

BVMed-Akademie

30. Oktober 2025

Sektorübergreifende Kooperationsmodelle | Entlassmanagement

Referenten:

RAin Christiane Döring, Ahrensburg

RA Prof. Dr. Hendrik Schneider, Wiesbaden

Gesetzliche Fortentwicklung des Patientenanspruchs* auf Entlassmanagement und Unterstützung der Kliniken durch Hersteller und sonstiger Leistungserbringer

- *Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird bei personenbezogenen Wörtern die männliche Form verwendet. Entsprechende Begriffe gelten im Sinne der Gleichbehandlung für alle Geschlechter. Die verkürzte Sprachform beinhaltet keine Wertung.*

AGENDA

Teil 1:

I. Gesetzliche Fortentwicklung des Patientenanspruchs auf Entlassmanagement und Unterstützung der Kliniken durch Hersteller und sonstiger Leistungserbringer

- Entwicklungsschritte seit 2007
- Ablauf und Ziele des heutigen Entlassmanagements
- Patientenanspruch auf Entlassmanagement
- Rechtliche Annexmaterien

II. Aktuelle Kooperationsansätze in Zeiten knapper Ressourcen

- Geschichte des § 128 SGB V
- Chancen und Fallstricke bei Kooperationen mit Homecareunternehmen, Sanitätshäusern und anderen Hilfsmittelanbietern
- Chancen und Fallstricke bei Kooperationen mit Homecareunternehmen
- Chancen und Fallstricke Kooperationen mit Apotheken

Teil 2:

Strategien aus dem KHVVG – Eine Einordnung der stationären Leistungserbringung im Kontext gesetzlicher und technologischer Entwicklungen

Teil 3:

Fälle aus der Praxis

Teil 4:

Ausblick – Zukunftschancen nach der Krankenhausreform

Gesetzliche Fortentwicklung des Patientenanspruchs auf Entlassmanagement

GKV-WSG 2007:
Etablierung eines
Anspruchs auf
Versorgungsmanagement
als Programmsatz zur
Verbesserung des
Übergangs in
verschiedene
Versorgungsbereiche

GKV-VSG 2015:
Verabschiedung des
§ 39 Abs. 1a SGB V
mit differenzierten
Regelungen zum
Entlassmanagement

2012:
Etablierung
eines
Anspruchs
auf Entlass-
manage-
ment

2017:
Rahmenvertrag
Entlassmanage-
ment implementiert
die Pflicht, dass
Entlassmanage-
ment umzusetzen
& die Berechtigung
Verordnungen zu
tätigen

Ab 2020:
Etablierung von
Qualitätssiche-
rungsverfahren

2023: Veröffentlichung
des Abschlussberichts
vom IQTIG (Institut für
Qualitätssicherung
und Transparenz im
Gesundheitswesen)

2025: Integration
digitaler
Gesundheits-
anwendungen

§ 39 Abs. 1a SGBV aktuelle Fassung:

Die Krankenhausbehandlung umfasst ein Entlassmanagement zur Unterstützung einer sektorenübergreifenden Versorgung der Versicherten beim Übergang in die Versorgung nach Krankenhausbehandlung. § 11 Absatz 4 Satz 4 gilt. Das Krankenhaus kann mit Leistungserbringern nach § 95 Absatz 1 Satz 1 vereinbaren, dass diese Aufgaben des Entlassmanagements wahrnehmen. § 11 des Apothekengesetzes bleibt unberührt. Der Versicherte hat gegenüber der Krankenkasse einen Anspruch auf Unterstützung des Entlassmanagements nach Satz 1; soweit Hilfen durch die Pflegeversicherung in Betracht kommen, kooperieren Kranken- und Pflegekassen miteinander. Das Entlassmanagement umfasst alle Leistungen, die für die Versorgung nach Krankenhausbehandlung erforderlich sind (...)

Ziele und Ablauf des Entlassmanagements

Ziele

- Vermeidung von Drehtüreffekten
- Sicherstellung einer lückenlosen Versorgung beim Übergang in die ambulante Versorgung, Reha oder Pflege
- Sicherung der Kontinuität der Versorgung
- Verbesserung der Kommunikation zwischen den Versorgungsbereichen
- Entlastung von Angehörigen

→ (Siehe BT-Drs. 17/6909, 55)

Ziele und Ablauf des Entlassmanagements

Ablauf unter Verantwortung des Krankenhausarztes und des Sozialdienstes

- Assessment des patientenindividuellen Bedarfs
- Bei komplexen Versorgungsbedarf Aufstellung eines Entlass-Plans
- Prüfung der Erforderlichkeit von Verordnungen nach § 39 Abs. 1a S. 8 SGB V
- Prüfung der Erforderlichkeit weiterer Leistungen z.B. SAPV, Kurzzeitpflege, Haushaltshilfe
- Frühzeitige Einholung einer Einwilligung des Patienten zum Entlassmanagement
- Kontaktaufnahme mit Betreuung etc.
- Erstellung eines Medikationsplans ab drei Arzneimitteln und Verordnung der benötigten Hilfsmittel
- Entlassbrief
- Ggf. Einbeziehung der Krankenkasse in das Entlassmanagement

Patientenanspruch auf Entlassmanagement

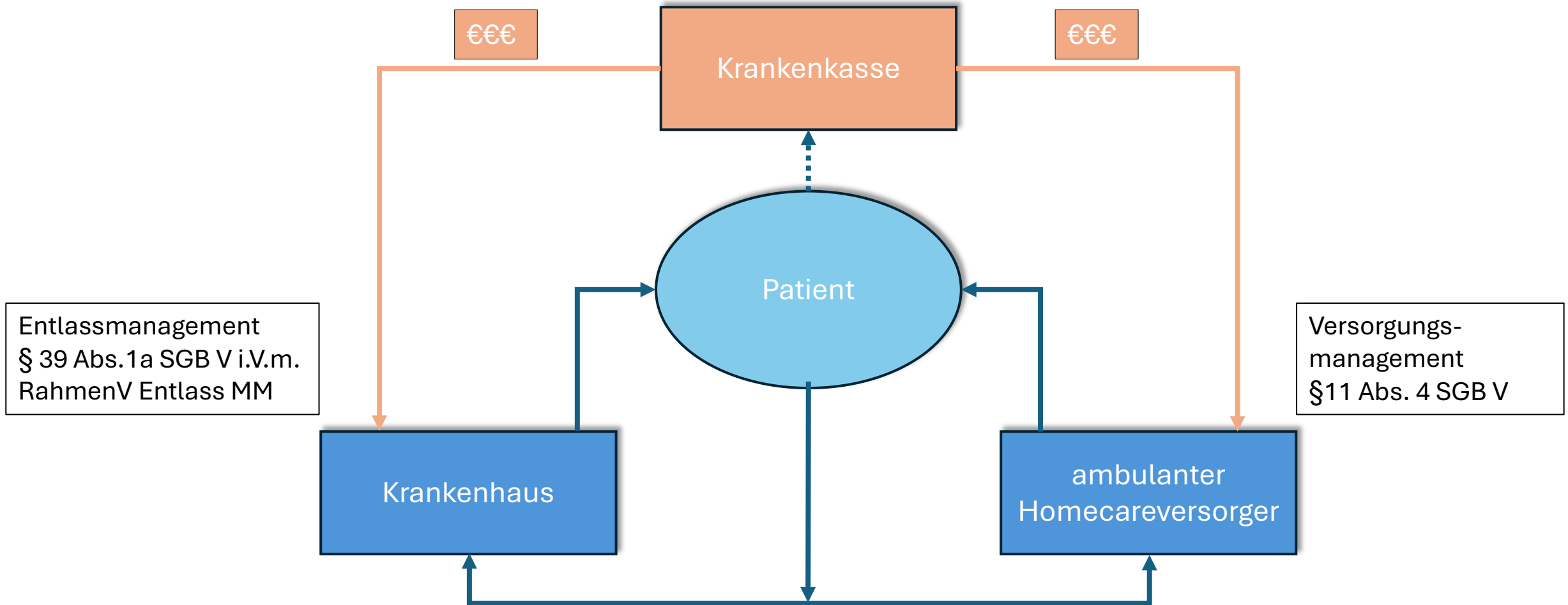
Patientenwahlfreiheit

- Der Patientenanspruch auf Entlassmanagement ergibt sich aus § 39 Abs. 1a SGB V
- Der Patient entscheidet, ob er Unterstützung beim Entlassmanagement möchte
- Der Patient entscheidet, wer ihn nach der Entlassung versorgt:
 - § 31 Abs. 1 S. 5 SGB V für Arzneimittel und Auswahl der Apotheke
 - § 33 Abs. 6 SGB V für Hilfsmittel
 - § 76 Abs. 1 SGB V für die freie Arztwahl
 - § 2 Abs. 2 SGB XI für Pflegeeinrichtungen und Pflegedienste
- Das Krankenhaus darf unterstützen, aber nicht lenken
- Für die ambulanten Hilfsmittelanbieter gilt: sie dürfen beraten, erklären und aufklären, aber nicht den Patienten drängen, § 11 Abs. 4 SGB V

Praxis-Tipp:

Einholung der Patientenwahlrechts- und Datenschutzerklärung zum frühestmöglichen Zeitpunkt

Gesetzliche Fortentwicklung des Patientenanspruchs auf Entlassmanagement



Praxis-Tipp: Frühzeitige Einholung von Patientenwahlrechts- und Datenschutzerklärung!

Rechtliche Annexmaterien

- Verbot der Zuführung von Verordnungen an Apotheken gemäß § 11 ApoG (Medstra 4/2025 S. 2012 Hendrik Schneider/ Yannick Neuhaus – Zur Auffangfunktion des § 263 StGB bei kick-back-freien Verstößen gegen § 11 Abs. 1 S. 1 ApoG)
- § 263 StGB (u.a. angewendet bei Verletzung des § 11 Abs. 1 ApoG und des § 128 SGB V)
- §§ 299a,b (anwendbar bei Vorteilsgewährungen von Anschlussversorgung an Krankenhaus oder Krankenhausmitarbeiter, diverse Erscheinungsformen: ersparte Aufwendungen, Fortbildungssponsoring, Spenden)
- Wettbewerbsrecht, Heilmittelwerberecht
- Datenschutzrecht
- Ärztliches Berufsrecht
- Regressforderungen der Kostenträger

Aktuelle Kooperationsansätze in Zeiten knapper Ressourcen

Aktuelle Kooperationsansätze in Zeiten knapper Ressourcen

Geschichte des § 128 SGB V

01.04.2009: § 128 SGB V tritt in Kraft: Die Zusammenarbeit zwischen Hilfsmittelerbringern und Vertragsärzten wird reglementiert.

Änderungen durch 15. AMG-Novelle/ 17.07.2009: Wesentliche Erweiterung und Verschärfung: Klinikärzte, Ärzte in sonstigen medizinischen Einrichtungen (z.B. MVZ); Konkretisierung „wirtschaftlicher Vorteil“ (umfassend zu verstehen).

GKV- VStG vom 22.12.2011: Erweiterung und Konkretisierung → **Umfassendes Umgehungsverbot:** Zuwendungsverbot erstreckt sich auch auf Beteiligung von Vertragsärzten an Unternehmen von Leistungserbringern im Hilfsmittelbereich.

Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetz vom 04.04.2017: Erweiterung und Konkretisierung, Abs. 6 S. 3 „ Die Sätze 1 und 2 gelten auch bei Leistungen zur Versorgung von chronischen und schwer heilenden Wunden nach § 37 Absatz 7 gegenüber den Leistungserbringern, die diese Leistungen erbringen“

2009

2017

Beschränkung des Anwendungsbereichs auf die Kooperationen von **Vertragsärzten** mit **Hilfsmittelerbringern.**

Erweiterung auf **Arzneimittel.**

Erweiterung auf **Heilmittel.**

Gebührenrechtliche Aufwertung durch Anwendung des § 134 BGB (§ 128 SGB V als Verbotsgesetz und Aufwertung durch Aufnahme in die konkludente Erklärung nach § 263 StGB mit zunehmender Dynamik). Siehe hierzu *Wolk/Prütting, Zur Vergütungs- und Betrugsrelevanz von Verstößen gegen sozialrechtliche Kooperationsverbote am Beispiel des § 128 SGB V; Gaede, Sanktionen des Sozialrechts – Zündstoff im Medizin- Wirtschaftsstrafrecht, MedR 2024 S. 703 ff. (open Access).*

Aktuelle Kooperationsansätze in Zeiten knapper Ressourcen

Regelungsbereich § 128 SGB V: Kooperationen mit Homecareunternehmen, Sanitätshäusern und anderen Hilfsmittelanbietern sind erlaubt

Erlaubt	Kritisch
Miete von Räumlichkeiten in der Klinik	Mietzins deutlich oberhalb oder unterhalb der ortsüblichen Vergleichsmiete, je nach Ausrichtung
Rabatte auf den Einkauf von Hilfsmitteln	Kopplungsgeschäfte z.B. Verknüpfung mit Zuführung von Rezepten i.R.d. Entlassmanagements
Belieferung mit Hilfsmitteln am Entlasstag nach Verordnung auf Wunsch des Patienten	Übergehung des Patientenwahlrechts
Bestückung des Notfalldepots des Krankenhaus MVZs	Abgabe von Hilfsmitteln über Depots bei denen es sich nicht um Produkte zur Notfallversorgung handelt
Sprechstunden von Hilfsmittelerbringern im MVZ und im KH	Übergehung des Patientenwahlrechts oder Koppelungsgeschäfte
Rezeptmanagement aus medizinischen Gründen	Rezeptmanagement ohne medizinische Gründe

Eine automatische „Weiterleitung“ durch den Arzt ohne Wahlmöglichkeit kann berufs- und wettbewerbsrechtlich (§ 31 MBO) unzulässig sowie strafbar sein.

→ Erarbeiten Sie Kooperationsverträge, knüpfen Sie an sachliche Gründe an, erarbeiten Sie ggf. Qualitätskriterien für die Auswahl als Kooperationspartner.

Aktuelle Kooperationsansätze in Zeiten knapper Ressourcen

Zwischen Kooperation und Korruption – wo § 128 SGB V die Grenzen zieht: das Depotverbot, § 128 Abs. 1 SGB V

Depots von Hilfsmitteln und im Ergebnis auch von Verbandmitteln, Produkten zur enteralen Ernährung oder Arzneimitteln in Kliniken oder Arztpraxen sind nur sehr eingeschränkt zulässig (§128 Abs. 1, Abs. 6 SGB V i.V.m. §§ 31, 116 b Abs. 7 SGB V, § 43 Abs. 1 AMG, § 4 AMVV, § 3 Abs. 2 MBO-Ä):

- Zulässig in Notfällen; Orientierungshilfe für Hilfsmittel: die Liste des GKV-Spitzenverbandes Bund
- Depotverbot für die Abgabe, nicht für die Anwendung am Patienten, d.h. eine Bevorratung des Krankenhauses zum Verbrauch auf Station wird vom Depotverbot nicht tangiert
- Depotverbot gilt nicht für Produktmuster, Testgeräte oder für Produkte zu Schulungszwecken
- Es reicht ein hinreichender räumlicher Zusammenhang, d.h. Arzt oder Krankenhaus müssen nicht Eigentümer oder Kommissionär sein
- Da sich das Depotverbot auf die Regelung in der GKV bezieht, sind beispielsweise Privatkliniken oder reine Unfallkrankenhäuser ausgenommen

Praxis-Tipp:

Bei Unklarheit, ob es sich um ein vom Depotverbot ausgenommenes Notfallprodukt handelt, kann die **Liste des GKV-Spitzenverband Bund zu Vergleichszwecken herangezogen werden (siehe hierzu nächste Folie)**. Diese ist nicht abschließend.

Aktuelle Kooperationsansätze in Zeiten knapper Ressourcen

Liste des GKV-Spitzenverbandes



Hinweise des

GKV-Spitzenverbandes der Krankenkassen

zur Umsetzung des § 128 Absatz 1 SGB V

(Hilfsmittelabgabe über Depots)

Untergruppe/-art des Hilfsmittelverzeichnis	Bezeichnung der Untergruppe/-art	Anmerkungen
05.11.01.0	Rippenbruchbandagen	Angesichts der Umgruppierung verschiedener Bandagen in die Produktgruppe „Orthesen“ des Hilfsmittelverzeichnis werden weitere Bandagen unter den Produktuntergruppen/-arten der Produktgruppe 23 genannt (s. u.).
10.50.02.0	Unterarmgehstützen	
10.50.02.1	Unterarmgehstützen mit anatomischem Handgriff	
10.50.03.0	Achselstützen	
15.25.15	Ballonkatheter sowie der im Notfall ggf. erforderliche Beutel	Voraussetzung ist, dass keine entsprechenden Sprechstundenbedarfsregelungen bestehen.
17.06.01 bis 17.06.04	Kompressionsstrümpfe und -strumpfhosen sowie evtl. im Notfall erforderliches Zubehör	Es kann sich um einen Notfall handeln, wenn die Produkte z. B. unmittelbar postoperativ benötigt werden und die konkrete Produktauswahl erst nach der Operation möglich ist, insbesondere nach einem Venenstripping
23.02.01	Sprungelenkorthesen zur Immobilisierung	
23.03.01.0	Fußlagerungsoorthesen	
23.04.01	Knieorthesen zur Immobilisierung	
23.06.01	Unterschenkel-Fußorthesen zur Immobilisierung	
23.07.01	Daumenorthesen zur Immobilisierung	
23.07.02	Handorthesen zur Immobilisierung	
23.08.01	Ellenbogenorthesen zur Immobilisierung	
23.09.01	Schultergelenkorthesen zur Immobilisierung	
23.10.01	Armorthesen zur Immobilisierung	
23.12.01	HWS-Orthesen zur Immobilisierung	
23.12.03	HWS-Orthesen zur Stabilisierung	
23.14.01	LWS-Orthesen zur Immobilisierung	
23.15.01	WS-Orthesen zur Immobilisierung	
25.21.55.2	Verbandschalen, auch als Medikamententräger	
27.17.04.0	Shunt-Ventile (sog. Stimmprothesen)	

Aktuelle Kooperationsansätze in Zeiten knapper Ressourcen

Was ist eine Notfallversorgung?

➤ Praxis-Tipp:

Schaffen Sie sich interne **Compliance-Regeln** hierzu!

- 🚨 Aus medizinischen Gründen ist eine umgehende Versorgung mit einem Hilfsmittel in Anbetracht eines akuten Ereignisses notwendig.
- 🚨 Die Versorgung erfolgt nicht im Rahmen der stationären Behandlung.
- 🚨 Die Versorgung war nicht planbar.
- 🚨 Die Beschaffung durch den Patienten ist unzumutbar.

Aktuelle Kooperationsansätze in Zeiten knapper Ressourcen

Zwischen Kooperation und Korruption – wo § 128 SGB V die Grenzen zieht: Das Zuwendungsverbot nach § 128 Abs. 2 SGB V

Hilfsmittelleistungserbringer dürfen keine Zuwendungen für die Verordnung von Hilfsmitteln gewähren, Verbot sogenannter Kick-back-Zahlungen oder Zuweiser-Prämien.

- Das Zuwendungsverbot gilt auch für Klinikärzte. Es ergibt sich außerdem aus: § 73 Abs. 7 SGB V, § 31 Abs. 2 MBO-Ä, § 7 HWG
- Werden unzulässige Zuwendungen im Zusammenhang mit der Abrechnung von ärztlichen Leistungen gegenüber den Krankenkassen gewährt, kann es sich – je nach Einzelfall – auch um Abrechnungsbetrug (§ 263 StGB) oder Korruption (§§ 299a/b StGB) handeln
- Unzulässige Zuwendungen können sein:
 - unentgeltliche oder verbilligte Überlassung von Geräten
 - kostenfreie Schulungsmaßnahmen (Ausnahme: gesetzlich zulässige oder verpflichtende Schulungen)
 - kostenfreie Personalüberlassung oder die kostenfreie Überlassung von Räumlichkeiten

Praxis-Tipp:

Um bereits Eindruck der Einflussnahme auf das Ordnungsverhalten der Ärzte zu vermeiden, bedarf es der **Transparenz** und der **Dokumentation** in der Klinik.

Aktuelle Kooperationsansätze in Zeiten knapper Ressourcen

Zwischen Kooperation und Korruption – wo § 128 SGB V die Grenzen zieht: Das Beteiligungsverbot nach § 128 Abs. 2 SGB V

- Relevant bei Kooperationen im ambulanten Sektor
Grundprinzip: Der Arzt soll nur über die ärztliche Leistung und nicht über Hilfsmittel etc. Einkommen erzielen. Grundgedanke ist das **Wirtschaftlichkeitsprinzip**, dessen Einhaltung entsprechend abgesichert wird. Dem dient ebenfalls § 128 SGB V.
- Das Beteiligungsverbot ist verletzt, wenn der Arzt auf den wirtschaftlichen Erfolg eines Unternehmens, an dem er beteiligt ist spürbaren Einfluss nehmen kann. Das Verbot darf nicht ausmanövriert werden und gilt auch für Angehörige.

Aktuelle Kooperationsansätze in Zeiten knapper Ressourcen

Abschluss-Fall zu § 128 SGB V

Fall nach AG Landsberg, Urteil v. 16.01.2013– 6 Ls 200 Js 141129/08:

Die Ärzte des Krankenhauses verordnen den Patienten Bandagen, Vorfußentlastungsschuhe und Kompressionsstrümpfe. Diese liefert das kooperierende Sanitätshaus X direkt an das KH, wo diese in einem separaten Raum aufbewahrt werden. Dort entnimmt das Pflegepersonal die genannten Produkte und händigt sie den Patienten aus. Die Rezepte gehen postalisch an das Sanitätshaus, das diese bei den Kostenträgern einreicht.

Wie sehen Sie diese Kooperation?

Aktuelle Kooperationsansätze in Zeiten knapper Ressourcen

So bewertet das AG Landsberg die Kooperation:

Die **Zusammenarbeit mit dem Ziel der Ausweitung der Versorgung bzw. der Inanspruchnahme von Hilfsmitteln ist unzulässig.** (...) Durch die Einreichung der Rezepte hat der Angeklagte **konkludent** erklärt gemäß den für ihn geltenden Vorschriften ordnungsgemäß abgerechnet zu haben und einen entsprechenden Irrtum bei den Sachbearbeitern der Versicherungen erzeugt. Die konkrete positive Vorstellung der Berechtigung ist bei Betrugsvorwürfen im Zusammenhang mit standardisierten auf Massenerledigung ausgelegten Abrechnungsverfahren nicht erforderlich. Ausreichend ist, dass die Mitarbeiter stillschweigend davon ausgehen, dass „alles in Ordnung ist“.

Nach der Rechtsprechung des BGH im Sozialversicherungsrecht ist von der sogenannten **streng formalen Betrachtungsweise** auszugehen. Das heißt, dass sich der Angeklagte nicht darauf berufen kann, dass die Krankenkassen in jedem Fall auch über einen anderen Leistungserbringer als den Angeklagten dieselben Kosten für Hilfsmittel hätten erstatten müssen.

Kooperationen mit Homecareunternehmen

Aktuelle Kooperationsansätze in Zeiten knapper Ressourcen

Kooperationen mit Homecareunternehmen im Entlassmanagement sind erlaubt.

Problem	Aber...
§ 39 Abs. 3 S. 3 SGB V: „Das Krankenhaus kann mit Leistungserbringern nach § 95 Absatz 1 Satz 1 vereinbaren, dass diese Aufgaben des Entlassmanagements wahrnehmen.“	Dies ist nicht abschließend gemeint. Es dürfen nicht nur Kooperationen mit Ärzten gemacht werden im Rahmen des Entlassmanagements.
🤔 Wer ist Leistungserbringer nach § 95 Absatz 1 Satz 1 ?	Eine derart einschränkende Auslegung widerspräche auch dem Ziel des Gesetzgebers, das Entlassmanagement zu stärken und die Sektorengrenzen im Interesse einer Verbesserung der Versorgungskontinuität abzusenken.
🤔 zugelassene Ärzte, zugelassene medizinische Versorgungszentren, ermächtigte Ärzte	Herrschende Meinung: Dieners und Heil 2016, 1 ff.; Hartmann 2018; Rybak 2018, 75 ff.; Tietjen 2019, 573 ff.; Scheider 2021 S. 93, Korthus DKG.

Zu dem Problem siehe auch: Korthus, A. (2018): Rechtsfragen des Entlassmanagements, 69 ff. In: Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (Hrsg.): Krankenhaus-Update – Vom Entlassmanagement bis zu den OPS-Komplexcodes. Stuttgart: Boorberg Verlag.

Aktuelle Kooperationsansätze in Zeiten knapper Ressourcen

➤ **Praxistipps für die Kooperationen von Homecareunternehmen mit Krankenhäusern im Rahmen des Entlassmanagements:**

🤝 Lassen Sie es nicht „einfach laufen“, sondern schließen Sie Kooperationsverträge mit den Krankenhäusern ab.

📄 Werden Leistungen im Rahmen des Entlassmanagements erbracht, die über das Versorgungsmanagement nach § 11 Abs. 4 SGB V hinausgehen und die Pflegekräfte entlasten, muss hierfür ein angemessenes Entgelt verlangt werden. Angemessen ist ein Entgelt, das zumindest kostendeckend ist.

👤 Die Patienten müssen wissen, wer zum Krankenhaus und wer zum Homecareunternehmen gehört. Es gilt die ärztliche Schweigepflicht, sodass vor dem ersten Kontakt mit dem Homecaremanager die Zustimmung des Patienten einzuholen ist.

✗ Keine verdeckte Arbeitnehmerüberlassung implementieren. Dies ist schnell passiert: Absprachen mit der Pflegedienstleitung, eigene E-Mail-Adresse des KH, usw.

🔒 **Datenschutz!**

Doppelfunktion im Entlassmanagement – Chance oder Compliance-Falle?

Fallkonstellation: Stationsschwester, die zugleich freie Mitarbeiterin des Homecareversorgers ist.

- Gefahr der Verletzung der Patientenwahlfreiheit (§ 39 Abs. 1a SGB V).
- Gefahr der Bewertung als unzulässige Zuwendung (§ 128 Abs. 2 SGB V).
- Je nach Fallkonstellation Gefahr der Bewertung als Korruption (§ 299 a/b StGB).
- Nebentätigkeitsgenehmigung der Klinik erforderlich.
- Datenschutz: keine wechselseitige Datennutzung oder Datenweitergabe (§ 203 StGB).
- Konsequenzen bei Verstößen: Reputationsschaden, Verlust von Vergütungsanspruch, Regress, Bußgeld, arbeitsrechtliche Sanktion, Strafbarkeit.

Praxis-Tipp:

Keine Beschäftigung von freien Mitarbeitern, bei denen ein offensichtlicher Interessenskonflikt besteht.

Stets zu beachten: Transparenzprinzip, Dokumentationsprinzip, strikte Rollentrennung, neutrale Patientenberatung!

Kooperationen mit Apotheken

Aktuelle Kooperationsansätze in Zeiten knapper Ressourcen

Der schmale Grat zwischen Unterstützung und Steuerung! Verstoß gegen das Abspracheverbot nach § 11 Abs. 1 ApoG im Fokus der Rechtsprechung

BGH öffnete die Tür im Jahr 2014

In der Entscheidung des BGH vom 13.03.2014 I ZR 120/13 gibt der BGH dem Versorgungsmanagement den Vorrang gegenüber dem Rezeptzuführungsverbot. Die Arzneimittelversorgung gehe vor. Es sei unproblematisch die Medikamente durch die Apotheker ans Krankenbett liefern zu lassen. Dies dürfe auch das Krankenhaus auf der Grundlage einer Kooperation veranlassen.

Gesetzgeber schließt die Tür im Jahr 2015

Der Gesetzgeber setzt andere Prioritäten. Das Rezeptzuführungsverbot soll vorgehen.

„Der BGH hat jedoch im Jahr 2014 den Gestaltungsspielraum für Kooperationen von Krankenhäusern u. a. mit Apotheken beim Entlassungsmanagement erweitert (...). Das Zuweisungsverbot soll eine Abhängigkeit der Apothekerinnen und Apotheker von Ärztinnen und Ärzten oder Krankenhauspersonal verhindern und das Prinzip der freien Apothekenwahl absichern. (...) Dies gilt auch im Rahmen des Entlassmanagements. Durch die Änderung wird daher ausdrücklich klargestellt, dass auch insoweit das Zuweisungsverbot zu beachten ist.“

In der Folge wurde in § 39 Abs. 1a S. 3 aufgenommen.

§ 11 Abs. 1 ApoG bleibt unberührt.

→ LG Nürnberg-Fürth Beschluss v. 10.03.2023 12 Qs 6/22.

Aktuelle Kooperationsansätze in Zeiten knapper Ressourcen

Der schmale Grat zwischen Unterstützung und Steuerung! Verstoß gegen das Abspracheverbot nach § 11 Abs. 1 ApoG im Fokus der Rechtsprechung

- Das Abspracheverbot über Rezeptzuweisungen soll die Unabhängigkeit des Apothekers sicherstellen, insbesondere in der Zusammenarbeit mit Ärzten, mit „*anderen Personen, die sich mit der Behandlung von Krankheiten*“ befassen und mit „*Dritten*“
- Nach überwiegender Rechtsprechung zu § 11 Abs. 1 ApoG gilt unter folgenden Voraussetzungen eine Ausnahme vom Abspracheverbot: (1) medizinische Gründe sprechen dafür, (2) das Patientenwahlrecht wird berücksichtigt, (3) die Unabhängigkeit des Apothekers ist gewahrt und (4) die wohnortnahe Versorgung wird gewährleistet
- § 11 ApoG ist ausdrücklich beim Krankenhaus-Entlassmanagement anwendbar (§ 39 Abs. 1a S.4 SGB V).
- Homecareversorger koordinieren beim Entlassmanagement Arztkontakte, Verordnungen, Produkte, z.B. bei der parenteralen Ernährungstherapie (sogenanntes Rezeptmanagement). Die Kriterien der Rechtsprechung sind zu beachten
- **ACHTUNG:** es gibt restriktive Urteile, wie LG Nürnberg-Fürth, die beim Rezeptmanagement eine Ausnahme von § 11 Abs. 1 ApoG ablehnen und im Einzelfall zur Bewertung als Abrechnungsbetrug kommen (betrugsrelevante Täuschung durch konkludente Erklärung)

Praxis-Tipp:

Dokumentation der Einhaltung der vorgenannten Voraussetzungen im Einzelfall, neutrale Patienteninformation und frühzeitige Einholung eines Patientenauftrags zum Rezept- und Arzneimittel-Handling durch das Homecareunternehmen.

Aktuelle Kooperationsansätze in Zeiten knapper Ressourcen

Wenn kleine Verstöße große Folgen haben!

Krankenkassen nutzen zunehmend Ihren „*öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruch*“ für Regresse bei Verstoß der Leistungserbringer gegen sozialrechtliche Pflichten:

- Beispiel: BSG-Entscheidung vom August 2025: Arzt stempelt alle Rezept, anstatt dieses zu unterzeichnen.
- Beispiel: Arzt und Apotheker halten sich nicht an das Abspracheverbot aus § 11 Abs. 1 ApoG
- Übertragen auf das Krankenhaus-Entlassmanagement bedeutet dies die folgenden Risiken:
 - Regress wegen unzulässigen Rezeptmanagements in der Entlass-Situation durch Zusammenwirken mit dem Homecareunternehmen
 - Regress wegen unzulässiger Patientensteuerung an ausgewählte Leistungserbringer
 - Regress wegen fehlender Neutralität bei der Kooperation mit externen Dienstleistern
 - Regress wegen Datenschutzverstoßes an der Schnittstelle stationär zu ambulant bei fehlender oder verspäteter Einholung des Patientenauftrags

Praxis-Tipp

Ein funktionierendes Compliance Management System hilft durch regelmäßiges Monitoring Gesetzesverstöße zu vermeiden.

Aktuelle Kooperationsansätze in Zeiten knapper Ressourcen

Ergänzung: Strafrecht und Vermögensabschöpfung

Die Krankenkassen haben § 11 Abs. 1 ApoG als „Sparschwein“ erkannt. Die Versicherten bekommen Medikamente und die Kasse muss nicht zahlen oder kann sich das Geld zurückholen. Dies passiert nicht nur im Zusammenhang mit dem Entlassmanagement, sondern auch:

- bei Begleitmedikamenten im Zusammenhang mit der Zytostatika-Versorgung
- bei Applikations-Arzneimitteln, die bestimmten Kühlpflichten unterliegen
- bei hochpreisigen Arzneimitteln für seltene Erkrankungen (für die herkömmliche Apotheken nicht versichert sind) und
- bei Rezepten in der Ermächtigungsambulanz, die von einem Arzt aus dem Team des ermächtigten Arztes unterschrieben werden.

Kooperationsansätze in Zeiten knapper Ressourcen: Fallstricke vermeiden

Ergänzung: Strafrecht und Vermögensabschöpfung

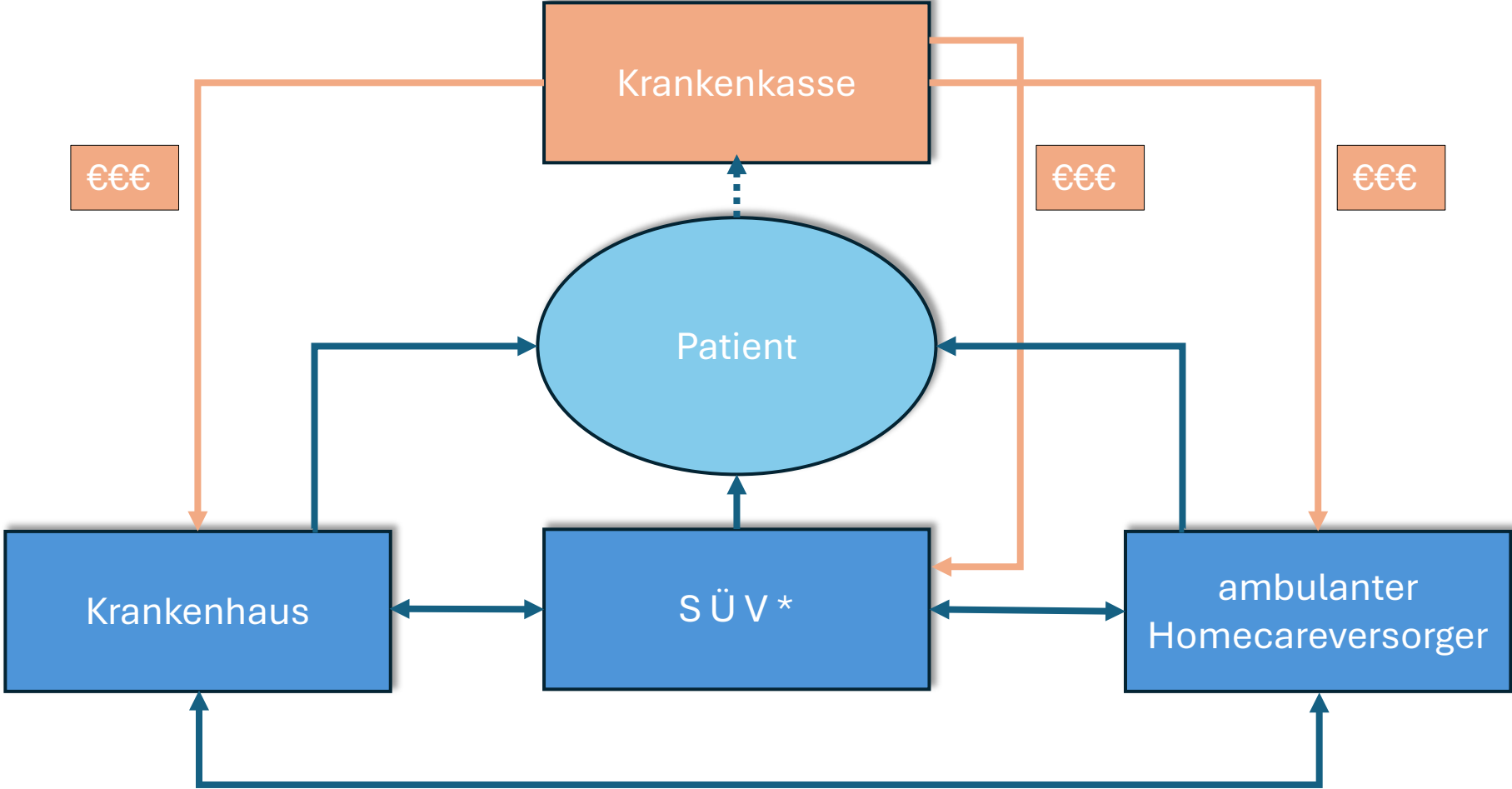
Im Strafrecht erfolgt:

- eine **Vermögensabschöpfung** bei der Apotheke,
- es gilt das **Bruttoprinzip** (= kein Abzug für Aufwendungen, z.B. für den Kauf des Arzneimittels),
- dieser kann von der Kasse im Wege der **Rückgewinnungshilfe** fruchtbar gemacht werden.

Fälle aus der Praxis nach der Mittagspause

Ausblick: Zukunftschancen nach der Krankenhausreform

Ausblick: Zukunftschancen nach den Krankenhausreformen (KHVVG, KHAG)



* SÜV = Sektorübergreifende Versorgungseinrichtung

Ausblick: Zukunftschancen nach der Krankenhausreform (KHVVG, KHAG)

Strukturwandel: Spezialisierte Kliniken und sektorübergreifende Versorgungseinrichtungen (SÜV) agieren neben ambulanten Versorgern

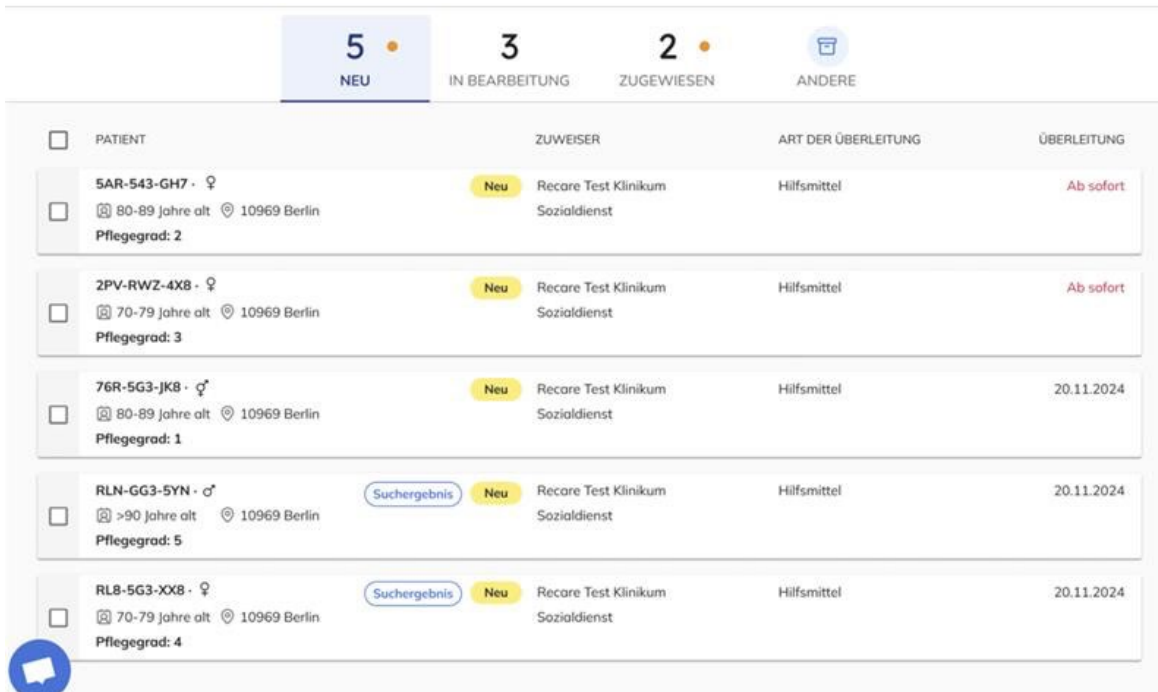
- Homecareversorger haben zukünftig neben den Krankenhäusern SÜV als Partner beim Entlassmanagement und Krankenhäuser und SÜV als Wettbewerber im ambulanten Markt
- Die Grenzen stationär, teilstationär und ambulant lösen sich zunehmend auf
- Krankenhäuser wachsen schon heute stärker in den ambulanten Bereich: sektorübergreifende Versorgung durch Medizinische Versorgungszentren (MVZ)
- SÜV dürfen zukünftig hausärztliche und - bei drohender Unterversorgung - auch fachärztliche Leistungen anbieten
- Was bleibt:
 - Homecareversorger kennen die häusliche Versorgung und die Bedürfnisse der Patienten
 - Homecareversorger sind mit Patienten, Angehörigen, Ärzten und Apothekern vernetzt
 - Kurz: die letzte Meile zum Patienten bleibt in der Hand der Homecare-Experten

Praxis-Tipp: Fortentwicklung des Homecare-Modells

Vernetzung neben den Krankenhäusern auch mit SÜV. Spezialisierung und Kompetenzerweiterung in der ambulanten Versorgung, um die Patienten noch früher zu Hause zu betreuen. Stichwort: Hospital@home

Vermittlerplattformen als Alternative zu personalisierten Kooperationen

Vermittlerplattformen bieten Chancen im Entlassmanagement, ohne dass entsprechende Fallstricke lauern. Es besteht eine Alternative zu Kooperationsverträgen, die aber weniger persönlich und ohne Rücksicht auf besondere Qualitätsmerkmale stattfindet.



The screenshot shows a web interface for digital discharge management. At the top, there are four tabs: '5 NEU' (highlighted), '3 IN BEARBEITUNG', '2 ZUGEWIESEN', and 'ANDERE'. Below the tabs is a table with columns: 'PACIENT', 'ZUWEISER', 'ART DER ÜBERLEITUNG', and 'ÜBERLEITUNG'. The table lists five patients with their details and assigned services.

PACIENT	ZUWEISER	ART DER ÜBERLEITUNG	ÜBERLEITUNG
<input type="checkbox"/> 5AR-543-GH7 · ♀ 80-89 Jahre alt · 10969 Berlin Pflegegrad: 2	Neu Recare Test Klinikum Sozialdienst	Hilfsmittel	Ab sofort
<input type="checkbox"/> 2PV-RWZ-4XB · ♀ 70-79 Jahre alt · 10969 Berlin Pflegegrad: 3	Neu Recare Test Klinikum Sozialdienst	Hilfsmittel	Ab sofort
<input type="checkbox"/> 76R-5G3-JK8 · ♂ 80-89 Jahre alt · 10969 Berlin Pflegegrad: 1	Neu Recare Test Klinikum Sozialdienst	Hilfsmittel	20.11.2024
<input type="checkbox"/> RLN-GG3-SYN · ♂ >90 Jahre alt · 10969 Berlin Pflegegrad: 5	Suchergebnis Neu Recare Test Klinikum Sozialdienst	Hilfsmittel	20.11.2024
<input type="checkbox"/> RLB-5G3-XXB · ♀ 70-79 Jahre alt · 10969 Berlin Pflegegrad: 4	Suchergebnis Neu Recare Test Klinikum Sozialdienst	Hilfsmittel	20.11.2024

Beispiel: „Recare“. Wettbewerber sind z.B. Care Bridge (gestaltet Patient Journey digital); Caseform (von nubedian GmbH: Fallsteuerung, insbesondere in Rehakliniken)

Achtung: Vergabekammer Nordbayern Beschluss vom 23.03.2023: Portale mit digitalem Entlassmanagement bedürfen der Ausschreibung! → Hierzu näheres auf der nächsten Folie!

Vermittlerplattformen als Alternative zu personalisierten Kooperationen

Fall:

Eine Klinik plante die Einrichtung eines klinikweiten Patientenportals. Hierzu schrieb sie einen Vertrag für die Lieferung und Bereitstellung eines IT-Systems aus, welches ein digitales Aufnahme- und Behandlungsmanagement, sowie ein Entlassmanagement umfassen sollte. Im Vergabevermerk hielt die Klinik fest, dass die Leistung nicht teilbar sei, da kein eigener Markt mit spezialisierten Fachunternehmen für einzelne Leistungsteile bestehe. Eine nähere Markterkundung dokumentierte die Klinik nicht. Ein Anbieter für digitales Entlass- und Übernahmemanagement lässt nach erfolgloser Rüge von der Vergabekammer überprüfen, ob diese Gestaltung der Ausschreibung rechtmäßig ist.*

Entscheidung der Vergabekammer:

- Aufnahme- und Behandlungsmanagement richtet sich an Klinikmitarbeiter und Patienten
- Entlassmanagement richtet sich ausschließlich an Klinikmitarbeiter
- Etablierung einer „Start-Up-Szene“ im Bereich des Entlassmanagements (→ eigener Markt)
- Bisher keine Unternehmen, die alles „aus einer Hand“ liefern konnten (kein Nachunternehmen für Entlassmanagement)

→ Folge: IT-Lösungen für das Entlassmanagement werden vergaberechtlich als Fachlos betrachtet

→ Getrennte Ausschreibung

*siehe: <https://www.kma-online.de>, Dr. Matthias Kühn (Kanzlei Heuking Kühn Lüer Wojtek).

Haftungsausschluss und Copyright:

Alle Informationen, die in dieser Präsentation enthalten sind, erheben keinen Anspruch auf Vollständigkeit.

Es wird keine ausdrückliche oder stillschweigende Zusicherung oder Gewährleistung für die Richtigkeit oder Vollständigkeit der in dieser Präsentation enthaltenen Informationen gegeben.

Alle Inhalte dieser Präsentation sind urheberrechtlich geschützt.

© RAin Christiane Döring, © RA Prof. Dr. Hendrik Schneider

Kontakt



Rechtsanwältin Christiane Döring

Hagener Allee 50
22926 Ahrensburg
Tel.: +49 173 2010175
c.doering@doering-rechtsanwalt.de



Prof. Dr. jur. Hendrik Schneider

Taunusstraße 7
65183 Wiesbaden
Tel + 49 (0) 611 950 08110
schneider@hendrikschneider.eu
www.hendrikschneider.eu