



Verkündet am
19. November 2019

Im Namen des Volkes

Urteil

in dem Rechtsstreit

BSG Az.: **B 1 KR 13/19 R**
Bayerisches LSG 28.06.2018 - L 4 KR 509/17
SG Augsburg 16.02.2017 - S 12 KR 553/14

.....,

Klägerin und Revisionsbeklagte,

Prozessbevollmächtigte:

.....,

g e g e n

AOK Bayern - Die Gesundheitskasse,
Carl-Wery-Straße 28, 81739 München,

Beklagte und Revisionsklägerin.

Der 1. Senat des Bundessozialgerichts hat auf die mündliche Verhandlung vom 19. November 2019 durch den Vorsitzenden Richter Prof. Dr. H a u c k , den Richter Dr. E s t e l m a n n und die Richterin J u s t sowie die ehrenamtlichen Richterinnen Roth-Bleckwehl und Dr. S t r a u s s für Recht erkannt:

Die Revision der Beklagten gegen das Urteil des Bayerischen Landessozialgerichts vom 28. Juni 2018 wird zurückgewiesen.

Die Beklagte trägt auch die Kosten des Revisionsverfahrens.

Der Streitwert für das Revisionsverfahren wird auf 10 483,32 Euro festgesetzt.

G r ü n d e :

I

- 1 Die Beteiligten streiten über die Vergütung stationärer Krankenhausbehandlung.
- 2 Die klagende Trägerin eines nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhauses behandelte den bei der beklagten Krankenkasse (KK) Versicherten, der aus der gesetzlichen Rentenversicherung eine Vollrente wegen Alters bezog, ab 7.12.2009 stationär wegen der Hauptdiagnose (nach ICD-10-GM 2009) J44.12 (*Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Exazerbation, nicht näher bezeichnet: FEV1 \geq 50 % und $<$ 70 % des Sollwertes*). Auf den durch die Klägerin veranlassten Antrag (30.12.2009) bewilligte die Beklagte eine stationäre Anschlussheilbehandlung (AHB), vorzugsweise in der Lungenfachklinik in P. (im Folgenden: Reha-<Rehabilitations>-Einrichtung) (7.1.2010), fragte bei der Reha-Einrichtung an, wann der Versicherte aufgenommen werden könne und informierte die Klägerin (*Telefax vom 19.1.2010 mit Datum vom 18.1.2010*), dass sie ab 27.1.2010 die Kosten der AHB in der Reha-Einrichtung übernehmen werde. Die Klägerin entließ den Versicherten am 27.1.2010 aus der stationären Behandlung zur nahtlosen Aufnahme in der Reha-Einrichtung. Sie berechnete für den stationären Aufenthalt die Fallpauschale (Diagnosis Related Group - DRG) E36Z (*Intensivmedizinische Komplexbehandlung $>$ 552 Aufwandspunkte bei Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane*), weitere Vergütungsbestandteile (verschiedene Zu- und Abschläge) sowie ein tagesbezogenes Entgelt von insgesamt 9998,60 Euro für zehn Tage Überschreitung der oberen Grenzverweildauer (OGVD) und erhielt dafür von der Beklagten 36 244,01 Euro. Die Beklagte forderte später vergeblich 10 483,32 Euro zurück (OGVD-Betrag einschließlich anteiliger Zu- und Abschläge). Krankenhausbehandlung sei jedenfalls ab dem 42. Tag der stationären Behandlung nicht mehr erforderlich gewesen. Die Beklagte rechnete 10 483,32 Euro gegenüber unstreitigen Vergütungsforderungen der Klägerin für die Behandlung anderer Versicherter auf. Das SG hat die Beklagte zur Zahlung dieses Betrags nebst Zinsen verurteilt (*Urteil vom 16.2.2017*). Das LSG hat die Berufung der Beklagten zurückgewiesen. Die Aufrechnung sei ins Leere gegangen. Die Beklagte habe keinen Erstattungsanspruch. Der von der Klägerin geltend gemachte Vergütungsanspruch für die Behandlung des Versicherten stehe ihr zu. Der Versicherte habe bei Erreichen der OGVD weder nach Hause entlassen noch einer Kurzzeitpflegeeinrichtung noch einer nicht auf Lungenkrankheiten spezialisierten Reha-Einrichtung anvertraut werden können. In diesem Sinne sei die stationäre Behandlung weiterhin aus medizinischen Gründen erforderlich gewesen, auch wenn der Versicherte schon vor Erreichen der OGVD in die Reha-Einrichtung hätte verlegt werden können, sofern ein Behandlungsplatz zur Verfügung gestanden hätte. Das Verhalten der Beklagten sei im Übrigen treuwidrig (*Urteil vom 28.6.2018*).
- 3 Die Beklagte rügt mit ihrer Revision die Verletzung von §§ 39, 109 Abs 4 Satz 3 SGB V.

- 4 Die Beklagte beantragt,
die Urteile des Bayerischen Landessozialgerichts vom 28. Juni 2018 und des Sozialgerichts Augsburg vom 16. Februar 2017 aufzuheben und die Klage abzuweisen.
- 5 Die Klägerin beantragt,
die Revision zurückzuweisen.
- 6 Sie hält die angegriffene Entscheidung für zutreffend.

II

- 7 Die zulässige Revision der beklagten KK ist unbegründet (§ 170 Abs 2 Satz 1 SGG). Das LSG hat zu Recht die Berufung der Beklagten gegen das Urteil des SG zurückgewiesen, das sie zur Zahlung von 10 483,32 Euro nebst Zinsen hierauf von vier Prozentpunkten über dem Basiszinsatz seit dem 18.12.2010 verurteilt hat.
- 8 Der klagenden Krankenhausträgerin steht der im Gleichordnungsverhältnis zulässigerweise mit der (echten) Leistungsklage (*stRspr, vgl zB BSGE 102, 172 = SozR 4-2500 § 109 Nr 13, RdNr 9; BSGE 104, 15 = SozR 4-2500 § 109 Nr 17, RdNr 12*) verfolgte Vergütungsanspruch aus der Behandlung anderer Versicherter zu (*dazu 1.*). Dieser Vergütungsanspruch erlosch nicht infolge der Aufrechnungserklärung der beklagten KK. Die Voraussetzungen des § 387 BGB sind nicht erfüllt. Schulden danach zwei Personen einander Leistungen, die ihrem Gegenstand nach gleichartig sind, so kann jeder Teil seine Forderung gegen die Forderung des anderen Teils aufrechnen, sobald er die ihm gebührende Leistung fordern und die ihm obliegende Leistung bewirken kann. Ein öffentlich-rechtlicher Erstattungsanspruch wegen überzahlter Vergütung für die Behandlung des Versicherten, mit dem die Beklagte aufrechnete, besteht nicht. Der streitige Vergütungsanspruch in Höhe des OGVD-Betrags einschließlich anteiliger Zu- und Abschläge von 10 483,32 Euro beruht auf dem Anspruch auf Vergütung als stationäre Reha-Notfallbehandlung in entsprechender Anwendung des Rechtsgedankens des § 76 Abs 1 Satz 2 SGB V. Endet die Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit eines Versicherten, weil dieser nicht mehr einer Versorgung mit den Mitteln des Krankenhauses bedarf, benötigt er aber medizinisch zwingend eine spezielle stationäre medizinische Reha, weil eine auch nur vorübergehende nichtstationäre Versorgung unzureichend ist, muss der zuständige, zeitgerecht hierüber informierte Reha-Träger für eine unmittelbar anschließende stationäre medizinische Reha sorgen. Kommt er dieser Pflicht nicht nach, sodass dem Versicherten bei einer Entlassung aus stationärer Krankenhausbehandlung eine Gesundheitsschädigung droht, ist das Krankenhaus als nicht zugelassene Reha-Einrichtung entsprechend dem Rechtsgedanken des § 76 Abs 1 Satz 2 SGB V berechtigt, den Versicherten für die Dauer dieses Notfalls als stationären medizinischen Reha-Notfall (*dazu 2.*) zu den Sätzen für Krankenhausbehandlung (*dazu 3.*) zu versorgen. Die Klägerin erfüllte diese Voraussetzungen der Vergütung stationärer Reha-Notfallbehandlung (*dazu 4.*). Die Klägerin hat

auch Anspruch auf Zinsen in Höhe von vier Prozentpunkten über dem Basiszinssatz seit dem 18.12.2010 auf den von der Beklagten in Höhe von 10 483,32 Euro nicht erfüllten Vergütungsanspruch für Reha-Notfalleistungen (*dazu 5.*).

- 9 1. Es ist zwischen den Beteiligten zu Recht nicht streitig, dass die Klägerin aufgrund stationärer Behandlung anderer Versicherter der Beklagten Anspruch auf die abgerechnete Vergütung von 10 483,32 Euro hatte; eine nähere Prüfung des erkennenden Senats erübrigt sich insoweit (*vgl zur Zulässigkeit dieses Vorgehens zB BSG SozR 4-2500 § 129 Nr 7 RdNr 10; BSG SozR 4-2500 § 130 Nr 2 RdNr 17; BSG SozR 4-5562 § 9 Nr 4 RdNr 8.*)
- 10 2. Rechtsgrundlage des Vergütungsanspruchs ist der Rechtsgedanke des § 76 Abs 1 Satz 2 SGB V (*dazu a*) in entsprechender Anwendung auf Reha-Notfallbehandlungen (*dazu b*). Der Anspruch richtet sich gegen den außenzuständigen Reha-Träger (*dazu c*).
- 11 a) Nach § 76 Abs 1 Satz 2 SGB V dürfen Versicherte andere Ärzte als die in § 76 Abs 1 Satz 1 SGB V genannten Vertragsärzte und weiteren Leistungserbringer im ambulanten Versorgungsbereich einschließlich der ambulanten Operationen nur in Notfällen in Anspruch nehmen. Die Gesetzesregelung enthält einen allgemeinen Rechtsgedanken für die Sicherstellung notwendiger ärztlicher Versorgung: Versicherte dürfen im Naturalleistungssystem des SGB V grundsätzlich nur zugelassene Leistungserbringer in Anspruch nehmen (*vgl zB § 2 Abs 2 Satz 1 und 3; für stationäre medizinische Reha § 40 Abs 2 und § 111 Abs 1 SGB V; im Übrigen vgl etwa § 76 Abs 1 Satz 1; § 39 Abs 1 Satz 2 iVm § 108; § 124 Abs 1; § 126 Abs 1 Satz 1 SGB V*). In Notfällen greift diese Beschränkung aber bei ärztlichen Leistungen nicht ein. Denn die Versorgung der Versicherten soll im medizinischen Notfall zusätzlich auch durch nicht zugelassene, aber akut handlungsbereite ärztliche Leistungserbringer abgesichert werden.
- 12 Dementsprechend findet diese Regelung auch auf den stationären Versorgungsbereich entsprechend Anwendung (*vgl BSGE 89, 39, 41 f = SozR 3-2500 § 13 Nr 25 S 118; BSGE 101, 177 = SozR 4-2500 § 109 Nr 6, RdNr 47; BSG Urteil vom 8.9.2015 - B 1 KR 14/14 R - juris RdNr 14 = USK 2015-59; BSGE 119, 141 = SozR 4-2500 § 108 Nr 4, RdNr 13; Klückmann in Hauck/Noftz, SGB V, Stand August 2019, § 76 RdNr 13a; Legde in LPK-SGB V, 5. Aufl 2016, § 76 RdNr 13; Orlowski in Orlowski/Remmert, SGB V, Stand Oktober 2019, § 76 RdNr 36; Rademacker in KassKomm, Stand August 2019, § 76 SGB V RdNr 8; iE ebenso Lang in Becker/Kingreen, SGB V, 6. Aufl 2018, § 76 RdNr 19*). Wird ein in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versicherter Patient als stationärer Notfall in ein nicht zugelassenes Krankenhaus aufgenommen, so wird dieses für die Dauer der Notfallbehandlung in das öffentlich-rechtliche Naturalleistungssystem der GKV einbezogen und erbringt seine Leistungen nach denselben Grundsätzen, die für zugelassene Krankenhäuser gelten. Der Vergütungsanspruch richtet sich nicht gegen den Versicherten, sondern allein gegen die KK (*vgl BSGE 89, 39, 41 f = SozR 3-2500 § 13 Nr 25 S 118*).

- 13 b) Diese Rechtsgrundsätze gelten entsprechend grundsätzlich auch in Notfällen, in denen Versicherte Anspruch nicht auf kurative Krankenhausbehandlung, sondern auf stationäre medizinische Reha haben. Insoweit besteht im Recht der medizinischen Reha eine planwidrige Regelungslücke (*dazu aa*), die nach dem in § 76 Abs 1 Satz 2 SGB V enthaltenen Rechtsgedanken und dem mit ihr verfolgten Zweck dieselbe rechtliche Bewertung erfordert (*dazu bb; zu den Analogie Voraussetzungen vgl zB BSG SozR 4-1200 § 44 Nr 8 RdNr 15 mwN; BSGE 123, 10 = SozR 4-1300 § 107 Nr 7, RdNr 18 mwN; BSGE 126, 174 = SozR 4-3500 § 98 Nr 5, RdNr 20; BSGE 126, 277 = SozR 4-7610 § 812 Nr 8, RdNr 25; BSG Urteil vom 30.7.2019 - B 1 KR 15/18 R - juris RdNr 19, zur Veröffentlichung in BSGE und SozR 4 vorgesehen*).
- 14 aa) Der Gesetzgeber hat die seltene Problematik der Notfälle bei Leistungen der stationären medizinischen Reha übersehen und unbewusst nicht geregelt. Versicherte dürfen nach den gesetzlichen Regelungen auch für Leistungen der stationären medizinischen Reha grundsätzlich nur zugelassene Leistungserbringer in Anspruch nehmen (*vgl zB für die hier betroffene Reha-Trägerin § 40 Abs 2 und § 111 Abs 1 SGB V*). Die Träger der medizinischen Reha (*vgl § 6 Abs 1 Nr 1, 3 und 4 bis 7 SGB IX*) erbringen ihre Leistungen jeweils regelmäßig durch zugelassene Leistungserbringer als Naturalleistung. Die Vorschriften des SGB IX gelten für die Leistungen zur Teilhabe, soweit sich aus den für den jeweiligen Reha-Träger geltenden Leistungsgesetzen nichts Abweichendes ergibt. Die Zuständigkeit und die Voraussetzungen für die Leistungen zur Teilhabe richten sich nach den für den jeweiligen Reha-Träger geltenden Leistungsgesetzen (*vgl § 7 SGB IX idF durch Art 1 Sozialgesetzbuch - Neuntes Buch - <SGB IX> Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen vom 19.6.2001, BGBl I 1046 <aF>, inzwischen fortgeführt als Abs 1 Satz 2 durch Art 1 Gesetz zur Stärkung der Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen <Bundesteilhabegesetz - BTHG> vom 23.12.2016, BGBl I 3234*). Außerhalb von § 76 Abs 1 Satz 2 SGB V enthalten die für den jeweiligen Reha-Träger geltenden Leistungsgesetze keine entsprechende Regelung. Der Gesetzgeber hat damit nicht etwa bewusst ausschließen wollen, dass nicht zugelassene Leistungserbringer Versicherten im Notfall stationäre medizinische Reha leisten. Im vom Gesetz zugrunde gelegten Regelfall sorgt der Reha-Träger bei erforderlicher medizinischer stationärer Reha unmittelbar im Anschluss an eine stationäre Krankenhausbehandlung dafür, dass diese zeitgerecht stattfindet. Er entscheidet nach pflichtgemäßem Ermessen ua über den Leistungserbringer (*vgl auch BSGE 113, 231 = SozR 4-2500 § 40 Nr 7, RdNr 10 ff*). Einer ausdrücklichen Regelung für den Notfall bedarf es insoweit nicht.
- 15 Dem SGB IX ist die Wichtigkeit der zeitnahen Bewirkung der Leistungen aber bewusst (*vgl zB § 22 Abs 1 Satz 2 Nr 7 SGB IX idF durch Art 8 Nr 5 Buchst a Gesetz zur Einordnung des Sozialhilferechts in das Sozialgesetzbuch vom 27.12.2003, BGBl I 3022 mWv 1.7.2004; s ferner § 28 Abs 2 SGB IX idF durch Art 1 BTHG vom 23.12.2016, BGBl I 3234*).
- 16 bb) Die entsprechende Anwendung der Notfallregelung des § 76 Abs 1 Satz 2 SGB V fügt sich funktionsadäquat in das Regelungssystem der stationären medizinischen Reha ein. Auch bei stationärer medizinischer Reha geht es im Einzelfall um unverzichtbare ärztliche Leistungen, die im

Notfall auch nicht zugelassene Leistungserbringer sicherstellen. Die entsprechende Anwendung der Notfallregelung ist aber kein Mittel für den Versicherten oder das weiterbehandelnde Krankenhaus, um eine für rechtswidrig erachtete Entscheidung des Reha-Trägers über den Reha-Bedarf zu unterlaufen: Hiergegen steht dem Versicherten Rechtsschutz einschließlich der Erstattungsregelungen offen (*vgl § 15 SGB IX aF und § 18 SGB IX idF durch Art 1 BTHG vom 23.12.2016, BGBl I 3234*).

- 17 Stationäre Krankenhaus- und stationäre medizinische Reha-Behandlung überschneiden sich in Einzelkomponenten in der Sache. Das zeigt beispielhaft der Vergleich von Krankenhäusern und Einrichtungen der stationären medizinischen Reha im Sinne des SGB V (*vgl § 107 Abs 1 und Abs 2 SGB V*). So sind Krankenhäuser im Sinne des SGB V Einrichtungen, die 1. der Krankenhausbehandlung oder Geburtshilfe dienen, 2. fachlich-medizinisch unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende, ihrem Versorgungsauftrag entsprechende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und nach wissenschaftlich anerkannten Methoden arbeiten, 3. mit Hilfe von jederzeit verfügbarem ärztlichem, Pflege-, Funktions- und medizinisch-technischem Personal darauf eingerichtet sind, vorwiegend durch ärztliche und pflegerische Hilfeleistung Krankheiten der Patienten zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten, Krankheitsbeschwerden zu lindern oder Geburtshilfe zu leisten, und in denen 4. die Patienten untergebracht und gepflegt werden können (*vgl § 107 Abs 1 SGB V*). Reha-Einrichtungen im Sinne des SGB V sind Einrichtungen, die 1. der stationären Behandlung der Patienten dienen, um a) eine Schwächung der Gesundheit, die in absehbarer Zeit voraussichtlich zu einer Krankheit führen würde, zu beseitigen oder einer Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung eines Kindes entgegenzuwirken (Vorsorge) oder b) eine Krankheit zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern oder im Anschluss an Krankenhausbehandlung den dabei erzielten Behandlungserfolg zu sichern oder zu festigen, auch mit dem Ziel, eine drohende Behinderung oder Pflegebedürftigkeit abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern (Rehabilitation), wobei Leistungen der aktivierenden Pflege nicht von den KKn übernommen werden dürfen, 2. fachlich-medizinisch unter ständiger ärztlicher Verantwortung und unter Mitwirkung von besonders geschultem Personal darauf eingerichtet sind, den Gesundheitszustand der Patienten nach einem ärztlichen Behandlungsplan vorwiegend durch Anwendung von Heilmitteln einschließlich Krankengymnastik, Bewegungstherapie, Sprachtherapie oder Arbeits- und Beschäftigungstherapie, ferner durch andere geeignete Hilfen, auch durch geistige und seelische Einwirkungen, zu verbessern und den Patienten bei der Entwicklung eigener Abwehr- und Heilungskräfte zu helfen, und in denen 3. die Patienten untergebracht und gepflegt werden können (*vgl § 107 Abs 2 SGB V*).

- 18 Das SGB IX geht ausdrücklich davon aus, dass die Ziele der Leistungen zur medizinischen Reha auch bei Leistungen der Krankenbehandlung gelten (*vgl § 27 SGB IX aF mit Verweis auf § 26 Abs 1 SGB IX aF, entsprechend § 43 und § 42 SGB IX idF durch Art 1 BTHG vom 23.12.2016,*

BGBI I 3234). Danach werden zur medizinischen Reha behinderter und von Behinderung bedrohter Menschen die erforderlichen Leistungen erbracht, um 1. Behinderungen einschließlich chronischer Krankheiten abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen, eine Verschlimmerung zu verhüten oder 2. Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit und Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, zu überwinden, zu mindern, eine Verschlimmerung zu verhüten sowie den vorzeitigen Bezug von laufenden Sozialleistungen zu vermeiden oder laufende Sozialleistungen zu mindern.

- 19 Die Krankenhausbehandlung umfasst im Rahmen des Versorgungsauftrags des Krankenhauses alle Leistungen, die im Einzelfall nach Art und Schwere der Krankheit für die medizinische Versorgung der Versicherten im Krankenhaus notwendig sind, insbesondere ärztliche Behandlung (*§ 28 Abs 1 SGB V*), Krankenpflege, Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln, Unterkunft und Verpflegung; die akutstationäre Behandlung umfasst auch die im Einzelfall erforderlichen und zum frühestmöglichen Zeitpunkt einsetzenden Leistungen zur Frührehabilitation (*vgl § 39 Abs 1 Satz 3 SGB V*). Die stationäre medizinische Reha-Behandlung in Reha-Einrichtungen ist dadurch gekennzeichnet, dass sie einerseits der aufwändigeren besonderen Mittel des Krankenhauses nicht umfassend bedarf, andererseits dafür aber verstärkt der Reha-Mittel. Die Notwendigkeit von Krankenhausbehandlung ist davon abhängig, dass die Behandlung primär dazu dient, eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern (*vgl § 27 Abs 1 SGB V*), und dass gerade bezogen auf zumindest eines dieser Behandlungsziele die besonderen Mittel eines Krankenhauses erforderlich sind. Als solche Mittel hat die Rspr die apparative Mindestausstattung des Krankenhauses, besonders geschultes Pflegepersonal und einen jederzeit präsenten bzw rufbereiten Arzt herausgestellt. Der Anspruch auf Krankenhauspflege setzt weder den Einsatz all dieser Mittel voraus, noch genügt die Erforderlichkeit lediglich eines der Mittel (*vgl BSG Beschluss vom 4.4.2006 - B 1 KR 32/04 R - juris RdNr 18; vgl auch BSGE 94, 139 = SozR 4-2500 § 112 Nr 4, RdNr 12 mwN; BSGE 102, 181 = SozR 4-2500 § 109 Nr 15, RdNr 18*).
- 20 In der Notfallsituation nimmt es die Rechtsordnung indes hin, dass nicht alle Mittel der Regelversorgung verfügbar sind, weil eine in diesem Sinne eingeschränkte ärztliche Notfallversorgung besser ist als keine Versorgung. Ebenso, wie die kurative stationäre Versorgung durch das Krankenhaus im Notfall außerhalb seines Versorgungsauftrags mit den dann nur eingeschränkten Mitteln des hierauf nicht ausgelegten Krankenhauses erfolgt, gilt dies für die Versorgung eines Versicherten mit stationärer medizinischer Reha durch ein Krankenhaus im Notfall.
- 21 Ein Notfall bei der Versorgung mit stationären medizinischen Reha-Leistungen setzt entsprechend den aufgezeigten Grundsätzen voraus, dass der Versicherte nicht (mehr) stationärer Krankenhausbehandlung bedarf, wohl aber - ggf nach der Entscheidung des Reha-Trägers - ohne Behandlungsunterbrechung spezifischer stationärer medizinischer Reha-Leistungen mit laufender ärztlicher Betreuung, und dass der Reha-Träger dennoch einen Platz für stationäre medizinische Reha nicht zur Verfügung stellt. Reha-Träger in diesem Sinne ist nach dem Regulationssystem des SGB IX jener, der im Außenverhältnis zum Versicherten für die Reha zuständig

ist (vgl § 14 SGB IX idF durch Art 1 Nr 2 Gesetz zur Förderung der Ausbildung und Beschäftigung schwerbehinderter Menschen vom 23.4.2004, BGBl I 606 - § 14 SGB IX aF -, nunmehr §§ 14 f SGB IX idF durch Art 1 BTHG vom 23.12.2016, BGBl I 3234).

- 22 c) Der Vergütungsanspruch des Krankenhauses für die stationäre medizinische Notfall-Reha richtet sich entsprechend den Grundsätzen der stationären Notfallbehandlung im Krankenhaus nicht gegen den Versicherten, sondern allein gegen den Reha-Träger (*entsprechend BSGE 89, 39, 41 f = SozR 3-2500 § 13 Nr 25 S 118*), der im Außenverhältnis zum Versicherten nach § 14 SGB IX aF und seit 1.1.2018 nach §§ 14 f SGB IX der zuständige Reha-Träger ist.
- 23 Leitet der erstangegangene Reha-Träger - wie hier - den Reha-Antrag nicht weiter (vgl zur fortbestehenden Leistungszuständigkeit des erstangegangenen Reha-Trägers *BSGE 126, 269 = SozR 4-3250 § 14 Nr 29; BSGE 98, 267 = SozR 4-3250 § 14 Nr 4*), stellt er den Reha-Bedarf unverzüglich fest (§ 14 Abs 2 Satz 1 SGB IX aF). Die Zuständigkeit des erstangegangenen Reha-Trägers (§ 14 Abs 2 Satz 1 SGB IX aF) erstreckt sich im Außenverhältnis zwischen dem Antragsteller und dem erstangegangenen Reha-Träger auf alle Rechtsgrundlagen, die überhaupt in dieser Bedarfssituation reha-rechtlich vorgesehen sind (vgl *BSGE 93, 283 = SozR 4-3250 § 14 Nr 1, RdNr 15 ff; BSGE 98, 267 = SozR 4-3250 § 14 Nr 4, RdNr 14; BSGE 102, 90 = SozR 4-2500 § 33 Nr 21, RdNr 23; BSGE 126, 269 = SozR 4-3250 § 14 Nr 29, RdNr 12; s aber auch § 15 Abs 3 SGB IX idF des BTHG vom 23.12.2016, BGBl I 3234*). Nach diesem Außenverhältnis zwischen dem Reha-Träger als Leistungsträger und dem Versicherten richtet sich auch das Verhältnis zwischen dem Reha-Träger als Kostenträger und dem Krankenhaus als Reha-Notfall-Leistungserbringer. Geht zB eine KK als Reha-Träger davon aus, dass ein anderer Reha-Träger für die Anschlussversorgung zuständig ist, nachdem das Krankenhaus sie über die medizinisch notwendige nahtlose stationäre Reha-Anschluss-Versorgung in Kenntnis gesetzt und dabei für den Versicherten einen Reha-Antrag gestellt hat, muss sie den Antrag fristgerecht an den anderen Reha-Träger weiterleiten und den Leistungserbringer unverzüglich darüber informieren, dass sie mangels außenwirksamer Reha-Zuständigkeit nicht als Kostenträger für die Notfallbehandlung aufzukommen hat, sondern der zweitangegangene Träger.
- 24 3. Der Vergütungsanspruch des Krankenhauses beläuft sich der Höhe nach auf die Vergütung von Krankenhausleistungen, wie wenn das Krankenhaus im kurativen Notfall behandelt. Es kann dem Krankenhaus nicht zugemutet werden, anstelle seiner durch den Versorgungsauftrag bestimmten Leistungsstruktur im Notfall spezifische stationäre medizinische Reha-Leistungen anzubieten.
- 25 § 76 Abs 1 Satz 2 SGB V trifft keine eigene Regelung über die Höhe der Vergütung bei Notfallbehandlungen. Dessen bedarf es auch nicht, weil die notfallbehandelnden Ärzte und Krankenhäuser unabhängig von ihrem Zulassungsstatus in das Naturalleistungssystem grundsätzlich nach den für dieses geltenden Vergütungsregelungen einbezogen werden (*zum ambulanten Ver-*

sorgungsbereich und den dortigen Modifikationen, insbesondere zur pauschalen Honorarminde-
rung in Höhe von 10 vH für Notfalleistungen öffentlich geförderter Krankenhäuser, vgl zur RVO:
BSGE 75, 184 = SozR 3-2500 § 120 Nr 4, mwN; zum SGB V: BSG SozR 4-2500 § 75 Nr 8
RdNr 14 ff mwN; BSG SozR 4-2500 § 75 Nr 13 RdNr 27 ff mwN; BSG Beschluss vom
17.7.2013 - B 6 KA 8/13 B - juris RdNr 10 mwN = KHE 2013/70; BSG SozR 4-2500 § 75 Nr 19
RdNr 15 ff mwN). Soweit ein zur Versorgung überhaupt nicht zugelassenes Krankenhaus oder
ein seinen Versorgungsauftrag überschreitendes, zugelassenes Krankenhaus Leistungen der er-
forderlichen stationären Notfall-Krankenhausbehandlung erbringt, findet das auch ansonsten für
die Vergütung der Leistungen zugelassener Krankenhäuser geltende Preisrecht Anwendung. Es
ergibt sich aus dem Krankenhausfinanzierungsgesetz, dem Krankenhausentgeltgesetz
(KHEntgG), der Bundespflegesatzverordnung (BPfIVO) sowie den untergesetzlichen Normen
einschließlich der Normverträge, insbesondere auch aus der jeweiligen Fallpauschalenverein-
barung.

- 26 Ein Krankenhaus, das unter Beachtung seiner Pflichten aus dem Wirtschaftlichkeitsgebot und
dem Entlassmanagement rechtmäßig - partiell - eine stationäre Reha-Leistung anstelle einer
Reha-Einrichtung als Notfallbehandlung erbringt, muss sich nicht auf die zwischen KKn und
Reha-Einrichtungen bestehenden Verträge (§§ 111, 111b, 111c SGB V) verweisen lassen. Das
Preisrecht der Krankenhausvergütung für öffentlich-rechtlich geförderte Krankenhäuser, das für
die zugelassenen Krankenhäuser auch dann maßgeblich ist, wenn sie ausnahmsweise keine
Plankrankenhäuser oder Hochschulkliniken (§ 108 Nr 1 und 2 SGB V) sind, sondern kraft Versor-
gungsvertrags (§ 108 Nr 3 SGB V) zugelassen sind (§ 109 Abs 4 Satz 3 SGB V), bildet in
pauschalierter Form den Aufwand ab, der den Krankenhäusern durch die Behandlung von
Patienten unter Berücksichtigung ihrer besonderen sächlichen und personellen Ausstattung
(Vorhaltekosten) abzüglich der Investitionsförderung entsteht und weist Ihnen dafür definierte
Erlöse zu. Die Krankenhäuser sind nicht gehalten, für von ihnen nicht zu vertretende Reha-
Notfallbehandlungen, eigenständige kostengünstigere Versorgungsstrukturen zu organisieren,
die sich an denen der Reha-Einrichtungen orientieren. Dies ist auch deshalb hinnehmbar, weil es
Aufgabe der Reha-Träger ist, durch eine von ihnen zu verantwortende stationäre Reha-
Versorgungsstruktur unwirtschaftliche, aber aus Notfallgründen gleichwohl notwendige
Behandlungen durch Krankenhäuser zu vermeiden.
- 27 4. Die aufgezeigten Voraussetzungen des streitigen Vergütungsanspruchs sind dem Grunde
(dazu a) und der Höhe nach erfüllt. Der Klägerin steht die Vergütung für die Behandlung des
Versicherten vom 17. bis 26.1.2010 in Höhe von 10 483,32 Euro zu (dazu b).
- 28 a) Beim Versicherten lag ein Notfall im vorgenannten Sinne vor. Der Versicherte bedurfte jeden-
falls ab dem 17.1.2010 nicht mehr stationärer Krankenhausbehandlung, wohl aber ohne Behand-
lungsunterbrechung spezifischer stationärer medizinischer Reha-Leistungen mit laufender ärzt-
licher Betreuung in einer pulmologisch ausgerichteten Reha-Einrichtung. Die Beklagte zog nicht

in Zweifel, dass der Versicherte spezifischer stationärer medizinischer Reha-Leistungen mit laufender ärztlicher Betreuung ab spätestens 17.1.2010 bedurfte, ohne dass eine Versorgung etwa in einer Pflegeeinrichtung mit vertragsärztlicher Betreuung auch nur vorübergehend ausreichend war. Dies entsprach auch der Sachlage entsprechend den bindenden Feststellungen des LSG (§ 163 SGG). Die Beklagte war nach den aufgezeigten Grundsätzen als erstangegangener Reha-Träger nach § 14 SGB IX aF im Außenverhältnis zum Versicherten leistungs verpflichtet und im Verhältnis zur Klägerin zuständiger Kostenträger für die erbrachten Leistungen. Die Beklagte stellte dem Versicherten auch nicht zeitgerecht einen Reha-Platz zur Verfügung, sondern erst ab 27.1.2010. Die Klägerin ergriff in Einklang mit dem Wirtschaftlichkeitsgebot alle ihr zumutbaren Maßnahmen, um der Beklagten eine rechtzeitige Verlegung des Versicherten in die Reha-Einrichtung zu ermöglichen. Die Klägerin informierte die Beklagte frühzeitig, in ausreichendem zeitlichen Abstand vor Ende der Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit über die Notwendigkeit der AHB. Die Beklagte bewilligte den Antrag des Versicherten umgehend, war jedoch nicht in der Lage, ihm vor dem 27.1.2010 einen freien AHB-Platz zur Verfügung zu stellen.

- 29 b) Der erkennende Senat kann im Revisionsverfahren von einer Vergütungsforderung iHv 10 483,32 Euro ausgehen. Der vom LSG zugrunde gelegte übereinstimmende Beteiligtenvortrag genügt insoweit als ausreichende Tatsachengrundlage, zumal beide Beteiligten eine besondere professionelle Kompetenz aufweisen (*vgl zu den Grundsätzen zB BSG SozR 4-2500 § 130 Nr 2 RdNr 17*). Insbesondere bestehen keine durchgreifenden rechtlichen Bedenken dagegen, dass die Klägerin den tagesbezogenen OGVD-Betrag ausgehend von der von der Beklagten vergüteten Fallpauschale für die Zeit vom 17. bis 26.1.2010 berechnete.
- 30 5. Der Zinsanspruch der Klägerin gründet sich auf die "Vereinbarung für den Vereinbarungs-/Pflegesatzzeitraum 2009 nach § 11 Abs. 1 KHEntgG und § 17 Abs. 1 BPlfV" (Vereinbarung 2009) zwischen der Klägerin und ua der Beklagten (*vgl auch BSGE 102, 172 = SozR 4-2500 § 109 Nr 13, RdNr 10 mwN*). Die Voraussetzungen des geltend gemachten Anspruchs auf Prozesszinsen (*vier Prozentpunkte über dem jeweiligen Basiszinssatz nach § 12 Nr 1 Vereinbarung 2009*) sind entsprechend der Rspr des erkennenden Senats (*vgl BSG SozR 4-2500 § 69 Nr 7 RdNr 14; vgl auch BSGE 96, 133 = SozR 4-7610 § 291 Nr 3*) aufgrund der unangegriffenen, bindenden (§ 163 SGG) Feststellungen des LSG erfüllt. Vorrangige vertragliche Regelungen iS von § 112 Abs 2 SGB V über die allgemeinen Bedingungen der Krankenhausbehandlung, insbesondere der Kostenübernahme und der Abrechnung der Entgelte, gab es in Bayern im betroffenen Zeitraum nach den bindenden Feststellungen (§ 163 SGG) des LSG nicht.
- 31 6. Die Kostenentscheidung folgt aus § 197a Abs 1 Satz 1 Teilsatz 3 SGG iVm § 154 Abs 2 VwGO. Die Festsetzung des Streitwerts beruht auf § 197a Abs 1 Satz 1 Teilsatz 1 SGG iVm § 63 Abs 2 Satz 1, § 52 Abs 1 und 3 sowie § 47 Abs 1 GKG.