



Foto: Adobe Stock/ Dragana Gordic

Rezepte direkt an die Heimversorgungsapotheke?

Chancen - und neue Sorgfaltspflichten für Pflegeheime

Von Martin Ducke
und Sandy Stibale

Der Kabinettsentwurf zum ApoVWG enthält eine für Pflegeheime besonders relevante Ergänzung im Apothekengesetz: Bei bestehendem Heimversorgungsvertrag soll die heimversorgende Apotheke mit Ärztinnen und Ärzten vereinbaren können, dass Verschreibungen (inklusive E-Rezept beziehungsweise Zugangsdaten) für versorgte Bewohner gesammelt und unmittelbar an die Apotheke übermittelt werden – befristet bis 31.12.2028. Daneben sollen bestimmte patientennahe Schnelltests auch in zugelassenen Pflegeeinrichtungen ermöglicht werden; dieser Punkt ist für den Pflegealltag eher ergänzend.

Schnelltests in Apotheken und Pflegeeinrichtungen: Geplant ist, dass in Apotheken und zugelassenen Pflegeeinrichtungen bestimmte patientennahe Schnelltests (unter anderem auf Adeno-, Influenza-, Noro-, RS- und Rotaviren) durchgeführt werden dürfen. Für Heime kann das bei Ausbruchsgeschehen eine frühere Einordnung unterstützen – vorausgesetzt, Verantwortlichkeiten, Hygiene- und Dokumentationsabläufe sind sauber festgelegt.

Sammeln und direkte Übermittlung von Verordnungen: In vielen Regionen ist es bereits heute gelebte Praxis, dass Verordnungen für Heimbewohner auf direktem Weg zur heimversorgenden Apotheke gelangen. Der Entwurf wirkt daher weniger wie ein Innovationsschub, sondern eher wie eine rechtliche Anpassung an bestehende Abläufe. Genau darin liegt ein kri-

tischer Punkt: Was pragmatisch funktioniert, kann durch Standardisierung neue Erwartungen, Verantwortungsfragen und Risiken erzeugen – und diese treffen vor allem die Einrichtungen, denn sie stellen die Medikamente, dokumentieren, beobachten Wirkung und Nebenwirkungen und sind im engen Austausch mit den verordnenden Ärztinnen und Ärzten.

Die Pflegeheim-Perspektive – konkrete Fragen stellen sich: Mit direkter Rezeptübermittlung verschiebt sich der Zeitpunkt und Ort der Kontrolle. Für Heime stellen sich dabei sehr konkrete Fragen:

- Sind Änderungen aus der letzten Arztvisite oder dem letzten Telefonat tatsächlich berücksichtigt?
- Ist der Medikationsplan aktuell – oder wurde zwischenzeitlich abgesetzt oder umgestellt?
- Kommt ein dringend benötigtes, telefonisch angeordnetes Medikament zeitnah – und wurde es bereits tatsächlich rezeptiert (verordnet)?
- Entspricht das gelieferte Arzneimittel der aktuellen ärztlichen Anordnung, wie sie im direkten Kontakt (Telefon oder Visite) besprochen wurde?

Bei der alten Verfahrensweise konnte das Rezept häufig vor der Belieferung mit Pflegedokumentation und aktuellen Absprachen abgeglichen werden. Wenn Rezepte gesammelt direkt in die Apotheke laufen, kann dieser zusätzliche Kontrollschritt teilweise entfallen oder sich zeitlich nach hinten verschieben. Das muss nicht automatisch problematisch sein – viele Teams kompensieren das heute bereits durch engmaschige Kommunikation.

„Die geplante Regelung ist vielerorts eher Anpassung der Gesetzeslage an die gelebte Praxis als ein echter Fortschritt.“

Aber: Es wird dann zur Aufgabe des Qualitätsmanagements, die veränderten Prozessrisiken sauber zu erkennen und die Wareneingangs- und Anordnungsprüfung entsprechend zu erweitern.

Voraussetzung, die in der Praxis oft noch fehlt: Theoretisch wäre die Lage deutlich entspannter, wenn Telematik-Infrastruktur, E-Rezept-Prozesse und digitale Medikationsinformationen überall stabil und medienbruchfrei funktionieren würden. Praktisch ist das vielerorts noch nicht der Fall. Solange die digitalen Wege nicht zuverlässig sind, braucht es eine kritische Prozessbetrachtung und eine erhöhte Sorgfaltspflicht der Pflegeeinrichtungen: klare Dringlichkeitswege, verbindliche Rückkopplung mit Arztpraxis und Apotheke, eindeutige Dokumentation und eine robuste Kontrolle der eingehenden Medikamente gegen den aktuellen Stand der Therapie.

Fazit: Die geplante Regelung kann Abläufe formal vereinfachen – sie ist aber vielerorts eher die Anpassung der Gesetzeslage an die gelebte Praxis als ein echter Fortschritt. Entscheidend ist, dass Effizienz nicht zulasten der Arzneimittelsicherheit geht. Solange digitale Infrastruktur und Informationsflüsse nicht verlässlich sind, steigt der Druck auf Heime, Risiken durch QM-Standards abzufangen. Aus Einrichtungssicht ist daher weniger Euphorie, sondern eine nüchterne, nachhaltige und sorgfältige Prozessprüfung angebracht.

Der Autor ist Qualitätsberater beim VDAB-BSB.
Die Autorin ist Apothekerin.

TPQG ist beschlossen

Baden-Württemberg reformiert Heimrecht

Der Landtag von Baden-Württemberg hat das neue Teilhabe- und Pflegequalitätsgesetz (TPQG) beschlossen. Ziel der Reform ist nach Angaben der Landesregierung, Bürokratie abzubauen und Pflegeeinrichtungen mehr Handlungsspielraum zu geben. Kritiker befürchten hingegen Einschnitte beim Schutz von Pflegebedürftigen. Das Gesetz sieht unter anderem vor, dass stationäre Pflegeheime seltener kontrolliert werden, Heimbeiräte nicht mehr verpflichtend sind und ambulant betreute Pflege-Wohngemeinschaften weniger stark reguliert werden.

Künftig sollen nicht mehr alle Pflegeheime jährlich von der Heimaufsicht geprüft werden, sondern nur noch etwa jede dritte Einrichtung. Mindestens alle fünf Jahre muss jedoch jede Einrichtung kontrolliert werden. Anlassbezogene Prüfungen, etwa nach Beschwerden von Bewohnern oder Angehörigen, bleiben ebenso bestehen wie Kontrollen durch den Medizinischen Dienst. Zudem entfällt die Pflicht zur Einrichtung eines Heimbeirats. Stattdessen sollen die Träger die Mitwirkung der Bewohnerinnen und Bewohner „gewährleisten und fördern“ und dabei flexibler vorgehen können. Sozialverbände kritisieren diese Regelung und warnen vor einem Verlust zentraler Beteiligungsrechte.

Auch bei ambulant betreuten Pflege-Wohngemeinschaften gab es Nachbesserungen: Sie werden zwar weitgehend aus dem Heimrecht herausgenommen, müssen künftig aber bei den Behörden angemeldet werden. Zudem richtet das Sozialministerium eine zentrale Beschwerdestelle ein.

Unterstützung kommt von Trägern und Verbänden. Die Evangelische Heimstiftung begrüßt das Gesetz als wichtigen Schritt zu weniger Bürokratie und mehr Innovation. CEO Elke Eckardt betont, Qualität lasse sich nicht „hineinkontrollieren“, und seltener geprüfte, gut arbeitende Einrichtungen würden entlastet. Auch die größere Flexibilität bei der Bewohnerbeteiligung sieht sie positiv. Der Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste (bpa) spricht von einem wichtigen Signal zur Entlastung der Pflege, fordert jedoch in der noch ausstehenden Ausführungsverordnung einen konsequenten Bestandsschutz für Einrichtungen, die bereits vor dem Inkrafttreten der Landesheimbauverordnung in Betrieb waren. Dies betreffe die baulichen Anforderungen und solle den Wegfall dringender benötigter Pflegeplätze verhindern. (dpa/ck)

Solidarische Reform nötig

Ministerin für sozial gestaffelte Entlastung

Angesichts weiter steigender Eigenanteile in der stationären Pflege spricht sich Brandenburgs Gesundheits- und Sozialministerin Britta Müller (parteilos) für eine solidarische und zugleich finanzierbare Pflege-reform aus. Ziel müsse es sein, Pflegebedürftige wirksam vor finanzieller Überforderung zu schützen und gleichzeitig die soziale Pflegeversicherung dauerhaft zu stabilisieren. „Die hohen Eigenanteile haben klare Ursachen“, erklärte Müller. Haupttreiber seien die Personalkosten: Seit Einführung der Tarifreue im Jahr 2022 seien die Löhne der Pflegekräfte in Brandenburg bis 2026 um rund 31 Prozent gestiegen. Das sei „richtig und notwendig“, da die Löhne zuvor zu niedrig gewesen seien. Gute Pflege brauche gut ausgebildetes und gut bezahltes Personal.

Pflegebedürftige müssen im ersten Jahr eines Heimaufenthaltes bundesdurchschnittlich über 3.200 Euro monatlich selbst zahlen. „Diese Zahlen zeigen sehr deutlich, dass es sich nicht um Einzelfälle handelt, sondern um eine strukturelle Überforderung vieler Pflegebedürftiger“, so Müller.

Die Ministerin warnt vor pauschalen Lösungen wie einem unbegrenzten Eigenanteilsdeckel, der kaum finanzierbar sei und das Solidaritätsprinzip verfehle. Stattdessen schlägt sie eine einkommens- und vermögensabhängige Entlastung vor, die bereits zu Beginn eines Heimaufenthaltes greift. Menschen mit kleinen und mittleren Einkommen sollen spürbar entlastet werden, während Pflegebedürftige mit hoher finanzieller Leistungsfähigkeit weiterhin einen angemessenen Eigenanteil tragen. Ziel sei es, den pflegebedingten Eigenanteil wirksam zu begrenzen, ohne die Pflegeversicherung zu einer Vollkaskoversicherung auszubauen. Abschließend betonte Müller: „Pflege darf Menschen nicht arm machen. Gleichzeitig müssen wir das System für kommende Generationen tragfähig halten.“ (ck)