



Flächendeckende strahlentherapeutische Versorgung sichern – Regeln für Vergütung im Rahmen der Krankenhausreform anpassen

Problem

Das Bundessozialgericht (BSG) hat am 26.4.2022 (B 1 KR 15/21 R) und am 29.8.2023 (B 1 KR 18/22 R) zwei Urteile gefällt, die weitreichende Folgen für die strahlentherapeutische Versorgung in Deutschland haben. Aus den Urteilen ergibt sich zum einen, dass Krankenhäuser strahlentherapeutische Leistungen für ihre stationär behandelten Patienten nur dann vollumfänglich abrechnen können, wenn diese Behandlung in eigenen Räumen mit eigenem Personal und an eigenen Geräten durchgeführt wird. Zum zweiten sollen Krankenhäuser keine Vergütung für die strahlentherapeutischen Leistungen von Dritten erhalten können, wenn sie selbst keinen Versorgungsauftrag für eine strahlentherapeutische Behandlung haben.

Beide Urteile stehen in direktem Gegensatz zu den über viele Jahre praktizierten Kooperationsformen zwischen Krankenhäusern auf der einen Seite sowie Praxen und MVZ auf der anderen Seite.

Die Umsetzung der Rechtsprechung des BSG würde bedeuten, dass weniger Krankenhäuser, an denen Krebspatientinnen und -patienten wohnortnah eine wirksame Behandlung erhalten können, verfügbar sind. Schwerkranke Menschen und ihre Angehörigen müssten weite Wege in Kauf nehmen, weil kein Therapiezugang in der Fläche mehr besteht. Wollte man die Zahl der Krankenhäuser mit einem strahlentherapeutischen Versorgungsauftrag erhöhen, würden massive Investitionen erforderlich; entsprechende neu (oder wieder) geschaffene Abteilungen an Krankenhäusern wären zudem absehbar defizitär, die Prozesse für Planung und Bau solcher Abteilungen langwierig und die Gewinnung des notwendigen Personals keineswegs gesichert bzw. mit gigantischem bürokratischem Aufwand verbunden, der zulassungsrechtlich neue Probleme schaffen würde. Außerdem würden die aktuellen breiteren Bemühungen des Gesetzgebers und der Kostenträger konterkariert, mehr Leistungen aus dem (teuren) stationären Sektor in das (effizientere) ambulante Umfeld zu verlagern.

Das Bundesgesundheitsministerium hat das Problem bereits erkannt und will im Rahmen der Krankenhausreform dem Problem Rechnung tragen. Hierzu hat das BMG bereits kurzfristig im vom Kabinett verabschiedeten Gesetzentwurf zur Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG) eine entsprechende Ergänzung vorgenommen, welche Patienten zugutekommen würde, die bereits in strahlentherapeutischer Behandlung waren, wenn sie stationspflichtig werden. Diese Regelung greift aber zu kurz, da so andere Gruppen wie z. B. Palliativpatienten nicht erfasst würden.

Hintergrund

Das medizinische Fachgebiet der Strahlentherapie/Radioonkologie umfasst die Behandlung gutartiger Erkrankungen, insbesondere aber die Behandlung von Krebserkrankungen mit dem Ziel der Heilung (Kuration) oder der Symptomlinderung (Palliation). Mit großem technischem Aufwand

VDRO – Verband der in Deutschland niedergelassenen Radioonkologen e.V. i.G.

Vorsitzender: Prof. Dr. Ulrich M. Carl; 1. Stellvertretende Vorsitzende: Dr. Caterina Wimmer;

2. Stellvertretende Vorsitzende Prof. Dr. Simone Marnitz-Schulze; Schatzmeister: Prof. Dr. Andreas Schuck

Poststraße 33, 20354 Hamburg Tel. 0176 – 244 352 72

Fax. 040 – 350 85 80 E-Mail: matthias.ilgen@alp-advisors.com

Sitz: Hamburg; Vereinsregister: in Beantragung; Lobbyregister des Deutschen Bundestags: in Beantragung



und den Behandlungsleistungen hochspezialisierten Personals werden auf beiden Gebieten erhebliche Erfolge erzielt. Heute gehen mehr als 50% aller Krebsheilungen auf strahlentherapeutische/radioonkologische Behandlungen zurück.

Die Behandlung erfolgt grundsätzlich ambulant, weil die Patienten immer in eine Strahlentherapieeinrichtung kommen müssen, ob von zuhause oder von einer Station. Stationäre Behandlungen sind besonderen Situationen vorbehalten. Diese seit Jahren etablierte Praxis erfüllt situativ den gesundheitspolitischen Willen „ambulant vor stationär“. Sie sorgt zudem für eine flächendeckende, wohnortnahe Versorgung, die angesichts der Schwere der Erkrankungen besonders wichtig ist, und ermöglicht einen engen Kontakt der Patientinnen und Patienten zu ihren Familien, der gerade bei Palliativ-Behandlungen von höchster Bedeutung ist.

Da Krankenhäuser aber zulassungsbedingt ambulante Leistungen nur unter bestimmten Voraussetzungen abrechnen können, ist es folgerichtig, dass derartige Leistungen von den meisten Krankenhäusern – auch bei Maximalversorgern – ausgegliedert wurden, und nur Häuser mit besonderem Profil (insb. Forschende Universitätskliniken) diese Therapie weiter angeboten haben. Umgekehrt haben onkologisch orientierte Häuser heute eine Strahlentherapie/Radioonkologie an ihr Haus angebunden (regelmäßig in räumlicher Nähe in einem Ärztehaus auf oder direkt neben dem Klinikgelände), um so das onkologische Angebot abzurunden. Die Krankenhäuser konnten auf eigene kostspielige strahlentherapeutische Abteilungen verzichten. Bundesweit konnten so Bettenzahlen, Belegtage und Verweildauern im Krankenhaus signifikant gesenkt werden. Zugleich entstanden durch die effiziente Kooperation in der Fläche gut ausgestattete Praxen und MVZ, die modernste Technik zugänglich machten und durch die effiziente Kooperation sehr hohe Auslastungsgrade erreichten.

In einer typischen Kooperation führten die Krankenhäuser die stationäre onkologische Behandlung (wie etwa Chemotherapien) durch und koordinierten die zusätzliche Strahlentherapie mit den ambulanten Partnern. Das Krankenhaus rechnete die gesamte Behandlung mit den Kassen ab und vergütete die Praxen und MVZ entsprechend.

Diese historisch gewachsene Situation wurde jedoch bei Einführung des DRG-Systems nicht an die neuen Bedingungen angepasst. Zwei Urteile des BSG haben diese Regelungslücke nun aufgedeckt und die bisherige Abrechnungspraxis für rechtswidrig befunden.

In den Urteilen sind zum einen Krankenhäuser benannt, die aus politisch vorgegebenen Gründen ihre Strahlentherapie ausgegliedert haben (Verhandlung B 1 KR 15/21 R), zum anderen solche, die nie einen stationären Versorgungsauftrag hatten (Verhandlung B 1 KR 18/22 R). Im Ergebnis ist die strahlentherapeutische Behandlung von betroffenen Krankenhäusern nicht mehr über OPS 8-522.91 kodierbar und die DRG I39Z darf nur in eng abgegrenzten Situationen abgerechnet werden. Die aufgedeckte Regelungslücke ergibt sich aus KHEntgG §2.

Die Auswirkungen sind enorm: Werden Patientinnen und Patienten in einer Strahlentherapieeinrichtung therapiert und dann aus Gründen, die nichts mit der Diagnose bzw. laufenden Therapie zu tun haben, stationspflichtig, könnten sie eigentlich problemlos in das Krankenhaus vor Ort aufgenommen werden und die laufende Strahlentherapie könnte ohne Unterbrechung fortgesetzt werden. Da das Krankenhaus aber nicht zur Verschlüsselung der OPS 8-522.91 berechtigt ist, muss der Patient nun in ein Krankenhaus mit eigener Strahlentherapie verlegt werden.

Eine Verlegung wirft auch Probleme des Strahlenschutzes auf. Strahlentherapieeinrichtungen können gefertigte Behandlungspläne von anderen Abteilungen nicht übernehmen und fortführen,



weil die Geräteeichung an Standorte gebunden ist. Es müssen bei Verlegung also neue Bestrahlungspläne erstellt werden, was zusätzliche Kosten und Strahlenbelastungen mit sich bringt.

Eine Verlegung verzögert die Therapie, so dass im Extremfall eine kurative Chance vertan wird, weil sich Therapiepausen strahlenbiologisch ungünstig auf die Heilung auswirken können. Dies ist sowohl medizinisch wie menschlich untragbar!

Auch bei Palliativ-Patienten drohen schwere Nachteile. Ein heimatnah auf einer Palliativ-Station betreuter Patient benötigt zur Bekämpfung unstillbarer Schmerzen oder etwa von Hirnmetastasen eine zusätzliche Strahlenbehandlung. Diese wäre zwar vor Ort durch einen ambulanten Partner möglich, da aber die OPS 8-522.91 nicht angesetzt werden darf, muss eine Verlegung erfolgen. Es ist unrealistisch, dass dieser Patient in kurzfristig ein Bett in der berechtigten Einrichtung bekommt. Dies gilt umso mehr, da vorhandene stationäre Einrichtungen schon jetzt regelhaft überbucht sind und entsprechende Betten vor Anpassung des Bettenplans und der Zulassungsbedingungen längerfristig nicht verfügbar sind. Definitiv ist damit zumeist auch eine räumliche Entfernung aus seinem gewohnten Umfeld verbunden, so dass dem todkranken Patienten in der Endphase seines Lebens die familiäre Anbindung genommen wird.

Würde die bisherige, kooperative Organisation der Behandlung auf Dauer nicht wieder ermöglicht, ist mit erheblichen regionalen Ungleichgewichten insbesondere zu Lasten des ländlichen Raumes zu rechnen. Hinzu kommt die Kostensteigerung durch die Verlagerung in den stationären Sektor. Alternativ wäre ein Neu-/Wiederaufbau paralleler stationärer Strukturen für die Strahlentherapie erforderlich der mit extrem hohen Kosten verbunden ist und im Anschluss zu gering ausgelasteten stationären Abteilungen erwarten ließe.

Am Beispiel Bayerns zeigt sich die Tragweite: von bisher 60 strahlentherapeutischen Einrichtungen im Freistaat verblieben nur fünfzehn. Große Gebiete – städtisch wie ländlich – verlören den wohnortnahen Zugang zur kombinierten onkologisch-strahlentherapeutischen Therapie. Damit einher ginge auch der Verlust entsprechender medizinischer Qualität und Kompetenz in diesen Regionen.

Bei einer vollen Wiederherstellung der bisherigen, erprobten Kooperationsmöglichkeiten zwischen ambulanter Strahlentherapie und den Kliniken würde das Ziel der Krankenhausreform, die Qualität der Versorgung zu steigern, keineswegs konterkariert. Die qualitative Versorgung durch die Strahlentherapie – als in ihrem Wesen nach ambulanter Disziplin – ist in den vergangenen zehn Jahren geradezu revolutioniert worden. Heute sind Therapien z. B. in der Tumorbekämpfung mittels stereotaktischer Bestrahlung bei Fällen möglich, bei denen noch vor wenigen Jahren kein Chirurg einen Behandlungsversuch unternommen hätte. Solche Innovationen sind auch in den ambulanten Praxen vorangetrieben worden.

Die Strahlentherapie unterliegt durch die Vorschriften der Strahlenschutzgesetzgebung und des europäischen Atomrechtes höchsten Qualitätsansprüchen, deren Einhaltung regelmäßig durch den TÜV und die ärztlichen Stellen kontrolliert werden. Die Praxen werden im Auftrag der Deutschen Krebsgesellschaft durch das unabhängige Institut OnkoZert mittels eines Zertifizierungssystems zur Überprüfung von Organkrebszentren und Onkologischen Zentren gemäß den entsprechenden fachlichen Anforderungen betreut. Zudem verzichtet die Musterweiterbildungsordnung für das Fachgebiet Strahlentherapie auf stationäre Ausbildung – die Facharztausbildung kann komplett im ambulanten Bereich absolviert werden; dies ist bei fast allen anderen Disziplinen anders.



Eine Behandlung in einem Krankenhaus würde keinen zusätzlichen Mehrwert für die Behandlungsqualität liefern, aber die Kosten erhöhen.

Lösung

Das Bundessozialgericht selbst hat in Randnummer 27 zum Urteil vom 29.8.2023 auf die Möglichkeit hingewiesen, KHEntgG §2 geringfügig zu modifizieren und so strahlentherapeutische Leistungen – ähnlich zu den bestehenden Regelungen im Bereich der Dialyse – vom Verbot der vertragsärztlichen Parallelbehandlung auszunehmen. Der nun verabschiedete Regierungsentwurf der Krankenhausreform sieht dies bereits für Patienten vor, welche sich zum Zeitpunkt einer Stationierung bereits in strahlentherapeutischer Behandlung befunden haben. Dieser Vorschlag sollte im parlamentarischen Verfahren so ergänzt werden, dass auch die anderen betroffenen Patientengruppen, die derzeit nicht mehr rechtssicher behandelt werden können, miterfasst werden.

Hierzu wäre die vorgesehene Regulierung im Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) wie folgt konkret zu ergänzen:

§ 2 Absatz 2 Satz 3 wird wie folgt geändert:

a) Nummer 2 wird wie folgt gefasst:

„2. eine Strahlentherapie, wenn das Krankenhaus über keinen eigenen Versorgungsauftrag für strahlentherapeutische Leistungen verfügt und eine der folgenden Fallkonstellationen gegeben ist:

wenn eine bereits vor Aufnahme geplante Strahlentherapie begonnen wurde oder eine solche fortgeführt wird,

oder wenn eine Strahlentherapie ohne zeitlichen Aufschub durchzuführen ist, um Schäden oder Komplikationen bei Patienten zu vermeiden,

oder wenn bei einer Strahlentherapiebehandlung die Kontinuität der strahlentherapeutischen Behandlung bei einer stationären Aufnahme aus anderen Gründen als dem stationären Aufnahmegrund gewährleistet werden muss,

oder wenn eine Strahlentherapiebehandlung innerhalb einer multimodalen Therapie erfolgen muss, bei der die Kompetenz anderer Disziplinen als der Strahlentherapie für den Behandlungserfolg als vorrangig oder gleichwertig zu beurteilen ist,

oder wenn eine Strahlentherapiebehandlung bei multimorbiden Patienten oder bei Patienten erfolgen muss, deren Allgemeinzustand eine ambulante Versorgung nicht erlaubt, bei denen die Betreuung durch andere Disziplinen als der Strahlentherapie als gleichwertig oder vorrangig zu bewerten ist.

Die für die vertragsärztliche Versorgung geltenden Struktur- und Qualitätsanforderungen sind von der Strahlentherapieeinrichtung zu gewährleisten. Sie soll eine Zertifizierung durch ein etabliertes Qualitätsmanagementsystem (zum Beispiel nach DIN EN ISO) sowie eine Auditierung durch die Ärztliche Stelle der jeweiligen Landesärztekammer aufweisen.

Krankenhäuser, die über einen eigenen Versorgungsauftrag verfügen, können unter Einhaltung dieser Qualitätsanforderungen die zuvor genannten Leistungen auch ganz oder teilweise in Kooperation von Anbietern ambulanter strahlentherapeutischer Leistungen erbringen lassen.“

b) Die bisherige Nummer 2 wird die Nummer 3.