



Ein Akutkrankenhaus hat Anspruch auf Vergütung, wenn es einen Versicherten, der nur noch stationärer medizinischer Reha-Leistungen bedarf, so lange stationär weiterbehandelt, bis er einen Reha (Rehabilitations)-Platz erhält.

Ausgabejahr 2019
Nummer 54
Datum 19.11.2019

Der Reha (Rehabilitations)-Träger trägt die Kosten, wenn ein Krankenhaus einen Versicherten weiterbehandelt, der aus medizinischen Gründen nicht mehr stationärer Krankenhausbehandlung bedarf, sondern nur noch stationärer medizinischer Reha (Rehabilitation), aber jedenfalls stationärer medizinischer Versorgung. Das hat der 1. Senat des Bundessozialgerichts heute entschieden und die Revision der klagenden Krankenkasse zurückgewiesen (*Aktenzeichen B 1 KR 13/19 R*).

Die Rechtsgrundsätze über ärztliche Notfallversorgung gelten entsprechend, wenn Versicherte Anspruch auf stationäre medizinische Reha (Rehabilitation) haben, aber nicht zeitgerecht erhalten. Dies schließt die unbewusste Regelungslücke in SGB V (Sozialgesetzbuch Fünftes Buch - Gesetzliche Krankenversicherung) und SGB IX (Sozialgesetzbuch Neuntes Buch - Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen)

hinsichtlich stationärer medizinischer Reha (Rehabilitation) im Notfall. Behandelt ein nicht zur stationären medizinischen Reha (Rehabilitation) zugelassenes Krankenhaus einen krankenversicherten Patienten, der nur noch stationärer medizinischer Reha (Rehabilitations)-Leistungen bedarf, so lange stationär weiter, bis er einen

Reha (Rehabilitations)-Platz ~~erhält~~, hat es gegen den Reha (Rehabilitations)-Träger für die Dauer der Notfallbehandlung Anspruch auf Vergütung nach denselben Grundsätzen, die für zugelassene Krankenhäuser gelten. Es kann dem Krankenhaus nicht zugemutet werden, anstelle seiner durch den Versorgungsauftrag bestimmten Leistungsstruktur im Notfall hiervon abweichende spezifische stationäre medizinische Reha (Rehabilitations)-Leistungen anzubieten. Die Klägerin handelte als nicht zugelassener Reha (Rehabilitations)-Leistungserbringer im Notfall, da kein zugelassener Leistungserbringer für die unmittelbar im Anschluss an die Krankenhausbehandlung erforderliche Leistung verfügbar war.

Hinweise zur Rechtslage

§ 39 Abs (Absatz) 1

SGB V (Sozialgesetzbuch Fünftes Buch - Gesetzliche Krankenversicherung) - Krankenhausbehandlung (in der hier maßgeblichen Fassung durch Art (Artikel) 5 Nr (Nummer) 11 nach Maßgabe des Art (Artikel) 67 Gesetz vom 19.6.2001, BGBl (Bundesgesetzblatt) I 1046 mWv (mit Wirkung vom) 1.7.2001)

(1) ... Versicherte haben Anspruch auf vollstationäre Behandlung in einem zugelassenen Krankenhaus (§ 108), wenn die Aufnahme nach Prüfung durch das Krankenhaus erforderlich ist, weil das Behandlungsziel nicht durch teilstationäre, vor- und nachstationäre oder ambulante Behandlung einschließlich häuslicher Krankenpflege erreicht werden kann. 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. (Absatz) 1), 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.

§ 40 Abs (Absatz) 2 Satz 1, Abs (Absatz) 3 Satz 1 und 2

SGB V (Sozialgesetzbuch Fünftes Buch - Gesetzliche Krankenversicherung) - Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (in der hier maßgeblichen Fassung durch Art (Artikel) 1 Nr (Nummer) 26 GKV-WSG (Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der Gesetzlichen Krankenversicherung) vom 26.3.2007, BGBl (Bundesgesetzblatt) I 378, mWv (mit Wirkung vom) 1.4.2007)

2) Reicht die Leistung nach Absatz 1 nicht aus, erbringt die Krankenkasse stationäre Rehabilitation mit Unterkunft und Verpflegung in einer nach § 20 Abs. (Absatz) 2a des

Neunten Buches zertifizierten Rehabilitationseinrichtung, mit der ein Vertrag nach § 111 besteht.

(3) Die Krankenkasse bestimmt nach den medizinischen Erfordernissen des Einzelfalls Art, Dauer, Umfang, Beginn und Durchführung der Leistungen nach den Absätzen 1 und 2 sowie die Rehabilitationseinrichtung nach pflichtgemäßem Ermessen. Leistungen nach Absatz 1 sollen für längstens 20 Behandlungstage, Leistungen nach Absatz 2 für längstens drei Wochen erbracht werden, es sei denn, eine Verlängerung der Leistung ist aus medizinischen Gründen dringend erforderlich. ...

§ 76 Abs (Absatz) 1 Satz 1 und 2

SGB V (Sozialgesetzbuch Fünftes Buch - Gesetzliche Krankenversicherung)
(in der hier maßgeblichen Fassung durch Art (Artikel) 6 Nr (Nummer) 17
Gesetz vom 28.5.2008, BGBl (Bundesgesetzblatt) I 874,
mWv (mit Wirkung vom) 1.7.2008)

(1) Die Versicherten können unter den zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Ärzten, den medizinischen Versorgungszentren, den ermächtigten Ärzten, den ermächtigten oder nach § 116b an der ambulanten Versorgung teilnehmenden Einrichtungen, den Zahnkliniken der Krankenkassen, den Eigeneinrichtungen der Krankenkassen nach § 140 Abs. (Absatz) 2 Satz 2, den nach § 72a Abs. (Absatz) 3 vertraglich zur ärztlichen Behandlung verpflichteten Ärzten und Zahnärzten, den zum ambulanten Operieren zugelassenen Krankenhäusern sowie den Einrichtungen nach § 75 Abs. (Absatz) 9 frei wählen. Andere Ärzte dürfen nur in Notfällen in Anspruch genommen werden. ...

§ 111 Abs (Absatz) 1

SGB V (Sozialgesetzbuch Fünftes Buch - Gesetzliche Krankenversicherung)
(in der hier maßgeblichen Fassung durch Art (Artikel) 5 Nr (Nummer) 24
nach Maßgabe des Art (Artikel) 67 Gesetz vom 19.6.2001,
BGBl (Bundesgesetzblatt) I 1046, mWv (mit Wirkung vom) 1.7.2001)

Die Krankenkassen dürfen ... Leistungen zur medizinischen Rehabilitation einschließlich der Anschlussheilbehandlung (§ 40), die eine stationäre Behandlung, aber keine Krankenhausbehandlung erfordern, nur in ... Rehabilitationseinrichtungen erbringen lassen, mit denen ein Versorgungsvertrag nach Absatz 2 besteht;

§ 7

SGB IX (Sozialgesetzbuch Neuntes Buch - Rehabilitation und Teilhabe von
Menschen mit Behinderungen)
(idF (in der Fassung) durch Art (Artikel) 1 des Gesetzes vom 19.6.2001,
BGBl (Bundesgesetzblatt) I S 1046)

Die Vorschriften dieses Buches gelten für die Leistungen zur Teilhabe, soweit sich aus den für den jeweiligen Rehabilitationsträger geltenden Leistungsgesetzen nichts Abweichendes ergibt. Die Zuständigkeit und die Voraussetzungen für die Leistungen zur Teilhabe richten sich nach den für den jeweiligen Rehabilitationsträger geltenden Leistungsgesetzen.

© Bundessozialgericht - 2019

