

Outsourcing einer Krankenhausabteilung: Sind Kooperationen von niedergelassenen Radiologen mit Krankenhäusern neu zu verhandeln?

I. Einführung

Das sog. Outsourcing gewann in den letzten Jahren in vielen Branchen übergreifend an Attraktivität – die Einsparung von Kosten und Zeit bieten das Potenzial, einen Beitrag zu einer effizienten und wirtschaftlichen Unternehmensführung zu leisten. Auch für Krankenhäuser ist das Outsourcing verschiedener Bereiche, wie etwa Küche, Wäscherei und Laboruntersuchungen zu nahegelegenen Kooperationspartnern vor Jahren in den Trend gekommen und wurde in den letzten Jahren auf weitere Bereiche ausgedehnt. Eine vergleichbare Tendenz findet sich bei der Frage, ob ein Krankenhaus eine Krankenhausapotheke betreibt oder mit einer örtlichen Apotheke einen Liefervertrag abschließt. Daher gibt es in vielen Krankenhäusern teilweise bereits seit Jahrzehnten ausgelagerte radiologische Abteilungen, also Radiologien, die von niedergelassenen Radiologen betrieben werden.

Eine radiologische Abteilung im Krankenhaus personell, materiell und räumlich einzurichten, bedeutet häufig für Krankenhäuser wirtschaftliche Nachteile, wenn kein Zugang zur ambulanten Versorgung besteht, um das ärztliche und nichtärztliche Personal und die Großgeräte aus betriebswirtschaftlicher Sicht ideal auszulasten. Die gleiche Situation findet sich daneben im Bereich der Strahlentherapie an, die, was zugleich politisch gewollt ist, in der Regel ambulant erfolgen soll.

Im Rahmen eines Rechtsstreits, ob ein Krankenhaus strahlentherapeutische Leistungen, die ein niedergelassener Strahlentherapeut im Rahmen eines Kooperationsvertrages mit und für das Krankenhaus erbracht hatte, abrechnen darf, hat das Bundessozialgericht mit seinem Urteil vom 26.04.2022, Aktenzeichen B 1 KR 15/21 R die Kooperationen zwischen niedergelassenen Ärzten und Krankenhäusern geschwächt.

II. Entscheidung des Bundessozialgerichtes vom 26.04.2022

Das Bundessozialgericht hat entschieden, dass ein Krankenhaus für die vom Versorgungsauftrag ausgewiesenen Bereiche die räumliche, apparative und personelle Ausstattung zur Erbringung der wesentlichen Leistung selbst vorzuhalten hat. Eine Leistungserbringung durch Dritte sei nur dann möglich, wenn keine regelmäßige, planvolle Auslagerung auf Dritte erfolge.

Sachverhalt

Das klagende Krankenhaus war im Krankenhausplan des Landes Baden-Württemberg unter anderem mit einer Abteilung für Strahlentherapie aufgenommen. Bereits seit dem Jahre 2005 verfügte das Krankenhaus über keine eigene Strahlentherapieabteilung, weshalb das Krankenhaus im Jahr 2008 eine Kooperation über die Erbringung von strahlentherapeutischen Leistungen mit einer auf dem Klinikgelände zugelassenen Gemeinschaftspraxis für Strahlentherapie abschloss.

Die bei der beklagten Krankenkasse Versicherte hatte der niedergelassene Strahlentherapeut im Rahmen der stationären Behandlung in dem Krankenhaus mittels ambulant durchgeführter Bestrahlungen in der eigenen Praxis behandelt und gegenüber dem Krankenhaus entsprechend des Kooperationsvertrages abgerechnet.

Das Krankenhaus stellte der Krankenkasse die einschlägige DRG zunächst ohne Berücksichtigung der strahlentherapeutischen Leistung in Rechnung; die Rechnung beglich die Krankenkasse sofort. Diese Rechnung korrigierte das Krankenhaus schließlich und machte unter Ansatz der strahlentherapeutischen Leistungen eine deutlich höhere Vergütung geltend. Die Krankenkasse zahlte den Differenzbetrag



nicht. Der von ihr beauftragte Medizinische Dienst der Krankenversicherung war der Auffassung, die während einer stationären Krankenhausbehandlung erbrachten, ambulanten strahlentherapeutischen Leistungen könnten nicht von dem Krankenhaus abgerechnet werden. Die Vorinstanzen gaben der Zahlungsklage des Krankenhauses statt.

Entscheidungsgründe

Das Bundessozialgericht hob die Urteile der Vorinstanzen auf und wies die Klage auf Zahlung der erhöhten Vergütung des Krankenhauses ab.

Nach dem Bundessozialgericht lägen zwar grundsätzlich die Voraussetzungen für einen Vergütungsanspruch vor und auch das Wirtschaftlichkeitsgebot sei durch das Krankenhaus eingehalten, allerdings sei die Kodierung der strahlentherapeutischen Leistungen fehlerhaft und somit nicht abrechenbar. Die Kodierung sei fehlerhaft, da es sich bei den erbrachten Leistungen weder um allgemeine Krankenhausleistungen des Krankenhauses im Sinne des § 2 Absatz 1 Satz 1 KHEntgG noch um vom Krankenhaus veranlasste Leistungen Dritter im Sinne des § 2 Absatz 2 Satz 1 KHEntgG handle.

Dabei gölten nach dem Bundessozialgericht die Grundsätze, dass nicht jede im Krankenhaus erbrachte Leistung zwingend eine vom Krankenhaus selbst erbrachte Leistung sei. Eine außerhalb des Leistungsortes im Krankenhaus erbrachte Leistung sei in der Regel keine selbst erbrachte Leistung, außer sie stehe gesetzlich geregelt in

einem räumlichen oder sachlichen Bezug, sodass das Krankenhaus ausnahmsweise eine solche Leistung als selbst erbrachte Leistung qualifizieren könne.

Krankenhausleistungen im Sinne des § 2 Absatz 2 Satz 1 KHEntgG „sind insbesondere ärztliche Behandlung, auch durch nicht fest angestellte Ärztinnen und Ärzte, Krankenpflege, Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln, die für die Versorgung im Krankenhaus notwendig sind, sowie Unterkunft und Verpflegung“. Ein Krankenhaus wird als ein spezifisches Versorgungssystem aufgrund der organisatorisch örtlichen Zusammenfassung personeller und sachlicher Mittel definiert. In diesem Rahmen müsse, so das Bundessozialgericht, die Behandlung des Patienten derart in dieses System eingegliedert sein, um insofern als allgemeine Leistung des Krankenhauses gemäß § 2 Absatz 1 Satz 1 KHEntgG abrechnungsfähig zu sein. Nach Ansicht des Bundessozialgerichtes sei dies in diesem Fall zu verneinen, weil die Versicherte der Krankenkasse zwar stationär in dem Krankenhaus gelegen habe, allerdings ambulant in der strahlentherapeutischen Praxis versorgt worden sei.

Zudem verneint das Bundessozialgericht im vorliegenden Fall auch die Leistungserbringung durch zurechenbare Dritte gem. § 2 Absatz 2 Satz 2 Nummer 2 KHEntgG; da keine „im Einzelfall“-Beauftragung eines Dritten vorläge, sondern die gesamte Abteilung, die im Krankenhausplan für das Krankenhaus ausgeschrieben sei, planvoll und regelmäßig durch einen Dritten erbracht würde.

Damit eine Leistung abrechnungsfähig sei, müsse eine grundsätzliche und dauerhafte Leistungsfähigkeit gegeben sein. Das Krankenhaus sei mit einer Fachabteilung für Strahlentherapie im Krankenhausplan ausgewiesen, diese werde aber seit dem Jahr 2008 durch Dritte erbracht. Die Einschaltung Dritter könne nach dem Bundessozialgericht nicht dazu dienen, die eigene Leistungsunfähigkeit zu überwinden. Wesentliches Element einer derartigen Fachabteilung seien Bestrahlungen, die örtlich durch personelle und sachliche Ressourcen des Krankenhauses selbst zu erbringen seien.

Nach Ansicht des Bundessozialgerichtes fehlte es an einer in der Gesamtverantwortung des Krankenhauses liegenden Behandlung, die sich auch nach außen hin gegenüber dem Patienten auszeichne. Dementsprechend entstünde kein Vergütungsanspruch, da das Krankenhaus zumindest hinreichend leistungsfähig bezüglich des erteilten Versorgungsauftrages der abzurechnenden Leistung hätte sein müssen.

Zuletzt hielt das Bundessozialgericht noch fest, dass weiterhin die Auslagerung von ergänzenden Leistungen, zu denen Labor- und radiologische Untersuchungen gehören, möglich sei.

III. Rechtliche Bewertung des Urteils

Eine Kooperation zwischen Krankenhaus und niedergelassenen Ärzten ist abhängig von dem Kriterium der „Wesentlichkeit“ – das Bundessozialgericht differenziert dieses hauptsächlich durch den im Krankenhausplan festgelegten Versorgungsauftrag. Ist ein Versorgungsauftrag in einem Bereich im Krankenhausplan festgelegt, so ist die Leistung „wesentlich“ für das Krankenhaus und es muss zumindest organisatorisch und strukturell eine grundsätzliche Leistungsfähigkeit zur Erbringung der Leistung räumlich im Krankenhaus bestehen.

Ist eine Leistung nicht im Krankenhausplan festgelegter Versorgungsauftrag, so kann das Krankenhaus die Leistung durch Dritte erbringen und auch entsprechend abrechnen.

In einer weiteren aktuellen Entscheidung, allerdings vom Landessozialgericht Hamburg (Urteil vom 23.06.2022, Aktenzeichen L 1 KR 60/21, Revision ist anhängig), wurde u. a. deshalb anders entschieden. Wesentlicher Unterschied zu dem Fall des Bundessozialgerichtes war, dass das veranlassende Krankenhaus über keine im Krankenhausplan ausgeschriebene Abteilung für Strahlentherapie verfügte. Während einer vollstationär durchgeführten Chemotherapie erfolgte die strahlentherapeutische Behandlung ambulant bei einem

niedergelassenen Strahlentherapeuten, der die Therapie bereits vor Beginn der stationären Behandlung begonnen und durchgeführt hatte. Das Krankenhaus war zur Kodierung und Abrechnung der erhöhten DRG berechtigt. Die Pflicht einer umfassenden und einheitlichen Gesamtleistung unter Erbringung auch sonstiger allgemeiner Krankenhausleistungen wurde so durch das Krankenhaus eingehalten, da es die Strahlentherapie von vorneherein nicht durch eigene personelle und sachliche Mittel hätte erfüllen können.

Die Krankenhausplanung erfolgt durch jedes Bundesland und weist im Vergleich der Bundesländer unterschiedliche Inhalte auf. In Nordrhein-Westfalen beispielsweise ist seit dem Jahr 2022 die Strahlentherapie keine geplante Abteilung mehr. Eine ausgelagerte Leistungserbringung ist, soweit ein schriftlicher Kooperationsvertrag vorliegt und keine zu große räumliche Entfernung gegeben ist, explizit möglich (vgl. Krankenhausplan Nordrhein-Westfalen 2022, Seite 67 ff.).

Krankenhäuser, die bestimmte Bereiche in dem Krankenhausplan ausgewiesen haben, sind somit stets angehalten, die Ressourcen für wesentliche Leistungen selbst zu erbringen – eine Hürde für den zunehmenden Mangel an Fachpersonal in Krankenhäusern. Die Entscheidung zwingt dazu, teure Geräte anzuschaffen, ohne dass diese effizient zum Einsatz kämen oder aus Qualitätsgründen erforderlich wären.

Grundsätzlich ist auch von Krankenhäusern eine wirtschaftliche Leistungserbringung gemäß § 12 Absatz 1 SGB V gefordert. Durch die Anschaffung teurer Großgeräte, die nur seltener genutzt werden, scheint dieser Grundsatz gerade nicht gewahrt. Die Krankenhäuser erhalten stets Fallpauschalen, in denen der ökonomische Aufwand der Erbringung von Strahlentherapien durch die Gewichtung für Instandhaltung und Schutz mitbedacht und abgedeckt werden soll. Die Fallpauschalen basieren auf einer regelmäßig aktualisierten Kostenkalkulation, in die eine repräsentative Auswahl an Krankenhäusern eingeflossen ist (vgl. § 17b Absatz 3 KHG) und liegen in der Regel deutlich über der Vergütung, die bei

ausgelagerter Leistungserbringung ambulant vom Krankenhaus an den Dritten zu vergüten wäre.

Gerade daran scheint sich das Bundessozialgericht in diesem Fall zu stören. Das Krankenhaus zahle für die Leistungserbringung an den niedergelassenen Strahlentherapeuten lediglich 1600,00 €; gegenüber der Krankenkasse machte das Krankenhaus aufgrund der strahlentherapeutischen Behandlungspflicht durch die Kodierung und Abrechnung nahezu den doppelten Betrag geltend. Dabei verkennt das Bundessozialgericht, dass es sich um „Pauschalen“ und nicht um eine tatsächliche Kostenerstattung handelt. Erbringt ein Leistungserbringer viele strahlentherapeutische Leistungen, so werden die anfallenden Erhaltungskosten auf viele Einzelfälle aufgeteilt. Werden nur sehr wenige Leistungen erbracht, wie es etwa bei der stationären Strahlentherapie der Fall ist, werden die anfallenden Kosten in der Regel auch nicht durch leicht erhöhte Fallpauschalen abgedeckt. Insoweit liegt weiterhin eine wirtschaftliche Leistungserbringung vor, selbst dann, wenn das Krankenhaus höhere Fallpauschalen abrechnen kann, als die ausgelagerte Behandlung bei dem Dritten gekostet hat.

Das Bundessozialgericht stützt sich weiterhin darauf, dass aufgrund der planvollen und regelmäßigen Auslagerung der Abteilung die Gesamtbehandlungsverantwortung nicht mehr dem Krankenhaus, sondern viel mehr dem ambulanten Kooperationspartner unterliege. Betrachtet man die strukturelle und organisatorische Gliederung der Strahlentherapie, so gestaltet sich diese gerade nicht als eine bettengeführte Abteilung, in die Patienten zur Krankenhausbehandlung stationär aufgenommen werden. Sie betrifft eher eine Funktionsabteilung, die ergänzende Leistungen für einen stationär aufgenommenen Patienten mit sich bringt. Eine Strahlentherapie wie auch eine Radiologie kann theoretisch durch apparative Ausgestaltung eine räumliche Abteilung in einem Krankenhaus sein, sie kann aber eben gerade aufgrund der fehlenden „Bettenführung“ keinen erteilten Versorgungsauftrag im Sinne des § 39 Absatz 1 Satz 3 SGB V erhalten. Die Radiologie ist als überwiegend

diagnostisches Fachgebiet eine wesentliche Unterstützung der ausschließlich klinischen Fächer. Die Radiologie ergänzt die klinischen Fächer um einen bestimmten diagnostischen Bereich, wie dies für das Labor oder die Pathologie für andere diagnostische Bereiche gilt.

Stationäre Patienten sind in die organisatorischen Strukturen des Krankenhauses eingebunden und unterliegen den darin festgelegten Routinen und zeitlichen Abläufen. Selbst strahlentherapeutische Leistungen finden dabei regelmäßig zu bestimmten Zeiten als Nebenleistung statt. Selbst bei ausgelagerter Strahlentherapie ist der Patient weiterhin in die Abläufe des Krankenhauses eingegliedert, sodass gerade nicht davon die Rede sein kann, dass es dem Krankenhaus an der Gesamtverantwortung fehle, die nach außen für den Patienten erkennbar ist. Für die diagnostische Radiologie und Nuklearmedizin gilt dies umso mehr, als diese Leistungen im Einzelfall vom Krankenhaus veranlasst werden.

Diagnostische, aber auch (strahlen-)therapeutische ergänzende Leistungen zeichnen sich dadurch aus, dass die therapeutische Gesamtverantwortung weiterhin dem Krankenhaus obliegt. Als ergänzende Leistungen benennt das Bundessozialgericht Laboruntersuchungen und radiologische Untersuchungen. Inwieweit diese sich strukturell von strahlentherapeutischen Leistungen unterscheiden, lässt das Bundessozialgericht offen. Eine ansonsten klare Differenzierung vorzunehmen, ist dementsprechend nur begrenzt möglich. Bezogen auf interventionelle radiologische Leistungen bleibt deren konkrete Einordnung eine vom Bundessozialgericht unbeantwortete Frage, die sich in dem konkreten Rechtsfall nicht stellte. Dennoch wird sich eine interventionelle radiologische Fachabteilung nach der Krankenhausplanung nicht finden.

Fest steht nach der Entscheidung des Bundessozialgerichtes, dass Krankenhäuser die Ressourcen zur Erbringung aller wesentlichen Leistungen selbst vorhalten müssen, um ausreichend leistungsfähig zu sein. Die Leistungsfähigkeit richtet sich dabei nach den Anforderungen des Krankenhausplans und der Versorgungsstufe des Krankenhauses. Daher könne z. B. ein Krankenhaus der

Grundversorgung spezialisierte Leistungen in einem Krankenhaus höherer Versorgungsstufe erbringen lassen, ohne dass dies die Leistungsfähigkeit des Krankenhauses beeinträchtigt.

Außerdem ist an diesem Punkt wichtig festzuhalten, dass das Merkmal der „räumlichen“ Trennung weit auszulegen ist. Es kommt insofern nicht unbedingt darauf an, ob eine kooperierende Praxis außerhalb des Krankenhauses liegt; genauso betroffen sind auch Praxen, die innerhalb des Krankenhauses liegen. Eine Abgrenzung, ob die Leistung durch einen Dritten erbracht wurde, erfolgt anhand des Kriteriums der „organisatorischen und administrativen Selbstnutzung“ der Räumlichkeiten durch das Krankenhaus selbst.

IV. Folgen für die Kooperationen mit niedergelassenen Radiologen

Das Bundessozialgericht setzt in der Entscheidung vom 26.04.2022 fort, was es im Jahr 2007 (Urteil vom 28.02.2007, Aktenzeichen B 3 KR 17/06 R) mit der Differenzierung von unterstützenden und ergänzenden Leistungen bei Kooperationen und der Leistungserbringung durch niedergelassene Ärzte begonnen hatte: Die Auslagerung von Krankenhausabteilungen findet ihre Grenze in der Krankenhausplanung.

Während nach der Entscheidung in der Strahlentherapie die Gefahr besteht, dass strahlentherapeutische Leistungen von dem Krankenhaus selbst erbracht werden müssen und nicht ausgelagert werden können, unabhängig von jeder Wirtschaftlichkeit und solange die Krankenhausplanung eines Landes noch eine strahlentherapeutische Abteilung ausweist, wäre diese Sorge in der Radiologie unberechtigt.

Für die Radiologen ist die Entscheidung des Bundessozialgerichtes hinsichtlich der diagnostischen Leistungen eindeutig: Die radiologischen unterstützenden und ergänzenden Leistungen können weiterhin im Rahmen von Kooperationen mit Krankenhäusern erbracht und vom Krankenhaus gegenüber den Krankenkassen abgerechnet

werden. Gleiches wird für die Nuklearmedizin gelten müssen, auch wenn diese keine Erwähnung in der Entscheidung gefunden hat. Zu interventionellen radiologischen Leistungen hat sich das Bundessozialgericht nicht geäußert. Vor dem Hintergrund der landesspezifischen Krankenhausplanung kann eine radiologische Praxis diese Leis-

tungen weiterhin im Rahmen einer Kooperation für ein Krankenhaus erbringen, weil interventionelle radiologische Betten nicht Teil der Krankenhausplanung sind. Daher besteht allein vor dem Hintergrund der Entscheidung des Bundessozialgerichtes keine Notwendigkeit, eine Kooperation mit einem Krankenhaus neu zu verhandeln.

René T. Steinhäuser
Rechtsanwalt

Rechtsanwälte Wigge
Großer Burstah 42
20 457 Hamburg
Telefon: (040) 3398 705–90
Telefax: (040) 3398 705–99
Internet: www.ra-wigge.de
E-Mail: kanzlei@ra-wigge.de