

Gericht:	BSG 1. Senat	Normen:	§ 39 Abs 1 S 2 SGB 5, § 76
Entscheidungsdatum:	28.01.2026		Abs 1 S 2 SGB 5, § 109 Abs 4
Aktenzeichen:	B 1 KR 21/24 R		S 3 SGB 5, § 14 SGB 9 2018,
ECLI:	ECLI:DE:BSG:2026:280126UB1KR2124R0		§ 17b KHG, § 7 Abs 1 S 1
Dokumenttyp:	Urteil		KHEntgG

Krankenversicherung - Krankenhausvergütung - Weiterbehandlung eines Versicherten nach Wegfall der Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit - Notfall-Rehabilitation - Schuldnerschaft - Rehabilitationsträger

Verfahrensgang

vorgehend SG Osnabrück, 17. August 2021, Az: S 48 KR 28/20 KH, Gerichtsbescheid
vorgehend Landessozialgericht Niedersachsen-Bremen, 7. Dezember 2022, Az: L 4 KR 450/21, Urteil

Tenor

Auf die Revision der Beklagten wird das Urteil des Landessozialgerichts Niedersachsen-Bremen vom 7. Dezember 2022 aufgehoben. Die Sache wird zur erneuten Verhandlung und Entscheidung an das Landessozialgericht zurückverwiesen.

Der Streitwert für das Revisionsverfahren wird auf 4796,27 Euro festgesetzt.

Tatbestand

- 1 Die Beteiligten streiten über die Vergütung einer stationären Behandlung.

- 2 Das zugelassene Krankenhaus der Klägerin behandelte den bei der beklagten Krankenkasse Versicherten in der Zeit vom 11.4.2016 bis zum 16.6.2016 vollstationär wegen eines Polytraumas nach Motorradunfall. Im Anschluss an seine Entlassung begab sich der Versicherte unmittelbar in eine stationäre Maßnahme der Rehabilitation (Reha). Die Beklagte beglich den von der Klägerin für den stationären Aufenthalt in Rechnung gestellten Betrag von 71 993,71 Euro zunächst vollständig, beauftragte in der Folge aber den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) mit der Prüfung der Abrechnung. Dieser bejahte die Notwendigkeit einer Krankenhausbehandlung lediglich bis zum 12.6.2016. Die Aufenthaltsdauer des Versicherten sei um vier Tage zu kürzen. Die Beklagte forderte daraufhin von der Klägerin die Erstattung von 4796,17 Euro und verrechnete einen Betrag in Höhe von 4796,27 Euro mit einer anderen Forderung der Klägerin.

- 3 Das SG hat ein Sachverständigengutachten eingeholt und die Beklagte zur Zahlung des aufgerechneten Betrags nebst Zinsen verurteilt (*Gerichtsbescheid vom 17.8.2021*). Das LSG hat die Berufung der Beklagten zurückgewiesen. Krankenhausbehandlung sei auch für die Zeit vom 11. bis 16.6.2016 erforderlich gewesen, da der Versicherte einer nahtlos anschließenden stationären Reha-Behandlung bedurft habe. Zwar habe der gerichtliche Sachverständige festgestellt,

dass ab dem 11.6.2016 eine Verlegung des Versicherten zur Durchführung der Reha-Maßnahme möglich gewesen wäre. Der Versicherte habe jedoch bis zum Zeitpunkt der tatsächlichen Verlegung am 16.6.2016 nicht nach Hause in die ambulante Behandlung entlassen werden können. Es habe daher eine Notfallsituation im Sinne der Rechtsprechung des BSG zur Reha-Notfallbehandlung vorgelegen (*Urteil vom 7.12.2022*).

- 4 Mit ihrer vom Senat zugelassenen Revision rügt die Beklagte eine Verletzung von § 39 Abs 1, § 109 Abs 4 Satz 3 SGB V iVm § 7 Abs 1 Satz 1 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG). Der Versicherte habe für den streitgegenständlichen Behandlungszeitraum keiner vollstationären Behandlung im Krankenhaus bedurft. Soweit das LSG den Vergütungsanspruch der Klägerin auf eine stationäre Reha-Behandlung in entsprechender Anwendung des Rechtsgedankens des § 76 Abs 1 Satz 2 SGB V stütze, richte sich dieser Anspruch nicht gegen sie als Krankenkasse, sondern gegen den zuständigen Reha-Träger des Versicherten.
- 5 Die Beklagte hat im Termin zur mündlichen Verhandlung ein Anerkenntnis in Höhe von 0,10 Euro abgegeben, welches die Klägerin angenommen hat.
- 6 Die Beklagte beantragt,
das Urteil des Landessozialgerichts Niedersachsen-Bremen vom 7. Dezember 2022 und den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Osnabrück vom 17. August 2021 aufzuheben und die Klage abzuweisen,
hilfsweise,
das Urteil des Landessozialgerichts Niedersachsen-Bremen vom 7. Dezember 2022 aufzuheben und die Sache zur erneuten Verhandlung und Entscheidung an das Landessozialgericht zurückzuverweisen.
- 7 Die Klägerin beantragt,
die Revision zurückzuweisen,
hilfsweise,
das Urteil des Landessozialgerichts Niedersachsen-Bremen vom 7. Dezember 2022 aufzuheben und die Sache zur erneuten Verhandlung und Entscheidung an das Landessozialgericht zurückzuverweisen.
- 8 Sie hält die angegriffene Entscheidung für zutreffend.

Entscheidungsgründe

- 9 Die zulässige Revision der Beklagten ist, soweit sie über das angenommene Anerkenntnis hinausgeht, im Sinne der Aufhebung des LSG-Urteils und Zurückverweisung der Sache an das LSG zur erneuten Verhandlung und Entscheidung begründet (§ 170 Abs 2 Satz 2 SGG).

- 10 Die von der Klägerin erhobene (echte) Leistungsklage ist im hier bestehenden Gleichordnungsverhältnis zulässig (*stRspr*; vgl *zB BSG vom 16.12.2008 - B 1 KN 1/07 KR R - BSGE 102, 172 = SozR 4-2500 § 109 Nr 13, RdNr 9 mwN*; *BSG vom 16.8.2021 - B 1 KR 18/20 R - BSGE 133, 24 = SozR 4-2500 § 2 Nr 17, RdNr 7 mwN*). Der Senat kann aber auf Grundlage der Feststellungen des LSG nicht abschließend entscheiden, ob die Beklagte den der Klägerin vom SG zuerkannten - unstreitigen - Vergütungsanspruch durch Aufrechnung erfüllt hat. Es steht nicht fest, dass der Beklagten aus dem hier in der Sache umstrittenen Behandlungsfall ein öffentlich-rechtlicher Erstattungsanspruch für den Zeitraum vom 12. bis zum 16.6.2016 zusteht.
- 11 Der Vergütungsanspruch der Klägerin lässt sich jedenfalls nicht auf die vollstationäre Krankenhausbehandlung des Versicherten stützen. Dem steht entgegen, dass diese in dem streitigen Zeitraum vom 12. bis 16.6.2016 medizinisch nicht (mehr) erforderlich war (*dazu 1.*). Ob die Klägerin einen Vergütungsanspruch für eine stationäre Reha-Behandlung des Versicherten als Notfallbehandlung in entsprechender Anwendung des Rechtsgedankens des § 76 Abs 1 Satz 2 SGB V hat, kann der Senat nicht abschließend entscheiden (*dazu 2.*).
- 12 1. Rechtsgrundlage des von der Klägerin wegen der stationären Behandlung des Versicherten geltend gemachten Vergütungsanspruchs ist § 109 Abs 4 Satz 3 SGB V iVm § 17b Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) und § 7 KHEntgG. Die Zahlungsverpflichtung einer KK entsteht - unabhängig von einer Kostenzusage - unmittelbar mit Inanspruchnahme der Leistung durch den Versicherten kraft Gesetzes, wenn die Versorgung - abgesehen von einem Notfall - in einem zugelassenen Krankenhaus durchgeführt wird und iS von § 39 Abs 1 Satz 2 SGB V erforderlich und wirtschaftlich ist (*stRspr*; vgl *BSG vom 19.3.2020 - B 1 KR 20/19 R - BSGE 130, 73 = SozR 4-2500 § 12 Nr 18, RdNr 11 mwN*). Hieran fehlt es für die durchgeführte vollstationäre Behandlung jedenfalls für den Zeitraum vom 12. bis 16.6.2016.
- 13 Das LSG hat gestützt auf das vom SG eingeholte Gutachten festgestellt, dass der Versicherte ab dem 11.6.2016 nicht mehr der stationären Krankenhausbehandlung bedurfte, sondern in die anschließende Reha-Maßnahme hätte verlegt werden können. An diese Feststellungen des LSG ist der Senat gebunden (§ 163 SGG). Ohne Belang ist insofern, dass das LSG ebenfalls ausgeführt hat, für den Zeitraum vom 11. bis zum 16.6.2016 habe "Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit im Sinne von § 39 SGB V" bestanden. Dies bezieht sich nur auf den Umstand, dass nach Auffassung des LSG der Versicherte nicht ohne Weiteres aus der vollstationären Behandlung in die Häuslichkeit habe entlassen werden können. Das LSG geht aber erkennbar nicht davon aus, dass der Versicherte in dem fraglichen Zeitraum noch der besonderen Mittel des Krankenhauses bedurfte.
- 14 2. Ob die Klägerin den noch streitigen Vergütungsanspruch aus dem Rechtsgedanken des § 76 Abs 1 Satz 2 SGB V herleiten kann, kann der Senat nicht entscheiden.
- 15 Nach der Rechtsprechung des Senats hat ein Krankenhaus Anspruch auf Notfallvergütung, wenn es einen Versicherten stationär versorgt, weil dieser zwar nicht mehr der stationären Krankenhausbehandlung, wohl aber - ggf nach der Entscheidung des Reha-Trägers - ohne Behandlungsunterbrechung spezifischer stationärer medizinischer Reha-Leistungen bedarf, sie jedoch nicht erhält, weil der zuständige, zeitgerecht hierüber informierte Reha-Träger nicht seiner Verpflichtung nachkommt, hierfür einen Platz zur Verfügung zu stellen (*siehe zum Ganzen BSG vom 19.11.2019 - B 1 KR 13/19 R - BSGE 129, 232 = SozR 4-2500 § 76 Nr 6, RdNr 10 ff mwN, insbesondere RdNr 21*).

- 16 Unter Berücksichtigung dieser rechtlichen Maßstäbe fehlen Feststellungen des LSG dazu, dass die Beklagte hinsichtlich des Anspruchs Schuldnerin ist (*dazu a*) und, soweit die Beklagte Gegnerin des geltend gemachten Anspruchs sein sollte, die tatbestandsmäßigen Voraussetzungen vollständig vorlagen (*dazu b*).
- 17 a) Aus den Feststellungen des LSG kann der Senat bereits nicht ableiten, dass die Beklagte Schuldnerin eines etwaigen Anspruchs auf Vergütung einer stationären Notfall-Reha wäre. Ein solcher richtet sich entsprechend den Grundsätzen der stationären Notfallbehandlung im Krankenhaus nicht gegen den Versicherten, sondern allein gegen den Reha-Träger, der im Außenverhältnis zum Versicherten nach dem hier anwendbaren § 14 SGB IX (*idF durch Art 1 Nr 2 des Gesetzes zur Förderung der Ausbildung und Beschäftigung schwerbehinderter Menschen vom 23.4.2004, BGBl I 606 - aF; nunmehr §§ 14 f SGB IX idF durch Art 1 des Gesetzes zur Stärkung der Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen <Bundesteilhabegesetz - BTHG> vom 23.12.2016, BGBl I 3234, in Kraft seit 1.1.2018*) zuständig ist (*vgl BSG vom 19.11.2019 - B 1 KR 13/19 R - BSGE 129, 232 = SozR 4-2500 § 76 Nr 6, RdNr 8, 21 ff*). Es steht nicht fest, wer hier nach § 14 SGB IX im Außenverhältnis zum Versicherten der zuständige Reha-Träger war.
- 18 Das LSG ist davon ausgegangen, dass die Beklagte in jedem Fall die Vergütung der Notfall-Reha an die Klägerin zu leisten hat. Es hat daher keine Feststellungen dazu getroffen, ob ein Reha-Antrag gegenüber der Beklagten gestellt worden und von dieser nicht an den nach ihrer Auffassung zuständigen Reha-Träger weitergeleitet worden ist (§ 14 Abs 1 Satz 2 iVm Abs 2 Satz 1 SGB IX aF), sodass sie erstangegangene Reha-Trägerin ist (*vgl zur fortbestehenden Leistungszuständigkeit des erstangegangenen Reha-Trägers BSG vom 26.6.2007 - B 1 KR 34/06 R - BSGE 98, 267 = SozR 4-3250 § 14 Nr 4, RdNr 14 mwN; BSG vom 11.9.2018 - B 1 KR 6/18 R - BSGE 126, 269 = SozR 4-3250 § 14 Nr 29, RdNr 12 mwN*). Gleichermaßen liegen keine Feststellungen dazu vor, ob der Antrag bei einem anderen Reha-Träger gestellt und fristgerecht an die Beklagte weitergeleitet worden ist (§ 14 Abs 2 Satz 3 Halbsatz 1 iVm Satz 1 SGB IX aF) und ob deshalb die Beklagte als zweitangegangene Reha-Trägerin verpflichtet war (*vgl hierzu etwa BSG vom 29.6.2023 - B 1 KR 23/22 R - SozR 4-1300 § 104 Nr 10 RdNr 26*).
- 19 Auch soweit das LSG ausgeführt hat, dass sich der Versicherte ab dem 16.6.2016 in eine berufsgenossenschaftliche stationäre Weiterbehandlung begeben hat, kann daraus ohne Kenntnis der benannten Tatsachen nicht verlässlich der Schluss gezogen werden, dass die im Außenverhältnis zum Versicherten zuständige Reha-Trägerin die bei Annahme eines Arbeitsunfalls in Betracht kommende Berufsgenossenschaft und damit nicht die Beklagte gewesen sei. Weitere Feststellungen sind durch das LSG nicht getroffen worden. Insbesondere hat das LSG, entgegen der Revisionsbegründung, gerade nicht festgestellt, dass die Berufsgenossenschaft Handel und Warenlogistik mit Schreiben vom 30.5.2016 ihre Einstandspflicht für den Motorradunfall anerkannt habe.
- 20 b) Im Übrigen fehlen auch Feststellungen des LSG zu den Voraussetzungen einer Notfall-Reha.
- 21 Insbesondere kann der Senat die Ausführungen des LSG, es seien keine Umstände erkennbar, dass die Klägerin im Rahmen des ihr obliegenden Entlassmanagements pflichtwidrig eine Verzö-

gerung der Entlassung in die Reha-Maßnahme verursacht habe, nicht nachvollziehen, da diesen Ausführungen keine entsprechenden tatsächlichen Feststellungen zugrunde liegen.

- 22 Schließlich bestehen angesichts der Ausführungen des gerichtlichen Sachverständigen erhebliche Zweifel, ob überhaupt die Voraussetzungen einer Notfall-Reha vorgelegen haben. Denn er verweist darauf, dass für den Fall, dass zwischen Akutbehandlung und stationärer Weiterbehandlung ohnehin ein häuslicher Aufenthalt geplant gewesen sei, die Intensivierung der Mobilisation unter physiotherapeutischer Anleitung auch auf die stationäre Weiterbehandlung hätte verschoben werden können, sodass in diesem Fall die stationäre Akutbehandlung am 11.6.2016 hätte beendet werden können. Voraussetzung für einen Notfall-Reha-Anspruch des Krankenhauses ist aber ua, dass der Versicherte ohne Behandlungsunterbrechung - also entgegen der vom Sachverständigen für möglich erachteten Unterbrechung durch einen häuslichen Aufenthalt - spezifischer stationärer medizinischer Reha-Leistungen mit laufender ärztlicher Betreuung bedarf (vgl. BSG vom 19.11.2019 - B 1 KR 13/19 R - BSGE 129, 232 = SozR 4-2500 § 76 Nr 6, RdNr 21 mwN).
- 23 3. Die Kostenentscheidung bleibt dem LSG vorbehalten. Die Streitwertfestsetzung folgt aus § 197a Abs 1 Satz 1 Teilsatz 1 SGG iVm § 63 Abs 2, § 52 Abs 1 und 3, § 47 Abs 1 GKG.

© Ein Service des Bundesministeriums der Justiz und für Verbraucherschutz
sowie des Bundesamts für Justiz - <https://www.rechtsprechung-im-internet.de>