzudecken, denn es habe die Versicherte – anders als bei der hiervon gem. § 2 Abs.2 S.3 Nr. KHEntgG ausgenommenen Dialyse – wegen des Verbots der ambulanten Parallelbehandlung nicht auf einen ambulanten Leistungserbringer verweisen dürfen. Der Anspruch scheitere jedoch daran, dass das Krankenhaus keinen Versorgungsauftrag für die Erbringung strahlentherapeutischer Leistungen gehabt habe und daher nicht berechtigt gewesen sei die Prozedur zu kodieren und abzurechnen. Vom Krankenhaus veranlasste Leistungen Dritter seien nur als eigenständige Operationen und Prozeduren kodierfähig, wenn das Krankenhaus sie nach dem Inhalt seines Versorgungsauftrages auch selbst erbringen dürfe, was vorliegend nach den unangegriffenen Feststellungen des Landessozialgerichts nicht der Fall sei, da nur die Indikationsstellung und Koordination extern in Auftrag gegebener strahlentherapeutischer Leistungen, nicht jedoch die strahlentherapeutischen Leistungen selbst vom Versorgungsauftrag des Krankenhauses umfasst gewesen seien.

5. Fazit

Vom Krankenhaus veranlasste strahlentherapeutische Leistungen Dritter sind nur als eigenständige Operationen und Prozeduren kodierfähig und damit abrechenbar, wenn das Krankenhaus die veranlasste strahlentherapeutische Leistung nach seinem Versorgungsauftrag auch selbst hätte erbringen dürfen.

Damit verschärft das Bundessozialgericht seine Rechtsprechung vom 26.04.2022 (B 1 KR 15/21 R; dort Krankenhaus mit Versorgungsauftrag, der vollständig ausgelagert erfüllt wird) in einer weiteren Dimension. Hatte das BSG in der vorbenannten Entscheidung lediglich bei bestehendem Versorgungsauftrag für Strahlentherapie eine regelmäßige und planvolle Ausgliederung auf externe Dritte untersagt, erweitert es die fehlende Abrechnungsbefugnis eines Krankenhauses für externe strahlentherapeutische Leistungen nunmehr auch auf Fälle nicht bestehenden Versorgungsauftrages des Krankenhauses.

In der Fallkonstellation der Entscheidung des Jahres 2022 scheitert die Abrechnung der strahlentherapeutischen Leistungen durch das Krankenhaus nach Auffassung des Bundessozialgerichts trotz bestehenden Versorgungsauftrages an der fehlenden eigenen Leistungserbringung durch regelmäßige und planvolle Auslagerung an Dritte, in der hier entschiedenen Fallkonstellation scheitert die Abrechnungsfähigkeit nach Auffassung des Bundessozialgerichts hingegen nicht an einer zulässig veranlassten Leistung Dritter in Form der externen Strahlentherapiepraxis, sondern anhand des fehlenden Versorgungsauftrages für Strahlentherapie für das Krankenhaus.

Nach der Systematik dieser beiden BSG-Entscheidungen zeigen sich drei mögliche Szenarien:

1. Fallkonstellation:

   Das Krankenhaus ist im Krankenhausplan mit einer Abteilung für Strahlentherapie ausgewiesen, erbringt die Leistungen aber nicht selbst.

   Ergebnis (BSG 26.04.2022 – B 1 KR 15/21 R):

   Das Krankenhaus darf die Bestrahlungs-OPS in der DRG nicht ansetzen, sofern es die räumlichen, personellen und (geräte-)infrastrukturellen Voraussetzungen nicht erfüllt, mithin keine Behandlung im Krankenhaus, keine Behandlung durch das Krankenhaus und keine Verwendung von Mitteln des Krankenhauses erfolgt; die ambulante Strahlentherapiepraxis darf aufgrund des Verbots der ambulanten Parallelbehandlung auch keine Leistungen ggü. der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung abrechnen. Das Krankenhaus erhält keine Vergütung für die extern durchgeführte Strahlentherapie.

2. Fallkonstellation:

   Das Krankenhaus ist im Krankenhausplan nicht mit einer Abteilung für Strahlentherapie ausgewiesen, erbringt die Leistungen auch nicht selbst.

   Ergebnis (BSG 29.08.2023 – B 1 KR 18/22 R):

   Das Krankenhaus darf die Bestrahlungs-OPS in der DRG nicht ansetzen; die ambulante Strahlentherapiepraxis darf aufgrund des Verbots der ambulanten Parallelbehandlung auch keine Leistungen ggü. der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung abrechnen. Das Krankenhaus erhält keine Vergütung für die extern durchgeführte Strahlentherapie.

3. Fallkonstellation:

   Das Krankenhaus ist im Krankenhausplan mit einer Abteilung für Strahlentherapie ausgewiesen, erbringt die Leistungen auch selbst.

   Ergebnis (BSG 26.04.2022 (B 1 KR 15/21 R) – und 29.08.2023 (B 1 KR 18/22 R)):

   Das Krankenhaus darf die Bestrahlungs-OPS in der DRG ansetzen.

Diese drei Fallkonstellationen zeigen eines sehr deutlich:

Das Bundessozialgericht lässt die meisten Krankenhäuser bei der Abrechnung strahlentherapeutischer Leistungen hinreichend allein, da bei Notwendigkeit solch strahlentherapeutischer Leistungen während des stationären Aufenthaltes das Krankenhaus diese durch eine ambulante Strahlentherapiepraxis weiterhin erbringen lassen muss, diese sodann im Innenverhältnis vom Krankenhaus gegenüber der ambulanten Strahlentherapiepraxis auch zu erstatten sind, jedoch für das Krankenhaus im Außenverhältnis keine Abrechnungsmöglichkeit gegenüber den gesetzlichen Krankenkassen besteht.

Damit wird das bundesweit seit Jahren gelebte System, welches auch von den Kostenträgern in erheblicher Mehrzahl durch Vergütung der jeweiligen externen Strahlentherapieleistungen mittels Inrechnungstellung des Krankenhauses im Rahmen der vollstationären DRG-Abrechnung vollends mitgetragen wurde, nunmehr in Gänze aus seinen Angeln gehoben.

Der Bundesgesetzgeber sollte daher dringend dazu übergehen, die in § 2 Abs.2 S.3 Nr.1 und 2 KHEntgG von den allgemeinen Krankenhausleistungen ausdrücklich ausgenommenen Dialysen und Gebärdensprachendolmetschern um eine dritte Ausnahme in Form strahlentherapeutischer Leistungen zu erweitern. Diese Aufgabe ist von den Krankenhäusern an Ihre Interessenvertretungen in Ländern und Bund weiterzuleiten, um nach der aktuellen höchstrichterlichen Rechtsprechung des Bundessozialgerichts wieder eine belastbare Abrechnungsmöglichkeit externer strahlentherapeutischer Leistungen vornehmen zu können.

Bis dahin verbleiben nach erster Würdigung des Terminberichtes und vorbehaltlich der schriftlichen Urteilsgründe des BSG folgende Handlungsoptionen:

1. Planbare onkologische Patienten mit einer Bestrahlungsnotwendigkeit während des stationären Aufenthaltes müssen an ein Krankenhaus mit im Krankenhausplan ausgewiesener Fachabteilung für Strahlentherapie verwiesen werden.

2. Stellt sich erst während der stationären Behandlung eines Patienten die Erforderlichkeit einer strahlentherapeutischen Leistung heraus, ist bei entsprechend bestehender Transportfähigkeit eine Verlegung in ein anderes Krankenhaus mit einer im Krankenhausplan ausgewiesenen Fachabteilung für Strahlentherapie vorzunehmen. Nach der höchstrichterlichen Rechtsprechung des Bundessozialgerichts vom 07.03.2023 (B 1 KR 4/22 R; s. Mandantenrundbrief 02/2023) ist die Verlegung eines Versicherten in eines der nächsterreichbaren, geeigneten und nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäuser unverzüglich zu veranlassen, sofern festgestellt wird, dass es medizinisch notwendig ist, die Krankenhausbehandlung in einem anderen Krankenhaus durch- oder fortzuführen. Als Rechtfertigung für diese Verlegung greift der medizinische Grund einer erforderlichen strahlentherapeutischen Behandlung ein, welche vom Versorgungsauftrag des initial aufnehmenden und sodann verlegenden Krankenhauses nicht umfasst ist.

Wie gewohnt stehen Ihnen für diese und alle weiteren Verfahren sowie Fragestellungen die Rechtsanwältinnen und Rechtsanwälte unserer Kanzlei gerne und jederzeit zur Verfügung.

Rechtsanwalt und Fachanwalt für Medizinrecht
Dr. jur. Jens-Hendrik Hörmann, LL.M.
hoermann@med-juris.de