

Inhalt

I. Rechtsprechung	Seite 1
Rechnungskorrekturen durch Krankenhäuser	Seite 1
Umsatzsteuerbefreiung für individuell hergestellte Arzneimittel einer Krankenhausapotheke	Seite 2
Vertragliche Kündigungsgründe für eine Kündigung des Heimvertrages aus wichtigem Grund	Seite 3
Preisbindung bei verschreibungspflichtigen Arzneimitteln ist EU-rechtswidrig	Seite 4
Kein Rückzahlungsanspruch des Sozialhilfeträgers gegenüber Behinderteneinrichtung	Seite 5
II. Aktuelle Entwicklungen	Seite 6
Änderung des Wohn- und Betreuungsvertragsgesetzes (WBVG)	Seite 6
Konkretisierungen für die ASV in Kraft getreten	Seite 6
Klarstellungen zur neuen Qualitätsmanagement-Richtlinie	Seite 6
Änderung der Arbeitsunfähigkeits-Richtlinie	Seite 7
Hinweise und Impressum	Seite 7

I. Rechtsprechung

Rechnungskorrekturen durch Krankenhäuser

Krankenhäuser können Rechnungskorrekturen gegenüber den Krankenkassen grundsätzlich bis zum Ablauf der vierjährigen Verjährung vornehmen. Insbesondere gilt für die Krankenhäuser keine Frist zur Geltendmachung von Nachforderungen von sechs Wochen nach Erstellung der Schlussrechnung. Eine Verwirkung des Vergütungsanspruchs des Krankenhauses kommt allenfalls in Betracht, wenn sich ein Krankenhaus länger als ein ganzes Rechnungsjahr Zeit lässt, um eine ohne rechtsbedeutsamen Vorbehalt erteilte „Schlussrechnung“ im Wege der Nachforderung mit Blick auf Grundlagen zu korrigieren.

Bundessozialgericht, Urteil vom 19. April 2016, Az. B 1 KR 33/15 R

Hintergrund

Die klagende Krankenträgerin behandelte eine bei der beklagten Krankenkasse versicherte Patientin vom 23. September 2009 bis zum 20. Oktober 2009 stationär und berechnete hierfür insgesamt Behandlungskosten in Höhe von EUR 23.292,62. Die Schlussrechnung stellte das Krankenhaus mit Datum vom 26. Oktober 2009 und wurde durch die Krankenkasse umgehend beglichen. Das Krankenhaus korrigierte hieraufhin wegen nicht abgerechneter Beatmungstunden den Rechnungsbetrag auf EUR 24.215,19 und forderte von der Krankenkasse mit Nachtragsrechnung vom 29. Dezember 2009 den Differenzbetrag von EUR 922,57. Die Krankenkasse lehnte eine Zahlung ab, da eine Rechnungskorrektur durch das Krankenhaus ihrer Meinung nach nur innerhalb von sechs Wochen nach Erstellung der Schlussrechnung möglich sei.

Entscheidung des Gerichts

Das Bundessozialgericht bestätigte die Entscheidungen des Sozialgerichts und des Landessozialgerichts Hamburg und wies die Revision der Krankenkasse zurück. Das Gericht entschied, dass das Krankenhaus einen Anspruch auf die Nachzahlung in Höhe der weiteren EUR 922,57 habe. Das Krankenhaus sei nicht daran gehindert, seinen Restzahlungsanspruch auch noch nach Ablauf von mehr als sechs Wochen nach der Erstellung der Schlussrechnung gegenüber der Krankenkasse geltend zu machen. Weder sei der Anspruch des Krankenhauses auf Nachzahlung verwirkt gewesen, noch stünde dem Anspruch ein widersprüchliches Verhalten des Krankenhauses entgegen.

Eine Verwirkung des Nachzahlungsanspruches käme bereits deswegen nicht in Betracht, da das Rechtsinstitut der Verwirkung als ergänzende Regelung innerhalb der kurzen vierjährigen Verjährungsfrist grundsätzlich nicht passe. Es fände nur in besonderen, engen Ausnahmekonstellationen Anwendung, etwa wenn sich ein Krankenhaus länger als ein ganzes Rechnungsjahr Zeit lasse, um eine ohne rechtsbedeutsamen Vorbehalt erteilte „Schlussrechnung“ im Wege der Nachforderung mit Blick auf Grundlagen zu korrigieren, die dem eigenen Verantwortungsbereich entstammen. Um eine derart verspätete Nachforderung ging es in diesem Fall indes nicht. Die Schlussrechnung des Krankenhauses wurde am 26. Oktober 2009 gestellt, die Nachforderung erfolgte bereits am 29. Dezember 2009.

Auch müsse sich das Krankenhaus kein widersprüchliches Verhalten entgegenhalten lassen. Ein Krankenhaus sei nur dann unter dem Gesichtspunkt widersprüchlichen Verhaltens daran gehindert, eine Nachforderung zur Schlussrechnung geltend zu machen, wenn die Krankenkasse auf die Schlussrechnung vertraut hat und ihr Vertrauen schutzwürdig ist. In jedem Einzelfall müssen die Interessen des Krankenhauses und die der Krankenkasse umfassend geprüft und gegeneinander abgewogen werden. Es bedürfe grundsätzlich einzel-fallbezogener besonderer Umstände, um ein schützenswertes Vertrauen der Krankenkasse darauf zu begründen, dass keine Nachberechnung erfolgt. Die Schutzwürdigkeit der Krankenkasse kann sich insbesondere daraus ergeben, dass sie auf eine abschließende Berechnung der Krankenhausvergütung vertraut hat sowie vertrauen durfte und sich darauf in einer Weise eingerichtet hat, dass ihr eine Nachforderung nach Treu und Glauben nicht zugemutet werden kann.

Ein solcher (Einzel-)Fall liegt in dem hier entschiedenen Fall nicht vor. Es war für das Gericht nicht erkennbar, dass und in welcher Art sich die Krankenkasse nach der erteilten Schlussrechnung vom 26. Oktober 2009 darauf eingestellt haben soll, dass das Krankenhaus im noch laufenden Geschäfts- bzw. Rechnungsjahr keine Nachforderung geltend machen würde. Bei einer sowohl auf Seiten der Krankenkasse als auch auf Seiten des Krankenhauses bestehenden Massenverwaltung seien Korrekturen aufgrund unbeabsichtigter Abrechnungsfehler vielmehr zu erwarten.

Ein schützenswertes Vertrauen der Krankenkasse ergäbe sich auch nicht von selbst aus dem Rechtsgedanken des § 275 Abs. 1c S 2 SGB V. Der ungenutzte Ablauf der Sechs-Wochen-Frist des § 275 Abs. 1c S 2 SGB V bewirke schon vom rechtlichen Ansatz her keinen Einwendungsausschluss. Das Beschleunigungsgebot des § 275 Abs. 1c S 2 SGB V führe lediglich dazu, dass Krankenkasse und MDK bei einzelfallbezogenen Auffälligkeitsprüfungen nach Ablauf

der Frist auf die Daten beschränkt sind, die das Krankenhaus der Krankenkasse im Rahmen seiner Informationsobliegenheiten bei der Krankenhausaufnahme und zur Abrechnung - deren vollständige Erfüllung vorausgesetzt - jeweils zur Verfügung gestellt hat. Das Recht der Krankenkasse bleibe unberührt, für eine Prüfung andere zulässige Informationsquellen zu nutzen. Der ungenutzte Ablauf der Frist des § 275 Abs. 1c S 2 SGB V hindere die Krankenkasse nicht, die Abrechnung des Krankenhauses auf dieser Grundlage wegen Auffälligkeit zu prüfen. Auch bliebe das Recht der Krankenkassen, die Abrechnung sachlich und rechnerisch zu prüfen, gänzlich unberührt.

Ogleich es in dieser Entscheidung hierauf nicht ankam, nutzte das Gericht die Gelegenheit dazu seine Auffassung darzutun, dass die Zahlungsregelung des § 11 Abs. 2 des Landesvertrages nach § 112 SGB V unwirksam sei. Nach der Regelung des § 11 Abs. 2 Vertrages „Allgemeine Bedingungen der Krankenhausbehandlung“ (KHBV) können Beanstandungen rechnerischer oder sachlicher Art auch nach Bezahlung der Rechnung (nur) innerhalb von sechs Monaten geltend gemacht werden (Satz 1). Die gleiche Frist von sechs Monaten gelte auch für Nachforderungen der Krankenhäuser (Satz 2) und wurde durch das Krankenhaus eingehalten. Eine solche Einschränkung der Möglichkeiten etwaige Beanstandungen geltend zu machen, stünde nach Auffassung des Bundessozialgerichts aber den übrigen gesetzlichen Regelungen entgegen.

Das Wirtschaftlichkeitsgebot verbiete es, Überprüfungsmöglichkeiten der Krankenkassen gegenüber Vergütungsansprüchen der Krankenhäuser über die allgemeinen gesetzlichen Rahmenvorgaben hinaus zeitlich einzuschränken. Bei § 11 Abs. 1 S. 1 KHBV handele es sich aber gerade um eine solche, die Überprüfungsöglichkeit der Krankenkasse zeitlich einschränkende materiell-rechtliche Ausschlussfrist, da hierdurch Einwendungen rechnerischer und sachlicher Art (auch nach Bezahlung der Rechnung) nur innerhalb von sechs Monaten nach Rechnungszugang geltend gemacht werden können. Nach dem Willen des Gesetzgebers sind die Krankenkassen jedoch jederzeit dazu berechtigt, die sachlich-rechnerische Richtigkeit einer Abrechnung von Krankenhausvergütung mit Blick auf Leistungsverweigerungsrechte oder nicht verjährte Erstattungsforderungen zu überprüfen. Aufgrund dieses Verstoßes gegen das Wirtschaftlichkeitsgebot sei § 11 Abs. 2 S. 1 KHBV teilsnichtig, was eine Gesamtnichtigkeit der Regelung und damit auch die Nichtigkeit des § 11 Abs. 2 S. 2 KHBV zur Folge hat. Damit ist jedoch auch die Regelung, nach welcher auch Krankenhäuser ihre Nachforderungen binnen einer Frist von sechs Monaten geltend machen müssten, unwirksam.

Bewertung

Die Entscheidung des Ersten Senats des Bundessozialgerichts ist deutlich zu begrüßen. So gibt das Gericht nun eine vielfach kritisierte eigene Rechtsprechung zu Rechnungs Korrekturen durch Krankenhäuser auf. Mit Entscheidung vom 17. Dezember 2009 hatte der Dritte Senat des Bundessozialgerichts noch die Auffassung vertreten, dass eine Rechnungs korrektur des Krankenhauses nach Ablauf von sechs Wochen ab Rechnungslegung einer vorbehaltlosen Schlussrechnung nur dann noch möglich sein soll, wenn sich der Nachforderungsbetrag auf mindestens EUR 300,00 und 5 Prozent des Ausgangsrechnungsbetrages belaufe. Diese Voraussetzungen waren im nun entschiedenen Fall nicht gegeben; die Nachforderung des Krankenhauses betrug lediglich 3,96 Prozent der Ausgangsrechnung und dennoch gab das Gericht der Forderung des Krankenhauses statt. Den Ausführungen des Gerichts war hierzu zu entnehmen, dass es für eine solche „Bagatelldgrenze“ im Krankenhausvergütungsrecht keine Grundlage gäbe. An dieser Rechtsprechung hält das Bundessozialgericht nunmehr nicht länger fest.

Die aktuelle Entscheidung des Bundessozialgerichts enthält jedoch auch einen Wehrmutstropfen. So weist das Gericht zum Ende seiner Entscheidungsbegründung darauf hin, dass den Krankenkassen ein Schadensersatz für den erforderlich gewordenen Mehraufwand für die Bearbeitung von spät angemeldeten Nachforderungen zustehen könnte, wenn in der Rechnungs korrektur eine schuldhaftes Nebenpflichtverletzung durch das Krankenhaus zu erkennen ist. Die Höhe eines solchen Schadensersatzanspruches könnte dabei geschätzt werden. Weitere Erwägungen des Gerichts hierzu sind der Entscheidung nicht zu entnehmen. Insbesondere lässt das Gericht offen, wann in einer Nachforderung des Krankenhauses eine Pflichtverletzung liegt und wann es sich um einen bloßen Korrekturvorgang im Rahmen einer ständigen Vertragsbeziehung handelt. Die Überlegungen des Gerichts regen nicht zuletzt deswegen zum Nachdenken an, da die Krankenkassen im Rahmen der sachlich-rechnerischen Überprüfung der Krankenhausabrechnung zweifellos dazu berechtigt sind, Abrechnungen bis zum Ende der vierjährigen Verjährungsfrist zu prüfen und zu beanstanden, ohne dass hierin eine schadenersatzpflichtige Nebenpflichtverletzung zu erkennen ist. Weshalb den Krankenhäusern durch eine solche Prüfung und Nachforderung eine Verletzung einer Nebenpflicht unterstellt werden könnte, leuchtet nicht ohne Weiteres ein.

Matthias Wrana, LL.M.,

Rechtsanwalt, Fachanwalt für Medizinrecht

Umsatzsteuerbefreiung für individuell hergestellte Arzneimittel einer Krankenhausapotheke

Die Verabreichung von individuell in der Krankenhausapotheke hergestellten Zytostatika im Rahmen einer ambulanten Heilbehandlung (Krebstherapie) in diesem Krankenhaus ist ein mit dieser ärztlichen Heilbehandlung eng verbundener Umsatz und daher umsatzsteuerfrei.

Bundesfinanzhof, Urteil vom 24. September 2014 und BMF-Schreiben vom 28. September 2016

Hintergrund

Die Finanzverwaltung vertrat bisher die Auffassung, dass die Abgabe von Arzneimitteln durch Krankenhausapotheken für ambulante Heilbehandlungen im Krankenhaus grundsätzlich umsatzsteuerpflichtig ist. Die Voraussetzungen für eine Umsatzsteuerbefreiung nach § 4 Nr. 14 Buchstabe b) UStG wären nicht erfüllt, da die Abgabe von solchen Arzneimitteln kein eng mit einer ärztlichen Heilbehandlung verbundener Umsatz sei. Infolgedessen behandelte die Finanzverwaltung insbesondere die Abgabe von individuell hergestellten Zytostatika im Rahmen von ambulanten Behandlungen im Krankenhaus als umsatzsteuerpflichtig.

Mit Urteil vom 24. September 2014 hat der Bundesfinanzhof (BFH) demgegenüber entschieden, dass die Verabreichung von individuell in der Krankenhausapotheke hergestellten Zytostatika im Rahmen einer ambulanten Heilbehandlung (Krebstherapie) in diesem Krankenhaus ein mit dieser ärztlichen Heilbehandlung eng verbundener Umsatz und daher umsatzsteuerfrei ist.

Nach Auffassung des BFH sind die ambulante Heilbehandlung und die Arzneimittelabgabe zwar eigenständige Leistungen. Aber da die Arzneimittelabgabe zur Erreichung des damit verfolgten therapeutischen Zwecks unentbehrlich sei, ist sie jedoch ein mit der ärztlichen

Heilbehandlung eng verbundener Umsatz. Aus diesem Grund sei es für die Umsatzsteuerbefreiung auch unerheblich, aufgrund welcher sozialrechtlichen Ermächtigungsform die ambulante Krankenhausbehandlung erfolgt. Maßgeblich sei – so der BFH – nicht die Identität des Leistenden, sondern die Identität des Patienten.

BMF-Schreiben vom 28. September 2016

Bisher hatte die Finanzverwaltung noch nicht zu der allgemeinen Anwendung des BFH-Urteils Stellung genommen. Seit der Entscheidung des BFH vor zwei Jahren war daher in der Praxis ungewiss geblieben, welche Konsequenzen aus dem Urteilsspruch der obersten Finanzrichter zu ziehen sind.

Das Bundesministerium der Finanzen (BMF) hat nun mit Schreiben vom 28. September 2016 (BStBl. I 2016, S. 1043) nach einem längeren Anhörungsverfahren – der erste Entwurf des BMF-Schreibens stammt vom 16. Dezember 2015 – zur Anwendung des Urteils Stellung genommen:

- Die Abgabe von individuell für den Patienten hergestellten Arzneimitteln durch die Krankenhausapotheke für eine im Krankenhaus erbrachte ärztliche Heilbehandlung ist umsatzsteuerfrei. Es handelt sich bei einer solchen Arzneimittelabgabe um einen mit der ärztlichen Heilbehandlung eng verbundenen Umsatz. Die bisherige Unterscheidung zwischen stationär und ambulant behandelten Patienten wird von der Finanzverwaltung insoweit aufgegeben.

Von wesentlicher Bedeutung ist in diesem Zusammenhang, dass die Finanzverwaltung das BFH-Urteil nicht nur auf Zytostatika-Zubereitungen anwenden will, sondern auf alle individuell für einen Patienten hergestellten Arzneimittel.

- Demgegenüber sollen die Abgabe von nicht patientenindividuell hergestellten Zubereitungen und Fertigarzneimitteln sowie die Abgabe von nicht in der Krankenhausapotheke selbst hergestellten patientenindividuellen Zubereitungen weiterhin umsatzsteuerpflichtig sein.

Ob die Einschränkung auf patientenindividuell hergestellte Arzneimittel mit dem Kriterium der „Unentbehrlichkeit für die therapeutische Zielsetzung“ vereinbar ist, das der BFH in seinem Urteil vom 24. September 2014 aufgestellt hat, kann bezweifelt werden. Denn auch die Abgabe von nicht individuell hergestellten Zubereitungen oder von Fertigarzneimitteln kann im Einzelfall unentbehrlich sein, um das angestrebte therapeutische Ziel zu erreichen.

- Entscheidend für die Anwendung der Umsatzsteuerbefreiung ist, dass die individuell hergestellten Arzneimittel durch die Krankenhausapotheke des Krankenhauses erfolgt, in dem auch der Patient behandelt wird. Eine Behandlung im selben Gebäude ist nicht erforderlich. Die Abgabe zur Behandlung eines Patienten in einem Krankenhaus desselben Unternehmers an einem anderen Standort ist nach dem BMF-Schreiben ausdrücklich unschädlich.

Für Krankenträger mit mehreren Standorten ist diese Regelung vorteilhaft und zu begrüßen. Der Entwurf des BMF-Schreibens hatte noch vorgesehen, dass die Umsatzsteuerbefreiung nur für die Abgabe von Arzneimitteln durch eine Krankenhausapotheke an das eigene Krankenhaus gelten soll. Dies hätte in der Praxis zu erheblichen Schwierigkeiten geführt, wenn z. B. eine Zentralapotheke mehrere Krankenhäuser eines Trägers an verschiedenen Standorten mit Arzneimitteln versorgt.

- Aufgrund welcher sozialrechtlichen Ermächtigungsform die ambulante Krankenhausbehandlung erfolgt, ist für die umsatzsteuerliche Beurteilung unerheblich. Somit kommt es für die Umsatzsteuerbefreiung nicht darauf an, ob die Arzneimittel durch das Krankenhaus selbst im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 116a SGB V, bei ambulanten Behandlungen gemäß § 116b SGB V oder bei ambulanten Krankenhausbehandlungen durch gemäß § 116 SGB V zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung ermächtigten Krankenhausärzte verwendet werden.

Die Grundsätze des BMF-Schreibens sind in allen offenen Fällen anzuwenden. Für vor dem 1. April 2017 erbrachte Umsätze wird es nicht beanstandet, wenn an der bisher umsatzsteuerpflichtigen Behandlung festgehalten wird.

Folgen für die Praxis

Krankenhäuser sollten die Abrechnung von individuell hergestellten Arzneimitteln im Hinblick auf die Umsatzsteuerbefreiung auf den Prüfstand stellen. Die bestehenden Verträge mit den Krankenkassen müssen spätestens bis zum 1. April 2017 an die neue Rechtslage angepasst werden.

Hinsichtlich der vergangenen Jahre ist – insbesondere wenn Krankenkassen Rückforderungsansprüche geltend machen – Augenmaß gefordert: Beruft sich ein Krankenhaus für bereits abgelaufene Veranlagungszeiträume auf die Steuerbefreiung, entfällt auch der Vorsteuerabzug aus den damit im Zusammenhang stehenden Eingangsleistungen.

Wurde in einem solchen Fall in den Rechnungen durch das Krankenhaus bislang die Umsatzsteuer gesondert ausgewiesen, wird diese aufgrund des unrichtigen Ausweises zunächst weiterhin geschuldet. Um dies zu vermeiden muss die Rechnung gegenüber dem Leistungsempfänger berichtigt und der Mehrbetrag an den Leistungsempfänger zurückgezahlt werden.

Gerne unterstützen wir Sie in Ihren Gesprächen mit der Finanzverwaltung und den Krankenkassen.

Dr. Malte Strüber, LL.M.,
Rechtsanwalt, Steuerberater, Fachanwalt für Steuerrecht

Benjamin Knorr, LL.M. Eur.,
Rechtsanwalt

Die Vereinbarung vertraglicher Kündigungsgründe für eine Kündigung des Heimvertrages aus wichtigem Grund ist zulässig

Es ist grundsätzlich zulässig, wenn in einem Heimvertrag zwischen Heimbewohner und Heimbetreiber vertragliche Kündigungsgründe für eine Kündigung des Heimvertrages aus wichtigem Grund vereinbart werden, solange und soweit die vertraglich geregelten Kündigungsgründe jeweils zugleich auch einen „wichtigen Grund“ im Sinne des 12 Abs. 1 S. 3 WBG darstellen.

Oberlandesgericht Frankfurt a.M., Beschluss vom 22. Juli 2016, Az. 8 W 38/16

Hintergrund

Zwischen der Betreiberin einer vollstationären Alten- und Pflegeeinrichtung und einer Bewohnerin kam es nach einer durch die Einrichtung ausgesprochenen Kündigung des Heimvertrages zum Streit über die Wirksamkeit der Kündigungserklärung. Die beklagte Bewohnerin litt u. a. an schwerer Unruhe mit entsprechenden Schreianfällen und einer stark ausgeprägten Echolalie. Nach dem im Verfahren streitigen Vortrag der klagenden Pflegeeinrichtung äußerte sich die Echolalie oft in stundenlangen extrem lauten Schreianfällen. Wobei die Beklagte in äußerst lautem Ton immer wiederkehrende Worte rufe und das Schreien als regelrechtes „Brüllen“ bezeichnet werden müsse. Die übrigen Heimbewohner fühlten sich durch das oftmals stundenlange laute Schreien der Beklagten regelrecht eingeschüchtert, belästigt und verängstigt. Die Einrichtung kündigte den mit der Beklagten geschlossenen Heimvertrag mit der Begründung, dass es durch die ständigen Schreianfälle der Beklagten zu massiven Störungen des Heimbetriebes, insbesondere der übrigen Heimbewohner gekommen sei.

Die Kündigung stützte die Einrichtung auf § 23 Abs. 5 S. 1 Nr. 2 des abgeschlossenen Heimvertrages, welcher folgende Regelung enthielt:

„(5) Der Heimträger kann den Heimvertrag nur aus wichtigem Grund kündigen. Die Kündigung ist schriftlich zu erklären und zu begründen. Ein wichtiger Grund liegt insbesondere vor, wenn [...]

2. von dem Bewohner eine unzumutbare objektive Gefährlichkeit für das Wohl von Mitbewohnern oder Mitarbeitern des Heimes ausgeht.“

Über die eigentliche, den Rechtsstreit auslösende Frage, ob die durch eine schwere Echolalie hervorgerufenen, oft zu stundenlangen, extrem lauten Schreianfälle einer Heimbewohnerin, einen wichtigen Grund zur Kündigung darstellen, musste das Gericht in diesem Fall, nach der einvernehmlichen Erledigung des Rechtsstreites zwischen den Parteien, nicht mehr entscheiden. Jedoch äußerte sich das Gericht dennoch zu der Frage, ob es grundsätzlich überhaupt zulässig sei, wenn die Parteien eines Heimvertrages innerhalb des Vertrages vertragliche Kündigungsgründe vereinbaren.

Entscheidung des Gerichts

Das Oberlandesgericht Frankfurt a. M. entschied, dass der Heimbetreiber die Kündigung des Heimvertrages aus wichtigem Grund – in Übereinstimmung mit § 12 Abs. 1 WBVG – auch auf den vertraglichen Kündigungsgrund aus § 23 Abs. 5 Satz 1 des abgeschlossenen Heimvertrages stützen konnte. Die Formulierung „insbesondere“ in § 23 Abs. 5 Satz 3 des Heimvertrages mache dabei deutlich, dass die Aufzählung der in den Nr. 1 bis 5 genannten Kündigungsgründen keine abschließende Aufzählung darstellten. Die gesetzliche Regelung § 12 Abs. 1 WBVG sei für eine derartige Normierung einzelner Tatbestände für eine Kündigung aus wichtigem Grund grundsätzlich offen, solange und soweit die vertraglich geregelten Kündigungsgründe jeweils zugleich auch einen „wichtigen Grund“ im Sinne des § 12 Abs. 1 S. 3 WBVG darstellten. Daran bestünden in Bezug auf § 23 Abs. 5 Satz 3 Nr. 2 des Heimvertrages keine Zweifel.

Bewertung

Der Entscheidung des Oberlandesgerichts Frankfurt a. M. kann nur zugestimmt werden. Die Gefährdung des Wohls von Mitbewohnern oder Mitarbeitern der Einrichtung stellt nach ständiger obergerichtlicher Rechtsprechung zweifellos eine Verletzung der vertraglichen Pflichten des Heimbewohners dar, welche den Heimbetreiber bei Vorliegen der übrigen Voraussetzungen zur Kündigung des Heimver-

trages nach § 12 Abs. 1 S. 3 Nr. 3 WBVG berechtigen. Dies folgt bereits aus der dem Unternehmer gegenüber den übrigen Heimbewohnern obliegenden allgemeinen Obhutspflicht. Einer expliziten vertraglichen Normierung dieses zur Kündigung berechtigenden Grundes, stehen auch nicht die Regelungen des WBVG entgegen. Denn die in § 12 Abs. 1 S. 3 WBVG aufgezählten Gründe sind lediglich exemplarisch und nicht abschließend. Auch unter Berücksichtigung des Verbraucherschützenden Charakters der Kündigungsvorschriften des § 12 WBVG kann es den Parteien des Heimvertrages nicht verwehrt sein, die zu einer außerordentlichen Kündigung nach § 12 Abs. 1 WBVG berechtigenden wichtigen Gründe im Rahmen des Heimvertrages näher zu beschreiben. Durch die wichtige Einschränkung des Oberlandesgericht, dass die vertraglich geregelten Kündigungsgründe jeweils zugleich auch einen „wichtigen Grund“ im Sinne des § 12 Abs. 1 S. 3 WBVG darstellten müssten, wird auch eine Rechtsverkürzung des Heimbewohners vermieden, da die Kündigungsmöglichkeiten des Unternehmers nicht zu Lasten des Verbrauchers ausgedehnt werden. Aus diesem Grunde liegt in einer solchen Formulierung vertraglicher Kündigungstatbestände innerhalb des Heimvertrages auch kein Verstoß gegen § 16 WBVG, da es sich nicht um eine zum Nachteil des Verbrauchers abweichende Vereinbarung handelt.

Matthias Wrana, LL.M.,
Rechtsanwalt, Fachanwalt für Medizinrecht

EuGH: Preisbindung bei verschreibungspflichtigen Arzneimitteln ist EU-rechtswidrig

Der Europäische Gerichtshof hat in einem Urteil festgestellt, dass die deutsche Regelung, die einen einheitlichen Apothekenabgabepreis für verschreibungspflichtige Arzneimittel vorsieht, eine nicht gerechtfertigte Beschränkung des freien Warenverkehrs ist und daher gegen EU-Recht verstößt.

Europäischer Gerichtshof (EuGH), Urteil vom 19. Oktober 2016, Az. C-148/15

Hintergrund

Seit mehr als zehn Jahren werden Streitigkeiten auf verschiedenen gerichtlichen Ebenen zur Frage der Preisbindung von verschreibungspflichtigen Arzneimitteln geführt. Hintergrund dieses Streits sind ausländische Internet-Apotheken, die Medikamente nach Deutschland liefern. Im August 2012 hatte der Gemeinsame Senat der obersten Gerichtshöfe des Bundes entschieden, dass die Preisbindung für verschreibungspflichtige Arzneimittel auch für ausländische Apotheken gilt (Az. GmS-OGB 1/10).

Damit hatte sich nunmehr der EuGH mit der grundsätzlichen Frage auseinanderzusetzen, ob das deutsche Arzneimittel-Preisrecht auch für ausländische Arzneimittel-Versender gilt, wenn diese rezeptpflichtige Medikamente an Kunden in Deutschland liefern.

Entscheidung des Gerichts

Der EuGH erkennt in der deutschen Regelung, die einen einheitlichen Apothekenabgabepreis für verschreibungspflichtige Arzneimittel vorsieht, einen Verstoß gegen EU-Recht.

Zur Begründung erklärt das Gericht, dass die Festigung einheitlicher Abgabepreise sich auf ausländische Apotheken viel stärker auswirke, als auf heimische Anbieter. So werde der Zugang zum deutschen Markt für Erzeugnisse aus anderen EU-Mitgliedsstaaten stärker behindert als

dies für inländische Medikamente der Fall sei. Für ausländische Apotheken sei der Versandhandel ein wichtigeres bzw. eventuell sogar das einzige Mittel, um einen unmittelbaren Zugang zum deutschen Markt zu erhalten. Zudem könne der Preiswettbewerb für Versandapotheken ein wichtigerer Wettbewerbsfaktor sein als für traditionelle Apotheken, die besser in der Lage sind, Patienten durch Personal vor Ort zu beraten und eine Notfallversorgung sicherzustellen.

Das Gericht erkennt an, dass zwar grundsätzlich eine Beschränkung des freien Warenverkehrs zum Schutz der Gesundheit und des Lebens gerechtfertigt sein könne. Die Preisbindung sei jedoch nicht geeignet, diese Ziele zu erreichen. Es sei nicht nachvollziehbar inwiefern durch die Festlegung einheitlicher Preise eine bessere geografische Verteilung der Apotheken in Deutschland sichergestellt werden könne. Das Gericht geht sogar davon aus, dass mehr Preiswettbewerb unter den Apotheken die gleichmäßige Versorgung mit Arzneimitteln fördern würde, da Anreize zur Niederlassung auch in Regionen gesetzt würden, in denen wegen der geringen Zahl an Apotheken höhere Preise verlangt werden könnten.

Bewertung

Die Entscheidung des EuGH führt im Ergebnis dazu, dass ausländische Arzneimittel-Versender, die ihre Produkte über das Internet vertreiben, Rabatte gewähren dürfen, deutsche Apotheken allerdings an die einheitlichen Abgabepreise für verschreibungspflichtige Arzneimittel gebunden bleiben.

Dies hat in der breiten Öffentlichkeit zu starken Reaktionen geführt. Die deutschen Apotheker haben die Entscheidung stark kritisiert und darauf hingewiesen, dass es wichtig sei, dass ihre Existenz nicht durch diese unterschiedliche Behandlung gefährdet würde.

Auf Seiten der Politik wurde zunächst überlegt, den Versandhandel mit Arzneimitteln, die nur gegen Rezept abgegeben werden dürfen, gesetzlich zu verbieten. Über diesen Vorschlag wird aktuell heftig diskutiert. Es bleibt abzuwarten, ob und wie der Gesetzgeber hier reagieren wird.

Dr. Silke Dulle,
Rechtsanwältin, Fachanwältin für Medizinrecht

Kein Rückzahlungsanspruch des Sozialhilfeträgers gegenüber Behinderteneinrichtung

Der Sozialhilfeträger hat gegenüber dem Betreiber von Wohnheimen für behinderte Menschen keinen Anspruch auf Schadensersatz oder Rückzahlung angeblich überzahlter Vergütung für Qualitätsverbesserungen beim Personal.

Bayerisches Landessozialgericht, Urteil vom 4. Februar 2016, Az. L 18 SO 89/14

Hintergrund

Die Träger von Wohnheimen für Behinderte und heilpädagogische Förderstätten erbringen Ihre Leistungen zu Gunsten der Empfänger von Sozialleistungen nach dem SGB XII auf Grundlage von Leistungs- und Vergütungsvereinbarungen nach § 75 Abs. 3 S. 1 SGB XII. In einem durch das Bayerische Landessozialgericht zu entscheidenden Fall hatte der beklagte Einrichtungsträger eine solche Leistungs- und Vergütungsvereinbarung mit dem klagenden örtlichen Sozialhilfeträger abgeschlossen. Im Rahmen der Verhandlungen über die

Leistungs- und Vergütungsvereinbarung wurden durch die Einrichtung höhere Kosten, insbesondere höhere Personalkosten, geltend gemacht, die Berücksichtigung in den Vereinbarungen finden müssten. Daraufhin unterbreitete der Sozialhilfeträger der Einrichtung ein verbessertes Angebot, auf dessen Grundlage mehrere Leistungs- und Vergütungsvereinbarungen abgeschlossen wurden. Zwei Jahre nach Abschluss der Vergütungsvereinbarung nahm der Sozialhilfeträger den Einrichtungsträger sodann auf Rückzahlung in Höhe von insgesamt EUR 474.910,34 nebst Zinsen für zu viel gezahlte Vergütung in Anspruch. Der Sozialhilfeträger machte geltend, an die Einrichtung zu viel an Vergütung gezahlt zu haben, weil die Einrichtung seinem Personal eine geringere Lohnsumme gezahlt habe, als sie den getroffenen Vergütungsvereinbarungen zugrunde gelegt hatte. Die Vergütungssätze der Vergütungsvereinbarung seien zwischen den Beteiligten nur deshalb in dieser Höhe vereinbart worden, damit die Einrichtung ihren Beschäftigten höhere Löhne bzw. Tariflöhne zahlen könne, um qualifizierte Betreuungs- und Pflegekräfte zu gewinnen. Dies war indessen nicht erfolgt. Darüber hinaus habe die Einrichtung in einem Zeitraum von 15 Monaten weniger Personal vorgehalten, als in den Leistungsvereinbarungen vereinbart worden sei.

Entscheidung des Gerichts

Nachdem bereits das Sozialgericht Bayreuth die Klage des Sozialhilfeträgers abgewiesen hatte, wies auch das Bayerische Landessozialgericht die Berufung des Sozialhilfeträgers zurück. Für einen Rückzahlungsanspruch gäbe es keine gesetzliche Grundlage. Eine Erstattung nach § 50 Abs. 2 S. 1 SGB X komme nicht in Betracht, da diese Norm nur die Erstattung von Sozialleistungen im subordinationsrechtlich strukturierten Sozialleistungsverhältnis – also nach Erlass von Verwaltungsakten – betrifft. Die Vergütung an die Einrichtung sei jedoch in Übereinstimmung mit den geschlossenen Leistungs- und Vergütungsvereinbarungen nach § 75 Abs. 3 S. 1 SGB XII – also aufgrund sogenannter Normverträge – gezahlt worden. Der Erstattungsanspruch nach § 50 Abs. 2 S. 1 SGB X sei auf das Gleichordnungsverhältnis zwischen Sozialhilfeträger und Einrichtung nicht anwendbar.

Das Sozialrecht enthalte darüber hinaus auch keinen weitergehenden Schadensersatz- oder Rückforderungsanspruch gegenüber der Einrichtung, welche der Sozialhilfeträger geltend machen könnte. Denn das SGB XII enthalte auch keine dem § 115 Abs. 3 SGB XI entsprechende Regelung, wonach der Kostenträger die vereinbarten Pflegevergütungen entsprechend kürzen kann, wenn die Pflegeeinrichtung ihre gesetzlichen oder vertraglichen Verpflichtungen, insbesondere ihre Verpflichtungen zu einer qualitätsgerechten Leistungserbringung aus dem Versorgungsvertrag ganz oder teilweise nicht einhält.

Ferner könne sich der Sozialhilfeträger auch nicht auf einen öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruch berufen, denn der allgemeine öffentlich-rechtliche Erstattungsanspruch setzt als Kehrseite des Anspruchs aus der Leistung ein sozialrechtliches Leistungsverhältnis voraus. Da die zwischen den Beteiligten geschlossenen Vereinbarungen jedoch kein sozialrechtliches Leistungsverhältnis zwischen den Beteiligten begründet hätten und auch keine Sozialleistungen vom Sozialhilfeträger an die Einrichtung erbracht wurden, könne sich hieraus kein Erstattungsanspruch ergeben.

Schließlich könne sich der Sozialhilfeträger ebenso wenig auf die zivilrechtlichen Vorschriften des Bürgerlichen Gesetzbuches (BGB) berufen. Zwar seien die Vorschriften der §§ 53 ff. SGB X, und somit auch des § 61 S. 2 SGB X, grundsätzlich auch auf Normverträge anwendbar. Jedoch stünde die Eigenart der Vereinbarungen i. S. d. § 75 Abs. 3 SGB XII einer Geltendmachung vertraglicher Schadensersatz-

ansprüche entsprechend § 280 BGB entgegen. Denn zwischen Sozialhilfeträger und Einrichtung sei durch den Abschluss der Vereinbarungen nach § 75 Abs. 3 SGB XII keine schuldrechts-ähnliche Leistungsbeziehungen begründet worden.

Ebenfalls betonte das Gericht, dass die Einrichtung bei der Durchführung der getroffenen Vereinbarungen nach § 75 Abs. 3 SGB XII ihre Pflichten verletzt hätte. Die zwischen Sozialhilfeträger und Einrichtung getroffenen Vereinbarungen, insbesondere die Leistungsvereinbarungen und die Prüfungsvereinbarung, enthielten weder die Verpflichtung der Beklagten gegenüber dem Sozialhilfeträger, die in den Vertragsverhandlungen überschlägig berechneten Personalkosten auch tatsächlich an die von ihr beschäftigten Arbeitnehmer zu zahlen, noch die Verpflichtung, eine bestimmte Anzahl von Personen zu beschäftigen. Solche Verpflichtungen ergäben sich nicht aus dem Wortlaut der zwischen den Beteiligten geschlossenen Leistungs- und Vergütungsvereinbarungen. Dort wurden lediglich unter der prospektiven Schätzung einer bestimmten Anzahl an Bewohnern mit einem bestimmten Hilfebedarf ein „Personalschlüssel“ bzw. „Planstellen“ nach einem Personalplan vereinbart. Schon aus der Begriffswahl ergebe sich, dass es sich nicht um einen von der Einrichtung abschließend zugesicherten Personalbedarf handelt, sondern lediglich um die Annahme eines voraussichtlichen durchschnittlichen Personalaufwands, der als Kalkulationsgrundlage für die Vergütungsvereinbarung dienen soll. Einer Vergütungsvereinbarung müsse stets eine auf die Zukunft bezogene Aufwandsschätzung zugrunde gelegt werden.

Auch die Grundsätze der Störung der Geschäftsgrundlage nach § 313 BGB fänden im vorliegenden Fall keine Anwendung. Denn bei einer Änderung der Verhältnisse sehe § 77 Abs. 3 SGB XII unter engen Voraussetzungen die Möglichkeit einer Neuverhandlung vor. Diese spezielle, auf die Vergütungsvereinbarung nach § 75 Abs. 3 SGB XII, § 76 Abs. 2 SGB XII zugeschnittene Ausnahmeregelung schließe daneben eine Anwendung des § 61 S. 2 SGB X i. V. m. § 313 BGB aus.

Bewertung

Die Entscheidung des Bayerischen Landessozialgerichts ist nicht nur begrüßenswert, sondern auch von enormer praktischer Bedeutung. Wie sich bereits an dieser einzelnen Entscheidung erkennen lässt, erreichen potentielle Rückforderungsansprüche der Kostenträger schnell erhebliche Höhe. Insofern war die Klarstellung des Landessozialgerichts, dass es sich bei den Verhandlungen hinsichtlich der Personalkosten unter Berücksichtigung des zu erwartenden Personalbedarfs, stets um prospektive Kostenschätzungen handelt, ausgesprochen wichtig. Eine andere Bewertung wäre allenfalls in den Fällen ausdrücklich zugesicherter Qualifikationen des eingesetzten Personals – wie z. B. im Bereich der Intensivpflege – angezeigt.

Wie lange diese Rechtsprechung Bestand haben wird, wird sich zeigen müssen. Denn das sich derzeit im Gesetzgebungsprozess befindliche Gesetz zur Stärkung der Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen (Bundesteilhabegesetz – BTHG) sieht mit der Neufassung des § 129 Abs. 1 SGB IX eine Kürzung der Vergütung vor, soweit der Leistungserbringer seine gesetzliche oder vertragliche Verpflichtung ganz oder teilweise nicht einhält. Der weitere Gesetzgebungsprozess um das Bundesteilhabegesetz wird daher genau zu beobachten sein.

Matthias Wrana, LL.M.,
Rechtsanwalt, Fachanwalt für Medizinrecht

II. Aktuelle Entwicklungen

Änderung des Wohn- und Betreuungsvertragsgesetzes (WBVG) im Zuge des Gesetzes zur Umsetzung der Richtlinie über alternative Streitbeilegung in Verbraucherangelegenheiten

Mit dem Gesetz zur Umsetzung der Richtlinie über alternative Streitbeilegung in Verbraucherangelegenheiten und zur Durchführung der Verordnung über Online-Streitbeilegung in Verbraucherangelegenheiten vom 19. Februar 2016 (BT-Drucks. 18/5089) führte der Gesetzgeber die zusätzlichen Informationspflichten des Unternehmers nach § 6 Abs. 3 Nr. 4 in das WBVG ein. Der Wohn- und Betreuungsvertrag muss danach die Informationen nach § 36 Abs. 1 des Verbraucherstreitbeilegungsgesetzes (VSBG) geben.

Damit soll der Unternehmer den Verbraucher im Vertrag darüber in Kenntnis setzen, inwieweit er bereit oder verpflichtet ist, an Streitbeilegungsverfahren vor einer Verbraucherschlichtungsstelle teilzunehmen. Hat sich der Unternehmer zur Teilnahme an einem Streitbeilegungsverfahren bei einer Verbraucherstreitbeilegungsstelle verpflichtet, weist er im Vertrag den Verbraucher auf die zuständige Stelle hin. Der Gesetzgeber verfolgt damit das Ziel, dass die Informationspflichten nach § 36 Abs. 1 VSBG unabhängig von der Verwendung von Allgemeinen Geschäftsbedingungen oder dem Unterhalten einer Webseite auch bei Individualverträgen nach dem Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz Anwendung finden.

Weitere Konkretisierungen für die ASV in Kraft getreten

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat bereits am 22. Januar 2015 weitere Konkretisierungen für die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V (ASV) für das Marfan-Syndrom und die Behandlung gynäkologischer Tumore beschlossen. Nach Änderungsbeschlüssen vom 18. Juni 2015 und 17. Dezember 2015 ist die Änderung der Richtlinie ambulante spezialfachärztliche Versorgung §116b SGB V: Anlage 1.1 Buchstabe a onkologische Erkrankungen – Tumorgruppe 2: gynäkologische Tumoren nun nach Veröffentlichung im Bundesanzeiger am 10. August 2016 in Kraft getreten.

Die Auswirkungen dieser Regelungen wird der G-BA 18 Monate nach ihrem Inkrafttreten evaluieren. Der Beschluss des G-BA wurde dem Bundesministerium für Gesundheit zur Prüfung vorgelegt und tritt nach Nichtbeanstandung und Bekanntmachung im Bundesanzeiger in Kraft.

Klarstellungen zur neuen Qualitätsmanagement-Richtlinie

Im Rahmen seiner Sitzung vom 15. September 2016 hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) beschlossenen, die bereits im Dezember 2015 beschlossenen einheitlichen Regeln für ein sektorenübergreifendes Qualitätsmanagement anzupassen. Mit der Richtlinie bestimmt der G-BA nach § 92 i. V. m. § 136 Abs. 1 Nr. 1 SGB V die grundsätzlichen Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement und bestimmt soweit erforderlich die notwendigen Durchführungsbestimmungen für Leistungserbringer. Mit entsprechenden Ergänzungen in § 4 der neuen Qualitätsmanagement-Richtlinie wird klargestellt, welche Maßnahmen ausnahmslos anzuwenden sind und unter welchen Voraussetzungen sowie mit welchen Begründungen von den Vorgaben abgewichen werden darf.

Der Beschluss wird dem BMG zur Prüfung vorgelegt und tritt nach Nichtbeanstandung und Bekanntmachung im Bundesanzeiger in Kraft.

Änderung der Arbeitsunfähigkeits-Richtlinie: Anpassung der Rechtsgrundlage für die stufenweise Wiedereingliederung

Der G-BA hat in seiner Sitzung am 20. Oktober 2016 beschlossen, die Anlage der Richtlinie über die Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit und die Maßnahmen zur stufenweisen Wiedereingliederung nach § 92 Abs. 1 S. 2 Nr. 7 SGB V zu ändern.

Ziffer 4 Satz 1 der Anlage zur Arbeitsunfähigkeits-Richtlinie soll demnach wie folgt gefasst werden: „Eine stufenweise Wiedereingliederung an Arbeitsplätzen, für welche die Verordnung zur arbeitsmedizinischen Vorsorge (ArbMedVV) in der Fassung vom 23. Oktober 2013 Anwendung findet, kann grundsätzlich nur mit Zustimmung der Betriebsärztin oder des Betriebsarztes erfolgen.“

Der Beschluss wird dem BMG zur Prüfung vorgelegt und tritt nach Nichtbeanstandung und Bekanntmachung im Bundesanzeiger in Kraft.

Autoren



Dr. Silke Dulle,
Rechtsanwältin,
Fachanwältin für Medizinrecht,
BEITEN BURKHARDT
Rechtsanwaltsgesellschaft mbH,
Berlin



Benjamin Knorr, LL.M. Eur.,
Rechtsanwalt,
BEITEN BURKHARDT
Rechtsanwaltsgesellschaft mbH,
Berlin



Dr. Malte Strüber, LL.M.,
Rechtsanwalt, Steuerberater,
Fachanwalt für Steuerrecht,
BEITEN BURKHARDT
Rechtsanwaltsgesellschaft mbH,
Berlin



Matthias Wrana, LL.M.,
Rechtsanwalt,
Fachanwalt für Medizinrecht,
BEITEN BURKHARDT
Rechtsanwaltsgesellschaft mbH,
Berlin

Hinweise

Diese Veröffentlichung stellt keine Rechtsberatung dar.

Wenn Sie diesen Newsletter nicht mehr erhalten möchten, können Sie jederzeit per E-Mail (bitte E-Mail mit Betreff „Abbestellen“ an Anke.Kolczynski@bblaw.com) oder sonst gegenüber BEITEN BURKHARDT widersprechen.

© BEITEN BURKHARDT Rechtsanwaltsgesellschaft mbH.
Alle Rechte vorbehalten.

Impressum

BEITEN BURKHARDT Rechtsanwaltsgesellschaft mbH
(Herausgeber)
Ganghoferstraße 33, D-80339 München
AG München HR B 155350/USt.-Idnr: DE811218811

Weitere Informationen (Impressumsangaben) unter:
www.beitenburkhardt.com/impressum

Redaktion (verantwortlich)

Dr. Karl-Dieter Müller

Ihre Ansprechpartner

Berlin • Kurfürstenstraße 72-74 • 10787 Berlin
Dr. Silke Dulle, Rechtsanwältin, Fachanwältin für Medizinrecht
Tel.: +49 30 26471-317 • Silke.Dulle@bblaw.com
Matthias Wrana, LL.M., Rechtsanwalt, Fachanwalt für Medizinrecht
Tel.: +49 30 26471-245 • Matthias.Wrana@bblaw.com



Weitere interessante Themen und
Informationen zu Healthcare finden
Sie in unserem Onlinebereich.



BEIJING • BERLIN • BRÜSSEL • DÜSSELDORF • FRANKFURT AM MAIN
MOSKAU • MÜNCHEN • ST. PETERSBURG

WWW.BEITENBURKHARDT.COM