

3 Organisation der Medikamentenversorgung

Ulrich R ath

3.1 Gute Zusammenarbeit unter Beachtung der BAK-Leitlinien

Bei Beginn einer Heimversorgung kann es erfahrungsgemäß oftter Missverständnisse zwischen den Beteiligten geben. Daher ist ein ständiger Dialog, dessen Hauptargumente im Folgenden aufgezählt werden, sehr wichtig:

- Eine vertragliche Beziehung zu der versorgenden Apotheke ist nicht nur vorgeschrieben, sondern dient der Sache. Die gesetzliche Notwendigkeit eines Versorgungsvertrages muss daher kommuniziert werden. Es kann darauf hingewiesen werden, dass der § 12a des Apothekengesetzes die Heimträger dazu zwingt, die ordnungsgemäße Arzneimittelversorgung zusammen mit der Apotheke gesetzeskonform neu zu organisieren (►Kap. 1.1). Dazu müssen eventuell zunächst Widerst andbe bei Heimmitarbeitern abgebaut werden, die Angst vor einem Apothekenwechsel haben oder um die Einschränkung ihrer Kompetenzen fürchten. Es soll ihnen gegenüber herausgestellt werden, dass die Kommunikationswege als Basis für eine erstklassige Heimversorgung reibungslos und gut dokumentiert sind, und der Apotheker sozusagen als Moderator im Arztdialog eingesetzt werden kann. Die Apotheke ist in Notfällen auch außerhalb der Öffnungszeiten erreichbar.
- Durch Besprechungen und verstärkte Zusammenarbeit werden Schwierigkeiten kommuniziert und behoben. Diese Besprechungen finden regelmäßig zwischen Heimleitung, Pflegemitarbeitern und versorgendem Apotheker statt. Die Leistungen der Apotheke hinsichtlich der Arzneimittelversorgung geben dem Heim Sicherheit im Hinblick auf die Heim uberpr ufungen durch den MDK [17], denn im Zuge des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes (§ 115 Abs. 1a SGB XI) aus dem Herbst 2008 werden die gewonnenen Erkenntnisse der MDK-Prüfung in Form von Noten vereinheitlicht und als sogenannte Transparenzberichte von den Spitzenverbänden der Krankenkassen im Internet veröffentlicht. Erhält man als Heim bei diesem Bewertungsverfahren keine Spitzennote kann dies für das Heim existenzbedrohend sein. Die Anforderungen die das Apothekengesetz stellt und die der MDK überprüft und benotet, werden in Zusammenarbeit gemeistert. Das Ziel aller ist eine Heimversorgung durch die Apotheke auf hohem Niveau.
- Regelmäßige Weiterbildung wird vom Versorgungsapotheker durchgeführt. Die Themen orientieren sich an den Bedürfnissen des Heims. Wenn durch neue Arzneiformen

und Therapien zusätzlicher Beratungsbedarf besteht, werden diese Themen aufgenommen.

- Den Bewohnern gegenüber wird dargestellt, dass sie durch die Apotheke gut versorgt werden, z. B. mittels:
 - Verblisterung ihrer Medikation,
 - Klärung von Interaktionen vor Belieferung, Erklärung besonderer Arzneiformen,
 - Berücksichtigung patientenindividueller Besonderheiten wie z. B. Allergien, Unverträglichkeiten, Schluckprobleme,
 - Bewohnersprechstunden,
 - Durchführung von „Arzneimitteltagen“ im Heim,
 - Teilnahme an sonstigen Veranstaltungen,
 - Lieferung von Kundenzeitungen und Kalendern.
- Konstruktive Vorschläge der Heimmitarbeiter sind von dem, der sie entgegennimmt, schriftlich zu erfassen und zu prüfen. Ebenso werden auch die Routine-Telefonate auf einem Telefonbogen erfasst (● Abb. 3.1). Eine notwendige Rezeptabholung wird getrennt erfasst (● Abb. 3.2) und dem jeweiligen Fahrer ausgehändigt. Gleichzeitig soll Verständnis dafür geweckt werden, dass eine Versorgung nur so gut sein kann wie die Datenlage. Nur ein ständiges Aktualisieren der Bewohnerliste mit ihren Daten gestattet der Apotheke ein korrektes Versorgen. Änderungen ergeben sich z. B. durch Heim-

Arzneimittelbestellung

Name:	Tel.-Nr.:	Rückruf <input type="checkbox"/>
Adresse:		
Kassenrezept <input type="checkbox"/>	Privatrezept <input type="checkbox"/>	OTC <input type="checkbox"/>
IK-Nummer:	Befreit: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> auf Islam		
<input type="checkbox"/> auf Islam		
<input type="checkbox"/> auf Islam		

Deutscher Apotheker Verlag, Verdruck 1214/00279

Angenommen von:	am:
-----------------	-----

● Abb. 3.1 Telefonblock DAV



Markt-Apotheke
Am Markt 21
26506 Norden
Tel.: 04931/16416
Fax: 04931/971416

Rezeptabholung

Praxis: _____

Patient: _____

Fertig ab sofort Fertig ab _____ Uhr

Verordnete Medikamente:

Dringend!

○ Abb. 3.2 Rezeptabholauftrag

wechsel, Stationswechsel im Heim, Neuaufnahme, Aufnahme zur Kurzzeitpflege, Tod, Wechsel des bestellten Pflegers, längerer Einlieferung ins Krankenhaus (○ Abb. 3.3). Diese und weitere Informationen, wie z. B. Befreiung von der Zuzahlung, sollen zeitnah gemeldet werden. Diese Meldungen sind in der Apotheke besonders zu erfassen, wobei hier besonderes Augenmerk auf die Bewohnerzu- und -abgänge bei der Kurzzeitpflege zu richten ist, um immer über eine aktuelle Bewohnerbestandsliste zu verfügen. Es hat sich bewährt der Apotheke eine Kopie der Meldung, z. B. der Meldung an die Pflegekasse durch das Heim, zu faxen zu lassen.

3.2 Bestell- und Liefermodalitäten

Hier bestehen in der Regel sehr individuell ausgestaltete Vereinbarungen, die, wenn sie zur Zufriedenheit aller Beteiligten funktionieren, auch nicht in Frage gestellt werden sollen.

Viele Unklarheiten treten gar nicht erst auf, wenn der Grundsatz durchgesetzt werden kann, dass Nachrichtenübermittlung nur **schriftlich** zu erfolgen hat. Rezepte z. B. werden im Original vom Heimmitarbeiter gebracht oder per Fax als Vorabmeldung übersandt. Es wird in diesem Fall geklärt, wo die Originalrezepte im Heim zur Verfügung stehen. Eventuell wurde auch von der Arztpraxis, nach entsprechender Bitte durch das Heim, ein

Herr
 Max Mustermann
 Musterstraße 2
 12345 Musterstadt

08.11.2018

Aufnahmemeldung

Sehr geehrte Damen und Herren,

am: 08.11.2018 um 09:00 Uhr
 Name: Mustermann
 Vorname: Max
 Geb.-Datum: 01.11.1931
 IK-Zeichen: XXXXXXXX
 Vers.-Nr.:
 Status:
 Aktenzeichen:
 Pflegegrad: PG3
 Pflege: vollstationäre Pflege
 Kurzzeitpflege
 Verhinderungspflege

wurde oben genannter Bewohner in unsere Einrichtung aufgenommen. Wir bitten
 freundlichst um Kenntnisnahme.

Mit freundlichen Grüßen



• Abb. 3.3 Änderungsmeldung Bewohner

Rezept an die Apotheke als Ankündigung gefaxt, was unschwer anhand der Faxkennung überprüft werden kann. Dann ist das Originalrezept, wenn es sich um die Verordnung eines Betäubungsmittels handelt, vor der Auslieferung in der Praxis zu holen.

Anrufe in Notfällen oder z. B. als Ankündigung von Bestellungen selten gebrauchter Medikamente, sind jederzeit möglich. In der Apotheke setzt das ein gutes Telefondokumentationswesen voraus (• Abb. 3.1). Telefonbestellungen für nicht verordnete, freiverkäufliche oder apothekenpflichtige Arzneimittel sollten zugelassen werden, da bei ihrer Bestellung meist fachliche Fragen geäußert werden. Diese Bestellungen sind immer von einem pharmazeutischen Mitarbeiter aufzunehmen, denn sie kommen rechtlich einer HV-Abgabe gleich. Auf die gewissenhafte Dokumentation, vor allem des Namens des Bestellers und des Heimbewohners, sei hingewiesen.

3.2.1 Bestellung von Rezepten

In aller Regel werden auf ärztliches Rezept verordnete Medikamente bzw. Heil- und Hilfsmittel bestellt. Bei geh- und geschäftsfähigen Bewohnern muss abgeklärt werden, ob sie die Versorgung durch die Versorgungsapotheke des Heims wünschen. Dies sollte sich die Apotheke vom Bewohner bestätigen lassen, wobei die Datenschutzerklärung eventuell entsprechend erweitert werden kann (◉ Abb. 2.1). Viele Heime gehen aber dazu über, dies gleich bei der Heimaufnahme zu regeln.

Die Rezepte erhält die Apotheke über **drei** mögliche Wege:

- Die Rezepte werden der Apotheke durch **Boten des Heims** übergeben. Oft handelt es sich hier um Medikamente, die der Arzt bei einem Dringlichkeitsbesuch verordnet hat. Die Apotheke muss sich nicht selbst um den Rezepterhalt kümmern.
- Die Rezepte werden im **Heim gesammelt** und von der Apotheke zu einem vereinbarten Zeitpunkt abgeholt, ggf. nach vorherigem „Ankündigungsfaxen“. Die entsprechenden Rezepte wurden von den Heimärzten im Rahmen ihrer Routinebesuche ausgestellt, die oft am frühen Nachmittag stattfinden. Diese Rezepte werden von der Apotheke zu einer bestimmten, festgelegten Uhrzeit im Heim abgeholt.
- Die Apotheke erhält entweder eine stationsbezogene und bewohnerbezogene **Medikamentenanforderungsliste** oder entsprechende einzelne Bücher, wobei zweckmäßigerweise für jeden Arzt eine eigene Liste oder ein eigenes Buch auszustellen ist. Hinter der im Heimsprachegebrauch eingebürgerten Bezeichnung „Buch“ verbirgt sich in der Regel ein liniertes Oktavheft. Die zur Neige gehenden Medikamente der Bewohner sind darin vermerkt, was als Nachverordnungsvorlage beim jeweiligen Arzt dient. Auch gewünschte OTC-Präparate sind darin vermerkt, die vom Arzt dann meist auf einem „Grünem Rezept“ verordnet werden. Diese Verordnungen haben den Vorteil, dass sie rechtlich komplikationslos von der Apotheke beliefert werden können. Es gibt nämlich Fälle, in denen Angehörige der Apotheke die Lieferung von Arzneimitteln, die der Bewohner wünscht, untersagen, was den Apotheker immer in eine schwierige Lage bringt (s. a. ► Kap. 2.1).

In Einzelfällen kann es vorkommen, meist wenn ein Arzneimittel versehentlich ganz aufgebraucht ist, dass die Stationsleitung auch direkt beim Arzt bestellt. Sie teilt dies dann der Apotheke mit, die es als Rezeptabholauftrag dokumentiert (◉ Abb. 3.2). Der annehmende Apothekenmitarbeiter wird den „Dringend“ – Vermerk ankreuzen.

Angemerkt werden muss, dass das oben genannte Bestellbuch, – nochmals, so simpel es ist –, einen großen Vorteil hat: es beschleunigt die Bearbeitung durch den Apothekenmitarbeiter, weil es ja schon strukturiert ist. Der Mitarbeiter wird, wenn er nach dem „Buch“ vorgehen kann, nicht stattdessen durch Faxe oder Telefonate unterbrochen, er muss keine Zettel ablegen und er kann leicht überprüfen.

Bei der Bestellauslösung kann mit modernen Reichweitenprogrammen und Verblisterungsprogrammen schon heute eine automatische Nachbestellung durch die Apotheke vorgenommen werden. Es muss dabei allerdings viel Abgleicharbeit in die Dosierangaben des Arztes investiert werden.

Die Defektenlisten oder -bücher werden vom Heim einmal wöchentlich ausgestellt und von der Apotheke im Heim abgeholt. Listen, also Einzelzettel, können, im Gegensatz zu Büchern, auch gefaxt werden. Dieser Vorteil wird leider aufgewogen durch den Umstand, dass Einzelzettel den logistischen Betriebsfluss der Apotheke stören, wie oben geschildert.

Der Apothekenmitarbeiter fordert, mit den oben geschilderten Hilfsmitteln ausgerüstet, die entsprechenden Rezepte bei den Ärzten an. Die Auslieferung der Arzneimittel durch die Apotheke erfolgt zeitnah.

Diese an sich einfachen Verfahren können jedoch Fehler und ungeahnte Schwierigkeiten bergen. Im Folgenden sind die Hauptschwierigkeiten und Fehlermöglichkeiten aus Apothekensicht aufgelistet.

3.2.2 Probleme bei der Rezeptbeschaffung

Probleme der Apothekenmitarbeiter aus der Praxis bei der Rezeptbeschaffung:

- Die Versichertenkarte des Patienten liegt in der Praxis nicht vor. Es wird kein neues Rezept ausgestellt.
- Ein Heimmitarbeiter hat vergessen beim Arzt anzurufen, deshalb hat dieser nichts ausgestellt.
- Der Patient ist schon längere Zeit nicht mehr bei diesem Arzt gewesen und der Arzt stellt deshalb nicht aus. Dies ist vorwiegend ein Wochenendproblem.
- Der Anruf durch den Heimmitarbeiter beim Arzt hat zwar stattgefunden, aber die Arztpraxis ist bei Apothekenbenachrichtigung bereits geschlossen.
- Das Rezept war in der Arztpraxis noch nicht fertig erstellt. Der Bitte, es nach Fertigstellung der Apotheke zuzufaxen, wird von der Arztpraxis nicht entsprochen.
- Der Arzt ruft im Heim mit der Bitte an, ein entsprechendes Medikament zu besorgen. Das Rezept soll direkt an die Apotheke gefaxt werden, was dann unterbleibt.
- Der Arzt ist im Urlaub, die Vertretung ist nur ungenügend geregelt. Der Bitte, die Medikamente vertretungsweise aufzuschreiben, wird nicht in jeder Arztpraxis entsprochen. Vertretungsärzte schreiben zudem häufig nur kleine Normgrößen-Packungen auf. Gebührenpflichtige Bewohner monieren ihre wesentlich höheren Gebühren, da in vielen Fällen eine viel größere Chronikerpackung (N3) für sie nicht viel mehr kostet als die kleine Starterpackung, die der Vertretungsarzt nur verschrieben hat.
- Eine Verordnung ist falsch, nicht vollständig oder unleserlich. Der Sachverhalt kann nicht sofort geklärt werden. Besondere Schwierigkeiten ergeben sich regelmäßig bei Entlassungen aus dem Krankenhaus freitagnachmittags und am Wochenende. Die Krankenhäuser dürfen in diesen Fällen zwar Medikamente und Rezepte mitgeben, aber durch die Konzentration auf eine Krankenhausapotheke, die zur Versorgung verschiedener Kliniken dient, ist es für die Krankenhausmitarbeiter dann mühsam an die entsprechenden Medikamente zu kommen. Es unterbleibt deshalb leicht. Seit Oktober 2017 besteht die Möglichkeit, dass Fachärzte in Krankenhäusern ein sog. Entlassrezept ausstellen, auf dem jeweils die kleinste Menge der benötigten Präparate zur Überbrückung des Zeitraums bis zum frühestmöglichen Arztbesuch verschrieben werden kann. Leider ist diese Möglichkeit bisher scheinbar nicht allen Krankenhausmitarbeitern bekannt und wird daher momentan nur selten genutzt. Der Hausarzt ist bei Entlassung des Bewohners meist nicht mehr erreichbar. Der entlassene Bewohner bekommt in der Regel vom entlassenden Stationsarzt einen handschriftlichen Entlassungsbericht mit, der bei der Medikationsaufzählung meist eine Mischung von Originalpräparaten, INN und Generika, manchmal mit fehlender Angabe der verordneten Stärke, enthält. Die Apotheke wird aufgrund des Entlassungsberichts liefern, wobei es Packungsgrößenprobleme geben kann.
- Es muss deshalb nochmals betont werden: Die im Entlassungsbericht aufgeführten Medikamente entsprechen den zuletzt im Krankenhaus verabreichten Arzneimitteln

und sind nur eine Empfehlung für den verordnenden Arzt. Es ist damit nicht sichergestellt, dass Verordnungen entsprechend ausgestellt werden. Rechtlich gesehen ist der Arztbrief daher nicht einem Medikationsplan gleichgestellt.

- Der Arzt ist aufgrund seiner eigenen Datenlage zur Erkenntnis gekommen, dass der Bewohner noch genügend Medikamente hat und schreibt deshalb nichts auf. Das kann mehrere Gründe haben:
 - Die Heimmitarbeiter haben aufgrund abweichender Gebrauchsanweisungen eine andere Menge gegeben. Der Arzt ist auf Grund seiner Unterlagen der Meinung, dass noch genügend vom Arzneimittel vorhanden sein müsste.
 - Der Arzt ist nicht damit einverstanden, dass das Heim einen Stellvorrat von zwei Wochen vorhält.
- Oft ist es aufgrund der Rabattverträge notwendig, Generika gegen solche anderer Firmen auszutauschen. Diese Frage ist grundsätzlicher Natur und muss mit Heim und Arzt geregelt sein. Vor einem von der jeweiligen Krankenkasse notwendig erachteten Generikaaustausch ist bei entsprechenden Hinweisen im Patientenstamblatt (► Kap. 2.2) zumindest bei Änderung der Arzneiform oder der speziellen Galenik mit dem Heim Rücksprache zu halten (z. B. vorher Snaptablette, jetzt schlecht teilbare Tablette). Falls nur die Firma des Generikums auf Grund der Rabattverträge geändert werden muss, empfiehlt sich ein Hinweis auf dem Patientenetikett. Besondere Hinweise sind erfahrungsgemäß auch angezeigt, wenn ein identisches Präparat mit zwei verschiedenen Namen bezeichnet wird z. B. häufig Metamizol und Novaminsulfon, oder die Namensgebung bei Injektionsformen, die ja bei den Pflegemitarbeitern angstbesetzter als orale Formen sind, sich völlig unterscheidet z. B. Lantus und sein Analogon Abasaglar. Hier sind ggf. vom versorgenden Apotheker besondere Schulungseinheiten für die Heimmitarbeiter anzusetzen.
- Der Hausarzt möchte, dass zu seiner Budgetentlastung ein Facharzt, meist der Neurologe, konsultiert wird, denn Psychopharmaka sind in der Regel teuer.
- Der Hausarzt fürchtet, gegen das Zusammenwirkungsverbot zu verstoßen, wenn er das Rezept an den Apothekenmitarbeiter herausgibt. Für die Heime hat das dann beim Arzt erforderliche Selbstabholen der Rezepte, wenn der Arzt trotz ihm vorliegender Einwilligung des Bewohners, darauf beharrt, wirtschaftlich fatale Folgen.

3.3 Rezeptbearbeitung und Bereitstellung der Medikamente ohne Neuverpackung

3.3.1 Schematischer Arbeitsablauf und Kenntlichmachung

Die in der Regel per Rezept, aber auch partiell im Rahmen der Selbstmedikation bestellten Medikamente in ihrer Originalverpackung werden in der Apotheke bewohnerbezogen zusammengestellt, kontrolliert, mit Namensetiketten versehen, ggf. stationsbezogen beschriftet und zusammengeführt. Die Etiketten sollten groß genug sein, um die Angaben gut lesen zu können (◉ Abb. 3.4).

Folgende **Mindestangaben** sind auf dem Etikett für Arzneimittel und apothekenpflichtige Medizinprodukte anzubringen:

- Namen des Heimbewohners und
- Lieferdatum.

erfolgen, eine Lichtführung zeigt dabei an, in welches Fach das Medikament gegeben werden muss. Jedes Blistertablett ist mit einem Barcode und RFID-Transponder, zur genauen Verfolgung im Verpackungsprozess, ausgestattet. Kassetten werden mithilfe der Pharmazentralnummer kalibriert. Die Identifikation läuft ebenfalls über RFID-Chips. Nach Kontrolle und Scannen des Tray-Barcodes durch einen Mitarbeiter wird der Druck der patientenspezifischen Karte ausgelöst. Der gefüllte Kartenblister wird danach manuell durch Verkleben mit der bedruckten Karte verschlossen.

8.3.5 Blister-Sonderformen

Neben den etablierten Karten- und Schlauchbeutelblistern gibt es einige neue Sonderformen, die nachfolgend exemplarisch vorgestellt werden sollen.

Becherblister

Becherblister (z. B. i-meds[®] Becherblister, Suremed[®] Individual Blisterkarte plus 7×4) sind eine Weiterentwicklung der 7×4- oder 7×5-Kartenblister. Die einzelnen Näpfe des Plastiktrays sind hier größer und können direkt als Einnahmebecher verwendet werden. Die einzelnen Becherblister können dann bis unmittelbar vor der Vergabe verschlossen bleiben. Nach Abziehen der mit Namen und Medikation des Patienten beschrifteten Deckfolie werden die Medikamente direkt verabreicht. Weil einzelne Becher vorgestanzt sind, können sie dem Tray einzeln entnommen werden. Ein Austauschen von Bechern z. B. bei Medikationsänderungen ist möglich (● Abb. 8.9 A).

Flüssigkeitsblister

Einige Hersteller von Becherblistern (z. B. Fa. Medinnox) bieten neben der Verblisterung fester Arzneimittel auch die Verblisterung von Flüssigkeiten an. Per Hand werden die Flüssigkeiten in die Kammern pipettiert, anschließend werden die Kammern maschinell mit einer Folie verschweißt, nachdem Patientendaten und Angaben zur Medikation aufgedruckt wurden. Zur automatisierten Verblisterung von Flüssigkeiten steht z. B. das Fluidose[™]-System zur Verfügung (● Abb. 8.9 B).

Durch die Möglichkeit der Flüssigkeitenverblisterung kann das Spektrum der geeigneten Arzneimittel stark erweitert werden. Allerdings wird die Verblisterung von Flüssigkeiten kontrovers diskutiert. Anders als bei festen Arzneiformen, die nach Form und



● **Abb. 8.9** Becherblister machen einen separaten Einnahmebecher überflüssig. A i-meds[®] Becherblister, B Fluidose[™] Liquid-Verblisterungssystem

Farbe differenzierbar sind, ist die Identität der Flüssigkeit bei dem Abgleich mit dem vorliegenden Medikationsplan (durch die Pflegekräfte) oder bei einer Überprüfung vor Ort (beispielsweise durch den medizinischen Dienst der Krankenkassen) nur schwer sicher zu ermitteln.

8.4 Ablauf

8.4.1 Einverständnis, Datenerhebung und Information

Wenn Arzneimittel patientenindividuell verblistered werden sollen, muss das Einverständnis des Patienten vorliegen. Im Rahmen der Heimversorgung muss diese Einverständniserklärung dem Heimversorgungsvertrag beigelegt sein, der zur Genehmigung der zuständigen Behörde vorgelegt werden muss.

Der verordnende Arzt muss über die Verblisterung in Kenntnis gesetzt und hinsichtlich der Besonderheiten, sofern noch nicht bekannt, informiert werden. Bei Patienten, die privat verblistered werden und nicht stationär in einer Pflegeeinrichtung untergebracht sind oder von einem Pflegedienst hinsichtlich der Medikamentengabe versorgt werden, ist es unbedingt notwendig, dass die Apotheke über Medikationsänderungen durch den Arzt informiert wird. Gerade wenn der Patient durch mehrere Praxen versorgt wird (Haus- und Fachärzte), müssen die aktuellen Medikationsdaten in der Apotheke korrekt kombiniert werden. Das ist oft gar nicht so einfach, denn auch der Hausarzt übernimmt manchmal die Medikationen der mitverordnenden Fachärzte in seinen Medikationsplan, manchmal in nicht aktueller Dosierung. Ein guter Kontakt der Apotheke zu den behandelnden Ärzten resp. Arztpraxen kann dann mögliche Fehler verhindern.

Einfacher ist es, wenn der Patient Bewohner einer Senioren- oder Pflegeeinrichtung ist oder die Medikamentengabe durch einen Pflegedienst erfolgt, denn hier existiert eine vorgeschaltete Stelle, in der die Medikationsdaten zusammenlaufen. Die Kommunikation sollte in diesen Fällen immer in der Reihenfolge Arzt – Heim/Pflegedienst – Apotheke ablaufen.

Vor Beginn der Verblisterung müssen die Pflegekräfte geschult werden. Oftmals gibt es Vorbehalte, denn das Richten der Medikamente wird als klassische Aufgabe der Pflegenden betrachtet. Das Delegieren dieser verantwortungsvollen Aufgabe wird daher manchmal als Kompetenzverlust betrachtet. Einige Pflegekräfte haben Bedenken, dass sie den Überblick über die Medikation der Patienten/Bewohner verlieren. Eine Sorge, die objektiv unbegründet ist, denn Medikationsänderungen, die Eingangskontrolle und natürlich das Verabreichen bleibt weiterhin in der Verantwortung der Pflegefachkräfte. Informationen zu Arzneimitteln können dem ebenfalls mitgelieferten Ordner der Packungsbeilagen entnommen werden.

Wichtige Hinweise zum Procedere und zur Handhabung der Blister sollten grundsätzlicher Bestandteil einer Schulung sein.

■ Tab. 8.2 zeigt die häufigsten Fehler, die von Pflegekräften gemacht werden. Auf diese sollte unbedingt auch im Rahmen der Schulung eingegangen werden! Nur durch konsequentes Umsetzen dieser Schulungshinweise kann die Arzneimittelsicherheit verbessert werden.

Da die Medikationspläne in der Apotheke vorliegen, kann mithilfe der Reichweitenberechnung leicht ermittelt werden, wann eine neue Verordnung für die Dauermedikation beim Arzt bestellt werden muss, üblicherweise können dann sog. Rezeptanforde-

▣ **Tab. 8.2** Mögliche Fehler durch Pflegekräfte bei Verblisterung

Fehler	Mögliche Folge
Keine umgehende Mitteilung von Medikationsänderungen an die Apotheke	Falsche Medikation wird verblistered
Keine Eingangskontrolle (Abgleich mit dem im Heim vorliegenden Medikationsplan)	Diskrepanzen zwischen Mediplan in der Apotheke und im Heim werden nicht sofort erkannt
Arzneimittel werden nicht unmittelbar vor der Vergabe beim Patienten geöffnet, stattdessen wird die Medikation im Dienstzimmer durch Umfüllen in Einnahmebecher „vorbereitet“	Verwechslungsgefahr durch Verwechslung der Einnahmebecher oder Umfallen der Becher
Falsches Öffnen der Blisterbeutel	Unkontrollierte Entnahme, Tabletten fallen zu Boden
Aufbewahrung nicht verabreichter Blisterbeutel „für Notsituationen“	Verwechslungsgefahr; Arzneimittel werden ggf. nach bereits abgelaufener Ablauffrist verabreicht
Krankenseinweisungen werden nicht mitgeteilt	Medikamente werden verblistered, Probleme bei der erneuten Rezeptbestellung, da die Reichweitenberechnung in der Praxis ggf. noch Resbestände beim Patienten angibt

runngsscheine ausgedruckt werden, die zum Arzt gefaxt werden können. Die Pflegekräfte müssen sich dann ausschließlich noch um die Bestellung der Medikamente kümmern, die nicht verblistered werden.

8.4.2 Planung und Dokumentation

Bei der patientenindividuellen Verblisterung handelt es sich um eine Rezeptur. Gem. ApBetrO § 7 (Rezepturarzneimittel) müssen daher zur Sicherung der Qualität des Endprodukts folgende Dokumente erstellt werden:

- Herstellungsanweisung,
- Plausibilitätsprüfung,
- Herstellungsprotokoll.

Bei der Plausibilitätsprüfung sind neben den allgemeinen Kriterien, die auch bei der Belieferung anderer ärztlichen Verordnungen beachtet werden müssen, zusätzliche Anforderungen zur Blisterfähigkeit und der Möglichkeit des gemeinsamen Verpackens für einen Einnahmezeitpunkt zu überprüfen.

Für Krankenhäuser ist es, je nach Organisationsstruktur der Einrichtung, auch möglich die Blister im Voraus ohne Patientenbezug herzustellen. Damit handelt es sich dann um eine Defekture. Gem. ApBetrO § 8 (Defekturenarzneimittel) wird auch hier eine Herstellungsanweisung und ein Herstellungsprotokoll erstellt. Da der Patientenbezug fehlt, entfällt dann die Möglichkeit einer Plausibilitätsprüfung, stattdessen ist eine Prüfanweisung zur Prüfung des Endprodukts sowie ein Prüfprotokoll zu erstellen.

Bevölkerungszensus 2011) haben diese langjährigen Trends jüngst, mit demografisch und sozialpolitisch noch nicht absehbaren Folgen unterbrochen. Speziell der Markt der Pflegebedürftigen – diese sind ja fast alle schon lange im Lande und daher prognostizierbar – wächst um durchschnittlich etwa 50000 bis 80000 Personen jährlich mit langfristig etwas abnehmender Tendenz. Zur Mitte des Jahrhunderts werden 4,5 bis 5 Millionen Pflegefälle erwartet, gegenüber rund 3 Millionen heute.

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 hoch ist, rein prozentual ziemlich gering. 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 ordentlichen Stücknutzen, der allerdings ggf. zu einem guten Teil mit neuen Dienstleistern wie Blisterzentren geteilt werden muss, solange hier künftig keine neuen Vergütungsformen gefunden werden.

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

Fazit

Nach einer groben Faustregel bringt ein GKV-versicherter Altenheimbewohner gut 1000 € 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 schlecht: Um 25 % und teils sogar mehr sind üblich (in manchen Fällen mit vielen Hochkosten-Patienten wird aber auch deutlich weniger erzielt!). Der so wichtige „Pro-Kopf-Rohertrag“ liegt damit für erste Überschlagsrechnungen in einer Größenordnung von gut 250 € pro Jahr.

9.3 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 niedrigen fünfstelligen Roherträge rasch zusammenschmelzen. Wird ein Dienstleister bei-

spielsweise 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 1000 Betten in der Spitze läuft ein solches Geschäftsmodell keinesfalls mehr nebenbei. Es verteilt sich zudem auf mehrere Einrichtungen. Damit ist heute die Wahrscheinlichkeit hoch, dass Sie um zusätzliche Dienstleistungen (Stellen, Verblistern) nicht mehr herumkommen. Andererseits werden oft nicht so hohe Erträge erwirtschaftet, dass die Apotheke alleine durch die Belieferung reich wird, im Gegenteil: Ein beachtlicher Aufwand muss betrieben, eigenes Personal abgestellt werden. Unter dem Strich sehen die Deckungsbeiträge nicht selten erstaunlich „mau“ aus, weil eben die wirklich große Schwungmasse der weiter unten beschriebenen „Oberklasse“ fehlt. Deshalb muss diese Mittelklasse sehen, dass sie nicht in die Abstiegsgefährdung gerät und tendenziell versuchen bei guter Organisation und straffer Kostenkontrolle zusätzliche Umsätze einzuwerben. Bei oftmals nur geringfügig steigenden Kosten aufgrund der bestehenden Infrastruktur und der vorhandenen Personalressourcen verdient man durch diese gewonnenen Zusatzumsätze dann tatsächlich Geld. Betriebswirtschaftliche Betrachtungen sind hier in jedem Falle essenziell.
- Die „**Oberklasse**“: Mit mehr oder weniger über 1000 Patienten werden Umsätze im Millionenbereich erwirtschaftet. In dieser Klasse spielen nur noch wenige Konkurrenten und oftmals werden dann noch weitere Institutionen wie Krankenhäuser, Haftanstalten usw. versorgt – hier handelt es sich dann um eine regelrechte „Logistik-Apotheke“ als eigenes Profit-Center, als „Betrieb im Betrieb“. Bisweilen kehren sich die Verhältnisse um – die Offizin-Apotheke ist das „Nebenbei-Geschäft“. Hier kann nur dringend der Rat gegeben werden, kaufmännisch diesen Geschäftsbereich als solchen in Form einer eigenen Kostenstelle abzugrenzen, die Umsätze und Wareneinkäufe konsequent von den übrigen Erlösen und Warenbezügen der Offizin oder einem möglicherweise ebenfalls noch betriebenen Sterillabor zu trennen und alle Kosten (insbesondere des Personals) streng zuzuordnen. Nur so gelingt es, den Überblick über die Erträge und Deckungsbeiträge der einzelnen Segmente zu behalten. Leider erlebt man nicht selten, dass die Kollegen in solchen Großbetrieben gar nicht so recht wissen, auf welchen Füßen der Erfolg eigentlich ruht, da es „unter dem Strich“ bisher immer gestimmt hat – eine gefährliche Sichtweise, falls einmal größere Verwerfungen kommen, wie z. B. Rabattkürzungen oder neue Honorarmodelle.

Sie sollten sich daher genau überlegen, in welcher Klasse Sie spielen möchten oder überhaupt können. Danach orientiert sich nämlich die Ausrichtung wesentlicher Teile Ihres Betriebes.

Abseits der reinen Kosten-Nutzen-Überlegungen gibt es einige strategische und grundsätzliche Überlegungen, die in eine Entscheidungsfindung für oder gegen eine Heimbelieferung einfließen können.

10.2 Kommentar zu § 12a Apothekengesetz (ApoG)

10.2.1 Allgemeines

Zweck

Seit dem Inkrafttreten des Änderungsgesetzes zum Apothekengesetz am 28.08.2003 ist die Heimversorgung durch öffentliche Apotheken in ihrer jetzigen Form geregelt. Damit hat der Gesetzgeber die gesetzliche Verpflichtung geschaffen, eine vertragliche Regelung zwischen Heimträgern und öffentlichen Apotheken für eine verbesserte Arzneimittelversorgung zu treffen. Er ist damit dem Bedürfnis gefolgt, die als qualitativ und ökonomisch mangelhaft gerügte Arzneimittelversorgung der Heimbewohner zu verbessern und die bis dahin herrschenden Missstände zu beseitigen.

Rechtsnatur des Heimversorgungsvertrags und Vertragsparteien

„Der Heimversorgungsvertrag ... ist ... ein der behördlichen Genehmigung unterliegender, privatrechtlicher, zugunsten der Heimbewohner wirkender Rahmenvertrag, der eine zentrale Versorgung der Heimbewohner durch die im Vertrag bestimmte Apotheke öffentlich-rechtlich legalisiert“ (BGH v. 14.07.2016 – III ZR 446/15, GesR 2016, 582, 584 Rn. 13; vgl. zur Rechtsnatur auch schon *Dettling*, ApoR 2004, 70 ff.). Anknüpfend an die vom BGH gewählte Bezeichnung „Rahmenvertrag“ stellt die Vergabekammer des Freistaates Sachsen – 1. Vergabekammer – fest, dass hiermit keine Rahmenvereinbarung i. S. d. § 103 Abs. 5 GWB gemeint sein kann (Vergabekammer des Freistaates Sachsen v. 26.09.2017–1/SVK/016–17, GesR 2018, 130, 134 f.).

Ohne einen Heimversorgungsvertrag ist die Heimversorgung nicht gestattet (vgl. auch Landesberufsgericht für Heilberufe v. 11.09.2009 – LBGH A 10322/09). Eine Ausnahme macht § 12a Abs. 3 ApoG. Hiernach dürfen Heimbewohner im Rahmen der Selbstversorgung auch ohne Heimversorgungsvertrag zulässigerweise beliefert werden.

Vertragspartner können nur eine öffentliche Apotheke und ein Heim sein, die innerhalb desselben Kreises oder derselben kreisfreien Stadt oder in einander benachbarten Kreisen oder kreisfreien Städten liegen (vgl. zum sog. „Kreisprinzip“ auch VGH Bayern v. 30.03.2012 – 9 B 11.1465, GesR 2012, 746; OVG NRW v. 24.01.2013 – 13 A 2740/11, GesR 2013, 170; OVG Berlin-Brandenburg v. 09.03.2006 – OVG 5 S 64.05; vorgehend: VG Potsdam v. 17.05.2005 – 3 L 1036/04, juris). Bezogen auf die Regelung des § 14 ApoG zur Versorgung eines Krankenhauses durch eine externe Apotheke hat der EuGH die gesetzliche Forderung nach einer Versorgung durch einen Apotheker, der weitgehend schnell vor Ort sein kann, gebilligt (EuGH v. 11.09.2008, Rs. C-141/07, Slg. 2008, I-06935). Bereits das VG Oldenburg musste sich in seinem Urteil mit Begriff „benachbart“ i. S. d. § 14 Abs. 2 S. 3 Nr. 1 ApoG i. d. bis zum 20.06.2005 gültigen Fassung vom 15.10.1980 auseinandersetzen. Hiernach ist eine gemeinsame Grenze der Städte oder Kreise nicht erforderlich. Entsprechend des für § 14 Abs. 2 S. 2 Nr. 1 ApoG i. d. F. vom 15.10.1980 herausgearbeiteten und auf die Regelung des § 12a Abs. 1 S. 2 Nr. 1 ApoG übertragbaren Grundsatzes befinden sich eine öffentliche Apotheke und ein zu versorgendes Heim in benachbarten kreisfreien Städten oder benachbarten Kreisen, wenn die Städte bzw. Kreise „in nicht allzu großer räumlicher Entfernung, innerhalb eines einheitlichen, eng verflochtenen Wirtschafts- und Verkehrsraums liegen“ (VG Oldenburg v. 20.04.2005 – 7 A 3318/04, GesR 2005, 357, 359; vgl. zu § 14 ApoG a. F. auch BVerwG v. 30.8.2012 – 3 C 24.11, GesR 2013, 37). Bezogen auf den § 12a ApoG unterstreicht die Rechtsprechung die Notwendigkeit einer raschen Arzneimittellieferung und einer „im Bedarfsfall ohne große zeitli-

che Verzögerung mögliche(n) Information und Beratung von Heimbewohnern und Heimbeschäftigten“ als wesentliches Merkmal der Heimversorgung (OVG NRW v. 24.01.2013 – 13 A 2740/11, GesR 2013, 170, 171 f). Aufgrund dessen liegt eine Apotheke im Regelfall nur dann in angemessener Entfernung zum zu versorgenden Heim, wenn die Fahrzeit zwischen Heim und Apotheke nicht mehr als eine Stunde beträgt (OVG NRW v. 24.01.2013 – 13 A 2740/11, GesR 2013, 170, 171). Es ist daher möglich, dass Apotheken Heime über etwa 100 km hinweg versorgen; allerdings würde die Versorgung in einem solchen Fall faktisch eher einer reinen Arzneimittelbelieferung gleichkommen, weil eine qualifizierte Versorgungsleistung über die Entfernung hinweg nur schwer zu erbringen ist. In der Praxis wird die Versorgung daher wohl eher heimnah erfolgen.

Nur eine öffentliche (Voll-)Apotheke kann einen Versorgungsvertrag im Sinne des § 12a Apothekengesetz mit einem Heim schließen. Ein Vertrag zur Versorgung von Heimbewohnern durch eine Krankenhausapotheke ist demnach ausgeschlossen. Eine Apotheke ist eine öffentliche Apotheke, wenn sie dem Publikum offen steht; durch dieses Merkmal unterscheidet sie sich von der Krankenhausapotheke und von der Bundeswehrapotheke. Von einer Vollapotheke spricht man, wenn eine öffentliche Apotheke hinsichtlich der Betriebsräume und Einrichtungen alle Anforderungen der Betriebsordnung erfüllt und daher voll leistungsfähig ist. Der gesetzlich nicht definierte Begriff der Vollapotheke dient vor allem der Abgrenzung gegenüber Zweigapotheken, die nicht voll ausgestattet sind (Sieper, in: Spickhoff [Hrsg.], Medizinrecht, 2. Aufl. 2014, Rn. 8).

Vertragspartner des Versorgungsvertrages ist nach § 12a Abs. 1 S. 1 Apothekengesetz der Inhaber einer Erlaubnis zum Betrieb einer öffentlichen Apotheke. Dabei handelt es sich um eine Erlaubnis nach § 1 Abs. 2 Apothekengesetz. Die Betriebserlaubnis ist eine öffentlich-rechtliche höchstpersönliche Ermächtigung zur Leitung einer bestimmten Apotheke. Die Betriebserlaubnis ist personengebunden, d. h. sie kann nur einem bestimmten Apotheker erteilt werden und ist an seine Person gebunden. Sie kann daher nicht an einen anderen Apotheker abgetreten, verkauft oder sonst wie übertragen werden und ist auch nicht vererblich. Ferner ist die Erlaubnis betriebsgebunden, d. h. sie gilt für eine ganz bestimmte Apotheke. Aus diesem Grunde werden die Betriebsräume in der Erlaubnisurkunde ausdrücklich bezeichnet. Die Betriebserlaubnis wird gem. § 2 ApoG erteilt, wenn der antragstellende Apotheker folgende Voraussetzungen erfüllt:

1. volle Geschäftsfähigkeit,
2. Approbation als Apotheker,
3. Zuverlässigkeit für den Betrieb einer Apotheke,
4. eidesstattliche Versicherung,
5. Verfügung über die Betriebsräume,
6. körperliche Leistungskraft,
7. schriftliche Verpflichtung, jede Eröffnung einer weiteren Apotheke in einem Mitgliedsstaat der EU oder in einem Vertragsstaat, dem Deutschland und die EU vertraglich einen entsprechenden Rechtsanspruch eingeräumt haben, der für die Erteilung der Erlaubnis zuständigen Behörde anzuzeigen.

Vertragspartner eines Versorgungsvertrages sind Heime im Sinne des § 1 HeimG (zu den landesrechtlichen Regelungen ► Kap. 10.1). Danach sind Heime Einrichtungen, die zum Zwecke der Unterbringung alter Menschen sowie pflegebedürftiger oder behinderter Volljähriger entgeltlich betrieben werden und in ihrem Bestand von Wechsel und Zahl ihrer Bewohner unabhängig sind. Die Unterbringung umfasst neben der Überlassung der