



# Forschungsstelle Recht der Gesundheitswirtschaft

Lehrstuhl für Bürgerliches Recht, Arbeitsrecht und Sozialrecht

Fakultät für Rechtswissenschaft - Universität Bielefeld

Professor Dr. Oliver Ricken

Wiss. Mit.: Dr. Denis Hedermann • Sebastian Kauschke • Christoph Leirer • Nicole Wiegard • Annedore Witschen • Mandy Zibolka

## Entscheidung des Monats 3/2016

**BSG, Urt. v. 17.11.2015 – B 1 KR 18/15 R: Krankenversicherung – Krankenhausvergütung – Erforderlichkeit von Krankenhausbehandlung (hier: vollstationäre Radiojodtherapie) allein aus medizinischen Gründen, wenn die medizinisch notwendige Versorgung aus Gründen der Rechtsordnung (hier: Strahlenschutz) nur stationär erbracht werden darf**

### Sachverhalt:

Das für die Behandlung Versicherter zugelassene Krankenhaus des Klägers behandelte die bei der beklagten Krankenkasse Versicherte mit einer sogenannten Radiojodtherapie vollstationär vom 19. bis 23.12.2011 wegen einer mehrknotigen Struma nodosa Grad II-III und rechnete hierfür die entsprechende Fallpauschale ab: (Diagnosis Related Group 2011 <DRG>) K15C (Strahlentherapie bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten, mehr als ein Belegungstag, mit mäßig komplexer Radiojodtherapie; 2836,39 Euro; 28.12.2011). Die Beklagte lehnte die Zahlung der Vergütung für diese Behandlung ab. Das Sozialgericht<sup>1</sup> hatte die Beklagte zur Zahlung der Vergütung verurteilt.

### Entscheidung:

Die hiergegen gerichtete Sprungrevision der Beklagten wies das BSG als unbegründet zurück.

Zur Begründung führte es aus, der Vergütungsanspruch für die Krankenhausbehandlung und damit korrespondierend die Zahlungsverpflichtung einer Krankenkasse entstehe – unabhängig von einer etwaigen Kostenzusage – unmittelbar mit der Inanspruchnahme der Leistung durch den Versicherten kraft Gesetzes, wenn die vollstationäre Versorgung in einem zugelassenen Krankenhaus erfolge und i.S.v. § 39 Abs. 1 S. 2 SGBV erforderlich und wirtschaftlich sei.<sup>2</sup>

Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit sei dann gegeben, wenn ein Krankheitszustand vorliege, dessen Behandlung den Einsatz der besonderen Mittel eines Krankenhauses erforderlich mache<sup>3</sup>, wozu insbesondere eine apparative Mindestausstattung, geschultes Pflegepersonal und ein jederzeit präsenster oder rufbereiter Arzt gehöre.<sup>4</sup> Dabei sei eine Gesamtbetrachtung vorzunehmen, bei der den mit Aussicht auf Erfolg angestrebten Behandlungszielen und den vorhandenen Möglichkeiten einer vorrangigen ambulanten Behandlung entscheidende Bedeutung zukomme.<sup>5</sup> Ob einem Versicherten vollstationäre Krankenhausbehandlung zu gewähren sei, richte sich allein nach medizinischen Erfordernissen im Einzelfall.<sup>6</sup> Ermöglichte es der Gesundheitszustand des Patienten, das Behandlungsziel durch andere Maßnahmen, insbesondere durch ambulante Behandlung einschließlich häuslicher Krankenpflege, zu erreichen, bestehe kein Anspruch auf stationäre Behandlung. Für die medizinische Erforderlichkeit genüge es, dass eine medizinisch notwendige Versorgung aus Gründen der Rechtsordnung nur stationär erbracht werden dürfe. In einem solchen Fall sei Krankenhausbehandlung im Rechtssinne aus allein medizinischen Gründen erforderlich, da das medizinisch Gebotene nicht ambulant zur Verfügung gestellt werden könne.

So liege es auch für die Radiojodtherapie, deren ambulante Durchführung strahlenschutzrechtlich nicht zulässig sei<sup>7</sup>, was sich aus Ziffer 6.7.2. der Richtlinie "Strahlenschutz in der Medizin"<sup>8</sup> zur Strahlenschutzverordnung<sup>9</sup> ergebe. Eine von der Rechtsordnung

verbotene Behandlung könne nicht Teil des GKV-Leistungskatalogs sein. Behandlungen, die rechtlich nicht zulässig seien, dürften von der Krankenkasse nicht gewährt oder bezahlt werden, wobei es nicht auf eine Strafbarkeit oder Bußgeldbewehrung ankomme.<sup>10</sup> Aufgrund der Erkrankung der Versicherten sei eine (nur stationär zulässige) Radiojodtherapie geboten gewesen. Die hierfür erforderliche Genehmigung habe der Kläger besessen.

### Anmerkung:

Die Frage, ob ein Versicherter Anspruch auf (vollstationäre) Krankenhausbehandlung hat – und daran anschließend diejenige nach dem Vergütungsanspruch des Krankenhauses gegen die jeweilige Krankenkasse – ist ein Dauerthema beim BSG.<sup>11</sup> Insoweit hatte bereits im Jahre 2007 der Große Senat entschieden, dass dieser Anspruch dann gegeben ist, wenn die Behandlung aus medizinischer Sicht erforderlich ist, also das Behandlungsziel aufgrund des Krankheitsbildes und des konkreten Gesundheitszustandes des Patienten nicht anders erreicht werden kann als durch eine (voll)stationäre Behandlung.<sup>12</sup> Es kommt demnach ausschließlich auf die medizinischen Erfordernisse im Einzelfall an, wie der erste Senat vorliegend nochmals völlig zu Recht betont. Dies folgt letztlich unmittelbar aus dem gesetzlichen Anspruch des Versicherten, § 39 Abs. 1 S. 2 SGB V.<sup>13</sup>

Die für eine (voll)stationäre Behandlung erforderliche Notwendigkeit bestimmt sich daher allein nach dem festgestellten medizinischen Bedarf<sup>14</sup>, eine Behandlung, die nicht der besonderen Mittel des Krankenhauses bedarf, ist grundsätzlich ambulant durchzuführen.<sup>15</sup> Dabei kommt es jedoch nicht nur auf das abstrakte Krankheitsbild des Versicherten, sondern auch auf dessen konkreten Gesundheitszustand an.<sup>16</sup> Ermöglicht dieser es, das Behandlungsziel auch durch ambulante Behandlung zu erreichen, so besteht kein Anspruch auf stationäre Behandlung.<sup>17</sup> Bei genauerer Betrachtung handelt es sich um eine zweistufige Prüfung. Zunächst ist zu ermitteln, welche medizinische Behandlung erforderlich ist, sodann, ob diese stationär erfolgen muss oder ob im Einzelfall auch eine ambulante Durchführung möglich und ausreichend ist. Bei Maßnahmen, die medizinisch notwendig, aber ambulant nicht durchführbar sind, sondern ausschließlich stationär erfolgen können, ist diese Entscheidung damit bereits getroffen.<sup>18</sup> Nichts anderes kann für solche Maßnahmen – wie die vorliegende Radiojodtherapie – gelten, bei denen schon durch das geltende Recht die ausschließlich stationäre Behandlung vorgegeben ist und die daher gar nicht ambulant erfolgen dürfen. Aufgrund der Alternativlosigkeit der stationären Behandlung kann sich die Krankenkasse nicht darauf zurückziehen, dass die Behandlung in Fällen wie dem vorliegenden aus nicht-medizinischen Gründen stationär erfolgt, was letztlich dazu führen würde, dass die Behandlung überhaupt nicht vergütet würde – eine Folge, die den Leistungsanspruch des Versicherten leerlaufen ließe, was auch aus Sicht der Krankenkasse sicher kein zufriedenstellendes Ergebnis sein kann.

**Autor: Wiss. Mit. Dr. Denis Hedermann (Tel. 0521-106-3177)**

<sup>1</sup> SG Dresden vom 27.2.2015 – S 47 KR 439/12.

<sup>2</sup> Ständige Rechtsprechung des BSG, vgl. etwa BSG vom 8.11.2011 – B 1 KR 8/11 R, SozR 4-5560 § 17b Nr. 2, Rn. 13, m.w.N.

<sup>3</sup> Ebenfalls st. Rspr. des BSG, vgl. nur BSG vom 16.12.2008 – B 1 KN 3/08 KR R, SGB 2010, 96.

<sup>4</sup> Vgl. BSG vom 14.10.2014 – B 1 KR 27/13 R, NZS 2015, 136.

<sup>5</sup> Vgl. BSG vom 16.12.2008 – B 1 KN 3/08 KR R, SGB 2010, 96.

<sup>6</sup> Vgl. BSG Großer Senat vom 25.9.2007 – GS 1/06, SGB 2008, 295.

<sup>7</sup> Dazu auch BSG vom 9.10.2001 – B 1 KR 26/99 R, NZS 2002, 480.

<sup>8</sup> I.d.F. der Bekanntmachung vom 30.11.2011 (GMBl. S. 867).

<sup>9</sup> Verordnung über den Schutz vor Schäden durch ionisierende Strahlen i.d.F. vom 20.7.2001, BGBl. I, S. 1714, i.d.F. der Verordnung zur Änderung strahlenschutzrechtlicher Verordnungen vom 4.10.2011, BGBl. I, S. 2000.

<sup>10</sup> Vgl. BSG vom 18.11.2014 – B 1 KR 19/13 R, GesR 2015, 358.

<sup>11</sup> Vgl. nur die zahlreichen Hinweise auf die eigene ständige Rechtsprechung in der vorliegenden Entscheidung (Fn. 2-7 und 10).

<sup>12</sup> Vgl. nochmals BSG Großer Senat vom 25.9.2007 – GS 1/06, SGB 2008, 295.

<sup>13</sup> Vgl. Hedermann, GesR 2014, 321 (326).

<sup>14</sup> Vgl. BSG vom 25.9.2007 – GS 1/06, SGB 2008, 295; zustimmend Quaas, SGB 2008, 261 (264).

<sup>15</sup> Vgl. BSG vom 10.4.2008 – B 3 KR 19/05 R, SGB 2009, 538 (544).

<sup>16</sup> Vgl. BSG vom 10.4.2008 – B 3 KR 19/05 R, SGB 2009, 538 (544); ebenso Seewald, SGB 2009, 501 (504); Ricken, in Eichenhofer/Wenner, SGB V, 2. Aufl. 2016, Rn. 23; Becker in Becker/Kingreen, 4. Aufl. 2014, § 39, Rz. 22.

<sup>17</sup> Vgl. BSG, Beschl. v. 25.9.2007 – GS 1/06, GesR 2008, 83 = SGB 2008, 295 (296); vgl. dazu auch Wagner in Krauskopf, Soziale Krankenversicherung, Pflegeversicherung, Stand: 90. EL Dezember 2015, § 39 SGB V, Rn. 26 f.; Nofitz in Hauck/Nofitz, SGB V, Werksstand: 02/2016, § 39, Rn. 72 ff.; Ricken in Eichenhofer/Wenner, SGB V, 2. Aufl. 2016, § 39, Rz. 22 f.

<sup>18</sup> Ebenso Ricken, in Eichenhofer/Wenner, SGB V, 2. Aufl. 2016, § 39 Rn. 23.