

**NEWSLETTER**  
**DER ANWALTSKANZLEI QUAAS & PARTNER; II/2018**  
Gesundheitsrecht, insbesondere Krankenhausrecht sowie Rehabilitations-,  
 Pflege- und Heimrecht

<b>I. Krankenhausrecht .....</b>	<b>2</b>
1. Bedarfsplanung ohne Planbetten?.....	2
2. Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung (PpUGV).....	2
3. Neues zu den Sicherstellungszuschlägen .....	3
4. Ermächtigte Krankenhausärzte müssen nicht am ärztlichen Notdienst teilnehmen.....	3
5. Entgeltbindung der verbundenen Privatklinik verfassungsmäßig?.....	4
6. Rechtstellung des DRG-Instituts weiterhin ungeklärt .....	4
7. Wer trägt die Feststellungslast für den Zugang eines Fax? .....	5
8. OPS 2019: Klarstellungen für die Vergangenheit.....	6
9. Blutbank = Blutdepot.....	6
10. Kein „Wiederaufgreifen“ eines Behandlungsfalles nach abgeschlossener MDK- Prüfung und vorbehaltloser Zahlung .....	6
11. Keine Aufrechnung mit einem strittigen Zusatzentgeltes bei nach Landesvertrag NRW vereinbartem Verrechnungsverbot.....	7
12. Tabak ist keine Droge im Sinne der Abrechnungsbestimmungen .....	9
13. Notfallstufenvergütungsvereinbarung .....	9
<b>II. Rehabilitations-, Pflege- und Heimrecht sowie sonstiges Gesundheitsrecht ....</b>	<b>11</b>
1. Investitionskostenfinanzierung (Mietmodell).....	11
2. Kein Heimentgeltanspruch für Zeit zwischen Auszug und Ablauf der Kündigungsfrist .....	11

## I. Krankenhausrecht

### 1. Bedarfsplanung ohne Planbetten?

Das OVG Bautzen hat mit Urteil vom 21.06.2018 (5 A 684/17) entschieden, dass ein privater Krankenhausträger einen grundrechtlich begründeten Anspruch auf Aufnahme des von ihm geplanten Krankenhauses in den Krankenhausplan haben kann, wenn es an einer für die Krankenhausplanung grundsätzlich notwendigen Festlegung von Bettenzahlen je Fachgebiet fehlt. Beschränkt sich der Krankenhausplan auf eine Rahmenplanung und setzt er lediglich die Gesamtbettenzahl eines Krankenhauses fest, fehlt es an einer tragfähigen Grundlage, um eine Auswahlentscheidung nach § 8 Abs. 2 Satz 2 KHG im Rahmen der Planaufnahme konkurrierender Krankenhausträger vornehmen zu können.

*Weitere Informationen bei: Rechtsanwalt Prof. Dr. Michael Quaas, Stuttgart*

### 2. Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung (PpUGV)

Zwischenzeitlich ist die PpUGV in Kraft getreten. Die betroffenen Krankenhäuser sind über das von dem InEK ermittelte Ergebnis zu den pflegesensitiven Bereichen unterrichtet worden. Hiergegen haben einige Krankenhäuser fristgerecht bis zum 30.11.2018 nach § 5 Abs. 2 der Verordnung Einwände erhoben. Das InEK hat zum 15.12.2018 den Krankenhäusern mitgeteilt, ob und inwieweit es unter Berücksichtigung der Einwände zu einem anderen Ergebnis gekommen ist. Gleichzeitig haben die betroffenen Krankenhäuser bis zum 15.12.2018 bestimmte Angaben an das InEK zu den pflegesensitiven Bereichen übermittelt. Die PpUG-Nachweisvereinbarung nach § 137i Abs. 4 SGB V regelt die nähere Ausgestaltung der Meldungen und Nachweise der Krankenhäuser zur Einhaltung der Pflegepersonaluntergrenzen. Ergänzende und teilweise modifizierende Regelungen zu den Personaluntergrenzen enthält das Pflegepersonal-Stärkungsgesetz (PpSG), mit dem insbesondere ein „Ganzhaus-Pflegepersonalquotient“ eingeführt werden soll. Auf Grundlage des

PpSG steht derzeit noch die PpUG-Sanktions-Vereinbarung nach § 137i Abs. 1 Satz 10 SGB V aus.

*Weitere Informationen bei: Rechtsanwalt Dr. Ulrich Trefz, Stuttgart*

### **3. Neues zu den Sicherstellungszuschlägen**

Zwischenzeitlich liegt eine erste gerichtliche Entscheidung zu den Sicherstellungszuschlägen nach neuer Rechtslage vor. Das VG Oldenburg hatte mit Urteil vom 23.10.2018 über die Rechtmäßigkeit einer Entscheidung des zuständigen Niedersächsischen Ministeriums über die Gewährung eines Sicherstellungszuschlags für ein Inselkrankenhaus zu entscheiden. Die gegen den positiven Bescheid („Grund-VA“) des Ministeriums erhobene Klage der Krankenkasse hatte keinen Erfolg. Das Gericht ist der klägerischen Auffassung nicht gefolgt, wonach es am notwendigen Kausalzusammenhang zwischen dem geringen Versorgungsbedarf und dem Defizit des Krankenhauses fehle und der Gewährung des Zuschlags entgegenstehe, dass lediglich eine Fachabteilung für Innere Medizin, und nicht daneben auch eine Fachabteilung für Chirurgie, im Krankenhaus vorgehalten werde.

*Weitere Informationen bei: Rechtsanwalt Dr. Ulrich Trefz, Stuttgart;*

*vgl. hierzu auch Trefz f&w 2019, Heft 1*

### **4. Ermächtigte Krankenhausärzte müssen nicht am ärztlichen Notdienst teilnehmen**

Mit Urteil vom 12.12.2018 hat das Bundessozialgericht (BSG) jüngst entschieden, dass ermächtigte Krankenhausärzte nicht verpflichtet sind, an dem von einer Kassenärztlichen Vereinigung (KV) organisierten Notdienst teilzunehmen. Die im entschiedenen Fall maßgebliche Bereitschaftsdienstordnung der KV Hessen ist insofern rechtswidrig. Zur Begründung zieht das BSG grundlegende Unterschiede zwischen der Zulassung von Vertragsärzten und der Ermächtigung von Krankenhausärzten heran. Ermächtigungen sind inhaltlich beschränkt und grundsätzlich befristet. Der Krankenhausarzt ist in erster Linie als Arbeitnehmer des Krankenhausträgers und nicht als selbst-

ständiger Betreiber einer Arztpraxis tätig. Er kann daher anders als der Vertragsarzt nicht frei über seine Arbeitszeit entscheiden. Den Verpflichtungen aus einer Ermächtigung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung kommt der Krankenhausarzt nur im Rahmen einer Nebentätigkeit nach. Er ist daher nicht verpflichtet, „rund um die Uhr“ an der vertragsärztlichen Versorgung mitzuwirken.

*Weitere Informationen bei: Rechtsanwalt Dr. Jens-M. Kuhlmann, Stuttgart*

## **5. Entgeltbindung der verbundenen Privatklinik verfassungsmäßig?**

Der Bundesgerichtshof (BGH) hat mit Urteil vom 17.05.2018 (III ZR 195/17) die Begrenzung der Entgelthöhe für „verbundene“ Privatkliniken gemäß § 17 Abs. 1 Satz 5 KHG auch dann für zulässig erklärt, wenn zunächst eine Privatklinik betrieben wurde, aus der sich anschließend eine weitere Klinik entwickelte, für die eine Zulassung nach § 108 SGB V erlangt wurde. Das Urteil ist rechtskräftig, wurde aber mit der Verfassungsbeschwerde angegriffen, über die noch nicht entschieden ist.

Nach wie vor nicht abschließend entschieden ist die Rechtslage, wenn der Träger des Plankrankenhauses, welches mit der Privatklinik räumlich und organisatorisch verbunden ist, keine öffentliche Förderung erhält, etwa, weil er bei Aufnahme des Krankenhauses in den Krankenhausplan einen Förderverzicht unterschreiben musste. In einem solchen Fall kann es zu einer „Subventionierung“ der Privatklinik durch Fördergelder nicht kommen. Entsprechendes gilt, wenn es sich bei dem zugelassenen Krankenhaus um ein Vertragskrankenhaus handelt, für das ein Versorgungsvertrag nach den §§ 108 Nr. 3, 109 SGB V besteht. Ein solches Krankenhaus ist zur Aufnahme von Privatpatienten nicht verpflichtet.

*Weitere Informationen bei: Rechtsanwalt Prof. Dr. Michael Quaas, Stuttgart*

## **6. Rechtstellung des DRG-Instituts weiterhin ungeklärt**

Das Verwaltungsgericht Köln hat mit Urteil vom 03.07.2018 (7 K 5224/17) die Zulässigkeit einer Klage bejaht, mit der sich ein (privater) Krankenhaus-

träger gegen seine Verpflichtung zur Teilnahme an der Kalkulation der Krankenhausentgelte wehrt. Zu Grunde lag ein Auswahlverfahren durch das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK), welches das betroffene Krankenhaus zur Kalkulationsteilnahme für die Datenjahre 2016 bis 2020 verpflichtet hat.

Streitig war, ob der von dem Krankenhausträger angefochtene Verwaltungsakt (VA) über die Kalkulationsteilnahme nichtig ist. Das Krankenhaus hatte argumentiert, der VA lasse die ausstellende Behörde nicht erkennen (vgl. § 44 Abs. 2 Nr. 1 VwVfG). Dem ist das VG Köln nicht gefolgt. Das Verfahren befindet sich in der Berufung beim OVG Münster.

*Weitere Informationen bei: Rechtsanwalt Prof. Dr. Michael Quaas, Stuttgart*

## **7. Wer trägt die Feststellungslast für den Zugang eines Fax?**

Die PrüfVV bestimmt an verschiedenen Stellen, dass Erklärungen binnen einer konkreten Frist zugehen müssen. Häufig werden die Erklärungen von den Parteien – gerade kurz vor Fristablauf – per Telefax übermittelt. Das LSG Baden-Württemberg hatte am 17.04.2018 darüber zu befinden, was gilt, wenn eine Seite behauptet, kein Telefaxschreiben erhalten zu haben und die andere Seite unter Vorlage des Sendeberichts mit dem Vermerk „ok“ behauptet, das Schreiben fristgerecht versandt zu haben. Das Gericht entschied, das Faxsendejournal genüge nicht, um den Nachweis des Zugangs beim Gegner zu führen. Ähnlich äußerte sich auch ein anderer Senat unter Verweis auf die ständige Rechtsprechung des BGH am 05.12.2018; zu einem Urteil kam es in diesem Verfahren nicht.

Für die Krankenhäuser bedeutet dies: Müssen nach PrüfVV binnen Frist Erklärungen abgegeben oder Unterlagen übermittelt werden, so genügt im Zweifelsfall ein Telefax nicht. Stattdessen müssen Übermittlungsmethoden gewählt werden, mit denen der Nachweis des Zugangs geführt werden kann, wie etwa Einschreiben oder Boten.

*Weitere Informationen bei: Rechtsanwalt Dr. Till Flachsbarth, Stuttgart*

## 8. OPS 2019: Klarstellungen für die Vergangenheit

Das DIMDI hat am 03.12.2018 *corrigenda* zum OPS 2019 veröffentlicht. Dort finden sich Klarstellungen zum heftig umstrittenen OPS 8-550 (geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung) sowie den Komplexcodes zur neurologischen Behandlung (8-981 und 8-98b). Die Klarstellung zur geriatrischen frührehabilitativen Komplexbehandlung gilt rückwirkend ab 01.01.2013; die Klarstellungen zur Schlaganfallbehandlung ab 01.01.2014. Hinsichtlich der Schlaganfallversorgung wird in aller Deutlichkeit klargestellt, dass es auf die „reine“ Transportzeit im Transportmittel ankommt. Die Klarstellung zum OPS 8-550 hätte aus unserer Sicht „klarer“ ausfallen sollen, um weitere Streitigkeiten zu vermeiden. Es bleibt zu hoffen, dass hier nachjustiert wird.

*Weitere Informationen bei: Rechtsanwalt Dr. Till Flachsbarth, Stuttgart*

## 9. Blutbank = Blutdepot

Der OPS für die aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (8-98f) in der bis 2017 gültigen Fassung verlangte eine Blutbank. MDK-seitig wurde die Auffassung vertreten, eine Blutbank liege nur dann vor, wenn das Krankenhaus einen Transfusionsmediziner beschäftige. Das SG Ulm wies mit Urteil vom 01.02.2018 (S 13 KR 3221/16) die Auffassung der Krankenkassen zurück; eine Blutbank sei vielmehr ein Blutdepot. Das Berufungsverfahren vor dem LSG BW erledigte sich, nachdem die Krankenkasse nach deutlichen Hinweisen des Berichterstatters ein Anerkenntnis abgab. Zuvor schloss sich das SG Freiburg mit Urteil vom 31.07.2018 – S 16 KR 3692/17 – der Ulmer Entscheidung an.

*Weitere Informationen bei: Rechtsanwalt Dr. Till Flachsbarth, Stuttgart*

## 10. Kein „Wiederaufgreifen“ eines Behandlungsfalles nach abgeschlossener MDK-Prüfung und vorbehaltloser Zahlung

Die Rechnungen eines Krankenhauses für zwei aufeinanderfolgende stationäre Behandlungen eines Versicherten waren Gegenstand einer Auffälligkeitsprüfung nach § 275 Abs. 1 c SGB V. Der MDK gelangte dabei zu dem Ergebnis, dass beide Aufenthalte abrechnungstechnisch zusammenzufassen seien,

worüber sich der Fall letztlich unter Zugrundelegung einer anderen DRG abbilde. Die Krankenkasse informierte das Krankenhaus über diese Einschätzung und bat um entsprechende Rechnungskorrektur. Dieser kam das Krankenhaus nach, indem es unter Zugrundelegung einer Fallzusammenführung sowie der vom MDK empfohlenen DRG eine Korrekturrechnung erstellte, welche die Krankenkasse auch vollständig und vorbehaltlos beglich. Anderthalb Jahre später berief sich die Krankenkasse wiederum darauf, dass eine Falltrennung unter Streichung einer Nebendiagnose – welche ebenfalls bereits Gegenstand der damaligen Prüfung war - erfolgen müsse und hieraus insgesamt ein geringerer Abrechnungsbetrag resultiere, so dass ihr ein öffentlich-rechtlicher Erstattungsanspruch zustehe. Das Sozialgericht Dortmund wies diesen jedoch mit Urteil vom 08.10.2018, Az. S 68 KR 1020/16, zurück. Die Krankenkasse sei aufgrund des Rechtsinstituts der Verwirkung daran gehindert, sich auf eine Fehlerhaftigkeit der Abrechnung zu berufen. Durch die vorbehaltlose Zahlung sei bei dem Krankenhaus ein Vertrauenstatbestand dahingehend geschaffen worden, dass die Krankenkasse der Abrechnung in dieser Form zustimme und sie nicht erneut in Zweifel ziehe, sofern sie keine neuen Erkenntnisse erhalte. Die Beteiligten hätten sich bereits auf eine abschließende Berechnung der beiden Behandlungszeiträume geeinigt. Das erneute Infragestellen der Abrechnung stelle sich als widersprüchliches Verhalten dar und sei nach Treu und Glauben illoyal.

*Weitere Informationen bei: Rechtsanwältin Kristina Schwarz, Dortmund*

#### **11. Keine Aufrechnung mit einem strittigen Zusatzentgeltes bei nach Landesvertrag NRW vereinbartem Verrechnungsverbot**

Eine Krankenkasse hatte gegenüber der Vergütungsforderung eines Krankenhauses eine Aufrechnung mit einem in einem anderen Behandlungsfall gezahlten Zusatzentgelt für die Gabe von Apheresis-Thrombozytenkonzentraten (ZE 84.07) vorgenommen und argumentiert, diese Aufrechnung sei nach dem Landesvertrag zulässig, weil die Behandlung des Versicherten mit Apheresis-Thrombozytenkonzentraten nach der Rechtsprechung des BSG nur in bestimmten Ausnahmefällen erfolgen dürfe und sonst nicht wirtschaftlich sei.

Das Krankenhaus habe daher mit Rechnungsstellung aufzeigen müssen, warum ausnahmsweise Apherese-Thrombozytenkonzentrate angezeigt gewesen seien. Ohne diese Angabe leide die Rechnung an einem formellen Fehler, der nach dem Landesvertrag zur Aufrechnung berechtige. Das LSG NRW sah dies mit rechtskräftiger Entscheidung vom 11.07.2018, Az. L 11 KR 492/17, anders: Die vorgenommene Aufrechnung habe gegen den Landesvertrag verstoßen. Die Abrechnung sei in sachlicher Hinsicht, namentlich in Bezug auf die Einhaltung des Wirtschaftlichkeitsgebots, beanstandet worden. Gemäß § 15 Abs. 4 des Landesvertrages nach § 112 Abs. 2 Nr. 1 SGB V könnten überzahlte Beträge jedoch nur bei Beanstandungen rechnerischer Art sowie nach Rücknahme der Kostenzusage und falls eine Abrechnung auf vom Krankenhaus zu vertretenden unzutreffenden Angaben beruhe, verrechnet werden. Keine dieser Konstellationen läge vor, da das Krankenhaus nur die nach seiner Auffassung für die erbrachten Leistungen einschlägige Fallpauschalenummer, Zusatzentgelte und den Rechnungsbetrag angegeben habe. Diese Angaben spiegelten lediglich eine auf einer Subsumtion eines umfassenden Lebenssachverhalts beruhende Wertung wieder, nämlich dass die erbrachten Behandlungsleistungen den Vorgaben der Fallpauschalenummer und Zusatzentgelte entsprächen. Die Frage, ob diese Wertung zutreffend ist, mache die Bekanntgabe des Wertungsprozesses durch Zuordnung einer Fallpauschalenummer oder eines Zusatzentgelts nicht zu einer "unzutreffenden Angabe" i.S.d. Landesvertrages. Eine andere Beurteilung würde die vertraglichen Regelungen des § 15 Abs. 4 Satz 2 des Landesvertrages konterkarieren. Diese wären dann nämlich schon deshalb überflüssig, weil ansonsten entgegen dem Willen der Vertragsparteien in allen denkbaren Fällen eine Verrechnung möglich wäre. Insbesondere könnte ohne Einschränkung bei jedem Streit über die sachliche Berechtigung des Vergütungsanspruchs eine Verrechnung erklärt werden, weil der Geltendmachung eines Vergütungsanspruchs regelmäßig auch eine Wertung des Krankenhauses zugrunde läge. Gerade dies sollte u.a. im Hinblick auf die sonst bestehende Liquiditätsgefährdung des Krankenhauses vermieden werden.

*Weitere Informationen bei: Rechtsanwältin Kristina Schwarz, Dortmund*



## 12. Tabak ist keine Droge im Sinne der Abrechnungsbestimmungen

Das LSG Niedersachsen-Bremen beschäftigte sich mit dem Fall der stationären Versorgung eines durch Nikotinabusus der Mutter während der Schwangerschaft mit erheblichen Atem- und Herzproblemen sowie zu klein und zu früh geborenen Kindes. Das Krankenhaus hatte für die stationäre Behandlung des Säuglings die Hauptdiagnose ICD P22.0 (Atemnotsymptom des Neugeborenen) und als Nebendiagnose u.a. die P96.1 (Entzugssyndrom beim Neugeborenen bei Einnahme von abhängigkeits erzeugenden Arzneimitteln oder Drogen durch die Mutter) kodiert. Zwischen Krankenhaus und Krankenkasse war nunmehr umstritten, ob Nikotin unter den Begriff Drogen im Sinne des ICD10 subsummiert werden kann. Das LSG lehnte dies mit Urteil vom 19.06.2018, Az. L 16 KR 43/16, ab. Es ließ offen, ob Tabak und Nikotin im allgemeinen Sprachgebrauch als Drogen aufzufassen sind, da nach der Systematik des ICD 10 zwischen Drogen einerseits und Tabak andererseits differenziert werde. Dies zeigt sich bei Gegenüberstellung der ICD P04.2 (Schädigung des Feten und Neugeborenen durch Tabakkonsum der Mutter) und der ICD P04.4 (Schädigung des Feten und Neugeborenen durch Einnahme von abhängigkeits erzeugenden Arzneimitteln oder Drogen durch die Mutter). Zwar sei der Begriff der Schädigung weiter gefasst als derjenige einer – klar abgrenzbaren – Entzugssymptomatik. Gleichwohl wäre diese Fragestellung erst auf einer zweiten Prüfungsstufe relevant, sofern auf erster Stufe die tatbestandliche Qualifikation von Tabak bzw Nikotin als Droge erfolgen würde. Da dies nicht der Fall ist, bestünden laut LSG keine Bedenken, den Gesundheitszustand des neugeborenen Kindes als "Schädigung" i.w.S. zu qualifizieren.

*Weitere Informationen bei: Rechtsanwältin Kristina Schwarz, Dortmund*

## 13. Notfallstufenvergütungsvereinbarung

Die Vertragsparteien auf Bundesebene haben sich auf eine Vereinbarung über die Zu- und Abschläge für eine Teilnahme oder Nichtteilnahme von Krankenhäusern an der Notfallversorgung nach § 9 Abs. 1a Nr. 5 KHEntgG geeinigt.

Der Vertrag bezieht sich auf die vom G-BA beschlossenen Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Abs. 4 SGB V. Demnach erfolgt die Einstufung der Krankenhäuser mit ihren Standorten in eine Notfallstufe im Rahmen der Entgeltverhandlungen auf Ortsebene. Für die allgemeinen Notfallstufen (Basisnotfallversorgung/erweiterte Notfallversorgung und umfassende Notfallversorgung) gelten folgende jährliche Zuschlagspauschalen: 153.000 €/ 459.000 € und 688.500 €. Kommt eine Einigung auf Ortsebene nicht zu Stande, kann die Schiedsstelle angerufen werden. Soweit die Pflegesatzparteien die Nichtteilnahme eines Krankenhausstandortes an der Notfallversorgung feststellen, erfolgt für jeden vollstationären Behandlungsfall ein Rechnungsabschlag in Höhe von 60 €.

*Weitere Informationen bei: Rechtsanwalt Dr. Ulrich Trefz, Stuttgart*

## II.

### Rehabilitations-, Pflege- und Heimrecht sowie sonstiges Gesundheitsrecht

#### 1. Investitionskostenfinanzierung (Mietmodell)

Immer wieder im Streit ist die Höhe der Investitionskostenfinanzierung in den Fällen, in denen die Pflegeeinrichtung das Gebäude angemietet hat. Nach einem Urteil des LSG Berlin-Brandenburg vom 21.06.2018 handelt es sich bei dem Mietmodell um ein grundsätzlich rechtlich zulässiges Modell auch in den Fällen, in denen das Gebäude von einem konzerneigenen Unternehmen angemietet wird. Auch in diesen Fällen muss die Schiedsstelle eine von ihr angenommene Unwirtschaftlichkeit nachprüfbar darlegen. Sind die Mietkosten plausibel, marktgerecht und sind die entsprechenden Investitionskosten ähnlich hoch wie bei vergleichbaren Einrichtungen, so kann eine Unwirtschaftlichkeit nur angenommen werden, wenn die Kosten im Vergleich zum Eigentümermodell völlig außer Verhältnis stehen. Von einer derartigen Unverhältnismäßigkeit der Investitionskosten ist nach Auffassung des Gerichts auszugehen, wenn die Kosten gegenüber denen im Eigentümermodell zu 50 % oder mehr Prozent höher sind.

*Weitere Informationen bei: Rechtsanwalt Dr. Ulrich Trefz, Stuttgart*

#### 2. Kein Heimentgeltanspruch für Zeit zwischen Auszug und Ablauf der Kündigungsfrist

§ 87 Abs. 1 Satz 2 SGB XI bestimmt, dass die Zahlungspflicht des Heimbewohners oder seines Kostenträgers mit dem Tag endet, an dem der Heimbewohner aus dem Heim entlassen wird oder verstirbt. Der BGH hat mit Urteil vom 04.10.2018 klargestellt, unter „Entlassung“ im Sinne der Norm sei auch der freiwillige Auszug des Heimbewohners, der Leistungen der sozialen Pflegeversicherung beziehe, zu verstehen. Nach Sinn und Zweck der Norm solle der Heimbewohner (bzw. seine Erben) oder seine Kostenträger vor doppelter Inanspruchnahme für etwaige Leerstände nach dem Auszug (oder dem Tod) des Heimbewohners bewahrt werden. Gemäß der üblichen Praxis der Kostenträger würden die durch Leerstände verursachten Kosten im Rahmen der Aus-

lastungskalkulation sowie durch gesonderte Wagnis- und Risikozuschläge in die Pflegesätze eingerechnet und anschließend anteilig auf die Heimbewohner umgelegt werden. Soweit hier bekannt ist, entspricht die Vermutung des BGH nicht der Realität. Gleichwohl gilt für Heimträger, dass sie nicht nur bei Tod oder Entlassung aus dem Heim das vereinbarte Heimentgelt nur bis zu diesem Zeitpunkt fordern dürfen, sondern auch bei „freiwilligem“ Auszug des Bewohners vor Ablauf der Kündigungsfrist.

*Weitere Informationen bei: Rechtsanwalt Dr. Till Flachsbarth, Stuttgart*

**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](mailto: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](mailto:info-do@quaas-partner.de)

[www.quaas-partner.de](http://www.quaas-partner.de)