

Bundesverwaltungsgericht äußert sich zum Zentrumszuschlag nach § 5 Abs. 3 KHEntgG

In sechs Entscheidungen vom 22.5.14 (Az.: 3 C 8.13, 3 C 9.13, 3 C 12.13, 3 C 13.13, 3 C 14.12 und 3 C 15.13) befasste sich das Bundesverwaltungsgericht (BVerwG) mit Zuschlägen nach § 5 Abs. 3 des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG) für Brustzentren. Der Terminsbericht verheißt den Krankenhausträgern eine Stärkung ihrer Ansprüche gegenüber den Kostenträgern, lässt aber weitere Fragen offen.

Vereinbarung von Zentrumszuschlägen

Nach § 5 Abs. 3 KHEntgG können, solange bundesweite Vorgaben nicht bestehen, krankenhausindividuelle Zuschläge zwischen den Pflegesatzparteien vereinbart werden, wenn das Krankenhaus ein Zentrum vorhält. Die Leistungen von Zentren gehören nach § 2 Abs. 2 Satz 2 Nr. 4 KHEntgG zu den allgemeinen Krankenhausleistungen, werden aber nicht durch die Fallpauschalen abgegolten. Regelmäßig verursacht das Vorhalten von Zentren erhebliche Kosten. Diese werden dann auf alle Krankenhausbehandlungsfälle im Pflegesatzzeitraum anteilig mit einem Zuschlag auf die einzelne Krankenhausrechnung umgelegt.

Die vom BVerwG entschiedenen Fälle

Ausgangspunkt der Revisionsverfahren vor dem BVerwG waren insgesamt sechs Verfahren aus NRW, die über die Verwaltungsgerichte Aachen und Münster am 18.04.2013 gemeinsam vor dem Oberverwaltungsgericht (OVG) in Münster (Az.: 13 A 2102/11, 13 A 2140/11, 13 A 1167/12, 13 A 1168/12, 13 A 1169/12 und 13 A 1170/12) verhandelt wurden. Streitig waren ausschließlich Zuschläge für Brustzentren. In den sechs Fällen konnten die Krankenhausträger jeweils einen Bescheid der Krankenhausplanungsbehörde vorweisen, in denen sie auch als mit anderen

Kliniken kooperierendes Brustzentrum ausgewiesen waren. Den Kostenträger genügte dies aber nicht, um den Krankenhausträgern für die in diesem Zusammenhang erbrachten Leistungen Zuschläge zuzubilligen.

Krankenhausfinanzierungsrecht folgt Krankenhausplanungsrecht

Das OVG NRW gab den Kliniken in zweiter Instanz jedenfalls in dem Punkt Recht, als dass es als genügend angesehen worden war, dass der Feststellungsbescheid eine Ausweisung als Brustzentrum enthielt. Dies hatten die Kostenträger seinerzeit nicht angegriffen, so dass diese Feststellungen bestandskräftig und somit bindend waren. Folglich war dieser Umstand auch in den Pflegesatzverhandlungen zu berücksichtigen und den Kliniken dem Grunde nach der begehrte Zuschlag zuzubilligen.

Einschränkende Auffassung des OVG NRW

Allerdings wurden die Kliniken nicht alle Positionen zugestanden, sondern nur die, die den behandelten Patienten direkt zugunsten kamen, namentlich die Tumorkonferenz und Psychoonkologie. Hinsichtlich der übrigen Leistungen wurden die Klagen abgewiesen. Mit dem Ergebnis waren weder die Kliniken noch die Kostenträger zufrieden und wandten sich an das BVerwG.

BVerwG geht über OVG NRW hinaus

Das BVerwG ging ausweislich des Terminsberichts zugunsten der Krankenhausträger über die vorangegangenen Urteile des OVG NRW vom 18.04.2013 hinaus. Es muss nun geklärt werden, welche zusätzlichen Leistungs- und Kostenpositionen über die bereits gebilligten

(Tumorkonferenz und Psychoonkologie) den Krankenhasträgern zugesprochen werden können.

Wie die Vorinstanz erachtete das BVerwG die Brustzentren grundsätzlich als zuschlagsberechtigt, nachdem entsprechende bestandskräftige Feststellungsbescheide ergangen waren. Krankenhausplanungs- und –finanzierungsrecht seien miteinander verknüpft.

Soweit das OVG NRW aber gefordert hatte, dass die über die Zuschläge zu finanzierenden Leistungen unmittelbar der stationären Behandlung des einzelnen Patienten zukommen lassen müsse, sah dies das BVerwG nicht so. Zentren könnten Zuschläge für solche Leistungen beanspruchen, die nicht im Rahmen des pauschalisierten Entgeltsystems abgegolten würden, weil der Finanzierungstatbestand nicht in allen Krankenhäusern vorliege, solange es sich um stationäre Versorgungsleistungen handele.

Ob diese Voraussetzungen hinsichtlich der sonstigen, vom OVG NRW zuvor verneinten Leistungspositionen (Qualitätsmanagement, strukturierte Fortbildung, Dokumentation etc.) vorliegen, müsse noch geklärt werden, so dass die Berufungsurteile aufgehoben und die Rechtsstreitigkeiten zur neuerlichen Entscheidung zurückverwiesen wurden.

Zusammenfassung

Ob und ggfs. in welcher Höhe Zentrenzuschläge nach § 5 Abs. 3 KHEntgG zu gewähren sind, ist oft umstritten, insbesondere, ob ein besonderer krankenhauplanerischer Versorgungsauftrag (so z.B. VG Frankfurt a.M., Urt. v. 6.12.11, 5 K 1873/11, VG Dresden, Urt. v. 28.9.12, 7 K 584/09) und ob eine Überregionalität der Versorgung (so OVG Sachsen-Anhalt, Urt. v. 21.12.12, 1 L 24/11 s. RP-Newsletter 3/13) zu verlangen ist. Ersteres sah das BVerwG in den o.g. Verfahren als gegeben an, letzteres thematisierte es ausweislich des Terminberichts nicht. Gerade die Frage eines besonderen Versorgungsauftrages ist von erheblicher Relevanz und sollte von den Krankenhasträgern vermehrt auch im Rahmen des Verwaltungsverfahrens über den Feststellungsbescheid mit der Planungsbehörde thematisiert werden. Auch wenn die Rechtsprechung des BVerwG aus Sicht der Krankenhäuser sehr zu begrüßen ist, sind weitere klärende höchstrichterliche Entscheidungen gerade auch zu anderen Bundesländern noch erforderlich, vielleicht äußert sich das BVerwG noch in den sechs Entscheidungen zu den offenen Fragen. Die Abfassung des Volltextes der sechs Entscheidungen des BVerwG kann somit mit Spannung erwartet werden.

*Dr. Marc Sieper, Sindelfingen
Fachanwalt für Medizinrecht
Rechtsanwalt
sieper@rpmed.de*

www.rpmed.de

Impressum:

Ratajczak & Partner, Rechtsanwälte
Posener Str. 1, 70165 Sindelfingen
AG Stuttgart (PR 240005), Sitz Sindelfingen
USt.-Ident-Nr.: DE145149760

Verantwortlich im Sinne des Presserechts:
Dr. Detlef Gurgel

E-Mail der Redaktion: redaktion@rpmed.de

Die Mitteilungen dieses Newsletters enthalten allgemeine Informationen zu rechtlichen Themen. Eine rechtliche Beratung im Einzelfall können sie nicht ersetzen. Für die Richtigkeit der Information übernehmen wir keine Haftung.