



LEITFADEN FÜR EINRICHTUNGSLEITUNGEN

Leitfaden Verblisterung für Einrichtungsleitungen

Entscheidungsfragen, Ablauf, Recht, Kosten und Checklisten zur patientenindividuellen Verblisterung

antares-apotheke Pharma Service e. K. · Kuehnstraße 75 · 22045 Hamburg · www.antares-apo.de/verblisterung.html
Stand: 17. Oktober 2026 · Dieses Dokument ersetzt keine Rechts- oder Therapieberatung.

Zu diesem Leitfaden

Dieser Leitfaden richtet sich an Einrichtungsleitungen, Träger, Pflegedienstleitungen und kaufmännische Leitungen stationärer Pflegeeinrichtungen. Er fasst die Inhalte der Verblisterungsplattform der antares Apotheke in Hamburg-Jenfeld zusammen und soll eine Entscheidung für oder gegen patientenindividuelle Verblisterung vorbereiten – unabhängig davon, mit welcher Apotheke Sie am Ende zusammenarbeiten.

Drei Grundsätze ziehen sich durch alle Kapitel:

- **Verblisterung verschiebt Arbeitsschritte, nicht Verantwortung.** Die ärztliche Verordnung, die Kontrolle vor der Gabe, die Gabe und ihre Dokumentation bleiben bei Arztpraxis und Pflege.
- **Zeit, Prozess, Fehler, Nachvollziehbarkeit und Geld sind verschiedene Fragen.** Sie folgen nicht automatisch auseinander und lassen sich ohne Daten aus der eigenen Einrichtung nicht gleichsetzen.
- **Für Pflegeheime ist ein gesundheitlicher Nutzen der Verblisterung nicht belegt.** Gut begründbar sind Vorteile in Organisation, Ablauf und Nachvollziehbarkeit. Eine solide Entscheidung stützt sich deshalb auf eigene Messwerte und auf einen Prozess, der nach dem Start überprüft wird.

Hinweis: Dieser Leitfaden gibt Rechtsgrundlagen sinngemäß und mit Stand Oktober 2026 wieder. Er ist keine Rechtsberatung und ersetzt weder den Gesetzestext noch die Auskunft der zuständigen Behörde oder Ihrer Rechtsberatung. Entscheidungen über die Arzneimitteltherapie treffen Ärztinnen und Ärzte.

Inhalt

1. Ist Verblisterung das Richtige für unser Haus?
 2. Ablauf: von der Verordnung bis zur Gabe
 3. Was bei der Pflege bleibt
 4. Recht: § 12a ApoG, § 34 ApBetrO, freie Apothekenwahl
 5. Kosten
 6. Umstellung
 7. Zwölf Leitungsfragen
 8. Checkliste Erstgespräch
 9. Ansprechpartner
 10. Quellen und Rechtsgrundlagen
-

1. Ist Verblisterung das Richtige für unser Haus?

1.1 Was patientenindividuelle Verblisterung ist

Patientenindividuelle Verblisterung ist die Neuverpackung von Arzneimitteln aus Fertigarzneimittelpackungen für einen bestimmten Menschen – sortiert nach Einnahmezeitpunkten und in nicht wiederverwendbare, gekennzeichnete Behältnisse. Die Apothekenbetriebsordnung unterscheidet in § 1a zwei Formen:

Begriff	Behältnis	Typisches Beispiel
Patientenindividuelles Stellen	wiederverwendbar	Dosette, Wochendosierer
Patientenindividuelles Verblistern	nicht wiederverwendbar	versiegelter Beutel, Blisterkarte

In stationären Pflegeeinrichtungen ist **Multi-Dose** das typische Format: Alle festen Arzneimittel eines Einnahmezeitpunkts liegen gemeinsam in einem Beutel, die Beutel eines Menschen bilden einen fortlaufenden Strang (Schlauchblistern), zusammengefasst in der Regel als Wochenblistern. Bei **Unit-Dose** wird jede Dosis einzeln verpackt und gekennzeichnet; dieses Format ist vor allem in Kliniken mit häufigen Therapieänderungen verbreitet.

1.2 Was dafür spricht – und wie belastbar es ist

Gründe für Verblisterung werden oft mit Zahlen begründet, die einer Prüfung nicht standhalten. Die folgende Übersicht ordnet jeden Grund ein: **gesichert** (Rechtsvorschrift, nachprüfbarer Verfahrensschritt oder sichtbare Eigenschaft des Blisters), **organisatorisch plausibel** (folgt schlüssig aus dem Ablauf und ist im eigenen Haus messbar, aber für deutsche Pflegeheime nicht durch Studien belegt) oder **nicht belegt**.

Grund	Worauf er sich stützt	Einordnung
Geregelter Apothekenprozess statt Stellen im Wohnbereich	§ 34 ApBetrO: separater Raum, Regeln im Qualitätsmanagement, geschultes Personal, Herstellungsprotokoll	gesichert
Kennzeichnung je Einnahmezeitpunkt	§ 34 ApBetrO: Name, Arzneimittel mit Charge, Verfalldatum, Einnahmehinweise, abgebende Apotheke	gesichert
Mehrstufige Kontrolle bei der Herstellung	Packungsscan, kamerabasierte Beutelkontrolle, Prüfung durch Fachpersonal	Verfahren gesichert; Fehlerfreiheit nicht
Pharmazeutische Prüfung bei Aufnahme und Änderung	Prüfung auf Plausibilität, Wechselwirkungen, Doppelverordnungen vor der Herstellung	Verfahren gesichert; Wirkung plausibel
Weniger Unterbrechungen beim Zusammenstellen	Stellen findet nicht mehr im laufenden Stationsbetrieb statt	organisatorisch plausibel

Grund	Worauf er sich stützt	Einordnung
Planbarkeit von Reichweite und Rezepten	Feste Zyklen und Stichtage machen den Rezeptbedarf früh sichtbar	organisatorisch plausibel
Fachkraftzeit für andere Aufgaben	Eine Tätigkeit wird in die Apotheke verlagert	plausibel; Minutenwerte nicht belegt
Ordnung im Medikamentenraum	Beschriftete Beutelrollen statt vieler angebrochener Packungen	organisatorisch plausibel
Stabilität bei Personalwechsel	Ein beschrifteter Beutel braucht kein Stellwissen	organisatorisch plausibel
Weniger Medikationsfehler, bessere Gesundheit	Einzelne ausländische Beobachtungsdaten; IQWiG 2019: keine aussagekräftigen Pflegeheimstudien	nicht belegt

Studien, die Probleme im heutigen Medikationsalltag beschreiben, begründen das Problem, nicht die Lösung. Drei Beispiele mit ihren Grenzen:

- **Defizite bei Prüfungen:** Im 8. Pflege-Qualitätsbericht des Medizinischen Dienstes Bund (Februar 2025, Prüfdaten 2023, 72.097 einbezogene Bewohner in vollstationärer Pflege) wiesen im Qualitätsaspekt „Medikamentöse Therapie“ 11,6 % ein Defizit mit Risiko negativer Folgen und 7,6 % ein Defizit mit eingetretenen negativen Folgen auf (2019: 10,7 % und 5,3 %). Erfasst ist der gesamte Medikationsumgang – Dokumentation, Lagerung, Dosierung, Information der Ärzte –, nicht nur das Stellen. Dass Verblisterung diese Defizite behebt, belegt der Bericht nicht.
- **Unterbrechungen:** In einer kanadischen Langzeitpflegeeinrichtung waren 79 % der beobachteten Medikationsrunden unterbrochen (Thomson et al. 2009). Die Studien betreffen überwiegend die Gabe, nicht das Stellen; dass Verblisterung Unterbrechungen bei der Gabe verringert, ist nicht untersucht.
- **Polypharmazie:** Laut Pflege-Report 2023 des Wissenschaftlichen Instituts der AOK erhielten 32,7 % der Pflegeheimbewohner ab 60 Jahren gleichzeitig neun oder mehr Wirkstoffe (AOK-Abrechnungsdaten). Verblisterung macht einen umfangreichen Plan nicht kleiner; ob eine Medikation als Ganzes passt, ist eine Frage der Medikationsanalyse und der ärztlichen Entscheidung.

1.3 Was die Studienlage zur Verblisterung sagt

Das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) hat im Auftrag des Bundesgesundheitsministeriums die Studienlage ausgewertet (Rapid Report A18-35, 2019). Es fand sieben abgeschlossene prospektiv vergleichende Studien, davon sechs randomisierte – alle aus der ambulanten Versorgung, keine aus Deutschland, keine aus dem Pflegeheim. Das Fazit: kein Anhaltspunkt für einen höheren Nutzen oder Schaden der Verblisterung im Pflegeheim; die Wirtschaftlichkeit ist mangels valider Daten nicht beurteilbar. Nutzen und Schaden sind damit weder belegt noch widerlegt. Deutsche Untersuchungen waren überwiegend Vorher-nachher-Vergleiche ohne Kontrollgruppe. Das IQWiG weist außerdem darauf hin, dass Verblisterung oft gemeinsam mit einem intensivierten Medikationsmanagement eingeführt wird, sodass sich die Effekte kaum trennen lassen.

Internationale Befunde zeigen, warum der Gesamtprozess entscheidet:

Studie	Setting	Befund	Was daraus folgt
Allred et al. 2011	Pflegeheime, Großbritannien; Beobachtung von Medikationsrunden	Tabletten nicht aus einem Dosiersystem: adjustierte Odds Ratio 2,14 (95%-KI 1,02–4,51) für Verabreichungsfehler; deutlich höher bei Flüssigkeiten und Inhalativa	Hinweis, kein Wirksamkeitsnachweis; die größten Risiken liegen bei nicht verblisterbaren Formen
van den Bemt et al. 2009	3 Pflegeheime, Niederlande, mit maschineller Verblisterung	21,2 % von 2.025 beobachteten Gaben fehlerhaft, vor allem Technik und Zeitpunkt; nicht verblisterte (OR 2,92) und gemörserte Arzneimittel (OR 7,83) häufiger betroffen	Verblisterung verlagert Risiken; die Schritte nach dem Öffnen des Beutels bleiben kritisch
Johnell und Fastbom 2008; Josendal et al. 2020	Registerdaten Schweden und Norwegen	Multi-Dose-Versorgung ging mit häufiger potenziell inadäquater Medikation einher	Blister ohne regelmäßige Medikationsprüfung können eine Medikation „einfrieren“
Cheung et al. 2014	Nationales Meldesystem, Niederlande	6,2 % der von öffentlichen Apotheken gemeldeten Zwischenfälle betrafen die Verblisterung; häufigste Ursache: Medikationsänderung oder Umzug	Die Schwachstelle ist das Änderungsmanagement, nicht die Maschine

Alle diese Befunde stammen aus Beobachtungs- oder Meldedaten ohne randomisierte Kontrollgruppe und sind nicht ohne Weiteres auf deutsche Pflegeheime übertragbar. Für die Entscheidung folgt daraus: Ein Blister ist so gut wie der Plan, nach dem er hergestellt wird, wie der Weg, auf dem Änderungen ihn erreichen, und wie die Kontrolle vor der Gabe.

1.4 Wann Verblisterung nicht passt

In diesen Situationen überwiegt der Aufwand oft den Nutzen, oder eine andere Lösung ist der bessere erste Schritt:

- **Sehr häufig wechselnde Medikation**, etwa in der Kurzzeitpflege oder bei vielen Klinikaufenthalten. Dann wird mehr überbrückt und ersetzt als verblisteret.
- **Ein hoher Anteil nicht verblisterbarer Arzneimittel** – Tropfen, Säfte, Inhalativa, Pflaster, Injektionen, Bedarfsmedikation. Das Stellen verschwindet nicht, es wird nur kleiner.
- **Kein führender Medikationsplan und keine verlässlichen Meldewege**. Dann zuerst die Grundlagen ordnen, etwa mit strukturiertem Rezept- und Medikationsmanagement.
- **Sehr wenige Personen** und ein gut eingespielter Stellprozess mit verlässlicher Zweitkontrolle.
- **Menschen, für die das eigene Stellen ein Förderziel ist**, etwa in der Eingliederungshilfe.
- **Die Erwartung, dass Verblisterung die Kontrolle vor der Gabe ersetzt** oder ohne Messung Kosten senkt.

Umgekehrt greifen die Gründe am stärksten in Einrichtungen mit überwiegend stabiler, fester Dauermedikation, spürbarem Stellaufwand, mehreren verordnenden Praxen und Schwierigkeiten, Zweitkontrollen personell abzusichern.

1.5 Häufige Einwände und ihre Bewertung

Einwand	Bewertung	Kern der Antwort
„Zu teuer“	berechtigt	Verblisterung kostet Geld, eine Einsparung ist nicht belegt; mit dem eigenen gemessenen Aufwand vergleichen
„Umstellung zu aufwendig“	berechtigt	Der Vorlauf ist real; ein schrittweiser Start mit einem Wohnbereich ist möglich
„Bei Änderungen unflexibel“	teilweise berechtigt	Überbrückung nötig; mit vereinbartem Änderungsweg beherrschbar
„Nicht alles passt in den Blister“	berechtigt	Stimmt; den verblisterbaren Anteil vorab zählen
„Wir geben Verantwortung ab“	überwiegend unzutreffend	Nur das Zusammenstellen wechselt; Kontrolle vor der Gabe, Gabe und Dokumentation bleiben
„Im Blister erkennt man Fehler schlechter“	teilweise berechtigt	Vor der Gabe gegen den aktuellen Plan prüfen, nicht nur gegen den Aufdruck
„Kein Beleg für weniger Fehler“	berechtigt	Stimmt; ein Nutzen ist auch nicht widerlegt – im eigenen Haus messen
„Abhängigkeit von einer Apotheke“	teilweise berechtigt	Rechtlich keine Ausschließlichkeit; den Ausstieg vertraglich regeln
„Bewohner verlieren die freie Apothekenwahl“	unzutreffend	Gesetzlich gewahrt; das Haus braucht zwei Versorgungswege
„Datenschutz“	berechtigte Frage	Lösbar mit Rechtsgrundlage, Einwilligung, sicheren Übertragungswegen
„Was passiert bei Lieferausfall?“	berechtigte Frage	Notfallweg mit Originalpackungen vorab vereinbaren

2. Ablauf: von der Verordnung bis zur Gabe

2.1 Sieben Stationen mit klaren Zuständigkeiten

Verblisterung ist eine Kette mit verteilten Verantwortlichkeiten. Wer eine Station überspringt oder unklar regelt, verliert den Nutzen der übrigen.

Station	Was geschieht	Verantwortlich
1. Verordnung und Plan	Ärztliche Verordnung und aktueller, vollständiger Medikationsplan als Grundlage; Bedarfsmedikation gesondert ausgewiesen	Arztpraxis

Station	Was geschieht	Verantwortlich
2. Erfassung und Prüfung	Übernahme in die Blistersoftware; pharmazeutische Prüfung auf Plausibilität, Dosierung, Wechselwirkungen, Doppelverordnungen und Eignung; Rückfragen an die Praxis	Apotheke
3. Vorbereitung	Scan der Originalpackung, Entnahme in die nummerierten Fächer eines Kassettenträgers, Erfassung von Charge und Verfalldatum	Apotheke
4. Verblisterung	Maschinelle Zusammenstellung je Einnahmezeitpunkt, Versiegeln und Bedrucken der Beutel	Apotheke
5. Kontrolle und Freigabe	Kamerabasierte Kontrolle jedes Beutels, Prüfung auffälliger Beutel durch Fachpersonal, dokumentierte Freigabe	Apotheke
6. Lieferung	Lieferung im vereinbarten Rhythmus, dokumentierte Übergabe; nicht verblisterbare Arzneimittel parallel und bewohnerbezogen	Apotheke und Einrichtung
7. Kontrolle und Gabe	Abgleich des Beutels mit dem aktuellen Plan, Verabreichung, Beobachtung, Dokumentation	Pflege

So sieht das im Verblisterungsraum der antares Apotheke in Hamburg-Jenfeld aus: Die Originalpackung wird vor der Entnahme per Barcode gescannt und dem Auftrag zugeordnet. Pharmazeutisches Personal gibt die Tabletten mit Handschuhen in die nummerierten Fächer eines Kassettenträgers, der in die Verblisterungsanlage eingesetzt wird. Die Anlage verpackt die Tabletten und Kapseln je Einnahmezeitpunkt in einen fortlaufenden Beutelstrang. Ein Kontrollgerät fotografiert jeden Beutel und gleicht das Bild automatisch mit der Sollvorgabe ab; Fachpersonal prüft die Ergebnisse am Bildschirm und auffällige Beutel von Hand. Die Kamera erkennt Abweichungen vom Auftrag, nicht Fehler im Auftrag – deshalb ist die pharmazeutische Prüfung vor der Herstellung der fachliche Kern des Verfahrens.

2.2 Einnahmezeitpunkte

Grundlage sind die Einnahmezeitpunkte der Einrichtung – typischerweise morgens, mittags, abends und zur Nacht, jeweils mit einer festen Uhrzeit auf dem Beutel. Die Uhrzeiten legt die Einrichtung fest; sie sollten zu den tatsächlichen Abläufen auf den Wohnbereichen passen. Manche Arzneimittel brauchen eigene Zeitpunkte: Nüchterneinnahme vor dem Frühstück, Wochen- oder Intervallgaben, getrennte Einnahme bei Arzneimitteln, die nicht zusammen eingenommen werden dürfen, und zeitlich begrenzte Therapien mit Beginn und Ende. Je präziser der Medikationsplan die Zeitpunkte beschreibt, desto weniger Rückfragen entstehen.

2.3 Welche Arzneimittel geeignet sind

Geeignet sind in der Regel feste, orale Arzneimittel – Tabletten und Kapseln –, die außerhalb der Originalverpackung für den Versorgungszeitraum stabil bleiben und regelmäßig zu festen Zeiten eingenommen werden. Welche Arzneimittel eine Apotheke verblister, muss ihr Qualitätsmanagement nach § 34 ApBetrO festlegen.

Nicht in den Blister gehören typischerweise flüssige und halbfeste Darreichungsformen, Inhalativa, Pflaster, kühlpflichtige und stark feuchtigkeits- oder lichtempfindliche Präparate, viele Brause- und Schmelztabletten, Bedarfsmedikation sowie Arzneimittel mit häufig wechselnder Dosierung. Bei

Betäubungsmitteln gelten besondere Nachweis- und Aufbewahrungspflichten; sie werden häufig getrennt versorgt. Wie hoch dieser Anteil in Ihrem Haus ist, lässt sich vorab zählen. In 21 Pflegeheimen in Bremen und Niedersachsen hatten drei von vier Bewohnern mindestens eine Bedarfsmedikation (Dörks et al. 2016).

2.4 Änderungen zwischen zwei Blisterzyklen

Weil ein Blister für einen festen Zeitraum vorproduziert ist, ist der Umgang mit Änderungen der anspruchsvollste Teil des Prozesses. Vor dem Start sollten feststehen:

- ein **Stichtag für Änderungen**, bis zu dem eine neue, geänderte oder abgesetzte Verordnung bei der Apotheke sein muss, damit sie in den nächsten Blister einfließt;
- ein **Stichtag für Rezeptanforderungen**, meist früher, weil Praxen Zeit für Folgerezepte brauchen und nicht jedes Präparat sofort lieferbar ist;
- die **Überbrückung** mit Originalpackungen, bis eine Änderung im nächsten Blister umgesetzt ist, oder eine Neuverblisterung nach Vereinbarung;
- der **Umgang mit bereits gelieferten Beuteln**: Betroffene Beutel werden gesperrt und ersetzt, nicht geöffnet oder umsortiert;
- der **Weg bei Krankenhausrückkehr**, auch freitags und am Wochenende: Entlassung sofort melden, mit Originalpackungen überbrücken, Entlassmedikation ärztlich bestätigen und pharmazeutisch prüfen lassen, ab dem nächsten erreichbaren Stichtag in den Blister übernehmen.

Ein typischer Freitagnachmittag zeigt, warum das vorab geregelt sein muss: Ein Bewohner kommt um 15:30 Uhr aus dem Krankenhaus zurück. Im Entlassbrief stehen zwei neue Arzneimittel, eines ist abgesetzt, eine Dosis wurde verändert. Der Hausarzt ist bis Montag nicht erreichbar, der Blister für die Woche liegt im Schrank. Wer gleicht ab, wer überbrückt das Wochenende, und welche Version des Medikationsplans gilt? Diese Fragen werden nicht am Freitag beantwortet, sondern vor dem Start.

3. Was bei der Pflege bleibt

3.1 Aufgabenverteilung

Verblisterung verschiebt Arbeitsschritte, nicht Verantwortung. Die folgende Übersicht hilft, die Aufgaben im Versorgungsvertrag und in den internen Verfahrensanweisungen eindeutig zu verteilen.

Aufgabe	Arztpraxis	Apotheke	Pflegeeinrichtung
Therapieentscheidung, Verordnung	verantwortlich	Hinweise aus der Prüfung	Beobachtungen melden
Medikationsplan aktuell halten	Änderungen anordnen	Plan in der Blistersoftware führen	Änderungen vollständig und rechtzeitig weitergeben
Rezeptanforderung	Verordnung ausstellen	nach Vereinbarung Bedarf erkennen und anfordern	nach Vereinbarung anfordern oder freigeben

Aufgabe	Arztpraxis	Apotheke	Pflegeeinrichtung
Pharmazeutische Prüfung	Rückfragen beantworten	verantwortlich	–
Verblisterung, Kontrolle, Kennzeichnung	–	verantwortlich	–
Lieferung und Übergabe	–	verantwortlich bis zur Übergabe	Annahme, Prüfung, Lagerung
Kontrolle vor der Gabe, Verabreichung	–	–	verantwortlich
Nicht verblisterbare Arzneimittel	verordnen	liefern in Originalpackung	richten und geben
Dokumentation der Gabe	–	–	verantwortlich
Überprüfung der Arzneimittelaufbewahrung im Heim	–	in regelmäßigen Abständen (§ 12a ApoG)	ordnungsgemäße Lagerung sicherstellen

3.2 Was bleibt – und was neu hinzukommt

Eine ehrliche Aufwandsbetrachtung zieht nicht nur ab, sondern rechnet auch hinzu.

Das bleibt bei der Pflege:

- Kontrolle des Beutels vor der Gabe: richtige Person, richtiger Zeitpunkt, plausibler Inhalt – gegen den aktuellen Medikationsplan, nicht nur gegen den Aufdruck
- die Gabe selbst und die Beobachtung von Wirkungen und Nebenwirkungen
- die Dokumentation der Gabe
- Stellen und Gabe nicht verblisterbarer Arzneimittel und der Bedarfsmedikation
- fachgerechte Aufbewahrung der gelieferten Blister

Das kommt neu hinzu:

- Abstimmung mit der Apotheke über Medikationspläne und Änderungen
- Einhaltung von Stichtagen für Meldungen und Rezepte
- Annahme und Prüfung der Lieferung, Übergabe an die Wohnbereiche
- Umgang mit Änderungen zwischen zwei Blisterzyklen
- Einarbeitung neuer Mitarbeitender in den veränderten Ablauf

3.3 Warum die Kontrolle vor der Gabe bleibt

Die Kontrolle vor der Gabe ist kein Misstrauen gegenüber der Apotheke, sondern eine eigenständige Sicherheitsstufe. Auch mit maschineller Verblisterung waren in niederländischen Heimen 21,2 % der beobachteten Gaben fehlerhaft, vor allem bei Verabreichungstechnik und Zeitpunkt (van den Bemt et al. 2009). Wer nur gegen den Aufdruck prüft, wiederholt die Apothekenkontrolle, statt eine eigene

hinzuzufügen. Wird die Kontrolle abgebaut, wird aus einer zusätzlichen Sicherung ein Ersatz für eine bestehende.

Für die Leitung folgen daraus drei Aufgaben: eine Verfahrensanweisung zur Kontrolle vor der Gabe, bevor der erste Blister kommt; Schulungen, die alle Schichten erreichen, auch Nachtdienst, Teilzeit- und Aushilfskräfte; und das bewusste Erhalten des Stellsens in der Einarbeitung, weil es bei Überbrückungen, Neuaufnahmen und für nicht verblisterbare Arzneimittel weiter gebraucht wird.

3.4 Prüfungen durch Aufsicht und Medizinischen Dienst

Heimaufsicht – in Hamburg die Wohn-Pflege-Aufsicht der Bezirksamter nach dem Hamburgischen Wohn- und Betreuungsqualitätsgesetz (HmbWBG) – und Medizinischer Dienst betrachten den Umgang mit Arzneimitteln: Lagerung, Zuordnung zum Bewohner, Übereinstimmung von Verordnung, Medikationsplan und Gabe sowie die Dokumentation. Verblisterung ändert nichts daran, dass die Einrichtung diese Anforderungen erfüllen muss. Gekennzeichnete Beutel und eine dokumentierte Herstellung können zu mehr Ordnung beitragen; eine bessere Prüfungsbewertung lässt sich daraus nicht ableiten. Prüfer fragen Mitarbeitende, nicht die Apotheke.

4. Recht: § 12a ApoG, § 34 ApBetrO, freie Apothekenwahl

4.1 Der Heimversorgungsvertrag nach § 12a Apothekengesetz

Versorgt eine öffentliche Apotheke Bewohner eines Heims, schließt der Apothekeninhaber mit dem Heimträger einen schriftlichen Vertrag. Er wird erst mit der Genehmigung der zuständigen Behörde wirksam. Die Genehmigung ist zu erteilen, wenn fünf Voraussetzungen erfüllt sind (§ 12a Abs. 1 ApoG, sinngemäß):

1. **Räumliche Nähe:** Apotheke und Heime liegen innerhalb desselben Kreises oder derselben kreisfreien Stadt oder in einander benachbarten Kreisen oder kreisfreien Städten.
2. **Ornungsgemäße Versorgung:** Art und Umfang der Versorgung, das Zutrittsrecht zum Heim sowie die Pflichten zur Überprüfung der ordnungsgemäßen, bewohnerbezogenen Aufbewahrung der Arzneimittel und deren Dokumentation sind geregelt.
3. **Information und Beratung:** Die Pflichten der Apotheke zur Information und Beratung von Heimbewohnern und Pflegepersonal sind festgelegt.
4. **Freie Apothekenwahl:** Der Vertrag schränkt die freie Wahl der Apotheke durch die Heimbewohner nicht ein.
5. **Keine Ausschließlichkeit:** Der Vertrag schließt andere Apotheken nicht aus; bei mehreren beteiligten Apotheken sind die Zuständigkeiten klar abgegrenzt.

Nachträgliche Änderungen sind der Behörde unverzüglich anzuzeigen, die Aufnahme der Versorgung vorher (§ 12a Abs. 2 ApoG). Bewohner, die sich selbst oder über Angehörige aus Apotheken ihrer Wahl versorgen, brauchen keinen Vertrag (§ 12a Abs. 3 ApoG).

Ein Prüfintervall für die Überprüfung der Aufbewahrung nennt das Gesetz nicht. Die Bundesapothekerkammer empfiehlt in ihren Empfehlungen zur Versorgung der Bewohner von Heimen

(Stand 27.11.2024) halbjährliche Überprüfungen mit Protokoll; das Intervall wird im Vertrag festgelegt.

Hamburg: Heimversorgungsverträge genehmigt die Behörde für Justiz und Verbraucherschutz, Amt für Verbraucherschutz. Nach ihrem Merkblatt „Heimversorgung durch Apotheken“ wird der Vertrag erst mit dem in der Genehmigung angegebenen Datum rechtswirksam. Ein Heim wird grundsätzlich nicht parallel von mehreren Apotheken versorgt; Ausnahmen sind klar abgegrenzte Teilbereiche oder ein turnusmäßiger Wechsel, für den das Merkblatt Intervalle von mindestens sechs Monaten empfiehlt. Für Heime in Schleswig-Holstein und Niedersachsen ist die zuständige Behörde im Einzelfall zu klären.

Für die Planung heißt das: Die Bearbeitungszeit der Behörde liegt weder in der Hand der Apotheke noch des Heimträgers. Sie gehört als fester Puffer in den Zeitplan, und die Versorgung beginnt erst, wenn die Genehmigung vorliegt.

4.2 Laufzeit und Kündigung

Das Apothekengesetz schreibt keine Laufzeit und keine Kündigungsfrist vor; beides vereinbaren die Vertragspartner. Der Bundesgerichtshof hat 2016 entschieden, dass eine vereinbarte Kündigungsfrist auch den Heimträger bindet und die bisherige Apotheke nicht ohne fristgerechte Kündigung ersetzt werden darf (Urteil vom 14.07.2016, III ZR 446/15). Auch eine teilweise Verlagerung der Versorgung setzt danach Einvernehmen oder eine fristgerechte Teilkündigung voraus. Sinnvoll ist, im Vertrag auch den Übergang zu regeln: Information der Bewohner, Übergabe der Medikationspläne mit Einwilligung, Umgang mit gelieferten Blistern und Beständen.

4.3 Heimversorgungsvertrag und Leistungsvereinbarung

Der Heimversorgungsvertrag regelt die apothekenrechtlich geforderte Versorgung. Patientenindividuelle Verblisterung, Rezeptmanagement oder erweiterte pharmazeutische Betreuung gehen darüber hinaus. Sie werden üblicherweise in einer gesonderten Leistungsvereinbarung beschrieben – mit Blisterrhythmus, Stichtagen, Änderungswegen, Erreichbarkeit und Vergütung.

4.4 Neu seit Juli 2026: Direktübermittlung von Verordnungen (§ 12a Abs. 4 ApoG)

Mit dem Apothekenversorgung-Weiterentwicklungsgesetz (ApoVWG), im Bundesgesetzblatt verkündet am 01.07.2026, gilt seit dem 02.07.2026 eine befristete Neuregelung: Bei einem bestehenden Heimversorgungsvertrag darf die heimversorgende Apotheke mit den Ärzten der Heimbewohner Absprachen treffen, dass diese Verschreibungen sammeln und unmittelbar an die Apotheke übermitteln. Das gilt ausdrücklich auch für E-Rezepte und ihre Zugangsdaten. Die Regelung ist eine Ausnahme vom Zuweisungsverbot des § 11 ApoG und bis zum 31.12.2028 befristet.

Nach Angaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung meldet das Heim den Bedarf an die Praxis, die Praxis stellt das E-Rezept aus und sendet die Zugangsdaten über den KIM-Dienst an die Apotheke, die das Rezept abrufen und das Heim beliefert. Apothekenpflichtige Medizinprodukte werden weiterhin auf dem Papierrezept (Muster 16) verordnet.

Die Regelung bezieht sich auf Bewohner, die auf Grundlage des Heimversorgungsvertrags versorgt werden; die freie Apothekenwahl bleibt bestehen. Ob darüber hinaus eine gesonderte Zustimmung der Bewohner erforderlich ist, ist nicht abschließend geklärt. Die Bundesapothekerkammer empfiehlt, die Einwilligung der Bewohner schriftlich zu dokumentieren. Ab 2029 sollen Pflegeheime nach den Planungen an den E-Rezept-Fachdienst angebunden sein.

4.5 Anforderungen an die verblisternde Apotheke (§ 34 ApBetrO)

§ 34 der Apothekenbetriebsordnung regelt das patientenindividuelle Stellen und Verblistern. Die Vorschrift ist ein guter Prüfstein bei der Auswahl einer Apotheke.

Qualitätsmanagement (Abs. 1). Im Qualitätsmanagementsystem sind unter anderem festzulegen:

- welche Arzneimittel geeignet und welche ungeeignet sind,
- welche Arzneimittel nicht gemeinsam in ein Behältnis dürfen,
- dass Tabletten nur ausnahmsweise, auf ärztliche Anforderung und bei nachgewiesener Stabilität geteilt werden,
- Zwischenlagerung und Kennzeichnung entblisterter Arzneimittel,
- Maßnahmen gegen Kreuzkontamination und Verwechslung,
- Kalibrierung, Qualifizierung, Wartung und Reinigung der Automaten,
- Primärpackmittel, Herstellungsanweisung und -protokoll,
- Hygieneplan, Personalhygiene und Schutzkleidung.

Personal (Abs. 2). Das Personal ist ausreichend qualifiziert und regelmäßig geschult; die Schulungen werden dokumentiert.

Raum (Abs. 3). Verblister wird in einem separaten Raum, der ausschließlich diesem Zweck dient; bei maschineller Verblisterung ist er über eine Schleuse zugänglich.

Kennzeichnung (Abs. 4). Der Blister trägt den Namen des Patienten, die enthaltenen Arzneimittel mit Chargenbezeichnung, das Verfalldatum, Einnahmehinweise, gegebenenfalls Lagerungshinweise und die abgebende Apotheke. Die Packungsbeilagen der Fertigarzneimittel sind beizufügen.

4.6 Freie Apothekenwahl im Alltag

Jeder Bewohner oder seine rechtliche Vertretung entscheidet selbst, ob er über die heimversorgende Apotheke versorgt wird. Das Heim informiert sachlich und darf niemanden drängen. Wer bei seiner bisherigen Apotheke bleibt, wird weiter von ihr versorgt – meist mit Originalpackungen, aus denen die Pflege wie bisher stellt. Die Einrichtung muss beide Versorgungswege organisatorisch abbilden: mit klarer Kennzeichnung im Medikationsplan und in der Lagerung und mit einer Verfahrensanweisung für Bewohner mit eigener Apotheke.

Rechtliche Betreuer handeln nur in dem Aufgabenkreis, den das Betreuungsgericht angeordnet hat, und richten sich nach den Wünschen der betreuten Person. Wer selbst entscheiden kann, entscheidet selbst – auch über die Wahl der Apotheke und die Teilnahme an der Verblisterung.

4.7 Datenschutz und Schweigepflicht

Medikationsdaten sind Gesundheitsdaten und damit eine besondere Kategorie personenbezogener Daten nach Art. 9 DSGVO. Apothekerinnen und Apotheker, Ärzte und Pflegefachkräfte unterliegen zudem der beruflichen Schweigepflicht. Der Austausch zwischen Praxis, Einrichtung und Apotheke braucht deshalb eine tragfähige Rechtsgrundlage – in der Praxis regelmäßig eine Einwilligung beziehungsweise Schweigepflichtentbindung – und sichere Übermittlungswege wie KIM, den sicheren E-Mail-Dienst der Telematikinfrastruktur. Gesundheitsdaten gehören nicht in unverschlüsselte E-Mails oder Webformulare. Ihren Datenschutzbeauftragten beziehen Sie früh ein.

4.8 Wer trägt welche Verantwortung?

- **Ärztin oder Arzt:** Indikation, Verordnung, Dosierung, Therapieüberwachung.
- **Apotheke:** pharmazeutische Prüfung, ordnungsgemäße Verblisterung nach § 34 ApBetrO, Kennzeichnung, Abgabe, Information und Beratung; im Heim zusätzlich die vertraglichen Prüf- und Beratungspflichten nach § 12a ApoG.
- **Einrichtung und Pflege:** Organisation der Arzneimittelversorgung, Aufbewahrung, Kontrolle vor der Gabe, Verabreichung, Beobachtung, Dokumentation.
- **Bewohner bzw. Vertretung:** Wahl der Apotheke, Einwilligungen, Einbindung in Therapieentscheidungen.

Die Organisationsverantwortung der Einrichtung geht durch Verblisterung nicht auf die Apotheke über. Wer im Einzelfall haftet, hängt vom Sachverhalt ab; höchststrichterliche Rechtsprechung zur Haftungsverteilung bei Verblisterung gibt es nicht. Versicherungsfragen klären Sie mit Ihrem Haftpflichtversicherer.

5. Kosten

5.1 Wer zahlt was?

Die Kostenträgerschaft ist zweigeteilt: Die Arzneimittel folgen den Regeln der Arzneimittelversorgung, die Verblisterungsleistung folgt einer vertraglichen Vereinbarung.

Position	Stationäre Pflegeeinrichtung
Verschreibungspflichtige Arzneimittel (GKV-Verordnung)	Krankenkasse über die Verordnung; Bewohner leisten die gesetzliche Zuzahlung, sofern keine Befreiung vorliegt
Nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel	in der Regel von den Bewohnern selbst zu tragen; gesetzliche Ausnahmen bestehen
Privat Versicherte	Bezahlung und Erstattung nach Tarif
Verblisterungsleistung	keine Regelleistung der GKV und nicht Teil der pharmazeutischen Dienstleistungen; Vergütung wird zwischen Apotheke und Einrichtung vereinbart
Apothekenpflichtige Medizinprodukte	weiterhin über das Papierrezept (Muster 16)

Ob und in welcher Form eine Einrichtung Kosten der Verblisterung in ihrer Vergütung berücksichtigen oder an Bewohner weitergeben darf, richtet sich nach den Vereinbarungen mit den Kostenträgern und nach dem Heimvertragsrecht. Diese Frage beantwortet nicht die Apotheke; klären Sie sie mit Ihrem Träger, Ihrem Verband oder Ihrer Rechtsberatung, bevor Sie ein Vergütungsmodell festlegen. Die gesetzliche Zuzahlung zu Arzneimitteln ändert sich durch Verblisterung nicht.

5.2 Kostenbestandteile

Bestandteil	Was dahinter steht	Wovon der Aufwand abhängt
Verblisterungsleistung	Pharmazeutische Prüfung, Pflege der Blisterdaten, maschinelle Zusammenstellung, Kontrolle und Freigabe, Kennzeichnung, Dokumentation	Zahl der versorgten Personen, Einnahmezeitpunkte, Komplexität der Medikation, manuelle Nacharbeit
Logistik	Transport, Übergabe, Annahme, gegebenenfalls getrennte Lieferung nicht verblisterter Arzneimittel	Liefferrhythmus, Entfernung, Zahl der Standorte und Wohnbereiche, Zusatzfahrten
Änderungen und Neuverblisterung	Prüfung neuer Verordnungen, Überbrückung, Neuerstellung gelieferter Blister	Änderungshäufigkeit, Klinikentlassungen, Stichtage, Meldewege
Einführung und Schulung	Übernahme und Erstprüfung der Pläne, Prozessabstimmung, Schulung, begleiteter Start	Größe der Einrichtung, Qualität der vorhandenen Pläne, Pilotbereich oder Gesamtstart
Ergänzende Leistungen	Rezeptmanagement, Medikationsanalysen, Unterstützung bei Aufbewahrung und Dokumentation, Fortbildungen	vereinbarter Umfang
Arzneimittel	die verordneten Präparate selbst	unabhängig von der Verblisterung

Der Aufwand einer Apotheke wird stärker von Änderungen getrieben als von der reinen Zahl der Blister. Eine Einrichtung mit stabiler Dauermedikation verursacht weniger Neuverblisterung als eine mit vielen Kurzzeitpflegeplätzen oder häufigen Klinikaufenthalten. Das gehört offen ins Gespräch.

5.3 Vergütungsmodelle

Ein vorgeschriebenes Modell gibt es nicht. In der Praxis begegnen Einrichtungen unter anderem diesen Strukturen; sie sind keine Preisliste:

- **Pauschale je Bewohner und Woche:** einfach planbar und vergleichbar. Prüfen Sie, wie viele Änderungen, welche Lieferungen und ob Einführung und Schulung enthalten sind.
- **Grundleistung plus Bausteine:** Grundvergütung, ergänzt um gesondert vereinbarte Leistungen wie Rezeptmanagement oder Fortbildungen. Voraussetzung ist eine klare Leistungsbeschreibung.
- **Staffelungen** nach Bewohnerzahl, Standorten oder Laufzeit. Achten Sie darauf, dass eine Staffel nicht an eine Mindestquote verblisterter Bewohner geknüpft ist – das kollidiert mit der freien Apothekenwahl.
- **Regelung für Änderungen:** enthalten, als Kontingent oder gesondert berechnet – und wer den Aufwand trägt, wenn eine Änderung zu spät gemeldet wurde.

5.4 Fünf verschiedene Wirkungsebenen

Ebene	Was gemeint ist	Was daraus nicht automatisch folgt	Womit man es messen könnte
Zeit	Das Stellen geeigneter fester Arzneimittel entfällt in der Einrichtung	Dass die Zeit tatsächlich frei wird	Zeiterfassung über eine typische Woche vorher und nachher
Prozess	Feste Stichtage, klare Meldewege, definierte Zuständigkeiten	Weniger Fehler oder geringere Kosten	Verspätete Rezeptanforderungen, Rückfragen, Einhaltung der Stichtage
Fehler	Weniger Verwechslungen beim Stellen, pharmazeutische Prüfung	Fehlerfreiheit oder bessere Gesundheitsergebnisse	Interne Fehler- und Beinahe-Fehler-Meldungen nach einheitlicher Definition
Nachvollziehbarkeit	Beschriftete Blister mit Charge, dokumentierte Freigabe	Vollständigere Dokumentation der Gabe	Ergebnisse interner Audits und externer Prüfungen
Geld	Saldo aus Vergütung, Personalzeiten, Verwürfen, Organisationsaufwand	Eine Einsparung	Personalstunden und -kosten vorher und nachher, tatsächliche Vertragskosten

Frei werdende Stunden senken Kosten nur, wenn sie anders eingesetzt oder nicht mehr besetzt werden müssen.

5.5 Den eigenen Aufwand messen

Für deutsche Pflegeheime gibt es keine publizierte, belastbare Zeitmessung zum Stellen. Das IQWiG hat 2019 lediglich modellhaft geschätzt, dass Verblisterung die Pflege um 22 bis 51 Minuten pro Bewohner und Monat entlasten könnte, und die Datenlage dazu selbst als sehr unsicher bezeichnet. Diese Spanne ist kein Richtwert für ein einzelnes Haus.

Belastbar wird die Frage erst mit eigenen Werten. Schreiben Sie in einem Wohnbereich eine typische Woche lang mit – ohne Feiertage und Sonderereignisse:

- Stellen, Zweitkontrolle, Bearbeitung von Änderungen und Rezeptanforderungen jeweils mit Beginn und Ende,
- die Zahl der Änderungen und Rezeptvorgänge,
- den Anteil nicht verblisterbarer Positionen in den Medikationsplänen.

Daraus ergibt sich der heutige Wochenaufwand: Personen × (Minuten Stellen + Minuten Kontrolle) plus Änderungen × Minuten je Änderung plus Rezeptanforderungen × Minuten je Anforderung, geteilt durch 60. Mal 52 ergibt die Jahresstunden. Als verlagerbar gilt nur der Stellaufwand für verblisterbare Arzneimittel; Kontrolle, Änderungen und Rezepte verändern sich, entfallen aber nicht. Auf der Plattform stehen dafür ein Stellaufwand-Rechner und ein druckbares Messprotokoll bereit; die Rechnung läuft nur im Browser.

6. Umstellung

6.1 Wovon die Dauer abhängt

Die Umstellung auf Verblisterung ist ein Organisationsprojekt; die Verblisterungsanlage ist der kleinste Teil. Eine pauschale Dauer lässt sich seriös nicht nennen. Zeitbestimmend sind:

- die **behördliche Genehmigung** des Heimversorgungsvertrags,
- die **Kündigungsfrist** eines laufenden Vertrags,
- die **Einwilligungen** der Bewohner oder ihrer Vertretung – Rückläufe von Betreuern, die nicht vor Ort sind, dauern länger,
- die **Qualität der Medikationspläne** und die Zahl der beteiligten Arztpraxen,
- die **Schulungsplanung**, damit alle Schichten vor dem Start erreicht werden.

Planen Sie rückwärts vom Stichtag und mit Puffern für die Schritte, die von Dritten abhängen.

6.2 Rollen im Projekt

Rolle	Aufgabe
Einrichtungsleitung oder Träger	Entscheidung, Vertragsabschluss, Ressourcen für Schulung und Start
Pflegedienstleitung	Projektverantwortung im Haus, Zeitplan, Kommunikation mit Team, Bewohnern und Angehörigen
Wohnbereichsleitungen	Abgleich der Medikationspläne, Umsetzung im Wohnbereich, Rückmeldung zu Problemen
Apotheke	Vertragsentwurf und Genehmigungsunterlagen, pharmazeutische Erstprüfung, Schulung, Begleitung des Starts
Arztpraxen	Klärung von Rückfragen, künftige Übermittlung von Verordnungen und Änderungen

6.3 Die Phasen

Phase 1 – Bestandsaufnahme und Entscheidung. Wer stellt wann, wie oft ändern sich Medikationen, wie laufen Rezeptanforderungen, welcher Anteil ist verblisterbar, welche Bewohner werden bereits über andere Apotheken versorgt? Für diesen Schritt reichen Strukturdaten; personenbezogene Gesundheitsdaten sind nicht nötig. Die Entscheidung – für Verblisterung aller Langzeitbewohner, einen Pilotbereich oder zunächst strukturiertes Rezept- und Medikationsmanagement – sollte auf diesen Daten beruhen.

Phase 2 – Vertrag und Genehmigung. Heimversorgungsvertrag nach § 12a ApoG und Leistungsvereinbarung abschließen, Datenschutz regeln, Genehmigung abwarten, Aufnahme der Versorgung anzeigen.

Phase 3 – Bewohner, Betreuer und Arztpraxen informieren. Bewohner und Vertretungen verständlich darüber informieren, was sich ändert, was gleich bleibt und dass die Teilnahme freiwillig ist;

Einwilligungen einholen und dokumentieren. Bewährt hat sich ein kurzes Informationsschreiben mit Antwortbogen und ein Angebot für Rückfragen. Die Praxen erfahren früh, an wen Verordnungen und Änderungen gehen, welche Stichtage gelten und wer in der Apotheke Rückfragen stellt.

Phase 4 – Datenübernahme und pharmazeutische Erstprüfung. Für jede teilnehmende Person wird der aktuelle Medikationsplan auf sicherem Weg übermittelt. Apothekerinnen und Apotheker gleichen ihn mit den Verordnungen ab und prüfen ihn. Häufig fallen dabei Unstimmigkeiten auf – ein Präparat, das im Plan steht, aber nicht mehr gegeben wird, oder eine Dosis, die zwischen Hausarzt und Klinikbrief abweicht. Solche Punkte klärt die Apotheke mit der Praxis; die Therapieentscheidung bleibt ärztlich. Am Ende steht je Person ein abgestimmter Plan, aus dem hervorgeht, was verblistert wird und was weiter im Haus vorbereitet wird.

Phase 5 – Stichtag, Pilotbereich und Übergang. Ab einem festen Stichtag kommen die festen Arzneimittel der teilnehmenden Bewohner aus dem Blister; er sollte nicht auf ein Wochenende, einen Feiertag oder eine Phase mit dünner Personaldecke fallen. Viele Einrichtungen beginnen mit einem Wohnbereich, in dem die Medikation am stabilsten ist. Vorhandene Originalpackungen gehören den Bewohnern; wie mit ihnen umgegangen wird, legen Einrichtung und Apotheke vorab fest. Für jedes Arzneimittel muss eindeutig sein, aus welcher Quelle es ab dem Stichtag gegeben wird – Doppelgaben aus Blister und Originalpackung sind ein typisches Übergangsrisiko.

Phase 6 – Start begleiten und auswerten. Die ersten Blisterzyklen zeigen, wo der Prozess hakt. Werten Sie aus: Wie viele Änderungen wurden fristgerecht gemeldet? Wo gab es Rückfragen und wie wurden sie gelöst? Wie hat sich der Zeitaufwand gegenüber der Ausgangsmessung verändert? Wie bewerten die Pflegekräfte den Ablauf? Welche Anpassungen an Stichtagen, Meldewegen oder Schulungen sind nötig? Die Ergebnisse entscheiden, ob und wann weitere Wohnbereiche folgen.

6.4 Typische Stolpersteine

Stolperstein	Gegenmittel
Unvollständige Medikationspläne: Bedarfsmedikation, Augentropfen oder Facharztpräparate fehlen	Pläne vor der Übergabe mit der tatsächlichen Gabe im Wohnbereich abgleichen
Späte Einwilligungen von Betreuern	Früh anschreiben, Erinnerung einplanen, Start nicht an vollständigen Rücklauf knüpfen
Nicht erreichte Schichten	Kurze Einheiten zu unterschiedlichen Zeiten, einseitige Kurzanleitung im Medikamentenraum
Änderungen kurz vor dem Stichtag	Für die Startphase einen engeren Abstimmungsweg mit der Apotheke vereinbaren
Doppelte Wege: Blister und Originalpackung liegen nebeneinander	Restbestände zum Stichtag eindeutig kennzeichnen oder aussortieren
Unklare Zuständigkeit für Meldungen	Je Wohnbereich eine verantwortliche Person und eine Vertretung benennen

6.5 Checkliste: in zehn Schritten zur Verblisterung

- ☐ **Ausgangslage erfassen:** eine typische Woche Stellen, Kontrolle, Änderungen und Rezepte mitschreiben; Zahl der Bewohner, beteiligte Arztpraxen und heutige Apotheken auflisten.
- ☐ **Ziel und Modell festlegen:** Was soll sich verbessern? Verblisterung für alle Langzeitbewohner, Pilotbereich oder zunächst Rezeptmanagement? Anteil nicht verblisterbarer Arzneimittel abschätzen.
- ☐ **Apothekenpartner auswählen:** Angebote anhand derselben Fragen vergleichen – pharmazeutische Prüfung, Änderungsmanagement, Logistik, Schulung, Vertrag, Kosten.
- ☐ **Vertrag schließen und Genehmigung beantragen:** Heimversorgungsvertrag und Leistungsvereinbarung, Datenschutz, Genehmigung abwarten, Aufnahme der Versorgung anzeigen.
- ☐ **Bewohner und Betreuer informieren:** Freiwilligkeit benennen, Einwilligungen einholen und dokumentieren, Bewohner mit anderer Apotheke kennzeichnen.
- ☐ **Arztpraxen einbinden:** Ablauf, Übermittlungsweg, Stichtage und Ansprechpartner klären.
- ☐ **Medikationspläne übergeben und prüfen lassen:** sicher übermitteln, Rückfragen beantworten, Unstimmigkeiten mit den Praxen klären, abgestimmte Pläne freigeben.
- ☐ **Pflegekräfte schulen:** alle Schichten; Umgang mit Blistern, Kontrolle vor der Gabe, Änderungen, Aufbewahrung, Dokumentation, Verhalten bei Unstimmigkeiten, nicht verblisterbare Arzneimittel.
- ☐ **Stichtag und Übergang vorbereiten:** Stichtag festlegen, Restbestände klären, Zuständigkeiten für Annahme und Änderungsmeldungen benennen, Ablauf im Medikamentenraum anpassen.
- ☐ **Starten, begleiten, auswerten:** erste Zyklen eng begleiten, Rückfragen sammeln, Zeitaufwand erneut messen, Ergebnisse mit der Apotheke besprechen und Abläufe anpassen.

7. Zwölf Leitungsfragen

Die Fragen gelten unabhängig davon, mit welcher Apotheke Sie arbeiten. Wer sie beantworten kann, entscheidet auf eigener Grundlage – auch dann, wenn die Antwort lautet, dass Verblisterung für das Haus gerade nicht passt.

- ☐ **Welches Problem wollen wir lösen?** Stellzeit, verspätete Änderungen, Prüfungsfeststellungen, ein Partnerwechsel? Ohne benanntes Ziel lässt sich später nicht sagen, ob die Umstellung gewirkt hat.
- ☐ **Kennen wir unseren Ausgangswert?** Stellzeit, Änderungen, Rezeptvorgänge und Meldungen je Wohnbereich – gemessen, nicht geschätzt.
- ☐ **Welcher Anteil unserer Medikation ist überhaupt verblisterbar?** Tropfen, Inhalativa, Pflaster, viele Bedarfsarzneimittel und manche festen Arzneimittel bleiben außen vor.
- ☐ **Wofür setzen wir frei werdende Zeit ein – und wer muss mitreden?** Dienstplanänderungen können die Mitbestimmung von Betriebsrat oder Mitarbeitervertretung berühren.
- ☐ **Steht schriftlich fest, wer nach der Umstellung wofür verantwortlich ist?** Anordnung, Prüfung und Herstellung, Kontrolle vor der Gabe und Gabe – in Vertrag und Verfahrensanweisungen.
- ☐ **Wie laufen Änderungen und Krankenhausrückkehr – auch freitags und am Wochenende?** Meldeweg, Annahmeschluss, Überbrückung, Erreichbarkeit.

- ☐ **Wie organisieren wir Bewohner, die ihre Apotheke behalten?** Zwei Versorgungswege brauchen klare Kennzeichnung im Medikationsplan und in der Lagerung.
- ☐ **Wie informieren wir Bewohner, Angehörige, Betreuer und Bewohnervertretung?** Wer informiert, wann, mit welchem Material, und wie holen wir Einwilligungen ein?
- ☐ **Was regelt unser bestehender Vertrag?** Laufzeit, Kündigungsfrist, Genehmigung, Abgrenzung mehrerer Apotheken – und ob eine Teilumstellung möglich ist.
- ☐ **Wie wird die Vergütung bemessen, und dürfen wir Kosten weitergeben?** Bezugsgröße, Neuverblisterungen, Szenario mit geringerer Teilnahme; die Weitergabe klären Sie mit Verband oder Rechtsberatung.
- ☐ **Können unsere Teams im Fachgespräch erklären, was sich geändert hat?** Schulung und Verfahrensanweisung müssen vor dem Start stehen.
- ☐ **Woran messen wir nach drei und nach zwölf Monaten, ob es trägt?** Dieselben Werte wie in der Ausgangsmessung, ein fester Termin und eine benannte Person, die über Fortführung oder Anpassung entscheidet.

Wie die Entscheidung vorbereitet werden kann

Schritt	Beteiligt	Inhalt
Anlass und Auftrag klären	Einrichtungsleitung, gegebenenfalls Träger	Ziel, Zeitrahmen und Verantwortliche festlegen
Ausgangslage erheben	Pflegedienstleitung, Wohnbereichsleitungen	Zwei typische Wochen messen
Schnittstellen prüfen	Qualitätsbeauftragte	Welche Verfahrensanweisungen ändern sich, wie wird die Schnittstelle zur Apotheke auditierbar?
Wirtschaftlichkeit und Vertrag bewerten	Kaufmännische Leitung, Verwaltung	Angebote vergleichbar machen, Szenarien rechnen, laufende Verträge und Fristen prüfen
Bewohnerververtretung und Mitarbeitende einbeziehen	Bewohnerververtretung, Betriebsrat oder Mitarbeitervertretung	Früh informieren, Fragen aufnehmen, die freie Apothekenwahl ausdrücklich benennen
Entscheiden	Einrichtungsleitung	Häufig mit Pilotbereich und vorab festgelegten Erfolgskriterien

8. Checkliste Erstgespräch

Diese Checkliste hilft, ein Gespräch mit einer Apotheke – mit antares oder einer anderen – konkret zu machen. Bringen Sie Strukturdaten mit, aber **keine Namen oder Gesundheitsdaten von Bewohnern**, und senden Sie solche Daten nicht über Webformulare oder unverschlüsselte E-Mails.

Mitbringen

- ☐ Zahl der Bewohner mit Dauermedikation, je Wohnbereich
- ☐ Ergebnisse der Wochenmessung: Stellen, Kontrolle, Änderungen, Rezeptanforderungen
- ☐ Geschätzter Anteil nicht verblisterbarer Arzneimittel
- ☐ Zahl der verordnenden Arztpraxen und die heutigen Rezeptwege (Telefon, Fax, KIM, E-Rezept)
- ☐ Zahl der Neuaufnahmen und Krankenhausrückkehrer pro Monat
- ☐ Bestehender Heimversorgungsvertrag: Laufzeit, Kündigungsfrist, Genehmigung
- ☐ Zahl der Bewohner, die bereits über andere Apotheken oder Angehörige versorgt werden
- ☐ Ihr Ziel: welches Problem soll gelöst werden?
- ☐ Gewünschter Zeitrahmen und mögliche Pilotbereiche

Fragen an die Apotheke

- ☐ Wer prüft die Medikation vor der Verblisterung, mit welcher Qualifikation, und wie laufen Rückfragen an die Praxen?
- ☐ Welche Kontrollen finden bei der Herstellung statt, und wie wird die Freigabe dokumentiert?
- ☐ Welche Arzneimittel werden nicht verblistered, und wie werden sie geliefert?
- ☐ Welche Stichtage für Änderungen und Rezepte schlägt die Apotheke vor, und warum?
- ☐ Wie läuft eine Änderung zwischen zwei Zyklen, und wie wird überbrückt?
- ☐ Was gilt bei Krankenhausrückkehr am Freitag und am Wochenende?
- ☐ Wie ist die Apotheke erreichbar, und was gilt außerhalb dieser Zeiten?
- ☐ Wie oft und wie wird geliefert, und wie sieht der Notfallweg aus?
- ☐ Welche Schulungen gibt es für die Pflege, für welche Schichten und Formate?
- ☐ Wie oft wird die Aufbewahrung im Heim überprüft, und wie wird das dokumentiert?
- ☐ Wie werden Abweichungen gemeldet, untersucht und zurückgemeldet?
- ☐ Welche Daten braucht die Apotheke, über welchen Weg, und auf welcher Rechtsgrundlage?
- ☐ Wie ist die Vergütung aufgebaut, was ist enthalten, was wird gesondert berechnet?
- ☐ Wie sind Laufzeit, Kündigung und Übergang geregelt – auch für den Fall, dass Sie später wechseln?
- ☐ Wer ist fester Ansprechpartner in Pharmazie und Kundenservice?

Nach dem Gespräch

- ☐ Antworten mehrerer Anbieter anhand derselben Fragen vergleichen
- ☐ Offene Rechtsfragen (Kostenweitergabe, Datenschutz) mit Rechtsberatung und Datenschutzbeauftragtem klären
- ☐ Entscheidungsvorlage mit Ausgangswerten, Optionen, Risiken und Erfolgskriterien erstellen

9. Ansprechpartner

Sinah Gaebert Apothekerin, Fachapothekerin für klinische Pharmazie Leitung Patientenindividuelle Verblisterung Telefon: 040 523 889 100 E-Mail: verblisterung@antares-apo.de

antares-apotheke Pharma Service e. K. Inhaber: Apotheker Lennart Hintz Kuehnstraße 75, 22045 Hamburg (Jenfeld) Telefon: 040 523889-0 E-Mail: info@antares-apo.de

Die Verblisterung der antares Apotheke findet im eigenen Verblisterungsraum in Hamburg-Jenfeld statt. Das Qualitätsmanagementsystem der Apotheke ist nach DIN ISO 9001:2015 zertifiziert; die Verblisterung ist in dieses QM-System eingebunden.

Für ein Gespräch über Ihre Ausgangslage gilt: Senden Sie bitte keine personenbezogenen Gesundheitsdaten über ein Webformular. Welche Daten wir wie austauschen, klären wir vorher.

Weiterführende Inhalte, Arbeitshilfen und Werkzeuge – darunter der Stellaufwand-Rechner, der Stichtagskalender und eine Vorlage zur Information und Einwilligung von Bewohnern – finden Sie im Bereich Verblisterung auf der Website der antares Apotheke.

10. Quellen und Rechtsgrundlagen

Rechtsgrundlagen (Stand Oktober 2026)

1. Apothekengesetz (ApoG), insbesondere § 11 (Zuweisungsverbot), § 12a (Versorgung von Heimbewohnern) einschließlich Abs. 4 in der Fassung des Apothekenversorgung-Weiterentwicklungsgesetzes (ApoVWG), ausgefertigt am 26.06.2026, verkündet am 01.07.2026 (BGBl. 2026 I Nr. 195), sowie § 14 (Krankenhausversorgung).
2. Apothekenbetriebsordnung (ApBetrO), § 1a (Begriffsbestimmungen) und § 34 (Patientenindividuelles Stellen oder Verblistern von Arzneimitteln).
3. Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO), Art. 9; § 203 Strafgesetzbuch (Verletzung von Privatgeheimnissen).
4. Sozialgesetzbuch V, § 31a (Medikationsplan), § 39 Abs. 1a (Entlassmanagement), § 129 Abs. 5e (pharmazeutische Dienstleistungen), §§ 61, 62 (Zuzahlung, Belastungsgrenze).
5. Hamburgisches Wohn- und Betreuungsqualitätsgesetz (HmbWBG).
6. Bundesgerichtshof, Urteil vom 14.07.2016, III ZR 446/15 (Kündigung eines Heimversorgungsvertrags).
7. Behörde für Justiz und Verbraucherschutz Hamburg, Amt für Verbraucherschutz: Merkblatt „Heimversorgung durch Apotheken“.
8. Bundesapothekerkammer: Empfehlungen „Versorgung der Bewohner von Heimen“, Stand 27.11.2024.
9. Kassenärztliche Bundesvereinigung: PraxisNachricht „Praxen dürfen Verordnungen direkt an heimversorgende Apotheke senden“, aktualisiert 09.07.2026.

Studien und Berichte

10. Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG): Patientenindividuelle Verblisterung. Rapid Report A18-35, Version 1.0, 29.03.2019; Pressemitteilung vom 14.05.2019.

11. Medizinischer Dienst Bund: 8. Pflege-Qualitätsbericht nach § 114a Abs. 6 SGB XI. Essen, Februar 2025 (Prüfdaten 2023; Routinedaten externer Prüfungen, keine Studie).
12. Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO): Pressemitteilung zum Pflege-Report 2023 „Versorgungsqualität von Langzeitgepflegten“; Schwinger A et al. (Hrsg.): Pflege-Report 2023. Springer, Berlin 2023.
13. Alldred DP, Standage C, Fletcher O et al.: The influence of formulation and medicine delivery system on medication administration errors in care homes for older people. *BMJ Qual Saf* 2011;20(5):397–401.
14. van den Bemt PMLA, Idzinga JC, Robertz H et al.: Medication administration errors in nursing homes using an automated medication dispensing system. *J Am Med Inform Assoc* 2009;16(4):486–492.
15. Johnell K, Fastbom J: Multi-dose drug dispensing and inappropriate drug use: a nationwide register-based study of over 700 000 elderly. *Scand J Prim Health Care* 2008;26(2):86–91.
16. Josendal AV, Bergmo TS, Granas AG. *BMC Geriatr* 2020;20:272.
17. Cheung KC, van den Bemt PMLA, Bouvy ML et al.: Medication incidents related to automated dose dispensing in community pharmacies and hospitals – a reporting system study. *PLoS ONE* 2014;9(7):e101686.
18. Thomson MS, Gruneir A, Lee M et al.: Nursing time devoted to medication administration in long-term care. *J Am Geriatr Soc* 2009;57(2):266–272.
19. Dörks M, Schmiemann G, Hoffmann F: Pro re nata (as needed) medication in nursing homes: the longer you stay, the more you get? *Eur J Clin Pharmacol* 2016;72:995–1001.

Leitfaden Verblisterung für Einrichtungsleitungen · antares-apotheke Pharma Service e. K., Hamburg-Jenfeld · Stand 17.10.2026. Dieser Leitfaden ist keine Rechtsberatung. Maßgeblich sind die jeweils geltenden Gesetzestexte, die Auslegung durch die zuständigen Behörden und die Rechtsprechung.