

Unzulässigkeit des Outsourcings wesentlicher Krankenhausleistungen gilt nicht für Laborleistungen

Bundessozialgericht, Urteil vom 26.04.2022 – Az.: B 1 KR 15/21 R – Fundstelle: GesR 2022, 530 (BSGE und SozR 4-2500 § 107 Nr. 3 vorgesehen)

rechtskräftig

Schlagwörter: Krankenhaus

Leitsätze:

Zwar gehören zu den allgemeinen Krankenhausleistungen auch die vom Krankenhaus veranlassten Leistungen Dritter. Das erlaube jedoch nicht, dass das Krankenhaus wesentliche der vom Versorgungsauftrag umfassten Leistungen regelmäßig und planvoll auf Dritte auslagert, die nicht in seine Organisation eingegliedert sind.

Bei unzulässigem Outsourcing entfällt der Vergütungsanspruch.

Unterstützende oder ergänzende Leistungen, wie Laboruntersuchungen oder radiologische Untersuchungen, sind nicht vom Outsourcingverbot erfasst.

Zum Sachverhalt:

Die Beteiligten, ein Krankenhaus und eine gesetzliche Krankenkasse, streiten über die Vergütung einer Krankenhausbehandlung.

Das Krankenhaus ist u. a. mit einer Abteilung für Strahlentherapie im Krankenhausplan aufgenommen, verfügt aber über keine eigene Strahlentherapieabteilung mehr. Stattdessen erbringt eine vertragsärztlich zugelassene Gemeinschaftspraxis für Strahlentherapie im Rahmen eines Kooperationsvertrages die Strahlentherapieleistungen für stationäre Patienten.

Eine an Brustkrebs erkrankte und bei der beklagten Krankenkasse versicherte Patientin wurde ca. eine Woche lang wegen ambulant nicht beherrschbarer Schmerzen im Krankenhaus vollstationär behandelt. Während dieser Zeit wurde die – sonst ambulant durchgeführte – Bestrahlung in der Strahlentherapiepraxis fortgesetzt.

Die Krankenkasse korrigierte die zunächst beglichene Krankenhausrechnung mit dem Argument, die während einer stationären Krankenhausbehandlung durch Dritte erbrachten ambulanten Leistungen könnten nicht abgerechnet werden. Das auf Zahlung klagende Krankenhaus obsiegte zunächst in erster und zweiter Instanz. Strahlentherapeutische Leistungen gehörten zum Versorgungsauftrag des Krankenhauses. Ihrer Vergütung stehe

nicht entgegen, dass das Krankenhaus diese nicht durch eigenes Personal erbracht habe. Es handele sich um vom Krankenhaus veranlasste Leistungen Dritter.

Die Entscheidung:

Auf die Revision der beklagten Krankenkasse hob das Bundessozialgericht die Entscheidungen der Vorinstanzen auf. Der geltend gemachte Vergütungsanspruch stünde dem Krankenhaus nicht zu. Die von der Strahlentherapiepraxis außerhalb des Krankenhauses vorgenommenen Bestrahlungen seien nicht als Leistungen des Krankenhauses einzustufen. Damit seien sie nicht abrechenbar. Sie seien auch nicht als veranlasste Leistungen Dritter abrechenbar.

Ein Krankenhaus dürfe Operationen und Prozeduren nur kodieren, wenn sie generell kodierfähig und damit abrechnungsrelevant seien und wenn es diese mit eigenen personellen und sächlichen Mitteln oder durch ihm zuzurechnende Drittleistungen tatsächlich erbracht habe.

Nach § 2 Abs 2 Satz 2 Nr. 2 Krankenhausentgeltgesetz gehörten zu den allgemeinen Krankenhausleistungen auch die vom Krankenhaus veranlassten Leistungen Dritter. Das setze voraus, dass die Behandlung trotz der Hinzuziehung eines Dritten nicht außerhalb der Gesamtbehandlungsverantwortung des Krankenhauses erfolge und sich die Leistung des Hinzugezogenen auch nach außen als Leistung des Krankenhauses gegenüber dem Patienten darstelle. Die Vorschrift erlaube es nicht, dass das Krankenhaus wesentliche der vom Versorgungsauftrag umfassten Leistungen regelmäßig und planvoll auf Dritte auslagere, die nicht in seine Organisation eingegliedert sind. Im Grundsatz müssten Krankenhäuser über ausreichende, ihrem Versorgungsauftrag entsprechende therapeutische und diagnostische Möglichkeiten verfügen und sie müssten die notwendigen, vorwiegend ärztlichen und pflegerischen Leistungen mit jederzeit verfügbarem Personal erbringen. Die Ausnahme zuzurechnender Drittleistungen schließe eine regelmäßige und planvolle Einbeziehung Dritter in die Erbringung wesentlicher allgemeiner Krankenhausleistungen nicht ein. Halte ein Krankenhaus die für die Erfüllung des Versorgungsauftrages erforderliche Ausstattung nicht vor und erbringe es Leistungen grundsätzlich nicht selbst, sondern beziehe diese von Dritten, fallen die in den Fallpauschalen abgebildeten Infrastrukturkosten nicht an, ohne dass damit eine Minderung der Vergütung wegen günstigerer Kostenstrukturen verbunden wäre. Dies könne finanzielle Anreize begründen, gerade technisch aufwändige Leistungen auszulagern.

Die bei der Auslegung von Abrechnungsbestimmungen weitestgehende Bindung an den Wortlaut der Vorschrift gelte hier nicht, da es sich um die Frage, ob überhaupt eine kodier- und vergütungsfähige allgemeine Krankenhausleistung vorliege, handele.

Für die im Versorgungsauftrag ausgewiesenen Bereiche wie Fachabteilungen, Zentren, Fachprogramme etc. habe das Krankenhaus die räumliche, apparative und personelle Ausstattung zur Erbringung der wesentlichen Leistungen selbst vorzuhalten. Wesentlich seien dabei alle Leistungen, die in der ausgewiesenen Fachabteilung regelmäßig medizinisch notwendig sind.

Ausdrücklich ausgenommen hat das Bundessozialgericht davon unterstützende und ergänzende Leistungen, z. B. Laboruntersuchungen oder radiologische Untersuchungen.

Für Laboruntersuchungen gilt das Outsourcingverbot also nicht.

Praxistipp:

Diese Entscheidung begrenzt das Outsourcing wesentlicher Leistungen der im Versorgungsauftrag ausgewiesenen Bereiche an Dritte. Ob eine Leistung wesentlich ist, richtet sich danach, ob sie in der ausgewiesenen Fachabteilung regelmäßig medizinisch notwendig ist. Damit werden auch die nach dem Krankenhausplan vorgesehenen Versorgungsstufen (Grund- und Regelversorgung, Schwerpunktversorgung, Maximalversorgung) berücksichtigt. Bei unzulässigem Outsourcing entfällt der Vergütungsanspruch. Das Gericht stellt aber auch klar, dass unterstützende oder ergänzende Leistungen, wie Laboruntersuchungen oder radiologische Untersuchungen, nicht vom Outsourcingverbot erfasst sind.

Volltext:

Tenor:

Auf die Revision der Beklagten werden die Urteile des Landessozialgerichts Baden-Württemberg vom 11. Dezember 2019 und des Sozialgerichts Stuttgart vom 31. März 2017 aufgehoben. Die Klage wird abgewiesen.

Die Klägerin trägt die Kosten des Rechtsstreits.

Der Streitwert für das Revisionsverfahren wird auf 3.927,51 Euro festgesetzt.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten über die Vergütung einer Krankenhausbehandlung im Jahr 2010.

Das Krankenhaus der Klägerin (im Folgenden: Krankenhaus) war und ist im Krankenhausplan des Landes Baden-Württemberg u. a. mit einer Abteilung für Strahlentherapie aufgenommen. Es verfügt seit 2005 über keine eigene Strahlentherapieabteilung. Die Mehrheitsgesellschafterin des Krankenhauses schloss 2008 mit einer vertragsärztlich zugelassenen Gemeinschaftspraxis für Strahlentherapie (im Folgenden: Strahlentherapiepraxis) einen Kooperationsvertrag über die Erbringung von Strahlentherapieleistungen für stationär behandelte Patienten.

Die bei der beklagten Krankenkasse (KK) Versicherte war an Brustkrebs erkrankt. Die Behandlung erfolgte ua seit Oktober 2010 mittels ambulant durchgeführter Bestrahlungen in der Strahlentherapiepraxis. Die Versicherte wurde vom 25. bis 30.10.2010 wegen ambulant nicht beherrschbarer Schmerzen im Krankenhaus vollstationär behandelt. Vom 26. bis 29.10.2010 wurde die Bestrahlung in der Strahlentherapiepraxis fortgesetzt. Hierfür stellte die Strahlentherapiepraxis dem Krankenhaus insgesamt 1608,72 Euro in Rechnung. Die KK beglich die zunächst vom Krankenhaus gestellte Rechnung über 3486,29 Euro für die DRG I65B. Mit korrigierter Rechnung vom 7.2.2011 machte das Krankenhaus unter Ansatz auch der strahlentherapeutischen Leistungen eine Vergütung iHv insgesamt 7413,80 Euro für die DRG I39Z (Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen am Muskel-Skelett-

System und Bindegewebe, mehr als 8 Bestrahlungen) geltend. Die KK zahlte den Unterschiedsbetrag zur ursprünglichen Rechnung iHv 3927,51 Euro nicht. Der von ihr beauftragte Medizinische Dienst der Krankenversicherung Rheinland-Pfalz (MDK) war der Auffassung, die während einer stationären Krankenhausbehandlung erbrachten ambulanten Leistungen könnten nicht abgerechnet werden. Auf die Klage des Krankenhauses hat das SG die KK zur Zahlung des Unterschiedsbetrages verurteilt (Urteil vom 31.3.2017). Das LSG hat die Berufung der KK zurückgewiesen. Strahlentherapeutische Leistungen gehörten zum Versorgungsauftrag des Krankenhauses. Ihrer Vergütung stehe nicht entgegen, dass das Krankenhaus diese nicht durch eigenes Personal erbracht habe. Es handele sich um "vom Krankenhaus veranlasste Leistungen Dritter" im Sinne von § 2 Abs 2 Satz 2 Nr 2 KHEntgG (Urteil vom 11.12.2019).

Mit Ihrer Revision rügt die KK die Verletzung von § 2 Abs 2 Satz 2 Nr 2 KHEntgG sowie § 39 Abs 1 Satz 3 SGB V. Die bereits vor Aufnahme in das Krankenhaus ambulant begonnene Strahlentherapie habe nicht als stationäre Leistung erbracht und abgerechnet werden dürfen. Sie könne auch nicht als eine vom Krankenhaus veranlasste Leistung Dritter angesehen werden.

Die Beklagte beantragt,

das Urteil des Landessozialgerichts Baden-Württemberg vom 11. Dezember 2019 und

das Urteil des Sozialgerichts Stuttgart vom 31. März 2017 aufzuheben und die Klage abzuweisen,

hilfsweise,

das Urteil des Landessozialgerichts Baden-Württemberg vom 11. Dezember 2019 aufzuheben und den Rechtsstreit zur erneuten Verhandlung und Entscheidung an das Landessozialgericht zurückzuverweisen.

Die Klägerin beantragt,

die Revision zurückzuweisen.

SG und LSG hätten zutreffend entschieden. Die Erforderlichkeit der stationären Behandlung sei nicht getrennt für einzelne Behandlungsleistungen zu beurteilen.

Entscheidungsgründe:

Die zulässige Revision der beklagten KK ist begründet (§ 170 Abs 2 Satz 1 SGG). Die Vorinstanzen haben die KK zu Unrecht zur Zahlung weiterer 3927,51 Euro verurteilt.

Dem klagenden Krankenhaus steht ein weiterer Vergütungsanspruch in dieser Höhe für die stationäre Behandlung der Versicherten nicht zu. Zwar lagen die allgemeinen Voraussetzungen des Vergütungsanspruchs vor (dazu 1.). Insbesondere verstieß die stationäre Behandlung der Versicherten nicht gegen das Wirtschaftlichkeitsgebot (dazu 2.). Die zur Ansteuerung der DRG I39Z erforderlichen strahlentherapeutischen Leistungen durften jedoch vom Krankenhaus nicht kodiert werden. Denn diese Leistungen waren keine allgemeinen Krankenhausleistungen des Krankenhauses. Sie wurden nicht vom

Krankenhaus vorgenommen und waren auch keine veranlassten Leistungen Dritter im Sinne des § 2 Abs 2 Satz 2 Nr 2 KHEntgG (dazu 3.).

1. Rechtsgrundlage des von der Klägerin wegen der vollstationären Behandlung der Versicherten geltend gemachten Vergütungsanspruchs ist § 109 Abs 4 Satz 3 SGB V iVm § 7 KHEntgG und § 17b KHG (vgl BSG vom 8.11.2011 - B 1 KR 8/11 R - BSGE 109, 236 = SozR 4-5560 § 17b Nr 2, RdNr 13, 15 f; BSG vom 19.3.2020 - B 1 KR 20/19 R - BSGE 130, 73 = SozR 4-2500 § 12 Nr 18, RdNr 11 mwN). Das Gesetz regelt in diesen Vorschriften die Höhe der Vergütung der zugelassenen Krankenhäuser bei stationärer Behandlung gesetzlich Krankenversicherter und setzt das Bestehen des Vergütungsanspruchs als Gegenleistung für die Erfüllung der Pflicht, erforderliche Krankenhausbehandlung nach § 39 SGB V zu gewähren (§ 109 Abs 4 Satz 2 SGB V), dem Grunde nach als Selbstverständlichkeit voraus (vgl BSG vom 19.3.2020 - B 1 KR 20/19 R - BSGE 130, 73 = SozR 4-2500 § 12 Nr 18, RdNr 11). Der Anspruch wird auf Bundesebene durch Normsetzungsverträge (Normenverträge) konkretisiert. Im vorliegenden Fall sind ua die Vereinbarung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser für das Jahr 2010 (Fallpauschalenvereinbarung 2010 - FPV 2010) einschließlich der Anlagen 1 bis 6 (insbesondere Anlage 1 Teil a <Bewertungsrelationen bei Versorgung durch Hauptabteilungen> Fallpauschalen-Katalog 2010) maßgebend.

Die Zahlungsverpflichtung einer KK entsteht unabhängig von einer Kostenzusage unmittelbar mit Inanspruchnahme der Leistung durch den Versicherten kraft Gesetzes, wenn die Versorgung - wie hier - in einem zugelassenen Krankenhaus durchgeführt wird, den Versorgungsauftrag nicht überschreitet und iS von § 39 Abs 1 Satz 2 SGB V erforderlich und wirtschaftlich ist (stRspr; vgl zB BSG vom 8.11.2011 - B 1 KR 8/11 R - BSGE 109, 236 = SozR 4-5560 § 17b Nr 2, RdNr 13, 15 f; BSG vom 19.11.2019 - B 1 KR 33/18 R - SozR 4-2500 § 109 Nr 77 RdNr 10, 12 f mwN). Diese Voraussetzungen waren nach dem Gesamtzusammenhang der unangegriffenen, den Senat bindenden Feststellungen des LSG (§ 163 SGG) erfüllt.

2. Das Krankenhaus verstieß nicht dadurch gegen das allgemeine Wirtschaftlichkeitsgebot (§ 12 Abs 1 SGB V), dass es die Versicherte nicht zur Ermöglichung einer ambulanten Fortführung der Bestrahlungen nach § 1 Abs 7 FPV 2010 beurlaubte. Die Beurlaubung der Versicherten zur Fortsetzung der Strahlentherapie als ambulante, vertragsärztliche Leistung war hier wegen des grundsätzlichen Verbots vertragsärztlicher Parallelbehandlung keine zulässige Alternative zur Behandlung im Rahmen der erforderlichen stationären Behandlung.

Für das Krankenhaus besteht zwar die Pflicht, bei der Behandlungsplanung auch die Möglichkeit wirtschaftlichen Alternativverhaltens zu prüfen und die Behandlungsplanung ggf daran auszurichten (vgl BSG vom 19.11.2019 - B 1 KR 6/19 R - SozR 4-2500 § 109 Nr 81 RdNr 17; BSG vom 27.10.2020 - B 1 KR 9/20 R - juris RdNr 14). Die vertragsärztliche Behandlung einschließlich der vertragsärztlichen Verordnung von Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln während einer stationären Behandlung ist jedoch grundsätzlich unzulässig. Eine Ausnahme ist in § 2 Abs 2 Satz 3 Nr 1 KHEntgG allein für bereits vor Krankenhausaufnahme ambulant durchgeführte Dialysebehandlungen vorgesehen. Die mit den Fallpauschalen zu vergütende Krankenhausbehandlung umfasst nach § 39 Abs 1 Satz 3 SGB V alle Leistungen, die im Einzelfall zur Versorgung des Versicherten medizinisch notwendig sind. Das Krankenhaus ist verpflichtet, alle notwendigen Leistungen selbst zu erbringen und darf sich einzelner Leistungen nicht aus Kostengründen durch Verlagerung in die vertragsärztliche Versorgung

entledigen (vgl BSG vom 22.12.2013 - B 1 KR 22/12 R - BSGE 115, 11 = SozR 4-2500 § 69 Nr 9, RdNr 14; BSG vom 28.9.2016 - B 6 KA 27/16 B - juris RdNr 10).

3. Das Krankenhaus durfte die OPS-Kodes 8-522.90, 8-522.c0, 8-522.d0, 8-527.0 und 8-527.1, die zur Ansteuerung der abgerechneten Fallpauschale I39Z führten, nicht kodieren (zum rechtlichen Rahmen der Fallpauschalenvergütung, insbesondere des Gruppierungsvorgangs und zur Rechtsqualität des OPS vgl BSG vom 8.11.2011 - B 1 KR 8/11 R - BSGE 109, 236 = SozR 4-5560 § 17b Nr 2, RdNr 15 ff; BSG vom 19.6.2018 - B 1 KR 39/17 R - SozR 4-5562 § 9 Nr 10 RdNr 13, 17). Die von der Strahlentherapiepraxis außerhalb des Krankenhauses vorgenommenen Bestrahlungen sind in der vorliegenden Konstellation eines Krankenhauses mit im Krankenhausplan ausgewiesener eigener Strahlenabteilung keine allgemeinen Krankenhausleistungen des Krankenhauses im Sinne des § 2 Abs 2 KHEntgG.

Das Krankenhaus darf Operationen und Prozeduren nur kodieren, wenn sie generell kodierfähig und damit abrechnungsrelevant sind und wenn es diese mit eigenen personellen und sächlichen Mitteln oder durch ihm zuzurechnende Dritteleistungen tatsächlich erbracht hat (vgl BSG vom 19.4.2016 - B 1 KR 34/15 R - SozR 4-5562 § 2 Nr 1 RdNr 13 ff). Generell kodierfähig sind nach den Vorgaben des KHEntgG (§ 3, § 7 Abs 1 Satz 1 und 2 KHEntgG) nur allgemeine Krankenhausleistungen im Sinne des § 2 Abs 1, Abs 2 Satz 1 KHEntgG (vgl BSG, aaO, RdNr 16). Zur Ansteuerung einer DRG dürfen deshalb nur diejenigen Operationen und Prozeduren mittels OPS-Kode in den Grouper eingegeben werden, die die Voraussetzungen einer allgemeinen Krankenhausleistung erfüllen.

Das Krankenhaus hat die hier streitigen kodierten Strahlentherapieleistungen selbst nicht "vorgenommen". Sie gehörten auch nicht zu den vom Krankenhaus veranlassten Leistungen Dritter im Sinne des § 2 Abs 2 Satz 2 Nr 2 KHEntgG. Die von einem Dritten außerhalb des Krankenhauses und ohne Inanspruchnahme von Einrichtungen, Mitteln und Diensten des Krankenhauses erbrachte ärztliche Untersuchung oder Behandlung war hier weder eine Krankenhausleistung im Sinne des § 2 Abs 1 KHEntgG (dazu a) noch eine vom Krankenhaus veranlasste Leistung Dritter nach § 2 Abs 2 Satz 2 Nr 2 KHEntgG (dazu b).

a) Eine nicht im Krankenhaus erbrachte ärztliche Leistung, für die auch keine Einrichtungen, Mittel und Dienste des Krankenhauses eingesetzt wurden, ist keine Krankenhausleistung im Sinne des § 2 Abs 1 Satz 1 KHEntgG. Die zum 1.1.2013 eingefügte Ergänzung, dass zur Krankenhausleistung auch die ärztliche Behandlung durch nicht fest angestelltes ärztliches Personal gehört (Art 3 Nr 01 Buchst a Psych-Entgeltgesetz vom 21.7.2012, BGBl I 1613), ist auf die Leistungserbringung im Krankenhaus beschränkt.

Der Begriff des Krankenhauses bezeichnet die organisatorische und örtliche Zusammenfassung personeller und sächlicher Mittel zu einem spezifischen Versorgungssystem für die Krankenbehandlung und Geburtshilfe (vgl BSG vom 19.9.2013 - B 3 KR 34/12 R - SozR 4-2500 § 39 Nr 20 RdNr 13; Wahl in jurisPK-SGB V, 4. Aufl 2020, § 107 RdNr 15, Stand 21.12.2020; Bockholdt in Hauck/Noftz, SGB V, Stand März 2020, § 107 RdNr 13; Quaas, KrV 2018, 133, 134). Dies ergibt sich aus § 2 Abs 1 Satz 1 KHEntgG, der auf § 1 Abs 1 KHEntgG und die dort genannten "Leistungen der DRG-Krankenhäuser" Bezug nimmt, und aus § 107 Abs 1 SGB V. Nach dieser Vorschrift sind Krankenhäuser Einrichtungen, die

- der Krankenbehandlung oder Geburtshilfe dienen (Nr 1),
- fachlich-medizinisch unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende, ihrem Versorgungsauftrag entsprechende diagnostische und therapeutische

Möglichkeiten verfügen und nach wissenschaftlich anerkannten Methoden arbeiten (Nr 2),

- mit Hilfe von jederzeit verfügbarem Personal Krankenbehandlung oder Geburtshilfe erbringen (Nr 3) und
- über Unterbringungs- und Verpflegungsmöglichkeiten für die Patienten verfügen (Nr 4).

Die vom Krankenhaus zu erbringenden und nach § 7 Abs 1 Satz 1 Nr 1 KHEntgG mit Fallpauschalen (§ 9 Abs 1 Satz 1 Nr 1 KHEntgG) zu vergütenden Krankenhausleistungen als voll- und teilstationäre Leistungen (§ 2 Abs 1 iVm § 1 Abs 1 KHEntgG) erfordern die organisatorische Eingliederung des Patienten in die Abläufe des Krankenhauses, also das durch personelle, apparative und räumliche Ausstattung gekennzeichnete Versorgungssystem (vgl BT-Drucks 12/3608 S 82; BSG vom 9.10.2001 - B 1 KR 15/00 R - SozR 3-2200 § 197 Nr 2 S 4 f = juris RdNr 17; BSG vom 18.5.2021 - B 1 KR 11/20 R - SozR 4-2500 § 109 Nr 85 RdNr 11; BSG vom 19.9.2013 - B 3 KR 34/12 R - SozR 4-2500 § 39 Nr 20 RdNr 12; BSG vom 8.9.2004 - B 6 KA 14/03 R - SozR 4-2500 § 39 Nr 3 RdNr 10 = juris RdNr 19). Zur Krankenhausbehandlung gehören damit in erster Linie die im Krankenhaus erbrachten Leistungen, die sich bereits nach dem ersten Anschein - mit Ausnahme der Belegleistungen nach § 2 Abs 1 Satz 2, § 18 KHEntgG - als Leistungen des Krankenhauses darstellen. Zur Abgrenzung von den ärztlichen Leistungen Dritter iS des § 2 Abs 2 Satz 2 Nr 2 KHEntgG, die nur bei Veranlassung durch das Krankenhaus zu dessen Leistungen gehören, ist der Ort der Leistungserbringung - im Krankenhaus, dh die vom Krankenhaus selbst genutzten und organisierten/administrierten Räume - ein zentrales Merkmal (ähnlich Seiler, NZS 2011, 410, 412). Nicht jede im Krankenhaus erbrachte Leistung ist zwingend eine vom Krankenhaus selbst erbrachte Leistung. Hingegen ist eine außerhalb des Krankenhauses als Ort der Behandlung erbrachte Leistung grundsätzlich keine vom Krankenhaus selbst erbrachte Leistung. Fehlt es an diesem räumlichen Bezug der Behandlung „im“ Krankenhaus, kann die außerhalb des Krankenhauses erbrachte Leistung ausnahmsweise als eigene Leistung des Krankenhauses qualifiziert werden, wenn das Gesetz hierfür den Einsatz von sächlichen oder personellen Mitteln des Krankenhauses ausreichen lässt, wie dies bei der stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung im häuslichen Umfeld nach § 115d SGB V mit Personal des Krankenhauses der Fall ist.

Vorliegend fehlte es sowohl an der Behandlung im Krankenhaus als auch am Einsatz von Mitteln des Krankenhauses. Es bedarf daher keiner Entscheidung, ob hier die Voraussetzungen für den Einsatz von Fremdpersonal im Krankenhaus erfüllt waren, insbesondere ob die jederzeitige Verfügbarkeit des zur Erfüllung des Versorgungsauftrages notwendigen ärztlichen Personals im Krankenhaus (§ 107 Abs 1 Nr 3 SGB V; vgl dazu BSG vom 17.11.2015 - B 1 KR 12/15 R - BSGE 120, 69 = SozR 4-2500 § 109 Nr 50, RdNr 12; BSG vom 4.6.2019 - B 12 R 11/18 R - BSGE 128, 191 = SozR 4-2400 § 7 Nr 42, RdNr 26; BSG vom 19.9.2013 - B 3 KR 8/12 R - BSGE 114, 237 = SozR 4-2500 § 124 Nr 3, RdNr 34; BSG vom 23.3.2011 - B 6 KA 11/10 R - BSGE 108, 35 = SozR 4-2500 § 115b Nr 3, RdNr 59 ff) durch die Bestimmungen des Kooperationsvertrages hinreichend rechtlich gesichert gewesen wäre (vgl dazu BVerwG vom 26.2.2020 - 3 C 14.18 - BVerwGE 168, 1 = Buchholz 451.74 § 8 KHG Nr 19, RdNr 26 f).

b) Das Krankenhaus kann die extern erbrachte Strahlentherapie auch nicht als von ihm veranlasste Leistung Dritter nach § 2 Abs 2 Satz 2 Nr 2 KHEntgG abrechnen. Die von § 2 Abs 2 Satz 1 und § 7 Abs 1 Satz 1 Nr 1 KHEntgG für die Vergütung vorausgesetzte, tatsächlich

aber fehlende Leistungsfähigkeit eines Krankenhauses kann durch die Einschaltung der "ambulanten" Strahlentherapiepraxis nicht überwunden werden.

Nach § 2 Abs 2 Satz 2 Nr 2 KHEntgG gehören zu den allgemeinen Krankenhausleistungen unter den in Satz 1 genannten Voraussetzungen auch die vom Krankenhaus veranlassten Leistungen Dritter. Das setzt voraus, dass die Behandlung trotz der Hinzuziehung eines Dritten nicht außerhalb der Gesamtbehandlungsverantwortung des Krankenhauses erfolgt und sich die Leistung des Hinzugezogenen auch nach außen als Leistung des Krankenhauses gegenüber dem Patienten darstellt (vgl BSG vom 28.2.2007 - B 3 KR 17/06 R - SozR 4-2500 § 39 Nr 8 RdNr 22 mwN; OVG Lüneburg vom 12.6.2013 - 13 LC 174/10 - GesR 2013, 501 = juris RdNr 28 ff; Starzer in Spickhoff, Medizinrecht, 3. Aufl 2018, § 2 KHEntgG RdNr 12; Ricken, NZS 2011, 881, 885; Clemens, MedR 2011, 770, 780 f).

Ob dies vorliegend der Fall war, kann dahingestellt bleiben. Denn § 2 Abs 2 Satz 2 Nr 2 KHEntgG erlaubt es jedenfalls nicht, dass das Krankenhaus wesentliche der vom Versorgungsauftrag umfassten Leistungen regelmäßig und planvoll auf Dritte auslagert, die nicht in seine Organisation eingegliedert sind. Im Grundsatz müssen Krankenhäuser über ausreichende, ihrem Versorgungsauftrag entsprechende therapeutische und diagnostische Möglichkeiten verfügen und sie müssen die notwendigen, vorwiegend ärztlichen und pflegerischen Leistungen mit jederzeit verfügbarem Personal erbringen (dazu aa). § 2 Abs 2 Satz 2 Nr 2 KHEntgG bedeutet hiervon eine Ausnahme, die eine die eigene Leistungsfähigkeit des Krankenhauses ersetzende, regelmäßige und planvolle Einbeziehung Dritter in die Erbringung wesentlicher allgemeiner Krankenhausleistungen nicht einschließt (dazu bb).

aa) Mit den Fallpauschalen nach § 7 Abs 1 Satz 1 Nr 1 KHEntgG zu vergütende allgemeine Krankenhausleistungen sind die Krankenhausleistungen, die unter Berücksichtigung der Leistungsfähigkeit des Krankenhauses im Einzelfall nach Art und Schwere der Krankheit für die medizinisch zweckmäßige und ausreichende Versorgung des Patienten notwendig sind (§ 2 Abs 2 Satz 1 KHEntgG). Ein Vergütungsanspruch des Krankenhauses besteht demnach nur, wenn das Krankenhaus für die erbrachte Leistung auch hinreichend leistungsfähig war.

Die für das Krankenhausplanungs- und -vergütungsrecht gleichermaßen bedeutsame Leistungsfähigkeit eines Krankenhauses ist weder im KHG noch im KHEntgG definiert. Nach ständiger Rechtsprechung ist ein Krankenhaus leistungsfähig, wenn es dauerhaft über die nach dem Stand der medizinischen Wissenschaft für ein Krankenhaus der betreffenden Art erforderliche personelle, räumliche und medizinisch-technische Ausstattung verfügt (vgl BVerfG vom 12.6.1990 - 1 BvR 355/86 - BVerfGE 82, 209, 226 = juris RdNr 72; BSG vom 16.5.2012 - B 3 KR 9/11 R - SozR 4-2500 § 109 Nr 25 RdNr 36; BVerwG vom 16.1.1986 - 3 C 37.83 - Buchholz 451.74 § 8 KHG Nr 9 = juris RdNr 66 f; BVerwG vom 25.3.1993 - 3 C 69.90 - Buchholz 451.74 § 1 KHG Nr 8 = juris RdNr 34; BVerwG vom 11.11.2021 - 3 C 6.20 - GesR 2022, 152 = juris RdNr 19).

Mit der Aufnahme eines Krankenhauses in den Krankenhausplan ist seine Leistungsfähigkeit für eine zu vergütende Leistung nicht bindend festgestellt. Die Tatbestandswirkung der Aufnahme in den Krankenhausplan beschränkt sich im Recht der GKV auf die Feststellung des Status als Krankenhaus (vgl BSG vom 28.1.2009 - B 6 KA 61/07 R - BSGE 102, 219 = SozR 4-2500 § 118 Nr 1, RdNr 23 f). Dieser Status begründet nach § 108 Nr 2, § 109 Abs 4 SGB V die Berechtigung und Verpflichtung, gesetzlich Krankenversicherte stationär zu Lasten der GKV zu behandeln, fingiert nach § 109 Abs 1 Satz 2 Halbsatz 2 SGB V einen Versorgungsvertrag und eröffnet dem Krankenhaus oder seinen Ärzten Möglichkeiten zur

Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung nach den §§ 116 ff SGB V. Eine darüber hinausgehende Bindung auch hinsichtlich der Leistungsfähigkeit besteht nicht. Denn zum einen kann die Aufnahme in den Krankenhausplan auch für neu zu errichtende Krankenhäuser erfolgen. Die für die Aufnahme in den Krankenhausplan erforderliche Leistungsfähigkeit ist dann prospektiv anhand der vom Krankenhausträger darzulegenden beabsichtigten Ausstattung zu prüfen (vgl BVerwG vom 11.11.2021 - 3 C 6.20 - GesR 2022, 152 = juris RdNr 21 ff). Zum anderen kann der durch die Planaufnahme fingierte Versorgungsvertrag des Krankenhauses mit den gesetzlichen KKn (§ 109 Abs 1 Satz 2 Halbsatz 2 SGB V) von den KKn nach § 110 Abs 1 Satz 1 SGB V gekündigt werden. Zu den Kündigungsgründen gehören nach § 110 Abs 1 Satz 1 SGB V auch die fehlende Leistungsfähigkeit (§ 109 Abs 3 Satz 1 Nr 1 SGB V) und die fehlende Bedarfsgerechtigkeit (§ 109 Abs 3 Satz 1 Nr 3 SGB V). Der mit der Planaufnahme fingierte Versorgungsvertrag ist durch die KKn damit auch dann kündbar, wenn es entgegen der planungsrechtlichen Entscheidung an der Leistungsfähigkeit oder Bedarfsgerechtigkeit fehlt.

Die bereits planungsrechtlich vorausgesetzte Leistungsfähigkeit muss auch nach der Aufnahme in den Krankenhausplan, die zugleich nach § 108 Nr 2 SGB V die Zulassung zur Behandlung gesetzlich krankenversicherter Patienten bewirkt, innerhalb des erteilten Versorgungsauftrages weiterhin bestehen. Sowohl § 1 Abs 1 KHG als auch § 107 Abs 1 SGB V haben zum Ziel, die notwendige Versorgung der Bevölkerung mit Krankenhausbehandlung zu gewährleisten. Insbesondere § 107 Abs 1 Nr 2 und Nr 3 SGB V sind die dafür notwendigen Voraussetzungen zu entnehmen. Für die Erfüllung der in § 109 Abs 4 Satz 2 SGB V enthaltenen Verpflichtung des Krankenhauses zur Krankenhausbehandlung ist es daher erforderlich, dass das zugelassene Krankenhaus sowohl über die notwendigen diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten (§ 107 Abs 1 Nr 2 SGB V) als auch über jederzeit verfügbares ärztliches, Pflege-, Funktions- und medizinisch-technisches Personal (§ 107 Abs 1 Nr 3 SGB V) verfügt.

Das Maß der notwendigen personellen, räumlichen und medizinisch-technischen Ausstattung bestimmt sich dabei nach dem erteilten Versorgungsauftrag. Denn das Recht und die Pflicht des Krankenhauses, Versicherte zu behandeln, besteht - abgesehen von Notfällen - nur innerhalb des Versorgungsauftrages (vgl BSG vom 23.6.2015 - B 1 KR 20/14 R - BSGE 119, 141 = SozR 4-2500 § 108 Nr 4, RdNr 13; BSG vom 19.4.2016 - B 1 KR 34/15 R - SozR 4-5562 § 2 Nr 1 RdNr 14). Der Versorgungsauftrag ergibt sich bei Plankrankenhäusern insbesondere aus den Festlegungen des Krankenhausplans in Verbindung mit den Bescheiden zu seiner Durchführung (§ 8 Abs 1 Satz 4 Nr 1 KHEntgG iVm § 6 Abs 1, § 8 Abs 1 Satz 3 KHG). Er legt Art, Inhalt und Umfang der Leistungen fest, die das Krankenhaus während seiner Zulassung für die Versicherten erbringen darf und muss (§ 109 Abs 4 Satz 2 SGB V).

bb) Von dieser grundsätzlich bestehenden Pflicht des zugelassenen Krankenhauses, die zur Erfüllung der aus dem Versorgungsauftrag resultierenden Behandlungspflicht notwendige Ausstattung vorzuhalten, erlaubt § 2 Abs 2 Satz 2 Nr 2 KHEntgG eine Ausnahme. Krankenhäuser können im Einzelfall und unter Berücksichtigung ihrer eigenen Leistungsfähigkeit Leistungen Dritter veranlassen, die ihnen dann als allgemeine Krankenhausleistungen zugerechnet werden. Eine die eigene Leistungsfähigkeit des Krankenhauses ersetzende, regelmäßige und planvolle Einbeziehung Dritter in die Erbringung wesentlicher allgemeiner Krankenhausleistungen ist davon jedoch nicht gedeckt (vgl zum Ausnahmecharakter der Vorschrift BSG vom 23.3.2011 - B 6 KA 11/10 R - BSGE 108, 35 = SozR 4-2500 § 115b Nr 3, RdNr 59; Sächsisches LSG vom 30.4.2008 - L 1 KR 103/07 - juris

RdNr 21; Wahl in jurisPK-SGB V, 4. Aufl 2020, § 107 RdNr 29, Stand 21.12.2020; zum Grundsatz eigener Leistungserbringung vgl Wahl, aaO, 3. Aufl 2016, § 109 RdNr 140, Stand 7.1.2019).

Die von § 2 Abs 2 Satz 2 KHEntgG genannten Voraussetzungen des § 2 Abs 2 Satz 1 KHEntgG beinhalten, dass die Leistungen im Einzelfall nach Art und Schwere der Krankheit für die medizinisch zweckmäßige und ausreichende Versorgung des Patienten notwendig sein müssen. Bereits aus dieser Einzelfallbezogenheit ergibt sich, dass die regelmäßige und planvolle Einbeziehung der Leistungen eines Dritten in die Krankenhausbehandlung nicht vorgesehen und ein überwiegendes oder vollständiges Auslagern wesentlicher ärztlicher Leistungen nicht zulässt (vgl BSG vom 19.9.2013 - B 3 KR 8/12 R - BSGE 114, 237 = SozR 4-2500 § 124 Nr 3, RdNr 31; Clemens, MedR 2011, 770, 780; Dahm, MedR 2010, 597, 603; Wahl in jurisPK-SGB V, 4. Aufl 2020, § 107 RdNr 28 f, Stand 21.12.2020; gegen die Beschränkung auf die Hinzuziehung im Einzelfall ua Möller/Makoski, GesR 2012, 647, 649; Quaas in Quaas/Zuck/Clemens, Medizinrecht, 4. Aufl 2018, § 16 RdNr 157).

Sowohl die planungsrechtlichen Vorschriften nach dem KHG als auch die leistungsrechtlichen Vorschriften des SGB V zielen darauf ab, dass die Krankenhausbehandlung durch Krankenhäuser erfolgt, die eine leistungsfähige, qualitativ hochwertige, patienten- und bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung anbieten. Mit der Investitionsförderung (§ 9 KHG), insbesondere für die Erstausrüstung und Wiederbeschaffung von Anlagegütern, wird zur Erreichung dieses Ziels die notwendige medizinisch-technische (apparative) Ausstattung ermöglicht. Die für die Unterhaltung und den Betrieb der medizinisch-technischen Ausstattung anfallenden Aufwendungen fließen in die Kalkulation der Relativgewichte einer DRG ein (vgl § 7 Abs 1 Satz 1 Nr 1, § 9 Abs 1 Satz 1 Nr 1 KHEntgG iVm § 17b Abs 1 Satz 1, 10 und 11 KHG in der hier noch maßgeblichen Fassung durch Art 2 Nr 4 Buchst a bb und cc des Gesetzes zur Einführung des diagnose-orientierten Fallpauschalensystems für Krankenhäuser <Fallpauschalengesetz - FPG> vom 23.4.2002, BGBl I 1412). Die Relativgewichte drücken den ökonomischen Aufwand einer DRG im Verhältnis zu anderen DRG aus (Dettling in Saalfrank, Handbuch des Medizin- und Gesundheitsrechts, Stand 2020, § 6 RdNr 268) und werden mit dem jährlich von den Vertragsparteien auf Bundesebene zu vereinbarenden Fallpauschalen-Katalog (als Anlage zur Fallpauschalen-Vereinbarung, § 17b Abs 1 Satz 10 KHG, § 9 Abs 1 Satz 1 Nr 1 KHEntgG) auf der Grundlage einer Kostenkalkulation festgelegt. Die Kalkulation der Relativgewichte beruht auf den Kostendaten je Fallpauschale, die von den an der Kalkulationsermittlung teilnehmenden Krankenhäusern dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus gemeldet werden. Diese beinhalten ua auch Kosten der medizinischen Infrastruktur, die mit der Vorhaltung der notwendigen Ausstattung anfallen. Dazu gehören etwa die Kosten der Instandhaltung und der Aufwendungen für den Strahlenschutz (vgl Kalkulationshandbuch Version 2.0 2007, Anlagen 3 und 4.1). Aus Anlage 1 Teil a) FPV 2010 (Fallpauschalen-Katalog 2010) ergibt sich für die von der Klägerin zunächst abgerechnete DRG I65B ein Relativgewicht von 1,137, für die später geltend gemachte DRG I39Z aber ein Relativgewicht von 3,814, was den höheren Aufwand der Strahlentherapieleistungen gegenüber der schmerztherapeutischen Behandlung ausdrückt.

Hält ein Krankenhaus die für die Erfüllung des Versorgungsauftrages erforderliche Ausstattung nicht vor und erbringt es Leistungen grundsätzlich nicht selbst, sondern bezieht diese von Dritten, fallen solche Infrastrukturkosten nicht an, ohne dass damit eine Minderung der Vergütung wegen günstigerer Kostenstrukturen (wie nach § 18 Abs 3

KHEntgG für Honorarbelegärzte) verbunden wäre. Dies könnte finanzielle Anreize begründen, gerade technisch aufwändige Leistungen auszulagern.

Dem kann nicht entgegengehalten werden, dass der Senat Abrechnungsbestimmungen wegen ihrer Funktion im Gefüge der Ermittlung des Vergütungstatbestandes innerhalb eines vorgegebenen Vergütungssystems eng am Wortlaut orientiert und unterstützt durch systematische Erwägungen auslegt und Bewertungen und Bewertungsrelationen außer Betracht lässt (vgl BSG vom 8.9.2009 - B 1 KR 11/09 R - BSG SozR 4-2500 § 109 Nr 19 RdNr 17 mwN; BSG vom 8.11.2011 - B 1 KR 8/11 R - BSGE 109, 236 = SozR 4-5560 § 17b Nr 2, RdNr 27; BSG vom 16.8.2021 - B 1 KR 11/21 R - SozR 4-5562 § 9 Nr 21 RdNr 7). Denn vorliegend geht es nicht um die Auslegung von Abrechnungsbestimmungen, sondern um die Frage, ob überhaupt eine kodier- und vergütungsfähige allgemeine Krankenhausleistung nach § 2 Abs 2 Satz 1 KHEntgG vorliegt.

Für die im Versorgungsauftrag ausgewiesenen Bereiche wie Fachabteilungen, Zentren, Fachprogramme etc hat das Krankenhaus daher die räumliche, apparative und personelle Ausstattung zur Erbringung der wesentlichen Leistungen selbst vorzuhalten. Wesentlich sind dabei alle Leistungen, die in der ausgewiesenen Fachabteilung regelmäßig notwendig sind - mit Ausnahme unterstützender und ergänzender Leistungen (vgl BSG vom 28.2.2007 - B 3 KR 17/06 R - SozR 4-2500 § 39 Nr 8 RdNr 22), wie etwa Laboruntersuchungen oder radiologische Untersuchungen. Die für die Aufnahme in den Krankenhausplan und die Vergütungsfähigkeit von Leistungen erforderliche Leistungsfähigkeit bedeutet nicht, dass jedes Krankenhaus jegliche Leistung, die vom Versorgungsauftrag umfasst wäre, immer selbst erbringen können muss. Die Leistungsfähigkeit richtet sich nach der Art der Versorgung, die nach den Vorgaben des Krankenhausplans vom Krankenhaus gewährleistet werden soll. Zu differenzieren ist dabei nach den im Krankenhausplan vorgesehenen Leistungs- oder Versorgungsstufen der Grund- und Regelversorgung, der Schwerpunktversorgung und der Maximalversorgung (vgl ua BVerfG vom 4.3.2004 - 1 BvR 88/00 - NJW 2004, 1648, 1649 = juris RdNr 34 f; BVerwG vom 16.1.1986 - 3 C 37.83 - Buchholz 451.74 § 8 KHG Nr 9 S 92 = juris RdNr 66; Dettling/Würtenberger in Dettling/Gerlach, Krankenhausrecht 2. Aufl 2018, § 1 KHG RdNr 229 f; Szabados in Spickhoff, Medizinrecht, 3. Aufl 2018, § 8 KHG RdNr 6). Die Konzentration auf einzelne, eine bestimmte medizinisch-technische und/oder personelle Ausstattung erfordernde Leistungen ist nicht ausgeschlossen, solange die wesentlichen Leistungen des Versorgungsauftrages selbst erbracht werden können. So verlangt der erteilte Versorgungsauftrag "Innere Medizin" für ein Krankenhaus der Grundversorgung nicht, dass das Krankenhaus auch in der Lage sein muss, Stentimplantationen als eine von vielen Leistungen des Fachgebietes durchzuführen. Die Kooperation mit einem anderen Krankenhaus höherer Versorgungsstufe, in das die Patienten für diese Leistung verbracht werden, stellt die Leistungsfähigkeit des Krankenhauses nicht grundsätzlich in Frage (vgl zum Sachverhalt OVG Lüneburg vom 12.6.2013 - 13 LC 174/10 - GesR 2013, 501).

Vorliegend war das Krankenhaus der Klägerin mit einer Fachabteilung für Strahlentherapie im Krankenhausplan ausgewiesen. Bestrahlungen sind für ein Krankenhaus mit einem solchen Versorgungsauftrag für Strahlentherapie wesentliche Leistungen (vgl auch Abschnitt B Nr 30 der Weiterbildungsordnung der Landesärztekammer Baden-Württemberg in der hier noch maßgeblichen Fassung vom 15.3.2006 <WBO 2006>, Stand: 1.10.2009). Das Krankenhaus konnte aber nach der Schließung der eigenen Abteilung für Strahlentherapie strahlentherapeutische Leistungen nicht mehr selbst erbringen. Es war damit nicht mehr in der Lage, seinen Versorgungsauftrag zu erfüllen. Der Senat musste daher nicht entscheiden,

unter welchen genauen Voraussetzungen Leistungen von im Krankenhausplan ausgewiesenen Fachabteilungen als wesentliche Leistungen anzusehen sind.

4. Die Kostentscheidung folgt aus § 197a Abs 1 Satz 1 Teilsatz 3 SGG iVm § 154 Abs 1 VwGO.

5. Die Streitwertfestsetzung beruht auf § 197a Abs 1 Satz 1 Teilsatz 1 SGG iVm § 63 Abs 2, § 52 Abs 3, § 47 Abs 1 GKG.

Schlegel

Estelmann

Bockholdt