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

Stellungnahme

zum

Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit für einen

Entwurf eines Gesetz zur Weiterentwicklung der Apothekenversorgung (Apothekenversorgung-Weiterentwicklungsgesetz – ApoVWG)

Berlin, 07. November 2025

bpa – Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V.
Bundesgeschäftsstelle, Friedrichstr. 148, 10117 Berlin
Tel. 030 – 30 87 88 60, bund@bpa.de
https://de.linkedin.com/company/der-bpa – www.bpa.de

Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetz zur Weiterentwicklung der Apothekenversorgung

Vorbemerkung

Der **Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V. (bpa)** bildet mit mehr als 14.000 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 465.000 Arbeitsplätze und circa 23.000 Ausbildungsplätze. Die Investitionen in die pflegerische Infrastruktur liegen bei etwa 31 Milliarden Euro. Mit rund 7.400 Pflegediensten, die circa 420.000 Patienten betreuen, und 6.700 stationären Pflegeeinrichtungen mit etwa 390.000 Plätzen vertritt der bpa mehr als jede dritte Pflegeeinrichtung bundesweit. Vor diesem Hintergrund nimmt der bpa wie folgt Stellung.

Änderung des Apothekengesetzes - § 12a Abs. 4 ApoG

Vorgeschlagene Neuregelung

Besteht ein Kooperationsvertrag zwischen einer Apotheke und einem Pflegeheim, kann diese Apotheke mit den versorgenden Ärzten Absprachen darüber treffen, dass diese Verschreibungen, einschließlich elektronischer Verschreibungen, unmittelbar an die Apotheke übermitteln. Die Regelung ist bis 31. Dezember 2028 befristet.

Stellungnahme

Mit der Einführung des eRezepts wurde der Prozess der Verordnung verschreibungspflichtiger Arzneimittel digitalisiert. Pflegeeinrichtungen können von dieser Digitalisierung bisher jedoch überwiegend nicht nutzbringend Gebrauch machen.

Dort wo eine TI-Anbindung vollständig vorliegt und eine Weiterleitung von eRezept-Token per KIM möglich ist, 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 ausreichend 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?

Die Gesetzesbegründung spricht davon, dass durch „technische Unterstützung sichergestellt werden [soll], dass das Pflegeheim über die Verschreibung des Rezepts informiert wird, sofern die Heimbewohnerin oder der Heimbewohner dem nicht aktiv widerspricht.“ Im Gesetzestext findet sich jedoch dazu nichts. Wie soll das also umgesetzt und nachgehalten werden?

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.

Die Befristung der Regelung bis zu einer möglichen Anbindung der Pflegeeinrichtungen an den Fachdienst eRezept ist nachvollziehbar. Es bleibt jedoch von der konkreten Spezifizierung des Prozesses durch die gematik sowie die Umsetzung durch die Softwarehersteller abhängig, ob die Anbindung der Pflegeeinrichtungen an den Fachdienst Erleichterungen bedeutet oder die Prozesse nur komplexer gestaltet. Die Erfahrungen mit der KIM-Einführung haben letzteres leider in der Praxis deutlich gezeigt. Wenn also die Anbindung an den Fachdienst technisch möglich ist, sollte noch einmal

gemeinsam mit den maßgeblichen Verbänden der Trägerorganisationen vollstationärer Pflegeeinrichtungen geprüft werden, welche Kommunikationsprozesse dauerhaft umgesetzt werden.

Die bei der Darstellung des Erfüllungsaufwands angegebenen Werte können allenfalls in Teilen nachvollzogen werden. Es gibt keine 16.500 Pflegeheime in Deutschland, die unter die Regelung des § 12a Apothekengesetz fallen. Offenkundig wurde hierfür auf die Formulierung der Pflegestatistik des Statistischen Bundesamts zurückgegriffen, die diese Begrifflichkeit sowohl für voll- als auch teilstationäre Pflegeeinrichtungen nutzt. Rund ein Drittel dieser 16.500 „Pflegeheime“ nach Pflegestatistik sind aber Tagespflegen, welche keine Kooperationsverträge mit Apotheken schließen können und demnach nicht von dieser Regelung erfasst sind. Die vermeintliche Entlastungswirkung fällt dementsprechend geringer aus. Hinzu kommen ggf. neue Belastungen. In der derzeitigen Konstellation ist nicht sichergestellt, dass vollstationäre Pflegeeinrichtungen verbindlich über jede Medikationsänderung informiert werden. Es besteht daher neuer Prüfungs- und Klärungsaufwand für die Pflegeeinrichtungen.

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.

Die Information der Pflegeeinrichtung über jedwede Medikationsänderung wird zusätzlich gesetzlich verankert.

Änderung des Infektionsschutzgesetzes - § 24 Abs. 1 IfSG

Vorgeschlagene Neuregelung
Pflegefachpersonen in Pflegeeinrichtungen nach § 72 SGB XI 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 notwendigen 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 und Ausdruck mangelnder Wertschätzung gegenüber Pflegeeinrichtungen und Pflegefachpersonen. Die Sätze in der Begründung „Diese geschaffene Testinfrastruktur soll auch zukünftig flexibel und kostengünstig eingesetzt werden. […] ein Vergütungsanspruch für Pflegeeinrichtungen ergibt sich aus dieser Regelung nicht“, sind bezeichnend. Pflegeheime und -dienste sollen Leistungen erbringen, ohne dafür vergütet zu werden. Wenn Ärzte oder Apotheker die Anwendung vornehmen, fällt dafür eine Vergütung an.

Eine solche Schlechterstellung ist in mehrfacher Hinsicht unangemessen und inakzeptabel. 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 Gesetzes zur Befugniserweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege). 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. 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.