

**Bundesverband privater Anbieter  
sozialer Dienste e.V. (bpa)**

**Stellungnahme**

**zum**

**Entwurf  
der Bundesregierung für ein**

**Gesetzes zur Stärkung der Öffentlichen Gesundheit**

**Bundestags-Drucksache 20/12790**

**sowie zu den Änderungsanträgen 1 bis 9**

**der Fraktionen SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP**

**Ausschuss-Drucksache 20(14).226.1**

Berlin, 15. Oktober 2024

## Inhaltsverzeichnis

Vorbemerkung	3
<b>Einleitung</b>	<b>3</b>
<b>Zu den Vorschriften im Einzelnen:</b>	
Änderungsantrag 1 – Testungen durch Pflegefachpersonen	4
Änderungsantrag 5 – Favorisierte Apotheken	6
Änderungsantrag 7 – Sanktionierung Ergänzungshilfen	7
Änderungsantrag 8 – Heimversorgende Apotheke	9

## Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Öffentlichen Gesundheit

### Vorbemerkung

Der **Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V. (bpa)** bildet mit mehr als 13.000 aktiven Mitgliedseinrichtungen die größte Interessenvertretung privater Anbieter sozialer Dienstleistungen in Deutschland. Einrichtungen der ambulanten und (teil-)stationären Pflege, der Behindertenhilfe sowie der Kinder- und Jugendhilfe in privater Trägerschaft sind systemrelevanter Teil der Daseinsvorsorge. Als gutes Beispiel für Public-private-Partnership tragen die Mitglieder des bpa die Verantwortung für rund 395.000 Arbeitsplätze und circa 29.000 Ausbildungsplätze. Die Investitionen in die pflegerische Infrastruktur liegen bei etwa 31 Milliarden Euro. Mit rund 6.700 Pflegediensten, die circa 300.000 Patienten betreuen, und 6.300 stationären Pflegeeinrichtungen mit etwa 370.000 Plätzen vertritt der bpa mehr als jede dritte Pflegeeinrichtung bundesweit. Vor diesem Hintergrund nimmt der bpa wie folgt Stellung.

### Einleitung

Die Einladung des Gesundheitsausschusses ist dem bpa mit einer Abgabefrist für die schriftliche Stellungnahme von gerade einmal 24 Stunden zugegangen. **Die Änderungsanträge wurden rund 19 Stunden vor der Abgabefrist für die Stellungnahme übermittelt.** Eine angemessene Prüfung der vorgelegten Regelungen ist dergestalt nicht möglich.

Der bpa hat Verständnis dafür, dass insbesondere für fachfremde Änderungsanträge teils erst kurzfristig die Gesetzesentwürfe identifiziert werden, die sich als Träger eignen. Eine gute Gesetzgebung muss jedoch zwingend die Möglichkeit einer rechtlichen Prüfung sowie eines Praxischecks eröffnen. Andernfalls drohen Regelungen, die sich als nicht praxistauglich erweisen und somit erhoffte Mehrwerte für die Beteiligten nicht erreichen oder Konsequenzen, die sich gar als schädlich herausstellen.

Die vorliegende Stellungnahme bezieht sich ausschließlich auf die fachfremden Änderungsanträge in der dem bpa vorgelegten Form. Etwaige Änderungen in den Anträgen in der Ausschussdrucksache konnten nicht berücksichtigt werden.

## Zu den Vorschriften im Einzelnen

### Änderungsantrag 1 – Testungen durch Pflegefachpersonen

#### Vorgeschlagene Neuregelung

Pflegefachpersonen in Pflegeeinrichtungen sollen In-vitro-Diagnostika anwenden dürfen, die für patientennahe Schnelltests bei Testung auf Adenoviren, Influenzaviren, das Norovirus, Respiratorische Synzytial Viren und das Rotavirus verwendet werden.

#### Stellungnahme

Der bpa begrüßt grundsätzlich die Erweiterung der Testkompetenzen von Pflegefachpersonen in Pflegeeinrichtungen. Diese verfügen über die entsprechenden Kenntnisse und Fähigkeiten, um die Anwendung entsprechender Diagnostika vorzunehmen. Richtig umgesetzt kann diese Regelung dazu beitragen, die gesundheitliche Versorgungssituation von pflegebedürftigen Menschen weiter zu verbessern.

In der derzeitigen Ausgestaltung ist die Regelung jedoch zum Scheitern verurteilt. Das Fehlen einer Vergütung für diese Leistungen ist inakzeptabel. Wenn Ärzte oder Apotheker die Anwendung vornehmen, fällt dafür eine Vergütung an. **Wenn Pflegeeinrichtungen diese Leistung erbringen, wird eine Vergütung hingegen verwehrt.** Eine solche Schlechterstellung ist in mehrfacher Hinsicht unangemessen. Sie schadet dem Berufsbild, sabotiert das gesetzgeberische Ziel der frühzeitigeren Einleitung einer antiviralen Therapie und steht nicht im Einklang mit den Bemühungen des Gesetzgebers, die Kompetenzen der Pflegefachpersonen besser abzubilden (bspw. im Entwurf des Pflegekompetenzgesetzes). Pflegefachpersonen und Pflegeeinrichtungen müssen den Eindruck gewinnen, dass sie lediglich eine willkommene Entlastungshilfe für die Ärzteschaft sind. Wertschätzung erfolgt aber nicht nur durch Zusicherungen und öffentlichen Applaus. Wenn zusätzliche Aufgaben übernommen werden sollen, müssen diese angemessen vergütet werden.

Der in der Begründung erfolgte Verweis auf die Erfolge der Testungen in Pflegeeinrichtungen während der COVID-19-Pandemie ist mindestens irreführend. Diese Testungen wurden sowohl hinsichtlich der Sach- als auch der Durchführungskosten vollständig refinanziert. Den Pflegeeinrichtungen entstehen Kosten für den Bezug der Tests, die Lagerung, die Schulung der Pflegefachpersonen, die Durchführung der Leistung, die Dokumentation dieser sowie im Falle eines positiven Tests für die anschließende Meldung auf Grundlage des Infektionsschutzgesetzes. Zudem muss eine ärztliche Versorgung sichergestellt werden. Nach Vorstellung

des Gesetzgebers sollen alle diese Leistungen nebenbei miterledigt werden – obwohl die Arbeitsverdichtung in der Pflege aufgrund des konstanten Aufbaus bürokratischer Vorgaben nie größer war.

Überdies ist der ausschließliche Bezug auf die Pflegeeinrichtungen nach dem SGB XI nicht nachvollziehbar. Pflegefachpersonen müssen selbstverständlich auch in Pflegeeinrichtungen, die ausschließlich nach dem SGB V zugelassen sind (Anbieter der häuslichen Krankenpflege oder der außerklinischen Intensivpflege), sowie in Einrichtungen der Eingliederungshilfe nach dem SGB IX entsprechende Diagnostika anwenden und abrechnen dürfen.

### **Änderungsvorschläge**

§ 24 Abs. 1 IfSG wird um die Leistungserbringung in Pflegeeinrichtungen nach dem SGB V und Eingliederungshilfeeinrichtungen nach dem SGB IX erweitert.

Es erfolgt eine Vergütung der Pflegeeinrichtungen für die Erbringung der Leistungen analog der Vergütung für die Ärzteschaft.

## Änderungsantrag 5 – Favorisierte Apotheken

### Vorgeschlagene Neuregelung

Pflegebedürftige Menschen können bis zu fünf Apotheken als favorisiert vermerken. Dadurch können diese auch ohne Vorliegen eines E-Rezept-Token oder das Stecken der elektronischen Gesundheitskarte eine elektronische Verordnung abrufen, wenn der Pflegebedürftige sie dazu auffordert.

Die Aufforderung kann formlos per Anruf, E-Mail oder Messenger erfolgen. Für die Benennung als favorisierte Apotheke ist ein sicheres Identifikationsverfahren erforderlich.

### Stellungnahme

Der bpa begrüßt die Regelung. Sie kann dazu beitragen, insbesondere die Versorgungssituation von in der eigenen Häuslichkeit lebenden Pflegebedürftigen zu verbessern, die bis dato keine professionelle pflegerische Versorgung nutzen. Die formlose Mitteilung und das Ermöglichen des Abrufs der Verordnungsinformationen aus dem entsprechenden Fachdienst der Telematikinfrastruktur stellen eine sinnvolle Nutzung der veränderten digitalen Möglichkeiten im Gesundheitswesen dar. Pflegebedürftige können unkompliziert ihre favorisierte Apotheke kontaktieren und entsprechende Arzneimittel beispielsweise per Botendienst geliefert bekommen.

Problematisch hinsichtlich der zeitnahen flächendeckenden Anwendung ist das Verfahren der Benennung der favorisierten Apotheke. Das Apotheken-Ident-Verfahren muss erst entwickelt werden. Die E-Rezept-App hat eine enorm niedrige Verbreitung bereits innerhalb der technik-affineren Bevölkerungsgruppen; bei Pflegebedürftigen ist diese wohl eher noch weniger in der Nutzung. Auch andere Identifikationsverfahren wie Post-Ident sind angesichts immer weniger Filialen insbesondere im ländlichen Raum nur bedingt nutzerfreundlich. Es wird daher insbesondere darauf ankommen, das Apotheken-Ident-Verfahren schnellstmöglich in die Anwendung zu bringen. Gegebenenfalls sollte auch geprüft werden, ob eine Benennung ersatzweise gegenüber der Krankenkasse oder dem Hausarzt erfolgen kann.

### Änderungsvorschläge

Keiner.

## Änderungsantrag 7 – Sanktionierung Ergänzungshilfen

### Vorgeschlagene Neuregelung

Soweit eine Pflegeeinrichtung, die Ergänzungshilfen nach § 154 SGB XI erhalten hat, keine Jahresabrechnung gegenüber der zuständigen Pflegekassen vorlegt, sollen die erhaltenen Ergänzungshilfen nicht mehr um 20 Prozent, sondern stattdessen um 100 Prozent gekürzt werden.

### Stellungnahme

Der vorliegende Änderungsantrag ist weder nachvollziehbar noch sachgerecht. Er muss gestrichen werden. Die Regelung ist Ausdruck der wiederholt gezeigten Misstrauenskultur, die der Gesetzgeber und die Kostenträger gegenüber den Pflegeeinrichtungen leben. Statt Unterstützung und Entlastung werden die bürokratischen Belastungen durch immer neue Vorgaben und Sanktionierungen permanent verschärft.

Der Gesetzgeber behauptet, dass Pflegeeinrichtungen Jahresabrechnungen nicht vorlegen würden, weil diese vermeintlich selbst bei einer Rückzahlungsverpflichtung von 20 Prozent der erhaltenen Ergänzungshilfen ein wirtschaftlich besseres Ergebnis erzielen könnten. Wie es zu dieser Einschätzung kommt, bleibt unklar. Zahlen über die Auswirkungen der Spitzabrechnung im Rahmen der Jahresabrechnungen liegen öffentlich nicht vor. Der Gesetzgeber, dem seitens des GKV-Spitzenverbandes hierzu Bericht erstattet wird, veröffentlicht ebenfalls keine Zahlen. Sollte die in der Begründung postulierte Annahme stimmen, sollte es entsprechende statistische Anzeichen geben. Es ist jedoch bekannt, dass die Inanspruchnahme der Ergänzungshilfen erheblich niedriger war, als zunächst erwartet. Die Pflegeeinrichtungen haben insbesondere durch ihre Bemühungen zum Energiesparen dazu beigetragen, dass der vorgesehene Haushaltsansatz nicht ansatzweise ausgenutzt wurde.

Nichtsdestotrotz will der Gesetzgeber nun die Sanktionierung drastisch verschärfen, um „Wettbewerbsverzerrungen“ zu verhindern. Diese Wettbewerbsverzerrungen wurden gleichwohl ursprünglich billigend in Kauf genommen, indem die Pflegeeinrichtungen, die kein leitungsgebundenes Erdgas oder keine leitungsgebundene Fernwärme nutzten, keine Ergänzungshilfen in Anspruch nehmen durften.

Dass Pflegeeinrichtungen teilweise gegebenenfalls keine Abgabe der Jahresabrechnungen vorgenommen haben, ist fast ausnahmslos mit deren Überlastung zu erklären. Immer neue Vorgaben führen dazu, dass sich Pflegeeinrichtungen kaum noch auf ihr Kerngeschäft einer qualitativ hochwertigen pflegerischen Versorgung konzentrieren können. Immer neue Nachweise, Dokumentation, Konzeptnotwendigkeiten, Hygiene- und

Personalverordnungen und so weiter führen zu einer Stärkung der Arbeit am Papier und einer Schwächung der Arbeit am Menschen. Gleichzeitig muss in verschiedenen Ländern beobachtet werden, dass seitens der Kostenträger die Personalschlüssel für Verwaltungsanteile sogar noch weiter reduziert werden sollen – obwohl die Anforderungen immer weiter steigen und Erhebungen zeigen, dass Pflegeeinrichtungen bereits erheblich mehr Personal für die Verwaltung einsetzen müssen, als sie refinanziert bekommen.

Anders als fälschlicherweise in der Begründung dargestellt, sieht das Gesetz keine regelhafte Einreichung der Jahresabrechnungen bis Ende 2025 vor. Entweder wird das Gesetz hier fehlerhaft gelesen oder bewusst falsch dargestellt, um eine Rechtfertigung der Regelung zu ermöglichen. Gemäß § 154 Absatz 2 Satz 11 SGB XI dürfen Rechnungen seit 31. August 2024 nur noch dann nachgereicht werden, wenn diese bis dahin der Pflegeeinrichtung nicht vorlagen. Es ist demnach keineswegs so, dass nach geltender Rechtslage ein jederzeit nachträgliches Einreichen bis Dezember 2025 gegeben ist. Überdies stellt sich die Frage, wie mit bereits abgerechneten Zeiträumen zu verfahren ist. Sollen hierfür nachträglich die Restbeträge eingefordert werden? Insbesondere bei größeren Summen drohen hier weitere Insolvenzen. Eine politische Verschärfung der ohnehin schon dramatischen wirtschaftlichen Lage der Pflegeeinrichtungen würde somit forciert, der im letzten Jahr zu beobachtende Platzabbau von mehr als 18.000 vollstationären Betten verschärft und das Versorgungsangebot für die pflegebedürftigen Menschen zusätzlich eingeschränkt.

### **Änderungsvorschlag**

Die Neuregelung wird gestrichen.

Soweit dies nicht erfolgt, muss in § 154 Absatz 2 Satz 4 SGB XI die Angabe „30. August 2024“ durch „31. Dezember 2025“ ersetzt und § 154 Absatz 2 Satz 11 SGB XI gestrichen werden.



## Änderungsantrag 8 – Heimversorgende Apotheke

### Vorgeschlagene Neuregelung

Besteht ein Kooperationsvertrag zwischen einer Apotheke und einem Pflegeheim, kann diese Apotheke mit den versorgenden Ärzten Absprachen darüber treffen, dass diese Verordnungen unmittelbar an die Apotheke übermitteln.

### Stellungnahme

Mit der Einführung des eRezepts wurde der Prozess der Verordnung verschreibungspflichtiger Arzneimittel digitalisiert. Pflegeeinrichtungen können von dieser Digitalisierung bisher jedoch überwiegend nicht Gebrauch machen. Selbst in den Fällen, in denen bereits eine TI-Anbindung vorliegt und eine Weiterleitung von eRezept-Token per KIM möglich wäre, sind die Prozesse nicht effizient. So können Bestellungen von Dauermedikationen nicht gut genug automatisiert werden. Bei der Übermittlung der Token wiederum fehlt es an Informationen, die eine automatische Anpassung von Dosierdaten im Dokumentationssystem der Pflegeeinrichtung ermöglichen. Die gematik hat zwar für die Verbesserung dieser Prozesse Prozessüberlegungen definiert, eine zeitnahe Umsetzung ist jedoch nicht absehbar.

Vor diesem Hintergrund kann die Direktübermittlung von elektronischen Verordnungen von der Arztpraxis an die Kooperationsapotheke Prozesse übergangsweise erleichtern. Es muss kein Transport von Gesundheitskarten durch die Pflegeeinrichtungen für die Rezeptübermittlung erfolgen und auch kein Ausdrucken der Token. Gleichwohl bietet die vorgesehene Neuregelung eine Reihe von Problemstellungen, die nicht adressiert sind.

Die Regelung sieht vor, dass ausschließlich die Apotheke Absprachen mit dem Arzt treffen soll. An welcher Stelle soll sichergestellt werden, dass die Bedürfnisse der Pflegeeinrichtung und der von ihr versorgten Menschen angemessen abgebildet sind? Die Pflegeeinrichtung muss gesichert über jede Medikation und insbesondere etwaige Anpassungen informiert sein. Dies erfolgt bisher über den Kommunikationsweg Arzt-Pflegeeinrichtung. Dieser wird hier jedoch aufgelöst. Zwar ist denkbar, dass derlei Vorgaben im Kooperationsvertrag geregelt werden, doch trifft das Gesetz hierzu keine Aussage. Grundsätzlich könnte also jede Apotheke, die entsprechende Kooperationsverträge aktuell geschlossen hat, unmittelbar mit der Ansprache der Ärzte hierzu beginnen – ohne Beteiligung der Pflegeeinrichtung. Die Gesetzesregelung trifft auch keine Aussage dazu, was im Falle einer Kündigung des Kooperationsvertrages erfolgt. Wem obliegt die Informationspflicht gegenüber den betroffenen Ärzten?

Der bpa spricht sich nicht grundsätzlich gegen eine solche freiwillige Übergangsmöglichkeit aus. Es fehlt jedoch die notwendige Differenzierung in der Ausgestaltung und die Berücksichtigung der Interessen der Pflegeeinrichtungen und der von ihnen versorgten Menschen. Diese müssen im Gesetzestext Eingang finden, bevor es zu einer entsprechenden Regelung kommt.

### **Änderungsvorschläge**

Der Gesetzgeber sichert die gleichberechtigte Beteiligung von Pflegeeinrichtungen auch bei bereits bestehenden Kooperationsverträgen. Es kann keine einseitige Absprache zwischen Apotheke und Arzt ohne vorherige Zustimmung der Pflegeeinrichtung geben.

Die direkte Weiterleitung muss auf Wunsch der Pflegeeinrichtung unmittelbar eingestellt werden.

Die Informationspflicht über gekündigte Kooperationsverträge obliegt der Apotheke.