

•
•
•

Univ.-Prof. Dr. Günter Neubauer

**Versorgungsqualität und
Versorgungswirtschaftlichkeit
der Blisterversorgung von Heimbewohnern**

- Vorläufige Ergebnisse eines Modellprojektes der AOK Bayern -

Ordentliche Mitgliederversammlung
des Bundesverbandes Patientenindividueller Arzneimittelverblisterer (BPAV) e. V.
am 11. Mai 2011 in Berlin

IfG

Institut für Gesundheitsökonomik

www.ifg-muenchen.com

-
-
-

Überblick

1. Ausgangslage

2. Zielsetzung

3. Konzeption und Durchführung des Modellvorhabens der AOK Bayern

4. Ergebnisse: Versorgungsqualität und -wirtschaftlichkeit

5. Zusammenfassung und Ausblick

1. Ausgangslage

Die Patientenindividuelle Verblisterung von Arzneimitteln gewinnt zunehmend an Bedeutung-auch im Inland.

Dies belegt die wachsende Anzahl an Modellprojekten :

- **AOK Bayern**
- **AOK Nordost** (Berlin, Pflegeheime)
- **AOK Plus** (ambulante Arzneimittelversorgung)
- **AOK Sachsen-Anhalt**
- **AOK Baden-Württemberg** (Körper/Medifalter)
- **Debeka/Inter/Barmenia** (Saarland, häusliche Versorgung)

Erfahrungen im Ausland

	Form der Vergütung	Voraussetzung für Vergütung/ Verordnung	Art der Verblisterung
Schweiz	Pauschale zzgl. zehn möglicher Zuschläge	-> mindestens drei verschiedenen Medikamenten pro Woche -> keine Betreuung des Patienten	k.A.
Holland	Pauschale zzgl. vier möglicher Zuschläge, Pauschale verhandelbar	-> keine Betreuung des Patienten -> Kostenerstattung keine Pflichtleistung	in Apotheken und industriell
Dänemark	Pauschale (75% Hersteller, 25% Händler)	Verordnung durch Arzt	industriell
Schweden	Pauschale	Verordnung durch Arzt	industriell

Stand: 2009

Quelle: ABDA (2009)

-
-
-

Überblick

1. Ausgangslage
2. Zielsetzung
3. Konzeption und Durchführung des Modellvorhabens der AOK Bayern
4. Ergebnisse: Versorgungsqualität und -wirtschaftlichkeit
5. Zusammenfassung und Ausblick

2. Zielsetzung des Modellvorhabens: §19 d der Satzung der AOK-Bayern

Verbesserung der Versorgungsqualität

- Fehl-, Über- und Parallelversorgung vermeiden
- Abgabesicherheit & Patientencompliance erhöhen
(17.000 Arzneimittel-Tote jährlich)

Verbesserung der Versorgungswirtschaftlichkeit

- Wechsel- und Nebenwirkungskomplikationen vermindern
- Krankenhauseinweisungen und Versorgungskosten reduzieren

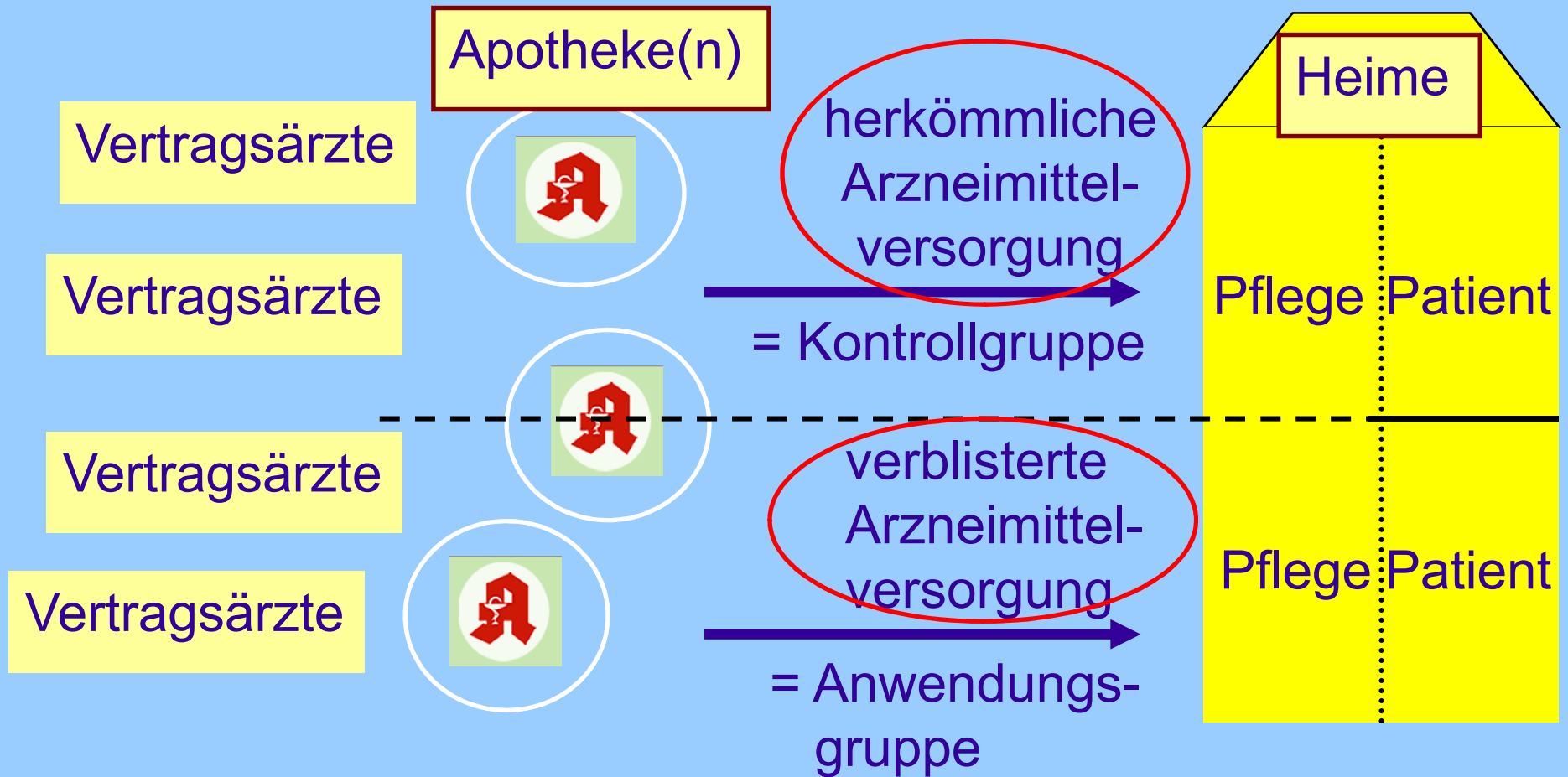


Überblick

1. Ausgangslage
2. Zielsetzung
3. Konzeption und Durchführung des Modellvorhabens der AOK Bayern
4. Ergebnisse: Versorgungsqualität und -wirtschaftlichkeit
5. Zusammenfassung und Ausblick

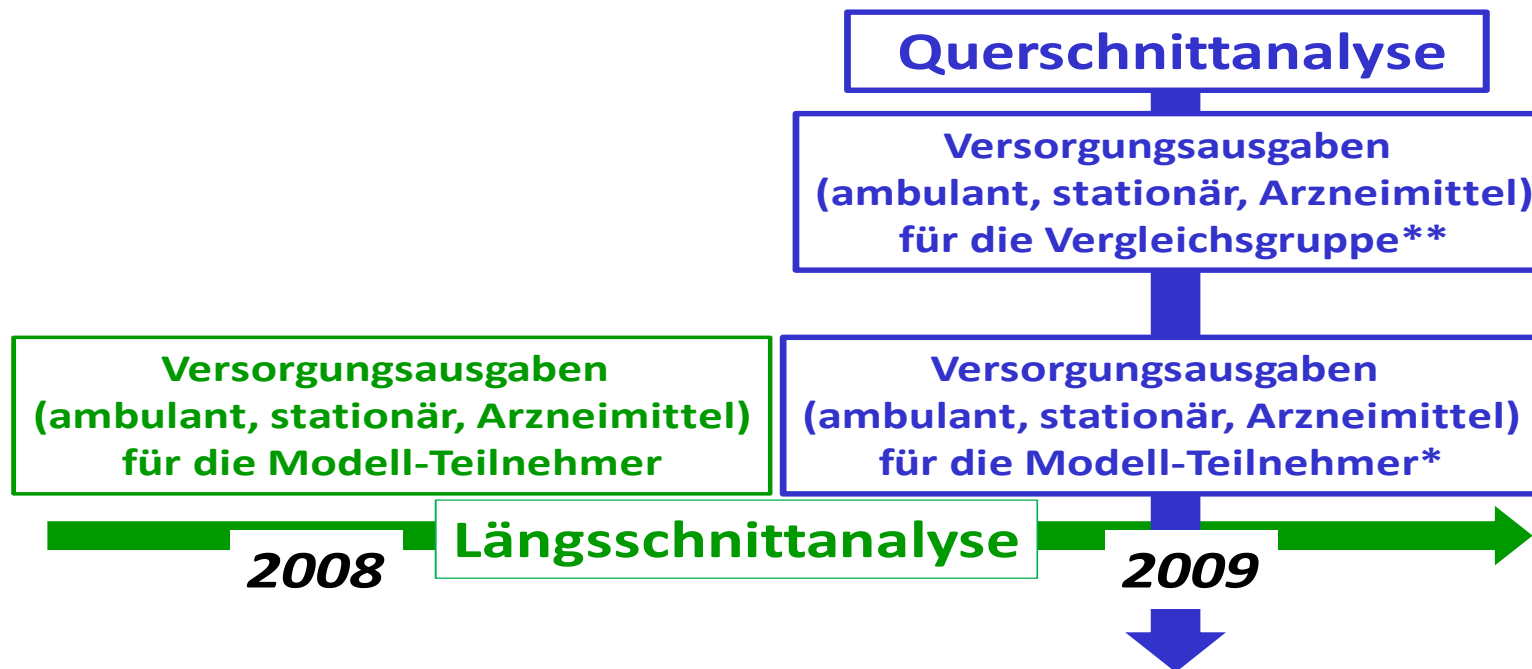


3.1 Konzeption des Modellvorhabens der AOK Bayern



3.2 Analyse der Versorgungsausgaben

Vergleich der Versorgungsausgaben



* bereinigt um die durchschnittliche altersbedingte Ausgabensteigerung (Mengeneffekt) sowie die inflationsbedingte Ausgabensteigerung (Preiseffekt)

**konzipiert aus AOK versicherten Pflegeheimbewohnern mit identischer Pflegestufe, Geschlechteranteil und Durchschnittsalter



Überblick

1. Ausgangslage
2. Zielsetzung
3. Konzeption und Durchführung des Modellvorhabens der AOK Bayern
- 4. Ergebnisse: Versorgungsqualität und -wirtschaftlichkeit**
5. Zusammenfassung und Ausblick



-
-
-

4.1 Versorgungsqualität: Analysierte Teilaspekte und Ergebnisse

1. **Sachgerechter Umgang mit Arzneimitteln:**
verbessert (lt. MdK BY und lt. Pflegekräfte)
2. **Patientensicherheit: Abgabegenauigkeit & Hygiene**
verbessert (lt. Pflegekräfte)
3. **Fehlmedikationsrisiko:**
zahlreiche Argumente sprechen für eine Verbesserung
4. **Therapietreue:**
verbessert (lt. Modell-Teilnehmer)
5. **Weitere Aspekte der Versorgungsqualität:**
zeitliche Entlastung der Pflegekräfte verbessert Versorgungsqualität

-
-
-

4.2 Versorgungswirtschaftlichkeit: Analysierte Teilaspekte

1. (Pflegeheim-Bewohner)
2. **Krankenkasse**
3. **Pflegeheime**
4. **Versorgende Apotheker**

4.2.1 Wirtschaftliche Folgen für die Krankenkasse (Querschnittvergleich)

Berechnungen je (Wochen)-Blister (aus Kassensicht)	
MEHRAUSGABEN/ MINDERAUSGABEN	
Vergütung der Apotheker für Verblisterung	+ 6,10 €
Minderausgaben für stationäre Versorgung	- 33,60 €
Mehrausgaben für ambulant-ärztliche Versorgung	+ 1,54 €
Reduzierter Arzneimittelverwurf bei Todesfall	- 0,54 €
Minderausgaben für Arzneimittelversorgung	- 3,80 €
NETTOMINDERAUSGABEN JE (WOCHEN)-BLISTER	- 30,30 €

Quelle: IfG „Blister-Bericht“ 2011

4.2.1 Stationäre Behandlungsausgaben

Stationäre Versorgungsausgaben	Personen	Mittelwerte		Differenz
		herkömmlich versorgt	verblister versorgt	
nur Überlebende	427	3.716 €	1.969 €	- 47%
<i>alle Teilnehmer</i>	581	3.716 €	2.600 €	- 30%

Durchschnittliche stationäre Behandlungsausgaben	Todesfälle 2009	Modell-Teilnehmer ohne Todesfälle
	5.155 €	1.969 €

Gruppe	Modell-Teilnehmer	Vergleichsgruppe
Todesfälle 2008	11	1
Todesfälle 2009	111	1
Todesfälle 2010	32	8

Quelle: IfG „Blister-Bericht“ 2011

4.2.2 Wirtschaftliche Folgen für die Pflegeheime

- **Kosten:**
Keine
- **Wirtschaftliche Vorteile:**
Zeiteinsparungen des Pflegepersonals:
ca. fünf Minuten je Patient und Woche
(monetär rund 1 €)

→ **Bei 100 Patienten: 500 min / Woche (8h 20 min)**

4.2.3 Wirtschaftliche Folgen für die Apotheker

➤ Kosten:

- 3 Euro bis 4,80 Euro je Wochenblister

Maschinen-Kosten 1,42 €

Personal-Kosten

Entblistern 0,52 €

Verblistern 1,54 €

Medikationspläne 0,82 €

Sonstige Kosten 0,51 €

SUMME je Blister 4,80 €

Quelle: Hübner, M. , Deutsche Apotheker Zeitung (2008)

- (geringerer Arzneimittelumsatz)

➤ Vergütung:

6,10 Euro je Wochenblister



Überblick

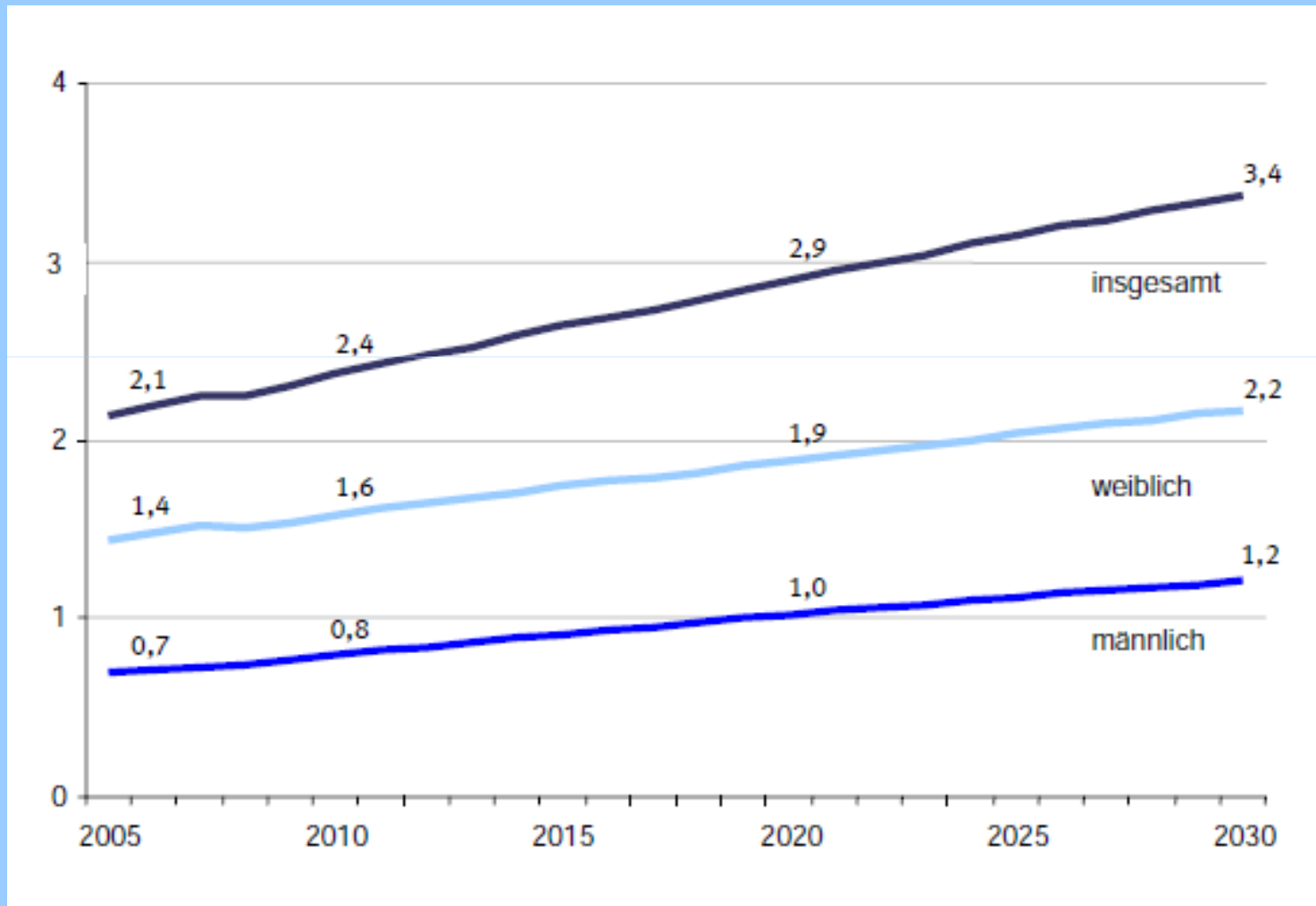
1. Ausgangslage
2. Zielsetzung
3. Konzeption und Durchführung des Modellvorhabens der AOK Bayern
4. Ergebnisse: Versorgungsqualität und -wirtschaftlichkeit
5. Zusammenfassung und Ausblick



5.1 Zusammenfassung

- **Versorgungsqualität:**
 - subjektiv erhöht (Patienten, Pflege)
 - objektiv erhöht (Hygiene, Fehlmedikation, Compliance)
- **Versorgungswirtschaftlichkeit:**
 - erhöhten Kosten (Blister, Rabatte, Arzneimittel) stehen Einsparungen gegenüber (v.a. stat. Ausgaben)
 - insgesamt Kosteneinsparungen durch Blister im Modellversuch

5.2 Pflegebedürftige in Deutschland von 2005 bis 2030 (Status-Quo-Szenario)



Quelle: Statistisches Bundesamt (2010):
Demografischer Wandel in Deutschland, Heft 2

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit



Quelle: The Economist (2011)

IfG
Institut
für Gesundheitsökonomik
Nixenweg 2 b
81739 München
Tel. 089 / 605198
E-mail: ifg@ifg-muenchen.com
www.ifg-muenchen.com

1.1 Konventionelle Arzneimittelversorgung der Bewohner von Pflegeheimen

Arzt erstellt Verordnung (Gültigkeitsdauer?)



Rezeptübergabe an Patienten/ Pflegeheim



Rezeptübergabe an Apotheke



Apotheke liefert verschiedene Packungen ans Pflegeheim



Aufbewahrung der verschiedene Packungen im
Medikamentenfach des Patienten im Stationszimmer

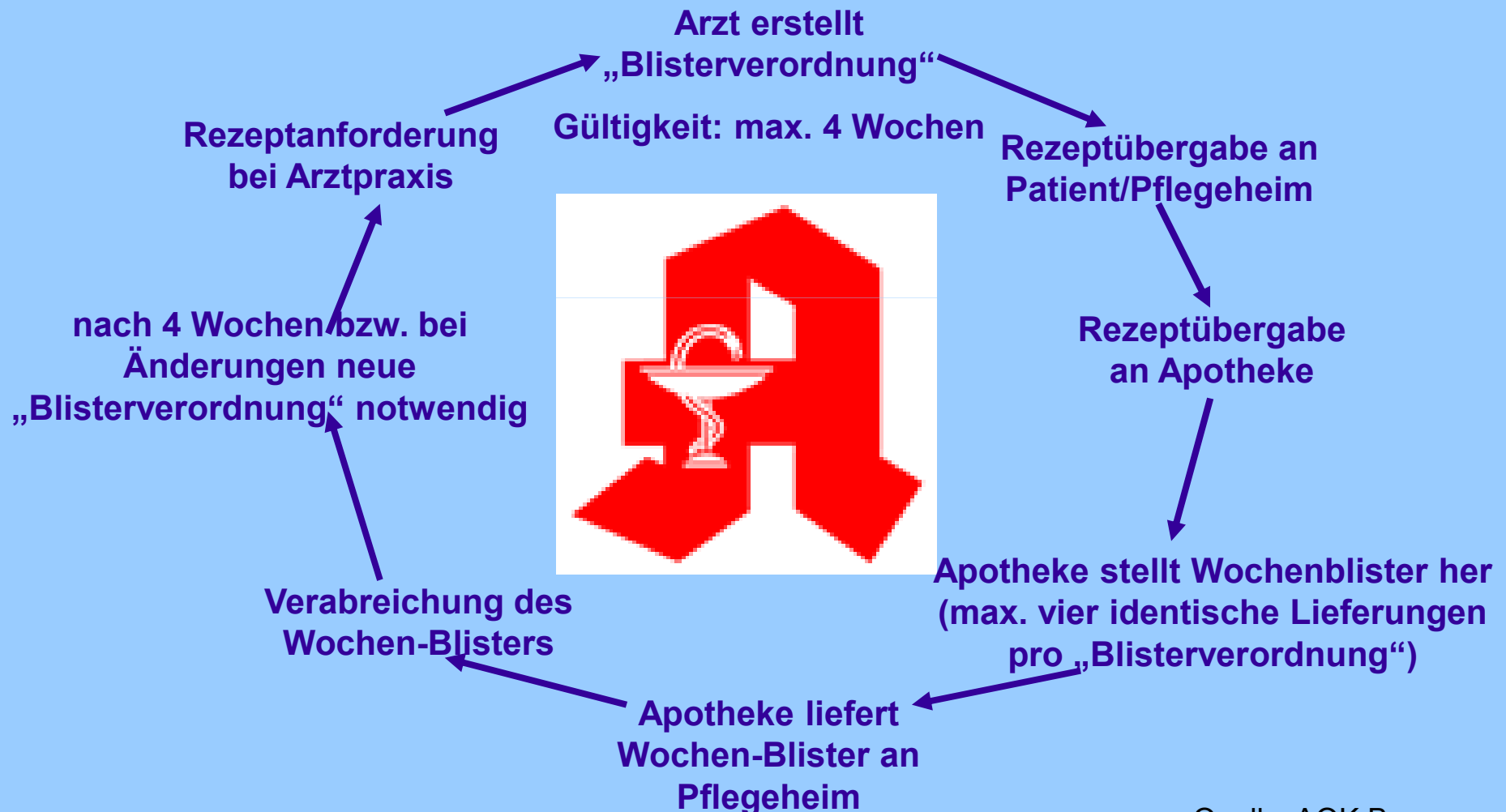


Stellen und Verabreichen der verschiedenen Medikamente
aus den Packungen durch das Pflegepersonal



Nach Verbrauch einer Medikamentenpackung: Neue Rezeptanforderung

1.2 Patientenindividuelle Arzneimittel-Verblisterung für Bewohner von Pflegeheimen



Quelle: AOK Bayern

2. Zielsetzung des Modellvorhabens

- Die patientenindividuelle Zweitverblisterung durch die Offizin-Apotheke (Apotheke vor Ort) ist seit der 14. Novellierung des Arzneimittelgesetzes in Zusammenhang mit den Änderungen durch das GKV-WSG möglich.
- Das Modellvorhaben der AOK Bayern „Patientenindividuelle Verblisterung für Bewohner von Pflegeheimen“ basiert auf die §§ 63 ff SGB V mit § 19 d der Satzung der AOK Bayern.

-
-
-

2.1 Zielsetzung des Modellvorhabens: §§ 63 ff SGB V

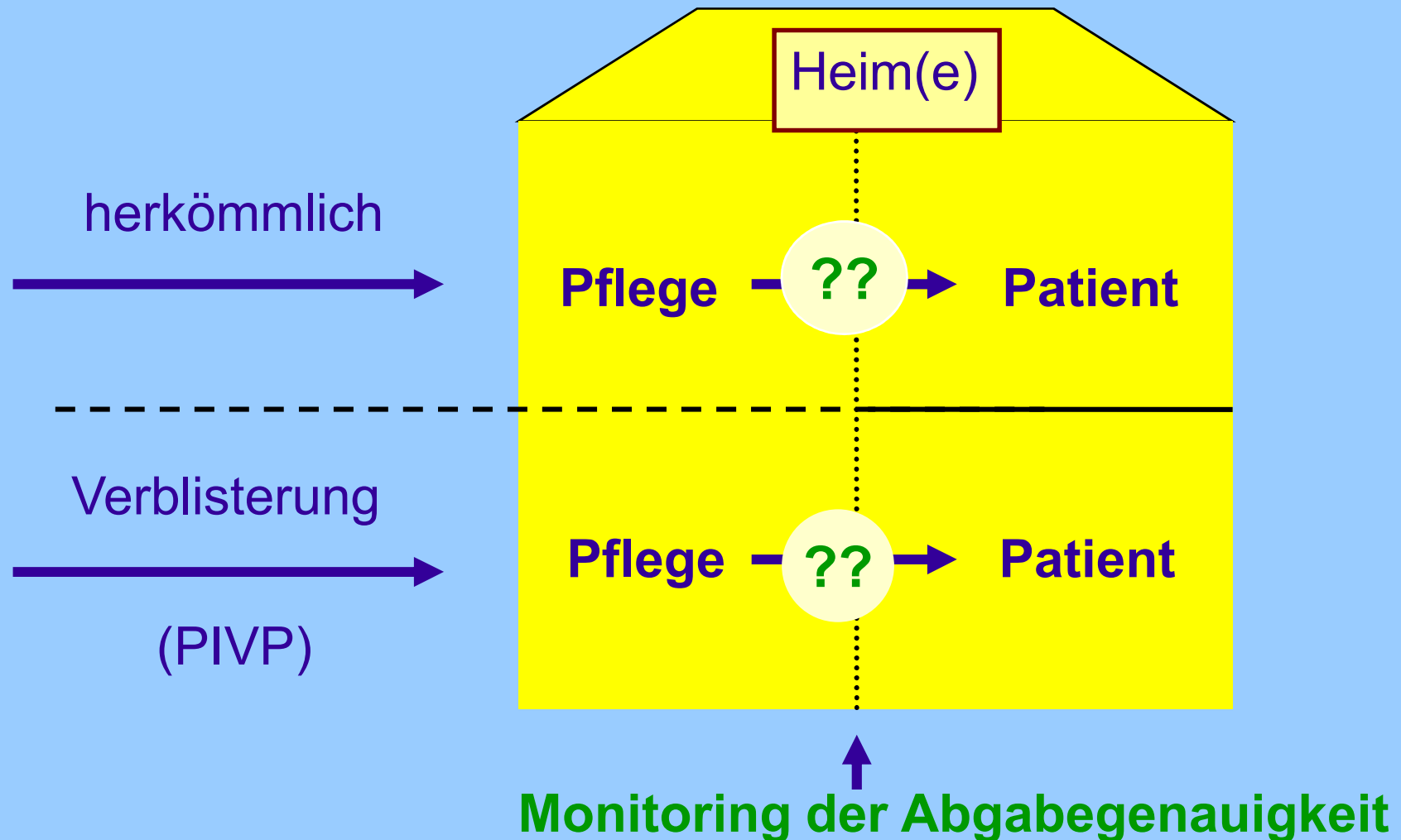
§ 63 Absatz 1 SGB V:

„Die Krankenkassen...können...zur Verbesserung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung Modellvorhaben...durchführen“.

§ 65 SGB V:

„Die Krankenkassen...haben eine wissenschaftliche Begleitung und Auswertung der Modellvorhaben...nach allgemein anerkannten wissenschaftlichen Standards zu veranlassen. Der...Bericht...ist zu veröffentlichen.“

3.2 Konzeption: Analyse der Versorgungsqualität



3.2 Dimension Versorgungsqualität

Fokus: Erhaltung/Verbesserung der Gesundheit

Arztpraxis
Verträglichkeit
der
Polymedikation

Apotheke
Ordnungsgemäße
Medikamenten-
abgabe

Pflegeheim
Hygiene,
e.g. Sauberkeit,
Umgang mit Teil-
ungsverlusten

Bewohner
Verbesserung der
Compliance/
Versorgungs-
qualität

Örtliche und zeitliche Verfügbarkeit

Abgabesicherheit vom Rezept bis zur Einnahme

3.2 Projektkonzeption: Analyse der Versorgungsqualität

Fokus: Erhaltung/ Verbesserung der Gesundheit
Medikamente sollen

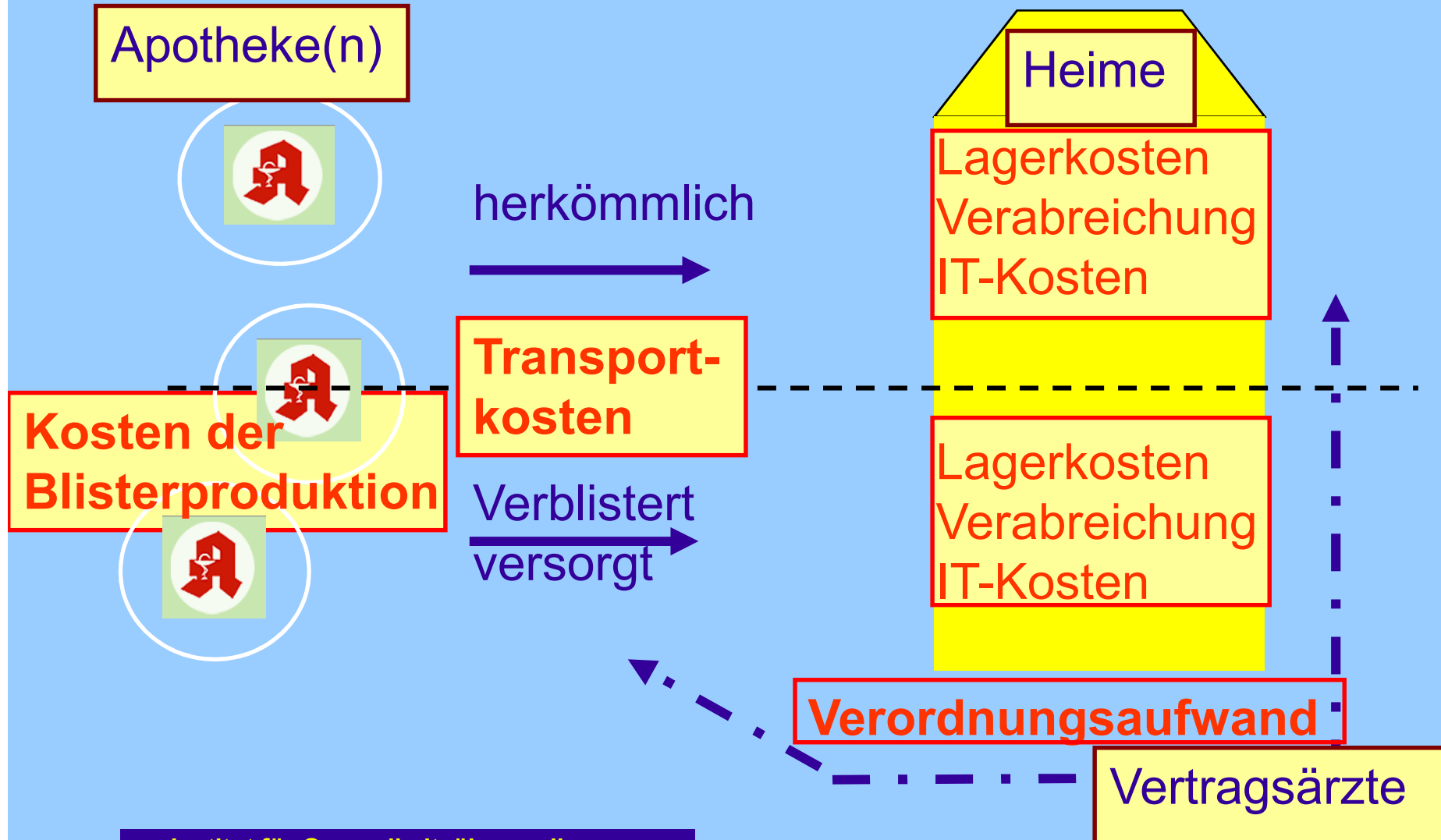
- „**im Mund**“ **des Patienten**
- zur **richtigen Zeit** (Verfallsdatum)
- in der **individuell richtigen Dosierung**
- **in geeigneter Darreichungsform**
- in einer aufeinander abgestimmten verträglichen **Kombination** sein.

**Zentral ist die Abgabegenauigkeit, d.h. Übereinstimmung
zwischen abgegebenen Arzneimitteln & Medikamentenblatt**

Darüber hinaus:

- Abgabe **hygienischer**
- **Teilungsverluste (& dadurch bedingte Dosierungsfehler) vermeiden**
- **Neubetrachtung im 4-Woche-Rhythmus**

3.3 Projektkonzeption: Analyse der Versorgungswirtschaftlichkeit



-
-
-

3.3 Projektkonzeption: Analyse der **Versorgungswirtschaftlichkeit**

Kassen-Sicht:

Arzneimittelausgaben eines Patienten
bei herkömmlicher Medikamentenabgabe
im Vergleich zu denen bei Verblisterung
+ Einsparungen in **anderen** Leistungsbereiche
incl. Verwurf

Apotheke(n)-Sicht:

Arzneimittelausgaben eines Patienten
bei herkömmlicher Medikamentenabgabe
im **Vergleich** zu denen bei patientenindividueller Verblisterung

3.3 Dimension Versorgungswirtschaftlichkeit

Arzt- praxis

- Einhaltung v. Richtgrößen durch
-> Verminderung von Fehl- & Unterversorgung

Apotheke

- Beschaffungs- & Versorgungsaufwand pro Patiententag bis ins Pflegeheim
- Erlös pro Patienten

Pflegeheim

- Verringerung von Lagerkosten
- Dosierungs-/Verabreichungsaufwand
- Kosten für IT

Kranken- kasse

- Verminderung von KH-Einweisungen & Facharztkontakten

Heim- be- wohner

- Verminderung von KH-Einweisungen & Facharztkontakten sowie ggf. Zuzahlungen

Dimensionen:

- direkte Kosten (in €)
- indirekte Kosten (AU)
- intangible Kosten (Schmerz / Angst)

3.4 Einbezogene Datenquellen

Zur Evaluation von Versorgungsqualität & -wirtschaftlichkeit konnte das IfG auf die folgenden Datenquellen zurückgreifen:

- **Versorgungsausgaben der AOK Bayern für die Teilnehmer des Modellvorhabens und Vergleichsgruppe**
- **Befragung der teilnehmenden Heimbewohner (Rücklauf n=164)**
- **Befragung der Mitarbeiter (Hausleitung/ Stationsleitung/ Pflegekräfte) in den teilnehmenden Pflegeheimen (Rücklauf n=34)**
- **Daten des MDK-Bayern (n=8.604)**
- **Arzneimittel-Verwurfskonto eines am Modellvorhaben teilnehmenden Apothekers**

3.5 Projektbeteiligte

An der Durchführung des Modellvorhabens beteiligten sich weiterhin:

- **10 Apotheken (Karten- und Schlauchblister)**
- **19 Pflegeheime (über ganz Bayern verteilt)**
- **427 Pflegeheim-Bewohner (bei Ausschluss von Todesfällen
(bzw. 581 Modell-Teilnehmer; Teilnahmeentscheidung
durch Unterzeichnung einer Teilnahmeerklärung))**

-
-
-

3.6 Durchführungszeitraum

Das Projekt lief von Januar bis Dezember 2009 und wurde anschließend bis Juni 2010 verlängert,

wobei die Datenauswertung auf das Jahr 2009 beschränkt blieb.

4.1.1 Sachgerechter Umgang mit Arzneimitteln (MDK BY)

Anforderungen <u>erfüllt</u> (MDK Bayern 2009)		
Frage	herkömmlich versorgte Bewohner	"verblisterte" Bewohner
Übereinstimmung zwischen Dokumentation und gestellten Arzneimitteln	95%	95%
Bewohnerbezogene Beschriftung & Aufbewahrung der Arzneimittel	94%	97%

Quelle: MDK Bayern (2009)

Daten des MDK-Bayern zeigen, dass die patientenindividuelle Verblisterung die Zuordenbarkeit der Arzneimittel zu den Bewohnern verbessert.

Auch 25 % der Hausleitungen (n=10) und 40 % der Pflegekräfte (=24) berichteten von einer **reduzierten Verwechslungsgefahr** als Folge der patientenindividuellen Verblisterung.

4.1.2 Patientensicherheit (PDL/Pflegepersonal)

Auswirkungen der Verblisterung aus Sicht der Heimleitung /
der Pflegedienstleitung (n=10) auf:

	Abgabegenauigkeit	Hygiene
Verbessert	90%	100%
Unverändert	10%	0%
Verschlechtert	0%	0%

Auswirkungen der Verblisterung aus Sicht des
Pflegepersonals auf (n=24):

	Abgabegenauigkeit	Hygiene
Verbessert	54%	87%
Unverändert	38%	13%
Verschlechtert	8%	0%

Quelle: IfG „Blister-Bericht“ 2011

Die Befragung des Personals in den am Modellvorhaben teilnehmenden Heimen ergab, dass die patientenindividuelle Verblisterung Abgabegenauigkeit und Hygiene verbessert hat.

Weiterhin müssen beim Verblistern hohe Hygiene-Auflagen erfüllt werden.

4.1.3 Fehlmedikationsrisiko

Einschätzungen durch am Modellvorhaben beteiligt
Pflegekräfte, Apotheker und Ärzte:

- **Ärzte prüfen häufiger, bestehende Notwendigkeit für Arzneimittelverordnung**
- **Apotheker prüfen (mittels Software) einen Großteil der Verordnungen auf Wechselwirkungen hin**
- **Patientenindividuelle Verblisterung durch maschinelle Unterstützung statt manuellem Stellen**
- **Doppelte Kontrolle durch Pflegepersonal (möglich)**
- **Wichtigste Informationen auf dem Blister aufgedruckt**

4.1.4 Therapietreue (Befragte Heimbewohner)

Heimbewohner (n=158)	Ja	Nein
Der Blister ist eine Erleichterung	78%	22%
Der Blister hilft,		
- dass seltener eine Tablette vergessen wird	82%	18%
- dass die Tablette zur richtigen Uhrzeit eingenommen wird	82%	18%

Quelle: IfG „Blister-Bericht“ 2011

-
-
-

4.1.5 Weitere Aspekte der Versorgungsqualität

Verblisterung erfordert, dass der Datenschutz gewährleistet ist.

Zeitliche Entlastung der Pflegepersonals kann Pflegequalität verbessern.

4.2.2 Wirtschaftliche Folgen für die Krankenkasse

Mehrausgaben:

Vergütung der Apotheker mit **6,10 Euro je Wochenblister**

Ausgabenreduktion zu prüfen:

- 1) Arzneimittel-Ausgaben (inkl. Verwurf)
- 2) Stationäre Behandlungsausgaben
- 3) Ambulant-ärztliche Behandlungsausgaben

4.2.2 Exkurs: Querschnittsvergleich mit Propensity Score Matching

Finden von „statistischen Zwillingen“ von 2008 für 2009 anhand von:

- Alter
- Geschlecht
- Pflegebedürftigkeit
- Arzneimittelkosten (Baseline 2008)
- Stationären Behandlungskosten (Baseline 2008)
- Ambulant-ärztlichen Behandlungskosten (Baseline 2008)

(Nearest Neighbor Matching mit STATA)

4.2.2 Vergleich der Versorgungsausgaben: Umgang mit Todesfällen

Durchschnittliche stationäre Behandlungsausgaben	Todesfälle 2009	Modell-Teilnehmer ohne Todesfälle
	5.155 €	1.969 €

<i>Gruppe</i>	Modell-Teilnehmer	Vergleichsgruppe
<i>Todesfälle 2008</i>	11	1
<i>Todesfälle 2009</i>	111	1
<i>Todesfälle 2010</i>	32	8

Quelle: IfG „Blister-Bericht“ 2011

→ Um Vergleichbarkeit zu gewähren und Verzerrungen zu vermeiden, werden alle Todesfälle vor der Auswertung ausgeschlossen.

4.2.2.1 Versorgungsausgaben: Arzneimittel-Ausgaben

Längsschnitt (2008-2009) :

Arzneimittel-Ausgaben	Personen	Mittelwerte		Veränderung
		Basisjahr 2008	2009	2009 vs. 2008
P 0	380	1.860 €	2.015 €	+ 8,3%
P I,II und III	47	2.175 €	2.281 €	+ 4,9%

Quelle: IfG „Blister-Bericht“ 2011

Querschnitt (2009):

Arzneimittel-Ausgaben	Personen	Mittelwerte		Differenz
		herkömmlich versorgt	verblister versorgt	
	427	2.063 €	1.986 €	-3,7%

Quelle: IfG „Blister-Bericht“ 2011

•
•
•

PIVP – Versorgungswirtschaftlichkeit: Verwurfskonto (1) (Erfasst zum Todeszeitpunkt eines Patienten)

Auswertung Verwurfskonto	
Anzahl erfasster Bewohner	100
Anzahl verordneter Arzneimittel insg.	473
Anzahl verordneter Arzneimittel p.P.	4,73
Summe Verwurf zum Todeszeitpunkt	10.229,75 €
Verwurf je Bewohner (Durchschnitt)	102,30 €
Verwurf je Bewohner (Median)	72,49 €
Höchster Wert an Verwurf	491,28 €
Geringster Wert an Verwurf	2,65 €
Verwurf je Arzneimittel (Durchschnitt)	21,63 €

Quelle: IfG „Blister-Bericht“ 2011

•
•
•

PIVP – Versorgungswirtschaftlichkeit: Verwurfskonto (2) **(Erfasst zum Todeszeitpunkt eines Patienten)**

➤ Verwurf je Bewohner:	€ 102
➤ Verwurf eines Wochenblisters:	€ 18
<hr/>	
→ Einsparungen durch PIVP : <i>(insgesamt)</i>	€ 84
→ Jährliche Einsparungen durch PIVP: <i>(Bei einer Aufenthaltsdauer im Pflegeheim von drei Jahren)</i>	€ 28
→ <i>Zum Vergleich: Modellprojekt AOK Nordost (Berlin)</i>	
Einsparungen durch PIVP pro Bewohner/Jahr:	€ 26

4.2.2.1 Versorgungsausgaben: Arzneimittel-Ausgaben insgesamt

Veränderung der Arzneimittel-Ausgaben (inkl. vermiedener Verwurf im Todesfall) pro Woche(nblister)	
2008 vs. 2009	verblistert vs. herkömmlich versorgt
PO: +2,44 € (+6,8%) / PI-III: +1,50 € (+3,6%)	-2,02 € (-5,2%)

Quelle: IfG „Blister-Bericht“ 2011

4.2.2.1 Versorgungsausgaben: Arzneimittel-Ausgaben Vergleich mit Ergebnissen anderer Studien

Studie	Entwicklung der Arzneimittelausgaben
AOK/IfG (2011) - Querschnittvergleich	-5,2%
AOK/IfG (2011) - Längsschnittvergleich	PO: +6,8% / PI-III: +3,6%
Oberender et al. (2002)	-23,5%
Lauterbach et al. (2006)	-6%
Ärztenetz Q&E	-20%
Gundgaar et al. (2005)	0%
Socialstyrelsen (2004)	-4%

4.2.2.2 Versorgungsausgaben: Stationäre Behandlungsausgaben

Längsschnitt (2008-2009):

Stationäre Versorgungs- Ausgaben	Personen	Mittelwerte		Veränderung
		Basisjahr 2008	2009	
<i>nur überlebende Teilnehmer</i>	427	2.995 €	1.969 €	- 34%
P 0	380	3.121 €	1.928 €	- 38%
P I, II und III	47	1.974 €	2.295 €	+ 16%

Quelle: IfG „Blister-Bericht“ 2011

Querschnitt (2009):

Stationäre Versorgungs- Ausgaben	Personen	Mittelwerte		Differenz
		herkömmlich versorgt	verblistert versorgt	
nur Überlebende	427	3.716 €	1.969 €	- 47%
<i>alle Teilnehmer</i>	581	3.716 €	2.600 €	- 30%

Quelle: IfG „Blister-Bericht“ 2011

4.2.2.2 Versorgungsausgaben: Stationäre Behandlungen Vergleich mit Ergebnissen anderer Studien

Studie	Entwicklung der stationären Versorgungsausgaben
AOK/IfG (2011) - Querschnittvergleich	-47%
AOK/IfG (2011) - Längsschnittvergleich	PO: -38% / PI-III: +16%
Lauterbach et al. (2006)	0%
Gundgaard et al. (2005)	-46% bzw. -41,5%
Sondergaard et al.(2006)	-60%

4.2.2.3 Versorgungsausgaben: Ambulant-ärztliche Behandlungsausgaben

Längsschnitt (2008-2009):

ambulante Versorgungs- Ausgaben	Personen	Mittelwerte		Veränderung
		Basisjahr 2008	2009	
P 0	380	1.441 €	1.369 €	- 5%
P I,II und III	47	753 €	915 €	+ 21,5%

Quelle: IfG „Blister-Bericht“ 2011

Querschnitt (2009):

Ambulant- ärztliche Versorgungs- Ausgaben	Personen	Mittelwerte		Differenz
		herkömmlich versorgt	verblister versorgt	
	427	1.240 €	1.320 €	+6,5 %

Quelle: IfG „Blister-Bericht“ 2011

4.2.2.3 Versorgungsausgaben: Ambulant-ärztliche Behandlungen - Vergleich mit Ergebnissen anderer Studien

Studie	Entwicklung der ambulant-ärztlichen Versorgungsausgaben
AOK/IfG (2011) - Querschnittvergleich	+6,5%
AOK/IfG (2011) - Längsschnittvergleich	PO: - 5% / PI-III: +21,5%
Lauterbach et al. (2006)	0%

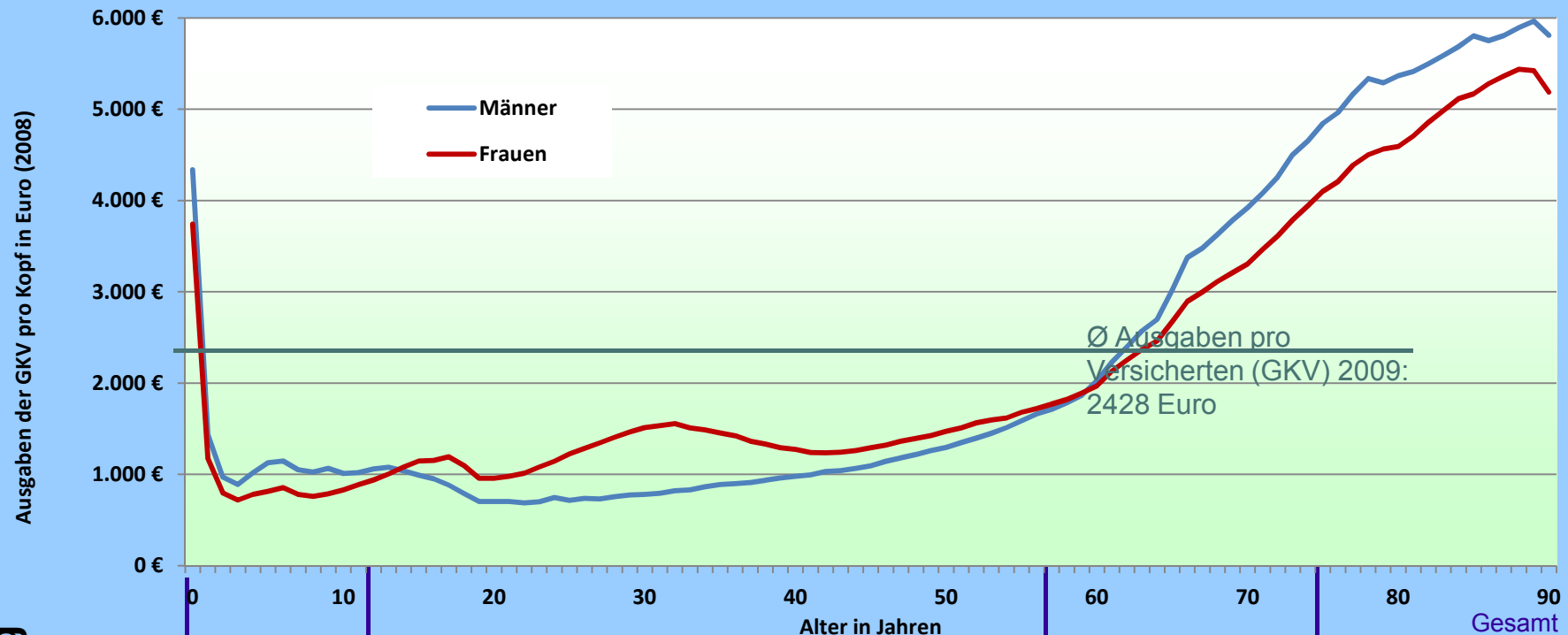
4.2.2.4 Fazit: Mehr- und Minderausgaben je Woche(nblister) auf Basis des Längsschnittvergleichs

Berechnungen je Arzneimittel-Blister	
MEHRAUSGABEN/MINDERAUSGABEN	
für Bewohner <u>OHNE</u> eine Pflegestufe	
Vergütung für Verblisterung	+ 6,10 €
Verminderte stationäre Versorgungsausgaben	- 22,94 €
Minderausgaben ambulant-ärztliche Versorgung	- 1,39 €
Reduzierter Arzneimittelverwurf bei Todesfall	- 0,54 €
Meherausgaben für Arzneimittel	+ 2,98 €
NETTO-MINDERAUSGABEN JE WOCHENBLISTER	- 15,79 €
für Bewohner <u>MIT</u> Pflegestufe I,II und III	
Vergütung für Verblisterung	+ 6,10 €
Meherausgaben stationäre Versorgungsausgaben	+ 6,10 €
Meherausgaben ambulant-ärztliche Versorgung	+ 3,12 €
Reduzierter Arzneimittelverwurf bei Todesfall	- 0,54 €
Meherausgaben für Arzneimittel	+ 2,04 €
NETTO-MEHRAUSGABEN JE WOCHENBLISTER	+ 16,89 €

4.2.2.5 Einordnung der Ergebnisse im Vergleich zu anderen Studienergebnissen

Studie	Minder-/Mehrausgaben je Wochenblister
AOK/IfG (2011) - Querschnittvergleich	- 27,98 €
AOK/IfG (2011) - Längsschnittvergleich	PO: - 15,79 € / PI-III: + 16,89 €
Lauterbach et al. (2004)	- 0,62 € bis - 1,58 €
Wille und Wolff (2006)	- 0,28 € bis - 0,59 €
Nygards und Ringbom (2005)	- 1,91 €

5.2 Ausblick: Deutschland wird älter – Demographie und Gesundheitsausgaben bis 2060



Bevölkerung

	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	Gesamt
2008	11,1 Mio. (13,6%)			54,1 Mio. (66,0%)			14,9 Mio. (18,2%)		1,8 Mio. (2,2%)		82,0 Mio.
2020	10,0 Mio. (12,5%)			51,3 Mio. (64,1%)			16,1 Mio. (20,1%)		2,6 Mio. (3,3%)		79,9 Mio.
2060	7,4 Mio. (11,5%)			35,3 Mio. (54,5%)			16,4 Mio. (25,3%)		5,6 Mio. (8,7%)		64,7 Mio.

Quelle: Bundesversicherungsamt (2010) + Destatis (2009)

-
-
-

4.2.1 Wirtschaftliche Folgen für die Pflegeheim-Bewohner

**Keine direkten Kosten oder finanziellen Vorteile
(Vergütung der Apotheker durch die Krankenkasse)**

**Allenfalls geringfügige indirekte Effekte
durch veränderte Versorgungsausgaben und dadurch
veränderte Zuzahlungen
(Arzneimittel, stationäre Versorgung)**

4.2.1 Einordnung der wirtsch. Folgen für die Krankenkasse verglichen mit anderen Studienergebnissen

Studie	Minder-/Mehrausgaben je Wochenblister
AOK/IfG (2011) - Querschnittvergleich	- 27,98 €
Lauterbach et al. (2004)	- 0,62 € bis - 1,58 €
Wille und Wolff (2006)	- 0,28 € bis - 0,59 €
Nygards und Ringbom (2005)	- 1,91 €