

NEWSLETTER DER ANWALTSKANZLEI QUAAS & PARTNER; II/2015

Gesundheitsrecht, insbesondere Krankenhausrecht sowie Rehabilitations-, Pflege- und Heimrecht

| | |
|--|----------|
| I. Krankenhausrecht | 2 |
| 1. Abschlagsfreie Mehrleistungen I – Verfassungsbeschwerde | 2 |
| 2. Abschlagsfreie Mehrleistungen II – Urteil | 3 |
| 3. Abschlagsfreie Mehrleistungen III – Schiedsstellenentscheidungen..... | 3 |
| 4. Krankenhausplanungsrecht: Keine Verpflichtung des Gerichts zur Begründung einer Auswahlentscheidung..... | 4 |
| 5. Krankenhausplanungsrecht: Keine Klagebefugnis bei fehlender Auswahlentscheidung | 5 |
| 6. Antrag der Krankenkassen auf Beiladung zu einem gerichtlichen Krankenhausplanaufnahmeverfahren abgelehnt..... | 6 |
| 7. Beiladung des Konkurrenzkrankenhauses zum verwaltungsgerichtlichen Planaufnahmeverfahren eines Krankenhausträgers abgelehnt | 6 |
| 8. VG Koblenz bestätigt Sicherstellungszuschlag | 7 |
| 9. Neues zu den NUBs..... | 8 |
| 10. Verfassungsmäßigkeit von Teilen des Krankenhausstrukturgesetzes (KHSG) zweifelhaft | 9 |
| 11. KHSG – wesentliche Änderungen auf der Zielgerade..... | 10 |
| 12. Keine Mindestbeatmungszeit vor Einsetzen einer Entwöhnung | 11 |
| 13. Erstattung von wahlärztlichem Honorar | 11 |
| 14. Auch Sozialgericht Dortmund folgt nicht der BSG-Rechtsprechung zur sachlich- rechnerischen Prüfung | 12 |
| 15. Gesetzgeberische Klarstellung zur sachlich-rechnerischen Prüfung ab 01.01.2016 durch das Krankenhausstrukturgesetz | 12 |
| 16. Notwendigkeit akutstationärer Krankenhausbehandlung bei Radiojodbehandlung vor dem Hintergrund strahlenschutzrechtlicher Vorschriften..... | 13 |
| 17. Verfassungsrechtliche Legitimation des Gemeinsamen Bundesausschusses (G- BA) zweifelhaft..... | 14 |
| 18. BSG beerdigt Honorararzt bis Ende 2006 | 14 |
| 19. Nachbesetzung eines angestellten Chirurgen mit einem Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie im MVZ..... | 15 |

| | |
|--|----|
| 20. Arztgruppenidentität bei Nachbesetzung von Arztstellen | 16 |
| 21. Ausschreibungspflicht von SAPV-Verträgen nach § 132 d SGB V? | 16 |
| 22. Ergotherapievergütung nach Verordnung durch PIA | 17 |
| 23. Rechtsweg bei Behandlung in Eigeneinrichtungen der Krankenkassen | 18 |
| 24. Befristung von Arbeitsverträgen mit Ärzten in Weiterbildung | 19 |
| 25. Verfall von Urlaub bei Wiedergenesung im 1. Quartal | 19 |

II. Rehabilitations-, Pflege- und Heimrecht sowie sonstiges Gesundheitsrecht 20

| | |
|---|----|
| 1. Investitionskostenzuschlag nach § 82 Abs. 3 SGB XI | 20 |
| 2. Externer Vergleich bei tarifgebundenen Einrichtungen | 20 |
| 3. Unzulässigkeit einer vom Heim verlangten Schulbeitrittserklärung | 21 |
| 4. Kündigungsfristen bei Schulbeitritt eines Sozialhilfeträgers zu Wohn- und Betreuungsvertrag | 22 |

I. Krankenhausrecht

1. Abschlagsfreie Mehrleistungen I – Verfassungsbeschwerde

Im Dezember 2015 haben acht von uns vertretene Krankenhausträger Verfassungsbeschwerde beim Bundesverfassungsgericht (BVerfG) gegen die rückwirkende Erstreckung des im Jahr 2013 vereinbarten Mehrleistungsabschlags auf das Kalenderjahr 2015 eingereicht. Sie halten die zugrunde liegende Vorschrift des § 4 Abs. 2 a Satz 8 KHEntgG für verfassungswidrig. Gerügt wird zum Einen die grundsätzliche Zulässigkeit des Mehrleistungsabschlags als verfassungswidriger Eingriff in die Berufsausübungsfreiheit (Art. 12 Abs. 1 GG). Darüber hinaus sei es mit dem Rückwirkungsverbot der Verfassung und dem Vertrauensschutz der Krankenhausträger nicht vereinbar, den bereits 2013 abschließend verhandelten Mehrleistungsabschlag über das Jahr 2014 auch für das Jahr 2015 vorzusehen.

Das BVerfG wird voraussichtlich in 2016 über die Annahme der Verfassungsbeschwerde entscheiden.

Weitere Informationen bei: Rechtsanwalt Prof. Dr. Michael Quaas

2. Abschlagsfreie Mehrleistungen II – Urteil

Der pflegesatzrechtliche Mehrleistungsabschlag stellt derzeit in den Pflegesatz- und Schiedsstellenverfahren einen wesentlichen Streitpunkt dar. Häufig geht es um die Frage, ob zusätzlich im Erlösbudget berücksichtigte Mehrleistungen der Krankenhäuser nach § 4 Abs. 2a Satz 3, 2. Alternative KHEntgG abschlagsfrei zu vereinbaren sind, weil das Krankenhaus den gesetzlichen Tatbestand „zusätzliche Kapazitäten aufgrund der Krankenhausplanung oder des Investitionsprogramms des Landes“ geltend macht. In einer aktuellen Entscheidung vom 16. September 2015 hat das Bundesverwaltungsgericht die Rechtsprechung des VG München bestätigt, wonach die Anwendung dieser Ausnahmeregelung verlangt, dass sich die kapazitätserweiternde Maßnahme der zuständigen Krankenhausplanungsbehörde zurechnen lässt. Erforderlich hierzu ist nicht zwingend eine positive Festlegung durch Bescheid oder eine Ausweisung im Krankenhausplan, sondern es kann auch eine sonstige Äußerung der Planungsbehörde genügen, aus der sich das Einverständnis des Landes mit der Maßnahme des Krankenhauses ergibt.

Weitere Informationen bei: Rechtsanwalt Dr. Ulrich Trefz

3. Abschlagsfreie Mehrleistungen III – Schiedsstellenentscheidungen

Zwischenzeitlich liegen einige Schiedsstellenentscheidungen zur Anwendung der gesetzlichen Regelungen zum Mehrleistungsabschlag vor. Aktuell kann über eine Entscheidung der Schiedsstelle in Schleswig-Holstein vom 16.10.2015 berichtet werden. In diesem Verfahren machte das Krankenhaus den Ausnahmetatbestand des § 4 Abs. 2a Satz 3 KHEntgG mit der Begründung geltend, zusätzliche Kapazitäten seien auf ein Investitionsprogramm des Landes zurückzuführen und seien daher vom Mehrleistungsabschlag befreit. Bei dem Krankenhaus wurden umfangreiche Baumaßnahmen im Rahmen des Anbaus eines Westflügels durchgeführt, um das Leistungsvermögen sowie die Versorgung der Patienten, insbesondere im Bereich der Intensivmedizin

sowie der Geriatrie, weiter zu verbessern. Die Kosten der Baumaßnahmen wurden zu einem überwiegenden Anteil vom Land gefördert. Umstritten war die Abschlagsfreiheit zusätzlicher Krankenhausleistungen im Umfang von 340 BWR. Die Krankenkassen haben die Auffassung vertreten, die Mehrleistungen seien mit dem Anteil nicht abschlagsfrei, mit dem das Krankenhaus einen eigenen Finanzierungsanteil an der Investition geleistet habe. Eine weitere Kürzung sei im Umfang des Anteils vorzunehmen, der sich aus dem Verhältnis der in anderen Bereichen anzutreffenden zusätzlichen Leistungen zu der insgesamt erwirtschafteten zusätzlichen Leistungsmenge ergebe, so dass allenfalls 85 BWR abschlagsfrei sein könnten. Die Schiedsstelle ist der Auffassung der Krankenkassen nicht gefolgt. Ein Abschlag unter dem Gesichtspunkt der von dem Krankenhaus getätigten Eigeninvestitionen wurde abgelehnt. Auch der weiter geforderte Abschlag aus dem Gesichtspunkt der von den Krankenkassen eingewandten Multikausalität der Mehrleistungen in den unterschiedlichen Kliniken wurde für nicht stichhaltig erachtet. Letztlich wurden über 95 % der zusätzlichen Leistungsmenge von der Schiedsstelle abschlagsfrei festgesetzt. Die Schiedsstellenentscheidung wurde zwischenzeitlich auf Antrag des Krankenhauses von der zuständigen Landesbehörde genehmigt.

Weitere Informationen bei: Rechtsanwalt Dr. Ulrich Trefz

4. Krankenhausplanungsrecht: Keine Verpflichtung des Gerichts zur Begründung einer Auswahlentscheidung

In einem gerichtlichen Verfahren hatte die Klage eines Krankenhausträgers auf Aufnahme seines Krankenhauses in den Krankenhausplan zum Teil Erfolg. Das Gericht verpflichtete das beklagte Land, über seinen Antrag auf Aufnahme in den Krankenhausplan neu zu entscheiden. Die ablehnende Entscheidung des Landes verletze das Recht des Krankenhausträgers auf eine ermessensgerechte Auswahlentscheidung nach Maßgabe des § 8 Abs. 2 Satz 2 KHG.

Mit dem Antrag auf Zulassung der Berufung macht der Krankenhausträger geltend, das Verwaltungsgericht hätte die Kriterien der Auswahlentscheidung, nach denen die Behörde neu zu entscheiden habe, konkret benennen müssen. Anderenfalls werde die Rechtsschutzgarantie verletzt.

Diesem Einwand ist das OVG Niedersachsen in seinem Beschluss vom 02.07.2015 – 13 LA 10/15 – nicht gefolgt. Der Gewaltenteilungsgrundsatz verbiete, dass ein Gericht – an Stelle der Verwaltung – im Einzelnen die maßgeblichen Gesichtspunkte für eine Auswahlentscheidung benenne.

Weitere Informationen bei: Rechtsanwalt Prof. Dr. Michael Quaas

5. Krankenhausplanungsrecht: Keine Klagebefugnis bei fehlender Auswahlentscheidung

Krankenhausrechtliche Konkurrentenklagen um die Aufnahme in den Krankenhausplan haben Konjunktur. Verstärkt werden die Gerichte auch in Verfahren des vorläufigen Rechtsschutzes angerufen. Das hat seinen Grund darin, dass einzelne Landesgesetze planungsrechtliche Aufnahmeentscheidungen für sofort vollziehbar erklären. Das zwingt den Konkurrenten zum Handeln.

In einem Grundsatzbeschluss vom 18.11.2015 – 13 ME 116/15 – hat das Niedersächsische OVG allerdings deutlich gemacht, dass eine Antragsbefugnis für einen solchen Eilrechtsschutz schon dann entfalle, wenn auch eine Klagebefugnis gegen die Konkurrentenentscheidung nicht gegeben sei. Konkurrieren mehrere Krankenhäuser um einen bestimmten Versorgungsbedarf und trifft die Behörde unter ihnen eine Auswahl, so kann eine Anfechtungsklage des einen Krankenhauses gegen den an das andere Krankenhaus gerichteten begünstigenden (Feststellungs-)Bescheid zulässig sein. Voraussetzung ist indes, dass der Kläger eine Planaufnahme erstreiten und nicht lediglich eine Planherausnahme abwehren will. Die Klage ist vollends unzulässig, wenn es an einer Auswahlentscheidung zwischen den Versorgungsangeboten (noch) fehlt.

Weitere Informationen bei: Rechtsanwalt Prof. Dr. Michael Quaas

6. Antrag der Krankenkassen auf Beiladung zu einem gerichtlichen Krankenhausplanaufnahmeverfahren abgelehnt

Mit Beschluss vom 17.04.2015 hat das Verwaltungsgericht Düsseldorf einen Antrag u. a. der AOK Rheinland/Hamburg, des BKK-Landesverbandes und des Verbandes der Ersatzkassen auf Beiladung in einem Klageverfahren eines Krankenhausträgers auf Aufnahme einer beantragten Abteilung in den Krankenhausplan abgelehnt. Zur Begründung verwies das Verwaltungsgericht darauf, dass weder die Voraussetzungen für eine notwendige noch für eine einfache Beiladung erfüllt seien. Den Kassenverbänden stünde in einem Klageverfahren auf Feststellung der Aufnahme in den Krankenhausplan keine eigene Rechtsposition zu. Auch gebe es kein rechtliches Interesse für eine Beteiligung am Klageverfahren, da den Kassenverbänden keine eigenen Mitwirkungsrechte an der Krankenhausplanung zukommen. Wirtschaftliche Interessen der Kassen könnten über ihre Beteiligung im Landesausschuss für Krankenhausplanung als unmittelbar Beteiligte an der Krankenhausversorgung geltend gemacht werden. Die gegen die Entscheidung des VG Düsseldorf gerichtete Beschwerde hat das OVG NRW mit Beschluss vom 26.11.2015 zurückgewiesen.

Weitere Informationen bei: Rechtsanwältin Dr. Heike Thomae, Dortmund

7. Beiladung des Konkurrenzkrankenhauses zum verwaltungsgerichtlichen Planaufnahmeverfahren eines Krankenhausträgers abgelehnt

Das Verwaltungsgericht Düsseldorf hat die beantragte Beiladung eines Konkurrenzkrankenhauses zum Planaufnahmeverfahren eines Krankenhausträgers abgelehnt (Beschluss vom 19.10.2015 – 21 K 2483/14). Nach Ansicht des VG Düsseldorf lag weder ein Fall der notwendigen noch der einfachen Beiladung vor. Zwar stünden das Krankenhaus, das die Planaufnahme in einem bestimmten Fachgebiet begehrt, und das Konkurrenzkrankenhaus, das bereits über die entsprechende Fachabteilung verfügt, tatsächlich miteinander in Verbindung, da sie in der Zukunft möglicherweise um dieselben zur Bedarfsdeckung vorgesehenen Bettenkapazitäten konkurrieren. Durch die beanspruchte Feststellung

der Aufnahme des klagenden Krankenhausträgers in den Krankenhausplan werde aber die Rechtsstellung des Konkurrenzkrankenhauses nicht unmittelbar verändert. Käme es zu einer Bedarfsüberdeckung, bedürfte es zu deren Abbau zum Nachteil des Konkurrenzkrankenhauses vielmehr noch einer entsprechenden Umsetzung durch eine erneute und gesonderte Auswahlentscheidung mit entsprechender Feststellung gegenüber dem Konkurrenzkrankenhaus, die dieses uneingeschränkt angreifen könnte. Der Beschluss ist noch nicht rechtskräftig. Das die Beiladung begehrende Konkurrenzkrankenhaus hat Beschwerde zum OVG NRW eingelegt.

Weitere Informationen bei: Rechtsanwältin Dr. Heike Thomae, Dortmund

8. VG Koblenz bestätigt Sicherstellungszuschlag

Das VG Koblenz hat mit Urteil vom 07.10.2015 die Klage der Krankenkassen gegen einen Bescheid des Landes Rheinland-Pfalz abgewiesen, mit dem die Voraussetzungen für die Gewährung eines Sicherstellungszuschlags zu Gunsten eines Krankenhauses positiv festgestellt worden sind (sog. Grundlagenbescheid nach § 5 Abs. 2 Satz 3 KHEntgG). Das Gericht weist zunächst die Auffassung der Krankenkassen zurück, die Vorschrift des § 5 Abs. 2 KHEntgG finde keine Anwendung, solange die bundeseinheitlichen Empfehlungen nach § 17b Abs. 1 Satz 6 KHG nicht vorliegen würden. Nach Auffassung des Gerichts ist die Gewährung eines Sicherstellungszuschlags an drei Voraussetzungen geknüpft: Zum ersten muss im Einzugsbereich des Krankenhauses ein geringer Versorgungsbedarf für bestimmte Leistungen bestehen; zweitens muss dies dazu führen, dass eine kostendeckende Finanzierung dieser Leistungen mit den Fallpauschalen nicht möglich ist; zuletzt muss die Vorhaltung dieser Leistungen dieses Krankenhauses für die Versorgung der Bevölkerung notwendig sein. Nach Auffassung des Gerichts ist das beklagte Land zutreffend vom Vorliegen dieser Tatbestandsvoraussetzungen ausgegangen. Es sei auch rechtlich nicht zu beanstanden, dass der Sicherstellungszuschlag für die gesamte Hauptfachabteilung Gynäkologie/ Geburtshilfe festgestellt wurde. In

dieser Fachabteilung würden die Krankenhausleistungen in einem fachlich begründeten Leistungsverbund erbracht. Die Facharztanerkennung umfasse sowohl die Gynäkologie wie auch die Geburtshilfe. Grundsätzlich gehörten Leistungen der Gynäkologie und Geburtshilfe zu solchen der Grund- und Regelversorgung, die zur Versorgung der Bevölkerung vor Ort vorgehalten werden müssten. Der Einwand der Krankenkassen, die genannte Fachabteilung sei zu aufwendig und zu groß dimensioniert, greife nicht durch, weil ein Mindestpersonalbestand aus Qualitätsgesichtspunkten vorgehalten werden müsse. Bei der Prüfung, ob eine kostendeckende Finanzierung der jeweiligen Leistungen mit den Fallpauschalen wegen des geringen Versorgungsbedarfs möglich sei, müsse auf die betreffende Fachabteilung abgestellt werden. Überschüsse aus anderen Abteilungen seien für die defizitär wirtschaftende Abteilung nicht maßgebend und stünden der Feststellung, dass die Voraussetzungen für einen Sicherstellungszuschlag vorliegen würden, nicht entgegen. Die gerichtliche Entscheidung ist noch nicht rechtskräftig.

Weitere Informationen bei: Rechtsanwalt Dr. Ulrich Trefz

9. Neues zu den NUBs

Es wurde bereits über das Urteil des VG Stuttgart vom 07.05.2015 berichtet, mit dem die Klage der Krankenkassen gegen die Genehmigung einer Festsetzung der Schiedsstelle zu Entgelten für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUBs) nach § 6 Abs. 2 KHEntgG abgewiesen wurde. Die Auffassung der Krankenkassen, das Krankenhaus müsse im Rahmen des Schiedsstellenverfahrens die Wirksamkeit einer neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethode auf Grundlage der evidenzbasierten Medizin nachweisen, wurde zurückgewiesen. Dieses Urteil ist zwischenzeitlich rechtskräftig.

Neuregelungen zu den NUBs ergeben sich durch das GKV-Versorgungsstärkungsgesetzes (GKV-VSG). Mit diesem Gesetz wurde das im stationären Bereich geltende Prinzip der Erlaubnis mit Verbotsvorbehalt durch Anfügung eines Abs. 3 in § 137c SGB V näher konkretisiert. Nach § 137h SGB V soll eine

frühe Nutzenbewertung bei neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden mit Medizinprodukten hoher Risikoklasse stattfinden. Hierzu müssen Krankenhäuser, die erstmals eine entsprechende Anfrage beim InEK zu einem NUB nach § 6 Abs. 2 Satz 3 KHEntgG stellen, daneben auch dem G-BA zugleich Informationen über den Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse zu der Methode sowie zu der Anwendung des Medizinprodukts übermitteln. Im Rahmen einer frühen Nutzenbewertung entscheidet der G-BA darüber, ob der Nutzen der Methode bereits als hinreichend belegt anzusehen ist oder der Methode zumindest das Potenzial einer erforderlichen Behandlungsalternative zukommt. Ist nach Einschätzung des G-BA der Nutzen der Methode belegt oder kommt ihr (zumindest) das Potenzial einer erforderlichen Behandlungsalternative zu, so ist das Entgelt im Streitfall von der Schiedsstelle auf Antrag festzusetzen. Insoweit gilt eine 3-Monatsfrist ab Vorliegen des Beschlusses des G-BA. Des Weiteren hat der Gesetzgeber für diesen speziellen Fall der Vereinbarung von NUBs einen pflegesatzrechtlichen Zahlbetragsausgleich in Anlehnung an § 15 Abs. 3 KHEntgG normiert.

Weitere Informationen bei: Rechtsanwalt Dr. Ulrich Trefz

10. Verfassungsmäßigkeit von Teilen des Krankenhausstrukturgesetzes (KHSg) zweifelhaft

Der Deutsche Bundestag hat am 05.11.2015 in zweiter und dritter Lesung den Gesetzentwurf zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung (Krankenhausstrukturgesetz – KHSg) verabschiedet. Das Gesetz soll insbesondere zur Stärkung der Qualität der Krankenhausversorgung beitragen. Es tritt am 01.01.2016 in Kraft.

Auf verfassungsrechtliche Bedenken stoßen die Bestimmungen zur Verbindlichkeit der Qualitätssicherungsrichtlinien des G-BA. Sie gelten kraft Gesetzes als „Teil des Krankenhausplans“, soweit das Land keine abweichende Regelung trifft. Damit wird nach Auffassung einiger Verfassungsrechtler in das der ausschließlichen Kompetenz der Länder unterliegende Recht der Kranken-

hausplanung eingegriffen. Die unbestimmten Regelungen könnten darüber hinaus mit dem Grundrecht der Berufsfreiheit (Art. 12 Abs. 1 GG) unvereinbar sein, da das Merkmal der Leistungsfähigkeit des Krankenhauses als bestimmendes Element der Berufsfreiheit unverhältnismäßigen Anforderungen unterworfen wird.

Weitere Informationen bei: Rechtsanwalt Prof. Dr. Michael Quaas

11. KHSG – wesentliche Änderungen auf der Zielgerade

Der Bundestag hat zwischenzeitlich das Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) beschlossen. Am Ende des Gesetzgebungsverfahrens wurden noch wesentliche, für die Krankenhäuser überwiegend positiv zu bewertende Änderungen vorgenommen. Die gesetzlichen Regelungen werden grundsätzlich zum 01.01.2016 in Kraft treten; einzelne Neuregelungen gelten bereits rückwirkend für die (prospektive) Vereinbarung der Entgelte für das Kalenderjahr 2016. Auf einige wesentliche pflegesatzrechtliche Änderungen, die sich im Rahmen des Gesetzgebungsverfahrens ergeben haben, soll hingewiesen werden:

- Verkürzung der Geltungsdauer des Fixkostendegressionsabschlages auf drei Jahre,
- Einführung eines Pflegezuschlags zur Förderung der pflegerischen Versorgung für Aufnahmen ab dem 01.01.2017,
- Verlängerung des Hygieneförderprogramms bis 2019,
- Änderungen bei Vereinbarung des Landesbasisfallwerts, u.a. Einführung einer Tarifausgleichsrate ab dem Jahr 2016 und
- Möglichkeit der Vergütung von Krankenhausleistungen für Asylbewerber auf Verlangen des Krankenhauses außerhalb des Erlösbudgets (außerhalb der Anwendung von Mehrerlösausgleich und Mehrleistungsabschlag)

Weitere Informationen bei: Rechtsanwalt Dr. Ulrich Trefz

12. Keine Mindestbeatmungszeit vor Einsetzen einer Entwöhnung

Nach den Deutschen Kodierrichtlinien (DKR) sind die Phasen der Entwöhnung bei der Bestimmung der Beatmungsdauer zu berücksichtigen. Mit Urteil vom 06.08.2015 entschied das SG Ulm, dass einer erlösrelevanten Phase der Entwöhnung keine „Mindestbeatmungsdauer“ einer non-invasiven Beatmung vorausgehen muss. Die Auffassung des MDK und der Kasse, eine erlösrelevante Phase der Entwöhnung könne nur nach einer Mindestbeatmungsdauer von 24 Stunden folgen, ergibt sich nach den zutreffenden Feststellungen des SG Ulm nicht aus einer eng am Wortlaut der DKR vorzunehmenden Auslegung. Das Urteil des SG Ulm ist rechtskräftig.

Weitere Informationen bei: Rechtsanwalt Dr. Till Flachsbarth

13. Erstattung von wahlärztlichem Honorar

In deutschen Krankenhäusern ist es heute weit überwiegende Praxis, dass die wahlärztlichen Leistungen nicht vom Wahlarzt selbst, sondern vom Krankenhaus bzw. einer vom Krankenhaus beauftragten Abrechnungsstelle liquidiert werden (sog. Krankenhausliquidation). Vertragspartner des Wahlleistungspatienten ist bei entsprechender vertraglicher Regelung das Krankenhaus und nicht der Wahlarzt selbst. Folgerichtig muss – so ausführlich das Amtsgericht Ludwigsburg mit Urteil vom 31.08.2015 bestätigend – der Wahlleistungspatient den Krankenhausträger auf Rückzahlung vermeintlich zu Unrecht abgerechneten Wahlleistungshonorars in Anspruch nehmen und nicht den Wahlarzt. Wird der Arzt auf Rückzahlung verklagt, so ist die Klage gegen ihn mangels Passivlegitimation unbegründet. Gegen das Urteil des AG wurde Berufung eingelegt. Eine Entscheidung steht aus.

Weitere Informationen bei: Rechtsanwalt Dr. Till Flachsbarth

14. Auch Sozialgericht Dortmund folgt nicht der BSG-Rechtsprechung zur sachlich-rechnerischen Prüfung

Auch das Sozialgericht Dortmund folgt nicht der BSG-Rechtsprechung zu § 275 Abs. 1 c SGB V, wonach es neben der Auffälligkeitsprüfung ein weiteres Prüfverfahren hinsichtlich der sachlich-rechnerischen Richtigkeit gebe, die nicht den Beschränkungen und Rechtsfolgen des § 275 Abs. 1 c SGB V unterliege. Das Sozialgericht Dortmund schließt sich ausdrücklich der sich hierzu entwickelnden Gegenauffassung des Sozialgerichts Speyer an (SG Dortmund, Urteile vom 23.10.2015 – S 39 KR 33/13 und S 39 KR 31/13). Zuvor hatte schon die 40. Kammer des Sozialgerichts Dortmund mit Urteil vom 22.06.2015 (S 40 KR 867/13) ausgeführt, dass der BSG-Rechtsprechung keinerlei Anhaltspunkte dafür entnommen werden können, dass und nach welchen Kriterien eine Prüfung der sachlich-rechnerischen Richtigkeit erfolgen soll. Das Sozialgericht sieht eine von § 275 SGB V losgelöste Prüfung auch im Widerspruch zum Sinn und Zweck der gesetzlichen Regelung. Hintergrund der gesetzlichen Anforderungen an ein Prüfverfahren unter Heranziehung des MDK sei es, der ungezielten und übermäßigen Prüfungstätigkeit der Krankenkassen entgegenzuwirken. Dieses Ziel laufe jedoch ins Leere, wenn insbesondere die Prüfung der Abrechnungen im Hinblick auf die Richtigkeit der Kodierung von der Regelung des § 275 SGB V nicht mehr erfasst sein soll. Das Sozialgericht verurteilte daher die beklagte Krankenkasse zur Zahlung der Aufwandspauschale i. H. v. 300,00 €. Die Urteile sind nicht rechtskräftig.

Weitere Informationen bei: Rechtsanwältin Dr. Heike Thomae, Dortmund

15. Gesetzgeberische Klarstellung zur sachlich-rechnerischen Prüfung ab 01.01.2016 durch das Krankenhausstrukturgesetz

Der Gesetzgeber hat mit einer Ergänzung zu § 275 Abs. 1 c SGB V klargestellt, dass die Regelungen zur Prüfeinleitungsfrist sowie zur Aufwandspauschale für alle MDK-Abrechnungsprüfungen gelten.

Weitere Informationen bei: Rechtsanwältin Dr. Heike Thomae, Dortmund

16. Notwendigkeit akutstationärer Krankenhausbehandlung bei Radiojodbehandlung vor dem Hintergrund strahlenschutzrechtlicher Vorschriften

Nach einer Entscheidung des SG Dresden, Urteil vom 27.02.2015 (S 47 KR 439/12) können gesetzliche Regelungen der Strahlenschutzverordnung den Leistungsanspruch des Versicherten auf Krankenhausbehandlung beeinflussen. Sofern die Krankenhausbehandlung notwendige Folge der Radiojodtherapie ist, kommt es nicht zu einer zeitlichen Zäsur, die die stationäre Behandlungsnotwendigkeit entfallen lässt. Diese Entscheidung ist nun vom 1. Senat des BSG mit Urteil vom 17.11.2015 bestätigt worden (B 1 KR 18/15 R). Aufgrund der maßgeblichen Strahlenschutzbestimmungen (Strahlenschutzverordnung), der Richtlinie „Strahlenschutz in der Medizin“ sowie des entsprechenden Genehmigungsbescheides der zuständigen Bezirksregierung darf die medizinisch indizierte Radiojodtherapie in Deutschland nur unter stationären Bedingungen erbracht werden. Die Zahlung der Behandlungskosten war von der beklagten Krankenkasse gleichwohl abgelehnt worden mit der Begründung, die Verabreichung des Radiojods sei aus rein medizinischer Sicht nicht im Rahmen einer vollstationären Behandlung erforderlich. In anderen Ländern wird ohne entsprechend strenge Strahlenschutzvorschriften die Radiojodtherapie in Abhängigkeit von der applizierten Aktivität ambulant erbracht. Nach Ansicht der Krankenkasse hätte sich das Krankenhaus an die für die Gefahrenabwehr zuständige Landesbehörde halten müssen, um eine Vergütung der Leistung zu verlangen. Dieser Ansicht folgte auch der 1. Senat des BSG nicht. Der gesamte stationäre Aufenthalt war notwendige Folge der aufgrund des gesetzlichen Auftrags von der Krankenkasse sicherzustellenden Krankenhausbehandlung mit Radiojod.

Weitere Informationen bei: Rechtsanwältin Dr. Heike Thomae, Dortmund

17. Verfassungsrechtliche Legitimation des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zweifelhaft

Mit Beschluss vom 10.11.2015 – 1 BvR 2056/12 – hat das BVerfG die demokratische Legitimation des G-BA in Zweifel gestellt. Zugrunde lag die Verfassungsbeschwerde einer Patientin, die an einer chronische Erkrankung der Harnblasenwand leidet. Die Krankenkasse lehnte die Versorgung mit einem bestimmten Medizinprodukt zur Therapie dieser Krankheit ab. Das Medizinprodukt sei nicht vom G-BA in die Liste der verordnungsfähigen Medizinprodukte aufgenommen worden.

Das BVerfG hat die Verfassungsbeschwerde als unzulässig zurückgewiesen, da sie den Begründungsanforderungen nicht genüge. In den Gründen macht das Gericht aber deutlich, dass das Vorbringen der Beschwerdeführerin „durchaus gewichtige“ generelle und grundlegende Zweifel einer demokratischen Legitimation des G-BA als Institution äußere. Insbesondere falle auf, dass in den Gremien des G-BA nicht alle maßgeblichen Vertreter der Selbstverwaltung repräsentiert seien. Das gelte insbesondere für die Pharmaindustrie und die Apotheken.

Weitere Informationen bei: Rechtsanwalt Prof. Dr. Michael Quaas

18. BSG beerdigt Honorararzt bis Ende 2006

In einem bislang lediglich über einen Terminbericht bekannten Urteil vom 17.11.2015 hat das BSG Kooperationen zwischen Krankenhäusern und Vertragsärzten eine Absage erteilt. Danach sollen die Krankenhäuser bis Ende 2006 nicht berechtigt gewesen sein, Vertragsärzte zur Erbringung von Hauptleistungen hinzuzuziehen. Das Hessische LSG hatte die Rechtslage noch anders beurteilt und die beklagte Krankenkasse zur Zahlung einer Fallpauschale in Höhe von gut 8.000,00 € für eine Wirbelkörperfusion verurteilt. Das BSG stützt seine gegenteilige Entscheidung auf das erst zum 01.01.2007 in Kraft getretene Vertragsarztrechtsänderungsgesetz. Durch dieses wurde § 20 Abs. 2 Satz 2 der Zulassungsverordnung für Ärzte (Ärzte-ZV) eingeführt. Danach ist

die Tätigkeit eines Vertragsarztes mit der Tätigkeit in oder die Zusammenarbeit mit einem zugelassenen Krankenhaus vereinbar. Das BSG sieht in dieser Novellierung offenbar keine Klarstellung, sondern eine konstitutive gesetzliche Neuregelung. Von Vertragsärzten bis zum 31.12.2006 im Krankenhaus erbrachte Hauptleistungen sind danach von den Krankenkassen nicht zu vergüten.

Weitere Informationen bei: Rechtsanwalt Dr. Jens-M. Kuhlmann

19. Nachbesetzung eines angestellten Chirurgen mit einem Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie im MVZ

Nach einem Urteil aus Mai 2015 ist ein MVZ-Träger zur Nachbesetzung einer chirurgischen Arztstelle mit einem Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie nur dann berechtigt, wenn der bisherige Stelleninhaber über die Schwerpunktbezeichnung Unfallchirurgie verfügte. Im entschiedenen Fall war der ausscheidende Arzt ausschließlich unfallchirurgisch tätig, führte aber nicht die im alten Weiterbildungsrecht bereits vorgesehene chirurgische Schwerpunktbezeichnung Unfallchirurgie. Diese hätte ihn nach Übergangsrecht berechtigt, die Gebietsbezeichnung Orthopädie und Unfallchirurgie zu führen. Das SG Berlin vertritt die Auffassung, eine Nachbesetzung von Arztstellen im MVZ setze nicht nur eine Identität innerhalb der Arztgruppe voraus, sondern verlange auch eine formale Beibehaltung der bestehenden Struktur. Dazu reiche ein faktisch deckungsgleicher Tätigkeitsschwerpunkt nicht. Würde im entschiedenen Fall nicht die Schwerpunktbezeichnung Unfallchirurgie verlangt, könne über eine temporäre Tätigkeitssteuerung des Chirurgen die Bedarfsplanung unterlaufen und chirurgische in orthopädische Stellen umgewandelt werden. Das Urteil ist nicht rechtskräftig und die Rechtslage insoweit noch in der Entwicklung. Diese darf mit Spannung abgewartet werden. Siehe dazu auch den Beitrag zur Parallelentscheidung des LSG Baden-Württemberg für den Fall der Nachbesetzung der Angestelltenstelle in einer Praxis.

Weitere Informationen bei: Rechtsanwalt Dr. Jens-M. Kuhlmann

20. Arztgruppenidentität bei Nachbesetzung von Arztstellen

In einer Beschwerdeentscheidung in einem Verfahren des einstweiligen Rechtsschutzes vertritt das LSG Baden-Württemberg die Auffassung, die Nachbesetzung einer Angestelltenstelle in einer Arztpraxis erfordere eine Zugehörigkeit zur identischen Arztgruppe im bedarfsplanungsrechtlichen Sinne zwischen Vorgänger und Nachfolger. Dem Beschluss aus August 2015 lag eine Konstellation zu Grunde, in welcher die genehmigte Arztstelle eines Facharztes für Chirurgie mit der Schwerpunktbezeichnung Unfallchirurgie durch einen Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie und der Zusatzbezeichnung „spezielle Unfallchirurgie“ neu besetzt werden sollte. In seiner ausführlich begründeten Entscheidung kommt das LSG zu dem Ergebnis, dass eine teilweise Überschneidung der Gebietsbezeichnungen des bisherigen und potenziellen neuen Stelleninhabers für eine Nachbesetzung nicht genüge. Es führt dazu aus, die Sonderregelung des § 16 Bedarfsplanungs-Richtlinie, wonach eine Praxisnachfolge auch durch einen Arzt erfolgen könne, dessen Gebietsbezeichnung sich ganz oder auch nur teilweise mit dem des Praxisabgebers decke, auf die Nachbesetzung von Angestelltenstellen nicht anwendbar sei. Das Gericht verweist deswegen auf den Ausnahmecharakter sowohl von § 16 Bedarfsplanungs-Richtlinie wie auch von § 103 Abs. 4b SGB V, welcher die Nachbesetzung von Arztstellen in einer Arztpraxis auch für den Fall der Anordnung von Zulassungsbeschränkungen zulasse. Die Entscheidung dürfte für MVZ entsprechend gelten.

Weitere Informationen bei: Rechtsanwalt Dr. Jens-M. Kuhlmann

21. Ausschreibungspflicht von SAPV-Verträgen nach § 132 d SGB V?

Die Vergabekammer des Bundes hat mit Beschluss vom 23.11.2015 sechs gesetzlichen Krankenkassen bzw. deren Verbänden untersagt, einem Leistungserbringer den Zuschlag zum Abschluss eines Vertrages über die spezialisierte

ambulante Palliativversorgung (SAPV) gem. § 132 d SGB V zu erteilen und hat damit dem Nachprüfungsantrag eines konkurrierenden Leistungserbringers stattgegeben. Dieser hatte gerügt, dass der SAPV-Vertrag ohne die erforderliche europaweite Ausschreibung nach den Vorschriften der §§ 97 ff. GWB vergeben werden sollte. Nach Auffassung der VK Bund war der streitgegenständliche SAPV-Vertrag als öffentlicher Auftrag in Gestalt einer Rahmenvereinbarung nach § 99 Abs. 1 und 2 GWB grundsätzlich dem Anwendungsbereich des Vergaberechtes unterworfen, weshalb der beabsichtigte Abschluss des Vertrages ohne die Durchführung eines europaweiten Vergabeverfahrens rechtlich unzulässig sei und den konkurrierenden Leistungserbringer in seinen Rechten verletze.

Die Anwaltskanzlei Quaas & Partner hat gegen den Beschluss der VK Bund für den unterlegenen Leistungserbringer sofortige Beschwerde zum OLG Düsseldorf eingelegt und die auch von den gesetzlichen Krankenkassen vertretene Auffassung, dass das Vergaberecht bereits nicht anwendbar sei, u.a., da es sich bei dem abzuschließenden SAPV-Vertrag nach § 132 d SGB V um eine nicht dem Vergaberecht unterfallende sog. Dienstleistungskonzession handle, vertieft. Der Entscheidung kommt grundsätzliche Bedeutung zu, da sich erstmalig ein Gericht mit der in der Literatur kontrovers diskutierten Frage der Erstreckung des Vergaberechtes auf spezialisierte ambulante Versorgungsleistungen wie vorliegend die SAPV nach § 37 b i.V.m. § 132 d SGB V befasst.

*Weitere Informationen bei: Rechtsanwalt Prof. Dr. Michael Quaas und
Rechtsanwalt Dr. Moritz Quaas*

22. Ergotherapievergütung nach Verordnung durch PIA

Das LSG Baden-Württemberg entschied auf unsere Berufung am 20.05.2015 im Verfahren zu Az. L 5 KR 3351/13, die von einem psychiatrischen Fachkrankenhaus erbrachten ergotherapeutischen Leistungen auf Verordnungen einer psychiatrischen Institutsambulanz, angesiedelt am selben Krankenhaus, seien von der Krankenkasse zu vergüten. Ihr Einwand, die Ergotherapie zähle

zum Versorgungsauftrag einer psychiatrischen Institutsambulanz und sei daher bereits mit der in Baden-Württemberg vereinbarten Quartalspauschale je Patient abgegolten, verfange nicht. Die beklagte Krankenkasse, wie auch alle anderen Krankenkassen hätten über Jahre hinweg die verordneten und abgerechneten ergotherapeutischen Leistungen in Kenntnis der Verordnungen durch die psychiatrische Institutsambulanz bezahlt. Nach dem objektiven Empfängerhorizont sei die auslegungsbedürftige Vergütungsvereinbarung dahingehend zu verstehen, die Quartalspauschale für die psychiatrische Institutsambulanz umfasse nicht auch die ergotherapeutischen Leistungen. Gegen die aus Krankenhaussicht sehr erfreuliche Entscheidung hat das LSG nicht die Revision zum BSG zugelassen. Die Krankenkasse hat Nichtzulassungsbeschwerde zum BSG erhoben. Eine Entscheidung über die Zulassung der Revision steht aus.

Weitere Informationen bei: Rechtsanwalt Dr. Till Flachsbarth

23. Rechtsweg bei Behandlung in Eigeneinrichtungen der Krankenkassen

Krankenkassen sind in eng umgrenzten Fällen gem. § 140 SGB V befugt, Eigeneinrichtungen zu betreiben, die den Sachleistungsanspruch der gesetzlich Krankenversicherten erfüllen. Wird ein Versicherter in einer solchen Einrichtung behandelt, soll nach BSG zwischen dem Versicherten und der Krankenkasse als Rechtsträger der Eigeneinrichtung kein zivilrechtlicher Behandlungsvertrag zustandekommen. Es bestehe nur ein öffentlich-rechtliches Rechtsverhältnis, weshalb nach Auffassung des Gerichts der Anspruch des Versicherten gegen die Krankenkasse auf Einsicht in seine Behandlungsakte vor dem Sozialgericht geltend zu machen sei. Ob die Sozial- und Zivilgerichtsbarkeit aus der Entscheidung des BSG vom 08.09.2015 folgern wird, auch Schadensersatzansprüche der Versicherten gegen die Krankenkassen seien bei Behandlungen in Eigeneinrichtungen der Kassen vor den Sozialgerichten zu verfolgen, bleibt abzuwarten.

Weitere Informationen bei: Rechtsanwalt Dr. Till Flachsbarth

24. Befristung von Arbeitsverträgen mit Ärzten in Weiterbildung

Die Befristung eines Arbeitsvertrages mit einem Arzt in Weiterbildung ist nach Auffassung des LAG Baden-Württemberg nur wirksam, wenn der Arbeitgeber bei Abschluss des Vertrages einen Weiterbildungsplan erstelle, der zeitlich und inhaltlich auf die konkrete Weiterbildung zugeschnitten sei. Nur wenn dies der Fall sei, diene die Beschäftigung des Arztes seiner zeitlich und inhaltlich strukturierten Weiterbildung. Die Weiterbildungsplanung selbst müsse nicht nach Meinung des Berufungsgerichts schriftlich in der Befristungsabrede niedergelegt sein. Sie müsse jedoch objektiv vorliegen und im Prozess von der Arbeitgeberin dargelegt werden. Gegen die Entscheidung des LAG BW vom 11.09.2015 wurde Revision zum BAG (7 AZR 597/15) eingelegt. Die Revisionsentscheidung steht aus.

Weitere Informationen bei: Rechtsanwalt Dr. Till Flachsbarth

25. Verfall von Urlaub bei Wiedergenesung im 1. Quartal

Der Urlaubsanspruch langzeiterkrankter Arbeitnehmern verfällt nach Rechtsprechung des BAG vorbehaltlich besonderer Absprachen erst 15 Monate nach Ablauf des Urlaubsjahres, in dem der Urlaubsanspruch entstanden ist. Das Arbeitsgericht Stuttgart stellt nunmehr mit Urteil vom 29.10.2015 klar, dass (vorbehaltlich individueller Abreden oder besonderer tarifvertraglicher Bestimmungen) der Urlaub eines Langzeiterkrankten auch unter Berücksichtigung der Rechtsprechung des EuGH zum 31.03. verfällt, wenn er nach Beginn desselben Kalenderjahres arbeitsfähig wird und den bis dahin nicht verfallenen Urlaub hätte nehmen können. Abgelehnt wird die Ansicht des Arbeitnehmers, der Arbeitgeber hätte ihn nach Genesung über das Risiko des Verfalls zum 31.03. aufklären müssen. Der Arbeitnehmer hat wegen der aus seiner Sicht grundsätzlichen Bedeutung der sich stellenden Rechtsfragen Berufung eingelegt. Über den Fortgang des Verfahrens werden wir berichten.

Weitere Informationen bei: Rechtsanwalt Dr. Till Flachsbarth

II.

Rehabilitations-, Pflege- und Heimrecht sowie sonstiges Gesundheitsrecht

1. Investitionskostenzuschlag nach § 82 Abs. 3 SGB XI

Das Bayer. Landessozialgericht hat sich mit Urteil vom 27.10.2015 mit der Rechtsfrage befasst, ob private Zuwendungen bei der gesonderten Berechnung eines Investitionskostenzuschlags nach § 82 Abs. 3 SGB XI zu berücksichtigen sind. Die zuständige Landesbehörde hat in dem Zustimmungsverfahren die Auffassung vertreten, nicht nur öffentliche Förderungen, sondern auch private Zuwendungen seien bei der Ermittlung des Investitionskostenzuschlags in Abzug zu bringen. Die hiergegen von der Einrichtung erhobene Klage blieb in der ersten Instanz erfolglos. Das Gericht hat sich auf den Standpunkt gestellt, der Landesgesetzgeber dürfe über den Wortlaut des § 82 Abs. 3 Satz 1 SGB XI hinaus die Umlage betriebsnotwendiger Investitionskosten auf die Pflegebedürftigen auch dann ausschließen, wenn die Pflegeeinrichtungen abschreibungsfähige Anlagegüter mit unentgeltlichen Zuwendungen Dritter finanziert habe. Da der Senat der Rechtsfrage, in welchem Umfang auch durch Zuwendungen nicht öffentlicher Art geförderter Investitionsaufwand von der gesonderten Berechnung nach § 82 Abs. 3 SGB XI ausgenommen werden kann, grundsätzliche Bedeutung beigemessen hat, wurde die Revision zum BSG ausdrücklich zugelassen.

Weitere Informationen bei: Rechtsanwalt Dr. Ulrich Trefz

2. Externer Vergleich bei tarifgebundenen Einrichtungen

Das Sächs. Landessozialgericht hat sich mit Urteil vom 10.06.2015 mit Fragen des externen Vergleichs im Zusammenhang mit tarifgebundenen Leistungserbringern beschäftigt. Unter Hinweis auf die Rechtsprechung des BSG (Urteil vom 16.05.2013 – B 3 P 2/12 R) wird ausgeführt, dass Vergütungsforderungen tarifgebundener Leistungserbringer zwar grundsätzlich dem externen

Vergleich mit den Vergütungen anderer Leistungserbringer zu unterziehen seien. Allerdings sei auch insoweit der besonderen Bedeutung der Tarifbindung Rechnung zu tragen. Demnach komme eine Kürzung der Personalaufwendungen tarifgebundener Leistungserbringer nur in Ausnahmefällen in Betracht. Hiergegen habe die Schiedsstelle in der angefochtenen Entscheidung verstoßen, weil sie ihren Gestaltungsspielraum dadurch überschritten habe, dass sie das Regel-Ausnahmeverhältnis umgekehrt habe, das bei tarifgebundenen Leistungserbringern für die Angemessenheitsprüfung im Rahmen des externen Vergleichs gelte. Anders als die Schiedsstelle angenommen habe, genieße der externe Vergleich keinen Vorrang gegenüber der Tarifbindung. Vielmehr sei der besonderen Bedeutung der Tarifbindung durch eine auf Ausnahmefälle beschränkte Kürzung der Personalaufwendungen Rechnung zu tragen und folgerichtig nur in Sondersituation überdurchschnittliche Entgeltzahlungen tarifgebundener Leistungserbringer einer besonderen Überprüfung der Rechtfertigung zu unterziehen.

Weitere Informationen bei: Rechtsanwalt Dr. Ulrich Trefz

3. Unzulässigkeit einer vom Heim verlangten Schuldbeitrittserklärung

Der BGH stellt mit Urteil vom 21.05.2015 fest, dass die von vielen Heimen geübte Praxis, eine von Dritten zu unterzeichnende Schuldbeitrittserklärung dem Heimvertrag als Anlage beizufügen, mit § 14 Abs. 1 WBVG unvereinbar ist. Aus Adressatensicht würde ein entsprechendes Vorgehen beim Heimbewohner den Eindruck erwecken, nur bei Unterzeichnung der Schuldbeitrittserklärung durch einen Dritten – in der Regel einen Angehörigen – erfolge die Aufnahme im Heim. Offen ließ der BGH, ob ein Schuldbeitritt im Heimvertrag selbst nach § 14 WBVG zulässig sei. Ebenso nahm sich das Gericht nicht der Frage an, ob in Bezug auf die Höhe der verlangten Sicherheit ein Verstoß gegen § 14 Abs. 1 Satz 2 WBVG vorliege, wenn der Umfang nicht auf das Doppelte des auf einen Monat entfallenden Entgelts beschränkt werde. Heime,

die Schuldbeitrittserklärungen als Anlagen zu ihren Heimverträgen vorsehen, sollten dringend eine Überarbeitung ihrer Vertragswerke in Angriff nehmen.

Weitere Informationen bei: Rechtsanwalt Dr. Till Flachsbarth

4. Kündigungsfristen bei Schuldbeitritt eines Sozialhilfeträgers zu Wohn- und Betreuungsvertrag

Gegenstand der Zahlungsklage einer im Sozialhilferecht zugelassenen Einrichtung vor dem AG Esslingen war die ihr gegenüber erklärte Kostenübernahme eines Sozialhilfeträgers im Rahmen eines Wohn- und Betreuungsvertrages eines dort lebenden Leistungsempfängers. Umstritten war die grundsätzlich klärungsbedürftige Frage, ob ein Sozialhilfeträger im Rahmen seiner Kostenübernahmeerklärung auch an die Kündigungsfristen aus dem zivilrechtlichen Vertrag zwischen einer Einrichtung und einem Leistungsempfänger gebunden ist. Nachdem das LG Stuttgart den Rechtsstreit bindend an das AG Esslingen, welches sich zunächst für unzuständig erklärt hatte, zurückverwiesen hatte, entschied dieses zu Gunsten der Einrichtung und gab der Klage in vollem Umfang statt.

Das Gericht stützte sich in seiner Entscheidungsbegründung im Wesentlichen auf die höchstrichterliche Rechtsprechung des BSG, wonach ein Sozialhilfeträger mit seiner Kostenübernahmeerklärung die Zahlungsverpflichtung des Hilfebedürftigen im Wege des Schuldbeitritts übernimmt. Die rahmenvertraglichen Regelungen der §§ 75 ff. SGB XII fänden auf diese Konstruktion keine Anwendung. Mangels Beweisantritts des Beklagten scheidet der Zahlungsanspruch der Einrichtung auch nicht deshalb aus, weil der Wohnheimplatz unmittelbar hätte wieder belegt werden können, so das Gericht.

*Weitere Informationen bei: Rechtsanwalt Dr. Ulrich Trefz und
Rechtsanwältin Dr. Julia Gokel*

Ihre Partner für öffentliches Recht und Gesundheitsrecht

Anwaltskanzlei Quaas & Partner

Standort Stuttgart
Möhringer Landstr. 5
70563 Stuttgart
Tel.: 0711/9 01 32-0
Fax: 0711/9 01 32-99
info@quaas-partner.de

Standort Dortmund
Märkische Str. 115
44141 Dortmund
Tel.: 0231/22 24 28-30
Fax: 0231/22 24 28-31
info-do@quaas-partner.de

www.quaas-partner.de