

6 Pharmazeutische Betreuung

6.1 Ziele und Umsetzung im Heim

Pharmazeutische Betreuung, auch unter »Pharmaceutical Care« bekannt, ist ein Begriff, der das Berufsbild des Apothekers deutlich gewandelt hat. Standen in früheren Zeiten die Arzneimittelherstellung und die Abgabe der Arzneimittel im Mittelpunkt der apothekerlichen Berufsausübung, so wird mit »Care« ein definierter Beitrag zur gesundheitlichen Betreuung gefordert. Die Aufgaben der Apotheke im Rahmen der pharmazeutischen Betreuung beinhalten u. a.:

- den Anwendungserfolg der Arzneimitteltherapie zu verbessern,
- arzneimittelbezogene Probleme, wie Interaktionen und ihre Auswirkungen, rechtzeitig zu erkennen,
- den Patienten zum vorsichtigen und sachgerechten Umgang mit Arzneimitteln anzuleiten.

Es ist keine ausschließliche Patientenberatung, bei der der Apotheker noch besser auf die individuelle Lage des Patienten eingeht, sondern es erfolgt ebenso eine systematische Erfassung und Optimierung der Arzneimittelanwendung, auch in ökonomischer Hinsicht.

Der Patient hat im Apotheker einen kompetenten Ansprechpartner bei allen Fragen rund um das Arzneimittel. Damit wird der Anwendungserfolg, nicht zuletzt durch die Verbesserung der Adherence (Therapietreue) gesichert und die Lebensqualität der oft multimorbiden Senioren verbessert.

Nach Prof. Dr. Marion Schäfer gliedert sich der individuelle Betreuungsprozess in folgende Aufgaben, die mit den aufgezeigten Schritten der Heimversorgung in Korrelation gebracht werden sollen:

1. Aufnahme und chronologische Fortschreibung der Medikationsdatei

Eine gewissenhaft und zeitnah gepflegte EDV-Anlage ist hier Voraussetzung. Probleme können Medikamente im Rahmen der Selbstmedikation und Ärztemuster machen, die in der Medikationsliste nicht erscheinen.

2. Entwicklung des aktuellen Medikationsprofils

Dies kann ebenfalls aus der vorhandenen und gepflegten Medikationsdatei entwickelt werden.

3. Erfassung therapeutisch relevanter Patientenmerkmale

Therapeutisch relevante Patientenmerkmale können sein: z. B. BMI, Allergien, Laborparameter. Diese Forderungen nach Erfassung solcher Daten dürften mit dem Heim derzeit nicht alle zu realisieren sein, da die Erfüllung einen Zugriff auf sensible Patientendaten erfordern würde. Hier stehen in der Regel noch Datenschutzbedenken im Wege. Allerdings sind Programme wie die »Kundenverwaltung mit Pharmazeutischer Betreuung« (z. B. als Modul von Winapo, Fa. Lauer-Fischer) zur Erfassung von Laborparametern wie Cholesterin, BMI, Blutdruck oder Blutzucker ausgelegt. Ebenso können Krankheiten und Allergien im System hinterlegt werden. Allergien und Unverträglichkeiten sollten, soweit bekannt, immer bei der Erfassung eines neuen Patienten abgefragt und mit aufgenommen werden.

In Einzelfällen kann es sinnvoll sein, Laborparameter des Patienten beim Arzt zu erfragen. Um datenschutzrechtliche Bedenken auszuräumen, empfiehlt es sich, vorher eine Einverständniserklärung des Patienten bzw. Betreuers/der Angehörigen einzuholen. Im Idealfall hält der Arzt mit dem versorgenden Apotheker Rücksprache, zum Beispiel hinsichtlich Dosierungsanpassungen bei eingeschränkter Nierenfunktion oder Verabreichung von Arzneimitteln über die Sonde.

4. Erkennen und Lösen arzneimittelbezogener Probleme

Dies ist die eigentliche Domäne des Apothekers. Durch vernetzte Datenbanken und den pharmazeutischen Sachverstand ist er in der Lage, arzneimittelbezogene Probleme eines Bewohners zu lösen.

Die verwendeten Software-Programme, die dazu zur Verfügung stehen, gehen alle nach ähnlichem Muster vor. Mit Hilfe der angelegten Medikationsliste und der ABDA-Datenbank werden folgende Checks durchgeführt:

- **Allgemeiner Arzneimittel-Check.** Mit Hilfe der Medikationsliste wird eine Übersicht erzeugt über alle Präparate, auch der OTC-Präparate, die der Bewohner nimmt. Es ist wichtig, sich davon zu überzeugen, dass der sich selbständig oder teilweise selbstständig versorgende Bewohner komplizierte Arzneiformen wie Asthmasprays, transdermale Systeme etc. richtig anwenden kann.

Weitere Checks:

- **Risikocheck:** Hier erfolgt die Prüfung auf
 - Interaktionen (► Kap. 6.3.3),
 - Gegenanzeigen (Kontraindikationen) und das CAVE-Modul (► Kap. 6.3.4), das auch das Lebensalter berücksichtigt (Altersbeschränkung),
 - Unverträglichkeiten wie z. B. bekannte Allergien, Laktoseunverträglichkeit,
 - Doppelmedikation. Dieser Check ist wichtiger denn je, denn durch die Firmenvielzahl bei Generika passieren Doppelmedikationen leichter als erwartet.
- **Dosierungscheck:** Der Dosierungscheck ist durch die Verblisterung (► Kap. 7), die immer stärker in die Versorgung eingeführt wird, besonders wichtig geworden. Früher wurde vom examinierten Altenpfleger in der Regel für eine Woche im Voraus gestellt, dann die Dosierung beim Stellen in der nächsten Woche wieder überprüft, so

dass sich Fehler oft nur eine Woche durchzogen. Durch die Blister-Automaten, die ja für einen längeren Zeitraum programmiert werden, können Dosierungsfehler auch länger zum Tragen kommen. Hier ist der Apotheker unter Einbeziehung des aktuellen Medikationsprofils besonders gefordert.

Damit kann dann ebenfalls die Compliance (alte Bezeichnung, »Folgsamkeit«, »Therapietreue«) bzw. Adherence (neuere Bezeichnung, »Einhaltung«, Höhe Übereinstimmung zwischen vereinbartem und tatsächlichem Patientenverhalten) überprüft werden.

- Compliance-/Adherence-Check.
- Besondere Vorsicht besteht bei potenziell inadäquaten Arzneimitteln für ältere Menschen (z. B. Priscus-Liste), hier sind Sicherheitsbedenken zu berücksichtigen.

Die Lösung all dieser Probleme wird umso besser sein, je besser der Apotheker, z. B. über die vorgeschriebenen Fortbildungsveranstaltungen, mit den Heimmitarbeitern im Gespräch ist (► Kap. 5.3.3).

Darüber hinaus wird ein Apotheker aber auch auf Themen angesprochen, die sich nicht nur aus den vorliegenden ärztlichen Verordnungen ableiten und die unter »Therapie des Alltags« fallen. Hier erwarten der Heimbewohner und das Pflegepersonal einen kompetenten Gesprächspartner, der Hilfe bieten kann. Themen sind z. B. (► Kap. 6.3.5):

- Tabuthemen wie Hämorrhoiden,
- verschiedene Formen der Inkontinenz,
- Beschaffenheit der Haut und Hilfe bei einfachen Hautproblemen, wie trockene Haut etc.,
- Fußpilz,
- Haarprobleme.

5. Dokumentation und Bewertung der Ergebnisse

Die Gesamtdokumentation der erbrachten Betreuungsleistung ergibt sich aus der in den vorhergehenden Kapiteln gezeigten Erfassung der Einzeldokumentationen und ist somit leicht nachweisbar. Ein systematisches Vorgehen ist sinnvoll.

6. Ergebnisbewertung

Zur Besserung von spezifischen Symptomen und Parametern und zur Verbesserung der Lebensqualität können nach dem derzeitigen Stand noch keine spezifischen Aussagen gemacht werden. Doch hier wird sich durch die durch das Gesetz geplante engere Zusammenarbeit von Heim und Apotheke einiges weiterentwickeln (auch ► Kap. 5.1).

Es wird mit »Pharmaceutical Care« ein Konzept verwirklicht, mit dem durch die stärkere Einbeziehung des Apothekers die vom Arzt und Patienten angestrebten therapeutischen Ziele besser und sicherer erreicht werden sollen.

Ohne in die Therapiehoheit des Arztes einzugreifen, führt sie zu einer besseren Kooperation dieser Berufsgruppen.

- **DEFINITION** »Pharmazeutische Betreuung ist die konsequente Wahrnehmung der Mitverantwortung des Apothekers bei der Arzneimitteltherapie mit dem Ziel, bestimmte therapeutische Ergebnisse zu erreichen, die die gesundheitsbezogene Lebensqualität des Patienten verbessern.«

6.2 Disease-Management und pharmazeutische Betreuung

Die Pharmamärkte stehen weltweit im Mittelpunkt politischer Reformdiskussionen. So hat man in Deutschland im Zuge der Reform des Risikostrukturausgleichs der gesetzlichen Krankenversicherung Disease-Management-Programme eingeführt.

Sie haben den Zweck, Qualität und Wirtschaftlichkeit der medizinischen Versorgung chronisch Kranker zu verbessern. Man will aber auch, gemäß Professor Lauterbach, Folgekosten sparen, weil »die Versorgung chronisch Kranker häufig durch Leistungen verursacht werden, deren Wirksamkeit nicht gesichert ist«. Es sollen deshalb »evidenzbasierte Leitlinien« zur Behandlungsoptimierung erlassen werden. Diese Leitlinien gelten für bestimmte Indikationsbereiche – z. B. Diabetes oder Asthma –, und es ist streng schematisch danach zu verfahren.

Während also beim Disease-Management die schematisierte Abarbeitung einer Indikationsvorgabe das Ziel ist, steht beim »Pharmaceutical Care« der Einzelpatient als Individuum im Mittelpunkt.

Geriatrische Patienten werden zunehmend in Therapie-Leitlinien berücksichtigt. Eine gute und übersichtliche Zusammenstellung bietet zum Beispiel die Internetseite des KCG (Kompetenz-Centrum Geriatrie, <http://www.kcgeriatrie.de>). Dort findet man übersichtlich angeordnet Links zu den Leitlinien der AWMF (www.awmf.org), Links zu besonders geriatrisch relevanten Leitlinien (z. B. Harninkontinenz, Hausärztliche Leitlinie zur Palliativversorgung) und zu Expertenstandards (z. B. Dekubitusprophylaxe in der Pflege, Förderung der Harnkontinenz in der Pflege, etc.). Zudem gibt es mittlerweile Geriatrische Kliniken und Rehasentren, die auf diese Patientengruppe ausgerichtet sind.

6.3 Pharmazeutische Aufgaben im Heimaltag

6.3.1 Einführung

Der Schwerpunkt pharmazeutischer Arbeit im Heimaltag wird nach der Einteilung von Prof. Dr. Schäfer sicher das Erkennen und Lösen arzneimittelbezogener Probleme für den einzelnen Patienten sein.

Die folgenden Ausführungen beziehen sich primär auf diese Aspekte und zeigen eine schnelle und sichere Lösung.

Das Pflegepersonal hat in der Apotheke einen kompetenten Ansprechpartner in Arzneimittelfragen, zumal der Apotheker oft persönlich leichter zu erreichen ist als der Arzt. Mit dem Apotheker werden z. B. Nebenwirkungsfragen vorgeklärt, ebenso Fragen zur richtigen Dosierung und Einnahme. Er übernimmt darüber hinaus oft eine »Zwischenposition« und Vernetzungstätigkeit, indem er gezielt Fragen an die richtigen Stellen weitergibt und mit dem Arzt oder dem Krankenhaus für den Patienten und das Heim klärt.

6.3.2 Dosierungscheck

Wie bereits geschildert, wird die genaue Übernahme der Dosierungsangaben des Arztes für die Heimversorgung immer wichtiger, denn die Heime fordern immer stärker ein Verblistern sowie automatisches Nachbestellen direkt durch die Apotheke.

In den Pharmazeutischen Betreuungsmodulen der apothekenbezogenen Softwarehäuser wird der Dosierung, ihrer Erfassung und ihrer Dokumentation, z. B. durch Patientenausdruck, immer mehr Raum gegeben.

8 Wirtschaftliche und strategische Aspekte der Heimbeflieferung

8.1 Einführung

Um kaum einen Bereich rankten sich früher so viele Geschichten und Gerüchte wie um die Belieferung von Heimen, vornehmlich Alten- und Pflegeheimen. »Nur aufgrund einer Freundschaft zum Verwaltungsdirektor oder mit großzügigen »Spenden« ist Kollege X dort im Geschäft – keine Chance, dort einzusteigen ...«. So oder so ähnlich hörte man Kollegen klagen und mutmaßen. Heute mögen »Beziehungen« immer noch hilfreich sein. Andererseits ist es keine Seltenheit mehr, dass Kolleginnen und Kollegen eine Altenheimbelieferung schlichtweg ablehnen oder vorhandene Belieferungsverträge aus eigenen Stücken nicht mehr verlängern. Und einige von ihnen tun erstaunlicherweise sogar gut daran, so zu verfahren, weil das Belieferungsgeschäft teilweise ein kaufmännischer »Low-Performer«, bisweilen sogar ein Zuschussgeschäft geworden ist.

Wie konnte es so weit kommen? Wir erleben seit einigen Jahren einen Prozess der Professionalisierung sowie der Technisierung und Verkomplizierung der Altenheimbelieferung. Gleichzeitig befinden sich allgemein die Spannen kontinuierlich im Rückwärtsgang. Die Messlatten und der zu treibende Aufwand verschieben sich immer weiter nach oben, ohne dass dem eine adäquate Ertragssteigerung gegenüber stünde. Das bisweilen arg überstrapazierte Thema »Sicherheit« durchdringt nicht nur die täglichen Medien, sondern findet auch in der Pharmazie immer stärker seinen Niederschlag.

Nicht zuletzt drängen neue Marktteilnehmer – die sich zunehmende Teile vom Rohgewinnkuchen der Apotheken abschneiden – in dieses Geschäft, die maschinelle Verblisterung durch Fremddienstleister ist hier ein augenfälliges Beispiel. Ebenfalls sind die Aktivitäten einiger Großhandlungen und Industriefirmen im Hinblick auf die Belieferung direkt ans Krankenbett an dieser Stelle zu erwähnen und bedürfen perspektivisch hoher Aufmerksamkeit.

Die jüngsten Sparbeschlüsse (u. a. die Kassenrabattanpassung und ab 2012 die Umstellung der Großhandelsvergütung mit der Folge von Rabatteinbußen) setzen wiederum vornehmlich an der Rendite an. Viele Leistungen, die vorher durch Mischkalkulationen gedeckt waren, müssen daher auf den Prüfstand. Bereiche, die bisher die »schwarze Null« geschrieben haben, können rasch »rot« werden. Jedes zusätzliche Engagement sollte daher, wenn schon nicht einen Gewinn nach Vollkostenrechnung, so doch mindestens die operativen und Kapitalkosten erwirtschaften – sonst legt die Apotheke richtig Geld drauf.

8.2 Daten

»Der demografische Wandel beschert der Gesundheitsbranche goldene Zeiten!«

»Fachkräfte werden infolge der Überalterung und aufgrund mangelnden Nachwuchses knapp ...«

Dies sind Meldungen, welche die Presse inzwischen beherrschen. Somit müsste der Seniorenmarkt geradezu explodieren, eine Investition in diesen Sektor beste Zukunftschancen verheißen. Doch ganz so einfach ist es nicht. Insgesamt pflegebedürftig in Deutschland sind heute rund 2,4 Mio. Personen. Davon befinden sich gut die Hälfte in Pflegestufe 1, ein gutes Drittel in Pflegestufe 2 und jeder Siebte in Pflegestufe 3.

Etwa 750.000 Personen befinden sich Ende 2011 in stationärer Pflege, sprich in Pflegeheimen, von denen es – letzter verfügbarer Stand Ende 2009 – gut 11.600 mit rund 810.000 Plätzen und 621.000 Beschäftigten (Voll- und Teilzeit) gibt. Rund die Hälfte der Pflegeheime hat maximal 60 Plätze, auf über 100 Bewohner kommen circa 2.000 Einrichtungen. Nur etwa 130 Heime beherbergen sogar mehr als 200 Pflegebedürftige [1, 2].

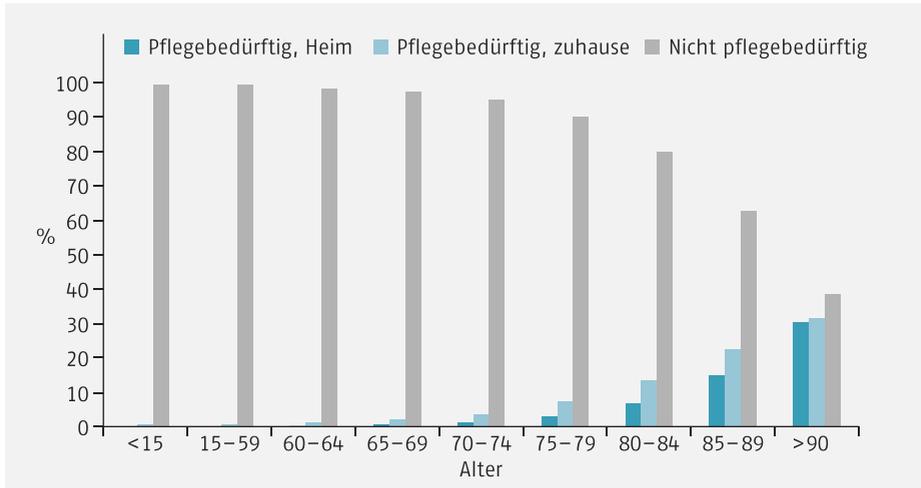
Hinzu kommen die (noch) nicht pflegebedürftigen Altenheimbewohner, doch deren Anteil ist rückläufig. Pflegebedürftige machen die große Mehrheit heutiger Heime aus, und diese verteilen sich zu knapp 36 % in Pflegestufe 1, 42 % in Stufe 2 und gut 20 % in Stufe 3, also in höhere Pflegestufen. Rund die Hälfte der Bewohner ist älter als 85 Jahre. Beim Einzug sind die Menschen im Schnitt bereits ungefähr 80 bis 82 Jahre alt – die Männer sind einige Jahre jünger, die Frauen etwas älter. Etwa 80 % der Pflegeheimbewohner sind weiblich.

Zu Hause versorgt werden hingegen ca. 1,6 Mio. Pflegebedürftige, also rund zwei Drittel der auf Pflege Angewiesenen. Von diesen greifen etwa 500.000 auf ambulante Pflegedienste mit etwa 269.000 Beschäftigten (davon 72.000 in Vollzeit) zurück, von denen es rund 12.000 in Deutschland gibt. Von den Pflegediensten haben über 4.000 Betriebe maximal 25 Pflegebedürftige »unter Vertrag«, ungefähr 800 kommen auf mehr als 100 Patienten [1].

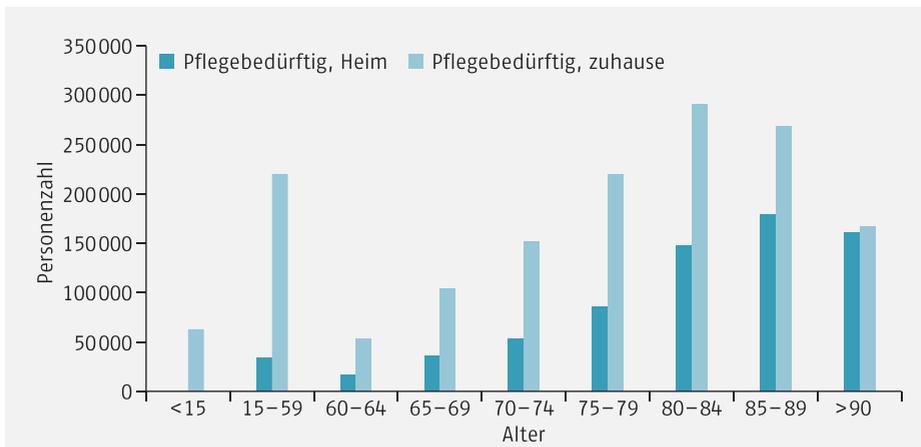
Betrachtet man alle Personen, also auch die Nicht-Pflegebedürftigen, so ergab bereits der Mikrozensus der Bundesregierung 2006 [3], dass nur rund 18 % aller über 85-Jährigen in einem Heim untergebracht waren (• Abb. 8.1). Allerdings hat heute mehr als jeder Dritte der alt Verstorbenen seinen letzten Wohnsitz im Pflegeheim. Zum Ende hin kommt also immer häufiger doch das Heim, wenn auch oftmals nur noch für kurze Zeit.

Diese Zahlen sind insoweit interessant, als sie zeigen, dass sich der größte Teil des Seniorenmarktes immer noch außerhalb der Heime abspielt, nämlich in häuslicher Umgebung. Wer also im Markt der Älteren mitspielen möchte, sollte gerade den ambulanten Sektor nicht vernachlässigen und z. B. mit Pflegediensten enge Kooperationen anstreben bzw. zu den noch fußläufigen, älteren Offizinkunden eine besonders enge Kundenbeziehung aufbauen, die einen eventuellen Umzug in ein nicht allzu weit entferntes Heim überdauern kann (• Abb. 8.2).

Rein statistisch kommen auf eine Apotheke rund 35 Pflegeheimbewohner und 75 Pflegebedürftige zu Hause. Dies teilt sich allerdings in praxi etwas anders auf, da nicht alle Apotheken Heime versorgen, doch es illustriert den Markt anschaulich. Immerhin versorgt eine Apotheke auf der anderen Seite rund 3.800 Einwohner.



● **Abb. 8.1** Die Pflegequoten in Abhängigkeit des Lebensalters und des Lebensmittelpunktes der Pflegebedürftigen. Nach: statistisches Bundesamt, Pflegestatistik 2007



● **Abb. 8.2** Pflegebedürftigkeit in Deutschland, absolute Personenzahlen vs. Alter. Die absoluten Zahlen der pflegebedürftigen Menschen illustrieren das Potenzial für die Apotheke. Insgesamt hält sich die Zahl der auf Pflege Angewiesenen mit etwa 110 je Apotheke in Grenzen, sodass der Markt sich angesichts der steigenden Anforderungen zunehmend auf spezialisierte Betriebe konzentrieren dürfte. Nach: statistisches Bundesamt, Pflegestatistik 2007

Werfen wir einen weiteren Blick auf die demografische Statistik: Erreichten um 1900 gerade einmal rund 40 % der Menschen das 65. Lebensjahr und nur rund 1% den 90. Geburtstag, so kommen heute 85 % der Männer und über 90 % der Frauen in den Genuss des Rentenalters, und immerhin 16% der Männer und gut 28% der Frauen erreichen das Hochbetagtenalter von 90 Jahren.

Für manche überraschend dürfte der deutliche Unterschied in der Lebenserwartung zwischen dem Durchschnitts-Deutschen und dem Privatversicherten sein, beträgt die Differenz für 65-Jährige doch immerhin 3,5 bis 4 Jahre. Privatversicherte leben deutlich

■ **Tab. 8.1** Restlebenserwartung im Alter x und jährliche Sterbewahrscheinlichkeit im jeweiligen Alter, unterteilt nach Geschlecht und Versicherungsstatus. Daten nach: [6], Sterbetafel PKV [8]

Alter x	65	80	90
... männlich, D gesamt	17,1 Jahre / 1,6 %	7,7 Jahre / 6,8 %	3,8 Jahre / 17,6 %
... männlich, PKV	21,2 Jahre / k.A.	9,6 Jahre / k.A.	4,6 Jahre / k.A.
... weiblich, D gesamt	20,4 Jahre / 0,8 %	9,0 Jahre / 4,4 %	4,2 Jahre / 15,1 %
... weiblich, PKV	24,0 Jahre / k.A.	11,3 Jahre / k.A.	5,4 Jahre / k.A.

länger, was unter anderem am deutlich unterschiedlichen Sozialniveau und den vertretenen Berufsgruppen liegt (■ Tab. 8.1).

Im gesunden Zustand können statistisch in Deutschland die heute 65-Jährigen noch etwa 6 bis 7 Jahre verbringen – bei einer Restlebenserwartung von 17 (männlich) bis gut 20 (weiblich) Jahren (»Healthy Life Expectancy«, HALE). In anderen Ländern – insbesondere in den nordischen wie Dänemark, Norwegen oder Schweden – werden bei Beginn des klassischen Rentenalters »65« sogar noch statistisch zehn bis zwölf gesunde Lebensjahre erreicht (nach: Eurostat; OECD Health Data, www.oecd.org).

Dazu passt, dass die durchschnittliche Pflegezeit heute mit etwa acht bis neun Jahren angenommen wird (z. B. Infratest Sozialforschung, Befragung 2003).

Indes fällt die Zeit, die tatsächlich durchschnittlich in einem Pflegeheim verbracht wird, mit etwa 30 bis 35 Monaten weitaus kürzer aus [4, 5], andere Quellen berichten von etwa vier Jahren. Auffällig ist, dass rund 30 % der Bewohner bereits innerhalb des ersten halben Jahres nach Einzug versterben.

Diese Werte sind nicht nur von informeller Bedeutung, sondern von praktischer Relevanz. Sie illustrieren deutlich, wie lang- oder kurzfristig Kundenbeziehungen noch angelegt werden können und auf welch wechselnde Heimbelegung infolge von Todesfällen Sie sich statistisch einstellen müssen, mit allen Konsequenzen wie verwaltungstechnisches Ein- und Ausbuchen, mögliches Eintreiben von Ausständen bei den Erben (was vor allem bei Privatpatienten erhebliche Dimensionen annehmen kann) und vieles mehr. Erfahrungsgemäß wird gerade die Problematik der Ausstände in den Wirtschaftlichkeitsbetrachtungen gerne unterschätzt, doch sollten hier durchaus Beträge in der Größenordnung von 0,5 % bis 1 % vom gesamten Heimumsatz in Form einer kalkulatorischen »Sicherheitsrückstellung« getätigt werden.

Welches **Verordnungs- und Arzneimittelbedarfspotenzial** versprechen die Älteren? Besonders gut untersucht ist der Verbrauch im GKV-Segment, welches etwa 85 % des Gesamtmarktes abdeckt. Wie ● Abbildung 8.3 zeigt, vervielfacht sich der Kostenaufwand für Arzneimittel in der GKV mit zunehmendem Alter. Beträgt der jährliche Aufwand bei Jüngeren um die 100 € netto (nach Abzug der Mehrwertsteuer, vor Rabatten), so steigt er im Alter bis auf Werte von rund 800 € p. a. an. Die Zahl der benötigten Tagesdosen (DDD) erhöht sich dabei von unter 100 im jüngeren Erwachsenenalter auf rund 1.500 in der Spitze bei den 80 bis 90-Jährigen [7]. Privat verordnete bzw. im Rahmen der Selbstmedi-

kation erworbene Medikamente kommen noch hinzu, doch gerade bei den Pflegeheimbewohnern macht dieser aus freien Stücken getätigte Privatanteil aufgrund ihrer Immobilität und Fremdbestimmtheit zunehmend weniger aus.

Wenig verwundert in diesem Zusammenhang, dass mehr als 95 % der über 80-Jährigen pro Jahr Arzneimittel verordnet bekommen; die Zahl derer, die völlig medikationsfrei sind, ist vernachlässigbar gering.

Gleichzeitig werden jedoch die Tagesdosen im Alter deutlich billiger: Nur rund 50 bis 60 Cent netto kostet hier die Arzneimitteltherapie auf Kosten der GKV pro Tag im Schnitt. Am teuersten (mit über 1,50 €) sind die Tagesdosen bei jüngeren Erwachsenen: Hier wird bei den selteneren, aber oft bedrohlichen Akuterkrankungen teuer therapiert, während bei den Älteren die Dauermedikation chronischer Leiden mit vielen, preisgünstigen Generika vorherrscht.

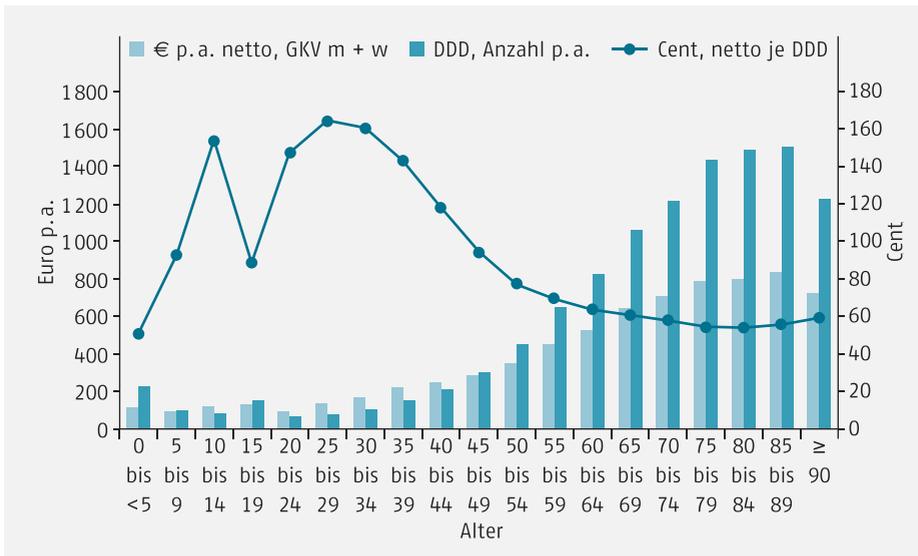
Weitere Analysen (GEK-Arzneimittelreport 2007) haben ergeben, dass rund jeder Sechste der 80- bis 90-Jährigen (die bevorzugte Klasse der Altenheimbewohner) mehr als 13 Wirkstoffe pro Jahr auf GKV-Kosten verschrieben bekommt – nicht wenige davon als Dauertherapie! Selbst bei 70-Jährigen gehört schon jeder Zehnte zu diesen »High-Level-Usern«. Privat verordnete bzw. selbst gekaufte Arzneimittel kommen ggf. noch hinzu. Mehr als jeder Fünfte der Altersklasse von 80 bis 90 erhält noch 9 bis 13 Wirkstoffe p. a. Rund jeder Vierte hingegen kommt mit einem bis vier Wirkstoffen pro Jahr aus; erstaunlicherweise nimmt der Anteil dieser »Low-Level-User« bei den Höchstbetagten (über 95) auf über ein Drittel sogar wieder zu! Allerdings spielen diese höchsten Altersklassen rein zahlenmäßig keine allzu große Rolle mehr.

Rein statistisch erhalten – bei rund 1.500 Tagesdosen jährlich – die GKV-versicherten Menschen in der Klasse 80 bis 90 Lebensjahre gut 4 Tagesdosen pro Tag an verordneten Arzneimitteln.

Diese Daten sind nicht ganz uninteressant für das Thema maschinelle Verblistung: Wie weiter unten noch gezeigt wird, bestimmt sich die kaufmännische Rentabilität der Verblistung bei den heute üblichen Honorierungsformen nach der Menge der parallel eingesiegelten Präparate.

Bei den Privatversicherten ist die Lage unübersichtlicher. Gut 2,4 Mrd. € (brutto) wendet die PKV aktuell für Arzneimittel (einschließlich Verbandmittel, aber ohne sonstige Hilfsmittel) auf, das sind bei etwa 8,9 Mio. Vollversicherten ca. 225 € netto jährlich pro Kopf. In der GKV beträgt dieser Wert ungefähr 330 €. Allerdings kommen bei Privatversicherten ganz erhebliche Eigenleistungen hinzu, die einen ähnlichen Umfang wie die Erstattungen ausmachen. Der PKV-Arzneimittelmarkt beträgt damit um 4 Mrd. € netto, der Markt der Privatverordnungen wird allerdings noch weiter ergänzt um Privatrezepte, die auch dem einen oder anderen gesetzlich Versicherten heute zuteil werden.

Die Verbrauchskurven steigen in der PKV steiler mit dem Alter an als in der GKV; 80 bis 90-Jährige verbrauchen je nach Geschlecht fünf- bis fast siebenmal soviel wie 40 bis 45-Jährige, die als 100 %-Referenz herangezogen werden [8]. Bei der GKV beträgt dieser Faktor »nur« etwa 3,5. Alles in allem dürften durchschnittliche, privatversicherte Senioren der Apotheke mindestens 50 % höhere Umsätze und infolge (noch) fehlender Kassenrabatte erheblich höhere Rohgewinne bescheren. Doppelt so hohe Roherträge pro Kopf dürften angesichts des vorliegenden Datenmaterials keine Seltenheit sein. Aufgrund der schwierigeren Datenlage sei jeder in größerem Umfang heimbeliefernden Apotheke empfohlen, ein Auge auf die Privatpatienten zu legen und z. B. mittels konsequenter Nutzung von Kundenkarten eigene Statistiken zu erstellen. Es dürfte sich lohnen.



● **Abb. 8.3** GKV-Fertigarzneimittelverbrauch vs. Alter in € p. a. Der Arzneimittelverbrauch steigt mit dem Alter stark an, dafür werden die Tagestherapiekosten deutlich günstiger (durchgezogene Linie). Männer und Frauen sind hier nicht separat aufgeführt, doch liegen Frauen jüngeren und mittleren Alters etwas über dem Bedarf von Männern. Im Alter überholen Männer inzwischen die Frauen, allerdings geht die Zahl der Männer aufgrund ihrer kürzeren Lebenserwartung in höherem Lebensalter stärker zurück. Der Einschnitt der DDD-Kosten bei den 15 bis 19-Jährigen resultiert aus der Verordnung der »Pille« für jugendliche Mädchen. Angegeben sind Nettowerte ohne Mehrwertsteuer, Rabatte aller Art sind jedoch nicht abgezogen. Nach: Arzneiverordnungsreport 2010 [7] sowie eigenen Berechnungen, für 2009

Abschließend einige Bemerkungen zum Megathema **demografischer Wandel**.

In der Tat wird die Alterung der Gesellschaft bereits vielfach spürbar. Demografisch bedingt scheidet heute eine deutlich sechsstellige Zahl an Arbeitskräften jährlich mehr aus dem Berufsleben aus als noch vor einigen Jahren. Der demografische Effekt auf die Gesundheitskosten hält sich hingegen erstaunlicherweise in engen Grenzen – er erklärt bestenfalls nur etwa 1% bis 1,5% Kostenzuwachs pro Jahr. Nicht zu vergessen ist dabei, dass die Bevölkerung an sich bereits beginnt zu schrumpfen – der Markt nach Köpfen wird also kleiner. Speziell der Markt der Pflegebedürftigen wächst indes etwas stärker. Die vielfach prognostizierte Verdoppelung der Pflegefälle bis 2050 impliziert eine jährliche Wachstumsrate von rund 2%.

Größter Kostentreiber war, ist und bleibt jedoch absehbar der medizinische Fortschritt. Bei den Arzneimitteln sind es die teilweise extrem teuren, innovativen Präparate, welche überwiegend für die Kostensteigerungen verantwortlich sind. Die reine Verbrauchskomponente entwickelt sich zurückhaltend. Der Wertschöpfungsanteil der Apotheken an den hochpreisigen Präparaten ist, selbst wenn der absolute Stücknutzen relativ groß ist, doch prozentual ziemlich gering und dürfte künftig (Rabattkürzungen!) nochmals fallen. Im Altenheimmarkt dominiert jedoch, wie oben bereits ausgeführt, die generische »Brot-und-Butter-Therapie«. Hier macht es schlicht die Masse, dank Kombimodell haben auch preiswerte Präparate einen guten Stücknutzen – der allerdings durch neue Dienstleister

wie z. B. die lebhaft entstehenden Blisterzentren streitig gemacht wird, sofern hier künftig keine neue Honorarstruktur gefunden wird.

Prinzipiell wächst der Seniorenmarkt. Doch geschieht dies so langsam (dafür kontinuierlich), dass die demografische Komponente selbst für mittelfristige Investitionsentscheidungen keine allzu große Rolle spielen sollte. Lokale Besonderheiten zählen viel stärker.

Fazit

Nach einer groben Faustregel bringt ein GKV-versicherter Altenheimbewohner gut **1.000 € Nettoumsatz** für die Apotheke (einschließlich Privatkäufen und Nicht-Arzneimitteln). Im Einzelfall kann dieser Wert jedoch sehr deutlich abweichen; je nach Ausrichtung des Heimes, Gesundheitszustand der Bewohner, Anteil der Privatpatienten und sonstigem Bedarf an Nicht-Arzneimitteln. Aufgrund der eher niedrigpreisigen Generika ist die effektive Netto-Handelsspanne nach Einrechnung aller Rabatte oft gar nicht so schlecht: 25% und mehr waren bislang möglich (in anderen Fällen wird aber auch weit weniger erzielt!), Rabattkürzungen können den Wert um den einen oder anderen Prozentpunkt drücken. Der wichtige »Pro-Kopf-Rohertrag« liegt damit für erste Überschlagsrechnungen in einer Größenordnung von 225 € bis 250 € pro Jahr.

8.3 Strategische Betrachtungen

Welche Bedeutung hat die Heimbeflieferung in meiner Apotheke? Dies ist eine zentrale Frage. Grob lassen sich drei unterschiedliche Klassen bilden:

- Das »**Nebenbei-Heim**«: Die Heimbeflieferung ist ein typisches Nebenbei-Geschäft. Bei einem Versorgungsumfang von unter 100 Patienten mit einem Umsatz im fünfstelligen, allenfalls knapp sechsstelligen Bereich läuft das Heimgeschäft neben dem täglichen Geschäft mehr oder weniger »geräuschlos« mit. Das funktioniert freilich im Sinne eines lukrativen Hinzuverdienstes nur, sofern nicht Sonderwünsche (patientenindividuelle Beflieferung in Form von Stellen oder Verblistern) gefordert sind. Ein hoher, händischer Aufwand in der eigenen Apotheke z. B. für das Stellen lässt die niedrig fünfstelligen Roherträge rasch zusammenschmelzen. Wird ein Dienstleister beispielsweise mit dem maschinellen Verblistern beauftragt, bleibt unter dem Strich in aller Regel ebenfalls nur noch wenig übrig. Das »Nebenbei-Heim« kann durchaus einen lukrativen Zusatzverdienst sichern, sofern es sich mit recht geringem Aufwand in den Offizinalltag einpassen lässt und keine nennenswerten, zusätzlichen Personal-, Sach- und Raumressourcen beansprucht – und das bedeutet in aller Regel das althergebrachte Liefern von Fertigpackungen. Dann muss man auch keine tiefergehenden, betriebswirtschaftlichen Betrachtungen anstellen.
- Die »**Mittelklasse**«: Viele, ernsthaft in der Heimversorgung engagierte Apotheken befinden sich in der Mittelklasse, die nicht nur medial unter die Räder kommt. Mit mehr oder weniger deutlich über 100 versorgten Patienten, bis vielleicht etwa 800 bis 1.000 Betten in der Spitze läuft ein solches Geschäftsmodell keinesfalls mehr nebenbei. Es verteilt sich zudem auf mehrere Einrichtungen, und damit ist heute die Wahrscheinlichkeit hoch, dass Sie um zusätzliche Dienstleistungen (Stellen, Verblistern) nicht mehr herkommen. Andererseits werden oft nicht so hohe Erträge