



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Positionierung der Apotheken in der Grundversorgung

Bericht des Bundesrates in Erfüllung des Postulats
Humbel (12.3864) vom 27. September 2012

Bern, den 12. Oktober 2016

Inhalt

Zusammenfassung	i
1 Ausgangslage - medizinische Grundversorgung im Wandel	1
1.1 Einleitung	1
1.2 Auftrag des Parlaments: Postulat Humbel (12.3864) zur Positionierung der Apotheken in der Grundversorgung	2
1.3 Problemstellung	2
1.4 Aufbau des Berichts und verwendete Grundlagen	3
2 Situations-Analyse Teil 1: In welchem Umfeld bewegen sich Apothekerinnen und Apotheker in der ambulanten Grundversorgung? Ein Überblick der Rahmenbedingungen in der Schweiz.	5
2.1 Apothekenlandschaft Schweiz heute	5
2.2 Ärztliche Medikamentenabgabe (Selbstdispensation, SD)	6
2.3 Pharmazeutische Leistungen in der Grundversorgung und ihre Vergütung	7
2.4 Erwartungen der Bevölkerung gegenüber den Apothekerinnen und Apothekern	9
2.5 Blick ins Ausland	10
3 Situations-Analyse Teil 2: Heutige Rolle der Apothekerinnen und Apotheker in der ambulanten Grundversorgung	13
3.1 Welche Rolle nehmen Apothekerinnen und Apotheker im Gesamtsystem der ambulanten Grundversorgung ein und welche Entwicklung zeichnet sich ab?	13
3.2 Modelle der interdisziplinären/interprofessionellen Zusammenarbeit von Apothekerinnen und Apothekern und anderen Medizinal- und Gesundheitsfachpersonen im In- und Ausland	14
3.3 Verbesserte Behandlungsqualität als Mehrwert der interdisziplinären/interprofessionellen Zusammenarbeit	17
3.4 Erfolgsfaktoren und Hindernisse der interdisziplinären/interprofessionellen Zusammenarbeit	17
3.5 Fazit	18
4 Neupositionierung von Apothekerinnen und Apotheker in der Grundversorgung: Ziele und Handlungsempfehlungen	19
4.1 Ziel 1 - ZUGANG zu hochwertigen pharmazeutischen Dienstleistungen sichern und erleichtern	19
4.2 Handlungsempfehlungen zum Ziel 1	20
4.3 Ziel 2 - BehandlungsQUALITÄT sichern und erhöhen	21
4.4 Handlungsempfehlungen zum Ziel 2	22
4.5 Effekte der Medikamentenpreise auf die Zielerreichung	22
5 Massnahmen zur Zielerreichung	24
5.1 Übergeordnete Strategien des Bundes	24
5.2 Ordentliche Revision des Heilmittelgesetzes (2. Etappe) – Erweiterte Abgabekompetenzen von Apothekerinnen und Apothekern	28
5.3 Revision des Medizinalberufegesetzes	29
5.4 Förderung von Pilotprojekten	30
6 Schlussfolgerungen	32
6.1 Positionierung der Apothekerinnen und Apotheker neu ausrichten	32

6.2	Auswirkungen auf die Aus- und Weiterbildung	34
6.3	Auswirkungen auf allfällige Vergütungsmodelle	34
ANHANG 1:	Gerichteter Variablensatz der systemischen Analyse	36

Im Bericht verwendete Abkürzungen

BAG	Bundesamt für Gesundheit
BASS	Büro für arbeits- und sozialpolitische Studien
BFS	Bundesamt für Statistik
CDM	Chronic Disease Management
COROMA	Collège romand de Médecine de l'Addiction
EPD	Elektronisches Patientendossier
EPDG	Bundesgesetz über das elektronische Patientendossier
FKI	Fachkräfteinitiative
GRIPS	Nationale Strategie zur Prävention der saisonalen Grippe
G2020	Gesundheit 2020
HMG	Heilmittelgesetz
IPAG	Interprofessionelle Arbeitsgruppe Elektronisches Patientendossier
IZAA	Gesundheitsökonomische Studien und Beratung Andreas Frei
KLV	Krankenpflege-Leistungsverordnung
KOF	Konjunkturforschungsstelle der ETH Zürich
KVG	Bundesgesetz über die Krankenversicherung
LOA	Tarifvertrag über die leistungsorientierte Abgeltung
MedBG	Medizinalberufegesetz
NCD	Nichtübertragbare Krankheiten (Non-communicable diseases)
NIP	Nationales Impfprogramm
OKP	Obligatorische Krankenpflegeversicherung
PMC	Polymedikationscheck
PMU	Polyclinique médicale universitaire
QZ	Qualitätszirkel
SD	Selbstdispensation
SL	Spezialitätenliste
StAR	Nationale Strategie gegen Antibiotikaresistenzen
VAM	Arzneimittelverordnung
WZW	Wirksamkeit, Zweckmässigkeit, Wirtschaftlichkeit

Zusammenfassung

Mit dem Postulat Humbel (12.3864) zur Positionierung der Apotheken in der Grundversorgung wurde der Bundesrat beauftragt aufzuzeigen, welche Aufgaben Apotheken im Gesundheitswesen wahrnehmen können, wie ihr Tätigkeitsgebiet zur Sicherung der Grundversorgung ausgebaut werden kann und welche Auswirkungen eine Neupositionierung der Apotheken auf die Aus- und Weiterbildung sowie auf allfällige Vergütungsmodelle hat. Nötigenfalls seien gesetzliche Anpassungen vorzulegen.

Der Bundesrat stimmt mit dem Postulat Humbel überein, dass, gerade in Anbetracht der künftigen Herausforderungen im Gesundheitswesen, den Apotheken bzw. den Apothekerinnen und Apothekern eine wichtige Rolle in der medizinischen Grundversorgung zukommt. Der Bundesrat ist aber der Ansicht, dass die Positionierung der Apothekerinnen und Apotheker in der Grundversorgung nicht isoliert betrachtet werden kann; sie muss mit einer interdisziplinären Sichtweise bzw. unter dem Dach der koordinierten Versorgung geprüft werden. Ziel muss es sein, die verschiedenen Kompetenzen der verschiedenen Berufsgruppen sowie deren Synergiepotential besser zu nutzen, um damit eine optimale Versorgung der Patientinnen und Patienten zu gewährleisten. Deren Bedürfnisse sollen dabei im Vordergrund stehen.

Als Grundlage für den vorliegenden Bericht wurde eine Situationsanalyse durchgeführt, um darauf basierend evidenzbasierte Handlungsempfehlungen und Massnahmen ableiten zu können. Es ergibt sich folgendes Fazit:

- Mit den Nationalen Strategien des Bundes und damit verbundenen laufenden Arbeiten werden bereits verschiedene Massnahmen umgesetzt, um die Apothekerinnen und Apotheker stärker als Leistungserbringer in der Grundversorgung zu positionieren. Dabei sieht der Bundesrat die Rolle der Apothekerinnen und Apotheker in der Grundversorgung primär in zwei Bereichen: einerseits die Nutzung der Apotheken als *niederschweligen Zugang* zum Gesundheitssystem, andererseits die verstärkte Nutzung der pharmazeutischen Kompetenz von Apothekerinnen und Apothekern zur *Qualitätssteigerung in der Arzneimitteltherapie*.
- Der niederschwellige Zugang ist insbesondere für die rasche Behandlung leichter Erkrankungen, für Patientinnen und Patienten ohne Hausärztin oder Hausarzt und ausserhalb der Öffnungszeiten der Hausarztpraxis relevant. Diesen Fällen kann mit einer *Stärkung der pharmazeutischen Kompetenz in der Selbstmedikation* begegnet werden. Dies wird mit den Revisionen des Heilmittelgesetzes (HMG) und des Medizinalberufegesetzes (MedBG) umgesetzt: Mit der Revision des HMG werden die Abgabekompetenzen der Apothekerinnen und Apotheker auf gewisse verschreibungspflichtige Arzneimittel ohne Vorliegen eines ärztlichen Rezeptes erweitert. Diese erweiterte Abgabekompetenz wird durch das revidierte MedBG auf Ausbildungsseite sinnvoll ergänzt.
- Im Bereich des niederschweligen Zugangs zum Gesundheitswesen kommt den Apothekerinnen und Apothekern des Weiteren eine wichtige Funktion als *Beobachtungs-, Beratungs- und Koordinationsstelle* im Präventionsbereich zu. Dieser Aspekt wird in verschiedenen Nationalen Strategien des Bundes aufgenommen und umgesetzt, so z. B. in der NCD-Strategie des Bundesamtes für Gesundheit (BAG).
- Langfristig will der Bundesrat den Fokus auf eine *stärkere Nutzung der pharmazeutischen Fachkompetenz in Modellen der interdisziplinären Zusammenarbeit* auf individueller Patientenebene legen, um so die *Qualität in der Arzneimitteltherapie* zu sichern und zu erhöhen. International haben sich hier insbesondere interdisziplinäre Chronic Disease Management Programme z. B. für Personen mit Asthma oder Diabetes als sehr erfolgreich erwiesen. In der Schweiz existieren zwar ebenfalls erfolgsversprechende Ansätze in diese Richtung, allerdings erst in Form von Pilotprojekten, welche sich bisher nicht breiter etablieren konnten. Der Bundesrat sieht in diesem Bereich somit Handlungsbedarf.
- Die breite Etablierung entsprechender Modelle der Zusammenarbeit in der Schweiz kann jedoch nicht durch top-down Vorgaben von Seiten Bund erreicht werden, da die *Eigeninitiative und*

Akzeptanz der Leistungserbringer sowie die Rücksichtnahme auf die verschiedenen Gegebenheiten in den verschiedenen Kantonen zentral ist. Der Bund kann hingegen lenkend eingreifen, indem er die Rahmenbedingungen auf nationaler Ebene optimiert und geeignete Anreize für die Zusammenarbeit schafft. Der Bundesrat sieht deshalb vor, erfolgsversprechende Pilotprojekte wissenschaftlich zu begleiten und zu evaluieren, um auf Basis der Ergebnisse prüfen zu können, ob und welche Rahmenbedingungen allenfalls optimiert werden könnten. In diesem Rahmen sollen unter anderem die Auswirkungen neuer Zusammenarbeitsmodelle auf die Aus- und Weiterbildung sowie auf allfällige Vergütungsmodelle geprüft werden, womit auch dem Anliegen des Postulats Humbel entsprochen wird.

- Dieses Vorgehen fügt sich in die neue Verfassungsbestimmung zur medizinischen Grundversorgung sowie in die Gesamtstrategie Gesundheit 2020 des BAG ein, im Rahmen welcher die medizinische Grundversorgung als Ganzes gestärkt und die koordinierte Versorgung gefördert werden soll. Dies um die Qualität der Versorgung zu erhöhen, den Zugang zu sichern sowie die enge Vernetzung und Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Gesundheitsberufen zu verbessern. Den Apothekerinnen und Apothekern als Akteure in der medizinischen Grundversorgung kommt dabei eine wichtige Rolle zu, welche nach Ansicht des Bundesrates durch das gewählte Vorgehen mit der Umsetzung und Evaluation von Pilotprojekten weiterentwickelt und in der Praxis etabliert werden kann.

1 Ausgangslage - medizinische Grundversorgung im Wandel

1.1 Einleitung

Die demografische und medizinische Entwicklung stellt die künftige Gesundheitsversorgung vor grosse Herausforderungen: Dank Fortschritten in der Medizintechnologie steigt die Lebenserwartung und der Anteil der älteren Bevölkerung in der Gesellschaft nimmt zu. Diese Entwicklung führt zu einer Zunahme an Multimorbidität und chronischen Krankheiten wie z. B. Diabetes Typ 2 oder kardiovaskulären Krankheiten. Gemäss NCD-Strategie 2017-2024¹ leidet heute jede vierte Person in der Schweiz an einer oder mehreren chronischen Krankheiten. Nach Schätzungen der WHO wird sich der Anteil der chronischen Erkrankungen bis ins Jahr 2020 markant erhöhen: Während chronische Leiden 1990 noch knapp die Hälfte aller Erkrankungen ausmachten, wird deren Anteil bis ins Jahr 2020 auf fast drei Viertel steigen.

Der Bundesrat hält deshalb im Rahmen der NCD-Strategie auch fest, dass die heutigen Versorgungsstrukturen zu stark auf die Akutversorgung und den stationären Bereich ausgerichtet sind. Die Leistungen im schweizerischen Gesundheitssystem sind künftig stärker auf die Krankheitsvorbeugung sowie die Langzeitversorgung von Menschen mit chronischen Krankheiten auszurichten. Der OECD-Länderbericht für die Schweiz aus dem Jahr 2011 kommt zu einem ähnlichen Schluss: Die zunehmende Nachfrage nach Gesundheitsdienstleistungen und der (teilweise) fehlende Nachwuchs insbesondere bei den Hausärztinnen und Hausärzten aber auch in anderen Gesundheitsberufen könnten künftig regionale Engpässe in der Gesundheitsversorgung verursachen². Die Schweiz wird deshalb die vorhandenen personellen und finanziellen Ressourcen effizienter nutzen müssen, um weiterhin eine qualitativ hochwertige und für alle zugängliche medizinische Grundversorgung sicherzustellen³. Die Frage, welche Aufgaben die verschiedenen Berufsgruppen künftig zur Sicherung der Grundversorgung wahrnehmen können und sollen, beschäftigt Parlament und Bundesrat dementsprechend seit mehreren Jahren.

Gleichzeitig hat sich die Rolle der Patientinnen und Patienten in der medizinischen Grundversorgung in den letzten Jahren verändert. Der Patient oder die Patientin wird weniger als passiver Konsument von Gesundheitsdienstleistungen betrachtet, sondern vielmehr als eigenständiger Akteur im Gesundheitssystem, im Sinne eines informierten und eigenverantwortlichen Managers seiner Gesundheit bzw. Krankheit. National und international wird deshalb die Gesundheitsversorgung verstärkt patientenzentriert ausgerichtet, wobei die Bedürfnisse der verschiedenen Patientengruppen sowie die Förderung der Patientenbeteiligung und –information («patient empowerment») im Fokus stehen.

Unter Anbetracht dieser Entwicklungen gewinnt das Konzept der Selbstbehandlung zunehmend an Bedeutung, wobei dieses vor allem mit Prozessen der Selbstmedikation in Zusammenhang gebracht wird.⁴ Grundsätzlich kann man hier zwei Handlungsfelder unterscheiden: Zum einen die Selbstbehandlung von chronischen Erkrankungen, deren tägliches Management von den Erkrankten

¹ Nationale Strategie Prävention nichtübertragbarer Krankheiten (NCD-Strategie) 2017-2024.

<http://www.bag.admin.ch/themen/medizin/00683/15204/index.html?lang=de>

² OECD / WHO „Review of Switzerland's Health Care System“; 2011

³ Die medizinische Grundversorgung beinhaltet per Definition alle präventiven, kurativen, rehabilitativen und palliativen Leistungen, die regelmässig von einem Grossteil der Bevölkerung in Anspruch genommen werden. Wenn man durch Krankheiten, Unfälle, hohes Alter oder chronische und mehrfache Erkrankungen auf Behandlung, Pflege oder Betreuung angewiesen ist, sollen diese Leistungen rasch und in hoher Qualität erbracht werden.

Diese medizinische Grundversorgung wird von verschiedenen Gesundheitsfachpersonen und Institutionen erbracht. Neben den Hausärztinnen und Hausärzten nehmen andere Fachärztinnen und Fachärzte sowie weitere Medizinalberufe und Gesundheitsberufe wichtige Aufgaben in der medizinischen Grundversorgung wahr. Als Beispiele zu nennen sind etwa Kinderärztinnen und Kinderärzte, Apothekerinnen und Apotheker, Angehörige der Psychologieberufe, Pflegenden, Physio- und Ergotherapeuten und -therapeutinnen oder medizinische Praxisassistentinnen.

Quelle: FAQs zur Volksabstimmung über den Gegenentwurf zur Volksinitiative „Ja zur Hausarztmedizin“ vom 24. Feb. 2014 (<http://www.bag.admin.ch/themen/berufe/13932/13933/14680/index.html?lang=de>)

⁴ Definition: „Selbstbehandlung ist, was Einzelpersonen, Familien und Gemeinschaften mit der Absicht tun, Gesundheit zu fördern, zu erhalten oder wiederherzustellen und Krankheit und Behinderung zu bewältigen. Dies kann mit der oder ohne die Unterstützung durch Gesundheitsberufe wie etwa Apotheker, Ärzte, Zahnärzte und Pflegepersonal erfolgen. Der Begriff Selbstbehandlung beinhaltet, ist aber nicht beschränkt auf Selbstprävention, Selbstdiagnose, Selbstmedikation und Selbstmanagement von Krankheit und Behinderung.“

Quelle: A cost/benefit analysis of self-care systems in the European Union. Final report. Gesundheit Österreich Forschungs- und Planungs GmbH im Auftrag der European Commission. April 2015

und ihren Familien durchgeführt wird. Zum anderen die Selbstbehandlung von selbstlimitierenden kleineren Erkrankungen. Die Selbstbehandlung kann die Gesundheitsversorgung durch Profis nicht ersetzen, allerdings erfordert eine Stärkung der Selbstbehandlung auch ein Umdenken der beteiligten Gesundheitsberufe in Bezug auf die Definition ihrer beruflichen Identität.

Dementsprechend hat sich die Rolle von Apothekerinnen und Apothekern in der Gesundheitsversorgung im Verlauf des 20. Jahrhunderts grundlegend verändert. National und international besteht der Trend zur Ausweitung der Tätigkeiten von Apothekerinnen und Apothekern in Richtung «Pharmaceutical Care», d. h. weg vom ursprünglichen Profil des Herstellers und Anbieters von Heilmitteln, hin zum Anbieter von zusätzlichen Dienstleistungen, Informationen und einer patientenzentrierten Betreuung. In der Schweiz hat dieser Trend ebenfalls zur Entwicklung und Erprobung von neuen Versorgungsmodellen, wie z. B. den netCare Apotheken, geführt.

1.2 Auftrag des Parlaments: Postulat Humbel (12.3864) zur Positionierung der Apotheken in der Grundversorgung

Mit dem Postulat Humbel (12.3864 «Positionierung der Apotheken in der Grundversorgung»)⁵ wird der Bundesrat beauftragt aufzuzeigen, welche Aufgaben Apotheken im Gesundheitswesen wahrnehmen können, wie ihr Tätigkeitsgebiet zur Sicherung der Grundversorgung ausgebaut werden kann und welche Auswirkungen eine Neupositionierung der Apotheken auf die Aus- und Weiterbildung sowie auf allfällige Vergütungsmodelle hat. Nötigenfalls sind gesetzliche Anpassungen vorzulegen.

Das Postulat Humbel beschreibt die Apotheken als Teil der medizinischen Grundversorgung, welche einen niederschweligen Zugang zur Selbstmedikation bieten und die pharmazeutische Fachkompetenz haben. Das Prinzip einer klaren Abtrennung zwischen Medikamentenverschreibung durch den Arzt oder die Ärztin und Medikamentenabgabe in der Apotheke wäre gemäss Postulat Humbel grundsätzlich richtig, da es im Idealfall eine Zweitmeinung bei der Medikation sowie eine Überwachung von Medikamententherapie und Compliance garantiere. In Kantonen mit Selbstdispensationsverbot hätten sich zudem teilweise erfolgreich Qualitätszirkel zwischen Apothekerinnen und Apothekern und Ärztinnen und Ärzten entwickelt. Da sich das Selbstdispensationsverbot jedoch nicht halten bzw. nicht konsequent umsetzen lasse, sollten sich Apothekerinnen und Apotheker als gutausgebildete medizinische Fachpersonen in der medizinischen Grundversorgung neu positionieren können, insbesondere auch in Anbetracht des sich abzeichnenden Mangels an Hausärztinnen und Hausärzten. Möglichkeiten für diese Neupositionierung sind gemäss Postulat Humbel neue Leistungen, welche direkt vom Apotheker oder der Apothekerin erbracht werden können (Impfungen oder Messungen, welche dann bei Bedarf zu einer Überweisung an einen Arzt oder eine Ärztin führen können), das Modell der netCare-Apotheken sowie eine bessere Ausnutzung der Informatisierung der Apotheken im Rahmen von eHealth.

Der Bundesrat hat sich mit seiner Stellungnahme vom 30.11.2012 bereit erklärt, in einem Kurzbericht die strategisch optimierte Nutzung der pharmazeutischen Fachkompetenz in der Grundversorgung aufzuzeigen. Er weist in seiner Stellungnahme insbesondere auf die Bedeutung der interdisziplinären Zusammenarbeit der verschiedenen Gesundheitsberufe hin - einerseits um regionale Engpässe in der Gesundheitsversorgung zu verhindern und andererseits um eine sichere und integrierte Versorgung zugunsten der Patientin und des Patienten zu gewährleisten. In diesem Zusammenhang werde es wesentlich sein, die Rollen und Aufgaben der verschiedenen Berufsgruppen in der Versorgungskette zu klären.

1.3 Problemstellung

Im Postulat Humbel wird nach der Positionierung der *Apotheken* gefragt. Der Bundesrat fokussiert im nachfolgenden Bericht jedoch auf die Rolle und Aufgaben der Berufsgruppen, also auf die Rolle der *Apothekerinnen und Apothekern als Leistungserbringer* in der medizinischen Grundversorgung. Der

⁵ http://www.parlament.ch/d/suche/seiten/geschaefte.aspx?gesch_id=20123864

Fokus liegt dabei zudem auf den Leistungen der *Offizinapothekerinnen und –apothekern*, also auf dem *ambulanten Bereich*. Dies aus den folgenden Gründen:

Aussagen zur künftigen Positionierung der *Apotheken als Standort* sind schwierig: öffentliche Apotheken und Spitalapotheken übernehmen zwar eine wesentliche Funktion in der Gesundheitsversorgung. Es zeigt sich jedoch, dass Aussagen über die künftigen Strukturen und damit über eine künftige Positionierung einer Apotheke als Standort sehr schwierig zu treffen sind. Einerseits verändern sich Vertriebsstrukturen von Heilmitteln fortlaufend, getrieben von der internationalen Entwicklung. Andererseits bieten gerade öffentliche Apotheken nicht nur Dienstleistungen in der medizinischen Grundversorgung an. Sie verfügen je nach Geschäftsmodell über ein Warensortiment, das z.B. auch Kosmetika und Parfümerieartikel umfasst, was sich wiederum auf die Gewinn- und Umsatzentwicklung der ganzen Apotheke auswirkt. Daher fokussiert dieser Bericht auf den *pharmazeutischen Dienstleistungen*, die eine Apothekerin oder ein Apotheker in der medizinischen Grundversorgung erbringt.

Aufgrund der einleitend dargelegten Entwicklungen muss sich die Gesundheitsversorgung stärker auf die Langzeitversorgung von Chronischkranken ausrichten sowie das Prinzip der Selbstbehandlung stärken. Der Bericht ist deshalb auf die *ambulante Grundversorgung* ausgerichtet, da in diesem Bereich ein besonderer Bedarf an neuen Versorgungsmodellen besteht. Zu diesem Schluss kommt auch der Bericht der Arbeitsgruppe «Neue Versorgungsmodelle für die medizinische Grundversorgung» von GDK und BAG⁶. Ziel muss es sein, das Potential von Apothekerinnen und Apothekern als hoch qualifizierte Arzneimittel-Spezialistinnen und –Spezialisten in solchen neuen Versorgungsmodellen optimal auszuschöpfen.

Grundsätzlich deckt sich diese Fokussierung auch mit dem Wortlaut des Postulats, in welchem als Beispiele für eine Neupositionierung mögliche neue Aufgaben von Apothekerinnen und Apothekern in der ambulanten Grundversorgung beschrieben werden.

Ein weiterer zentraler Aspekt ist nach Ansicht des Bundesrates, dass die Positionierung der Apothekerinnen und Apotheker in der Grundversorgung nicht isoliert betrachtet wird; sie muss mit einer interdisziplinären Sichtweise bzw. *unter dem Dach der koordinierten Versorgung* geprüft werden. Der Bundesrat und das Bundesamt für Gesundheit (BAG) verfolgen dabei einen gesamtheitlichen Ansatz im Rahmen des neuen Verfassungsartikels 117a zur medizinischen Grundversorgung und der Strategie Gesundheit 2020 (G2020). Die Positionierung der Apothekerinnen und Apotheker als Teil der medizinischen Grundversorgung soll sich darin einfügen. Durch den Fokus auf diesen gesamtheitlichen Ansatz wird verhindert, dass eine Berufsgruppe einseitig gefördert und der Blick aufs Ganze verloren wird. Ziel muss es vielmehr sein, die verschiedenen Kompetenzen der verschiedenen Berufsgruppen sowie deren Synergiepotential optimal zu nutzen, um damit eine optimale Versorgung der Patientinnen und Patienten zu gewährleisten. Deren Bedürfnisse sollen dabei im Vordergrund stehen.

1.4 Aufbau des Berichts und verwendete Grundlagen

Als Grundlage für den Bericht wurde eine Situationsanalyse durchgeführt, um darauf basierend evidenzbasierte Handlungsempfehlungen und Massnahmen ableiten zu können. In einem ersten Teil der Situationsanalyse (Kapitel 2) wird ein Überblick zum Umfeld gegeben, in dem sich Apothekerinnen und Apotheker in der ambulanten Grundversorgung bewegen. Zur Erarbeitung dieses Teils der Situationsanalyse wurden verschiedene bestehende Studien und Datenquellen hinzugezogen. In einem zweiten Teil der Situationsanalyse werden die heutige Rolle von Apothekerinnen und Apotheker in der ambulanten Grundversorgung und sich abzeichnende Entwicklungen genauer analysiert. Zu diesem Zweck hat die Verwaltung die folgenden Studien erstellen lassen, deren Ergebnisse und Schlussfolgerungen in Kapitel 3 erläutert werden:

⁶ Schweizerische Gesundheitsdirektorenkonferenz und Bundesamt für Gesundheit (2012). „Neue Versorgungsmodelle für die medizinische Grundversorgung“. Bericht der Arbeitsgruppe „Neue Versorgungsmodelle für die medizinische Grundversorgung“ von GDK und BAG. Bern.

Gutachten BASS und IZAA⁷

Die Verwaltung hat 2014 zwei externe Gutachten erstellen lassen, in welchen verschiedene Modelle der interdisziplinären/interprofessionellen Zusammenarbeit von Apothekerinnen und Apothekern und anderen Medizinal- und Gesundheitsfachpersonen im In- und Ausland beleuchtet wurden. Dabei wurde im Rahmen einer Literaturlanalyse ein Überblick solcher Modelle im In- und Ausland geschaffen und analysiert, ob und wie die verschiedenen Modelle tatsächlich zur Verbesserung der Behandlungsqualität beitragen können. Zudem wurde geprüft, welche Faktoren zum Erfolg bzw. Misserfolg der verschiedenen Modelle beitragen können.

Systemische Analyse⁸

Ziel der systemischen Analyse war es, die bestehenden Informationen und Beobachtungen zur Rolle der Apothekerinnen und Apotheker in der Grundversorgung miteinander zu vernetzen und auf ihre Ganzheitlichkeit zu überprüfen, d. h. die Problemstellung als vernetzte, dynamische Ganzheit zu betrachten, inkl. allen Wechselbeziehungen mit der Umwelt. Die Vernetzung machte es möglich, u. a. die Dynamik und Schlüsselgrössen im System zu identifizieren bzw. eine Wirkungsanalyse durchzuführen und daraus Handlungsempfehlungen abzuleiten.

In Kapitel 4 werden die aus der Situationsanalyse resultierenden Ziele und Handlungsempfehlungen zur Neupositionierung von Apothekerinnen und Apothekern in der ambulanten Grundversorgung dargelegt. Kapitel 5 beschreibt die bereits laufenden und geplanten Massnahmen des Bundesrates zur Erreichung dieser Ziele und in Kapitel 6 schliesslich werden die Schlussfolgerungen spezifisch auf die im Postulat genannten Aspekte zusammengefasst.

In jedem Kapitel wird im Rahmen einer kurzen Einleitung noch einmal erklärt, welche Überlegungen hinter den nachfolgenden Ausführungen im jeweiligen Kapitel stehen.

⁷ Interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen Apothekern und anderen universitären Medizinalpersonen und / oder Gesundheitsfachpersonen. Büro für arbeits- und sozialpolitische Studien BASS; Gesundheitsökonomische Studien und Beratung Andreas Frei IZAA. 2014. *werden zeitgleich mit dem Postulatsbericht publiziert*

⁸ Schulung und Unterstützung für die systemische Analyse – Rolle der Apotheker in der Medikamenten-Grundversorgung der Schweiz. BSK Organisationsentwicklung. Juni 2014. *nicht publiziert*

2 Situations-Analyse Teil 1: In welchem Umfeld bewegen sich Apothekerinnen und Apotheker in der ambulanten Grundversorgung? Ein Überblick der Rahmenbedingungen in der Schweiz.

Welche Rolle sollen Apothekerinnen und Apotheker künftig in der ambulanten Grundversorgung einnehmen? Um dies festzustellen, erscheint es sinnvoll, die heutige Situation zu erfassen. In einem ersten Teil wird das Umfeld dargelegt, in dem Offizinapothekerinnen und -apotheker heute in der Schweiz ihre Leistungen erbringen. Dazu wird nach einem kurzen Überblick zur Apothekenlandschaft Schweiz⁹ aufgezeigt, welche wichtigen Einflussfaktoren wie die Regelung der Selbstdispensation und welche Erwartungen der Bevölkerung an die Apothekerinnen und Apotheker bestehen. Zum Abschluss werden einige Vergleiche zum Ausland gezogen.

2.1 Apothekenlandschaft Schweiz heute

Zahl und Verteilung der öffentlichen Apotheken

Etwas mehr als 5'329 Apothekerinnen und Apotheker arbeiten in 1764 öffentlichen Apotheken, die vor allem in den Agglomerationen ein sehr gut ausgebautes Netz bilden. Die *Apotheken-Dichte* unterscheidet sich in den verschiedenen Regionen der Schweiz: im Durchschnitt liegt der Bestand bei 21 Apotheken auf 100'000 Einwohner (oder rund 4'700 Einwohner pro Apotheke), wobei der Bestand insbesondere in der Zentral- und Ostschweiz bzw. in den meisten Kantonen der Deutschschweiz generell tiefer und in der Genferseeregion, der Nordwestschweiz und im Tessin generell höher liegt. (Quelle: Bundesamt für Statistik BFS 17.8.2015; Spitalapotheken nicht eingerechnet)

Branchenstruktur

Man kann in der Schweiz zwischen den *unabhängigen Apotheken* und den *Kettenapotheken* unterscheiden. Seit einigen Jahren nimmt die Anzahl an Kettenapotheken kontinuierlich zu; Ende 2013 waren 529 von insgesamt 1744 Apotheken in Ketten organisiert, 1215 Apotheken waren unabhängig (Quelle: Schweizer Apotheken 2014, pharmaSuisse). Kettenapotheken beanspruchten damit im Jahr 2014 einen Marktanteil von nahezu 30%. 49% aller Apotheken sind zwar weiterhin unabhängig, haben sich aber zu Gruppierungen zusammengeschlossen, damit sie konkurrenzfähig bleiben (z. B. TopPharm oder Rotpunkt-Apotheken). Fusionen unter diesen Gruppierungen dürften in Zukunft zunehmen. «Klassische Apotheken» verlieren durch diese Trends an Bedeutung – In den letzten dreizehn Jahren haben 149 klassische Apotheken ihre Türen geschlossen. Dem standen 139 Neueröffnungen und 77 Umwandlungen von Drogerien in Apotheken gegenüber.¹⁰

Bedeutung der öffentlichen Apotheken für die Arzneimittelabgabe

Die Übersicht zum Gesundheitswesen Schweiz 2015 von Interpharma zeigt, dass öffentliche Apotheken der *wichtigste Absatzkanal für Medikamente* sind. Über den Absatzkanal der öffentlichen Apotheken wurden im Jahr 2014 wertmässig insgesamt 51.4% aller Medikamente verkauft, das entspricht einem mengenmässigen Marktanteil von 57.1%. Die durchschnittliche Anzahl Kunden pro Apotheke lag 2012 bei 53'938 Kunden pro Jahr bzw. 176 Kunden pro Tag. (Quelle: Schweizer Apotheken 2014, pharmaSuisse). Gemäss Medicpool und der rollenden Kostenstudie werden in einer Apotheke täglich gut 60-mal Medikamente per Rezept bezogen. Neben diesem Medikamentenabsatz erzielt eine durchschnittliche öffentliche Apotheke schätzungsweise rund 24% des Umsatzes mit nicht verordneten Medikamenten bzw. mit Produkten aus dem Selbstmedikations- und Gesundheitsbereich.¹¹

⁹ Aufgrund der erwähnten Gründe wird im Rahmen dieses Berichts auf eine umfassende Analyse der Apotheken-Struktur in der Schweiz verzichtet. Wie sich die Apothekenzahl und deren Leistungen in den verschiedenen Regionen der Schweiz (beispielsweise in der Stadt vs. auf dem Land) entwickelt, könnte allenfalls im Rahmen der Versorgungsforschung genauer untersucht werden. Das BAG plant in diesem Zusammenhang eine Studie, welche Informationen zur Verteilung und Art der Apotheken in der Schweiz liefern soll.

¹⁰ Willy Oggier (Hrsg.); Gesundheitswesen Schweiz 2015 – 2017

¹¹ Willy Oggier (Hrsg.); Gesundheitswesen Schweiz 2015 – 2017

Im Jahr 2014 betrug der Anteil kassenpflichtiger Medikamente am Gesamtumsatz für Arzneimittel zu Herstellerabgabepreisen rund 81.4% oder 4160 Millionen Franken. Dabei wurden 2014 wertmässig rund 50% der kassenpflichtigen Medikamente in Apotheken verkauft, mengenmässig entspricht das einem Marktvolumen von 58%.

2.2 Ärztliche Medikamentenabgabe (Selbstdispensation, SD)

Ein zweiter wichtiger Absatzkanal im Medikamentenmarkt Schweiz sind die selbstdispensierenden Ärztinnen und Ärzte (SD-Ärztinnen und –Ärzte). 2013 gab es in der Schweiz über 5900 praktizierende Ärztinnen und Ärzte mit entsprechender Patientenapotheke. Damit macht diese Gruppe rund 40% aller praktizierenden Ärztinnen und Ärzte aus.

Der Medikamentenverkauf durch SD-Ärztinnen und –Ärzte ist je nach Kanton anders geregelt. Derzeit haben 9 Kantone (AG, BS, JU, NE, VD, FR, GE, VS, TI) ein Rezeptursystem (also Abgabe auf Rezept in der Apotheke), wobei in Ausnahmefällen auch die Selbstdispensation möglich ist. Die Kantone BE und GR sehen Mischsysteme vor. In allen übrigen Kantonen ist die SD ohne Einschränkung erlaubt.

Über diesen Absatzkanal wurden im Jahr 2014 wertmässig insgesamt 24.5% aller Medikamente verkauft, das entspricht einem mengenmässigen Marktanteil von 19.3%. Rund 30% der kassenpflichtigen Medikamente wurden zudem mengenmässig durch SD-Ärzte verkauft.¹²

Einfluss der SD auf die Versorgungsstrukturen:

Polynomics hat 2013 im Auftrag des BAG die Auswirkungen der Medikamentenabgabe durch die Ärzteschaft (Selbstdispensation) auf den Arzneimittelkonsum und die Kosten zu Lasten der OKP untersucht und dabei Daten auf Patientenebene analysiert¹³. Polynomics fasst die wichtigsten Ergebnisse dieser Studie wie folgt zusammen:

1. SD-Patientinnen und -Patienten haben *ceteris paribus* niedrigere Medikamentenausgaben. Inklusive der leistungsorientierten Abgeltung (LOA) beträgt der Einfluss rund –13 Prozent, exklusive LOA rund –6 Prozent.
2. SD-Patientinnen und -Patienten haben eine höhere Wahrscheinlichkeit, dass preisgünstige Präparate (z. B. Generika) gewählt werden.
3. Die Ausgaben für ärztliche Leistungen sind bei SD- Patienten rund 8 Prozent höher als bei vergleichbaren anderen Patientinnen. SD-Patienten weisen auch signifikant mehr Konsultationen bei niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten auf.
4. Der Einfluss der SD auf die Gesamtausgaben für OKP-Leistungen ist statistisch nicht signifikant.

Wie Polynomics selber bemerkt, ist diese Studie mit mehreren Limitationen behaftet. So wurden z. B. die Angemessenheit der Behandlung, die Qualität der Behandlung und die Patientenzufriedenheit nicht betrachtet. Für eine umfassende Beurteilung des Systems der ärztlichen Medikamentenabgabe wäre eine Analyse dieser Grössen unumgänglich. Zudem wurde der Einfluss der SD bei gegebener Versorgungssituation der Patientinnen und Patienten analysiert. Mögliche dynamische Effekte der SD auf die Versorgungsstrukturen – beispielsweise auf die Zusammenarbeit von Grundversorgern und Spezialärztinnen und Spezialärzten – wurden nicht untersucht.

So weisen z. B. Kantone mit einem hohen Anteil SD-Ärztinnen und –Ärzte gegenüber den anderen Kantonen in der Regel eine deutlich niedrigere Apothekendichte auf¹⁴. Diese beträgt in reinen Verschreibungskantonen rund 3.5 Apotheken pro 10'000 Einwohner. In SD-Gebieten liegt sie bei 1 Apotheke pro 10'000 Einwohner. Die SD wirkt sich auch auf den Umsatz aus: In reinen Verschreibungsgebieten werden 96% der Medikamente über die Apotheken verkauft. In SD-Gebieten verkaufen Ärztinnen und Ärzte 85% der kassen- und verschreibungspflichtigen Medikamente direkt an

¹² Gesundheitswesen Schweiz. Interpharma. 2015

¹³ Auswirkungen der Medikamentenabgabe durch die Ärzteschaft (Selbstdispensation) auf den Arzneimittelkonsum und die Kosten zu Lasten der OKP. Studie im Auftrag des BAG. Polynomics. 10. Feb. 2014

¹⁴ Gesundheitswesen Schweiz. Interpharma. 2015

ihre Patientinnen und Patienten. Apothekendichte und Umsatzverteilung widerspiegeln damit deutlich den Einfluss der unterschiedlichen kantonalen Gesundheitsgesetze.¹⁵

Die ärztliche Medikamentenabgabe führt zur Überschneidung der Tätigkeitsgebiete von Ärztin oder Arzt und Apothekerin oder Apotheker. Dies wiederum führt zu einer Konkurrenzsituation in der medizinischen Grundversorgung, welche die Zusammenarbeit zwischen den Berufsgruppen erschweren kann. So wurde auch in den beiden Gutachten BASS und IZAA die SD als Hindernisfaktor für die Zusammenarbeit identifiziert. Zum selben Schluss kommt Willy Oggier in seiner Übersicht zum Gesundheitswesen Schweiz 2015 – 2017: in SD-Kantonen verhinderten mangelnde Kompetenzabgrenzung Apotheker/Arzt und das legale Gewinnstreben der SD-Praxen über den Medikamentenverkauf die Entwicklung von Qualitätszirkeln.

Auswirkung der SD auf die Positionierung der Leistungen von Apothekerinnen und Apothekern:

Obwohl die SD also tendenziell als Hindernisfaktor zur Zusammenarbeit von Apothekerinnen und Apothekern mit Ärztinnen und Ärzten bezeichnet werden muss, teilt der Bundesrat die Einschätzung des Postulats Humbel, dass eine Einschränkung der Selbstdispensation nicht umsetzbar ist. So sah der Vorentwurf zur ordentlichen Revision des Heilmittelgesetzes (HMG), der in die Vernehmlassung ging, vor, die SD einzuschränken¹⁶. Der Bundesrat hat diesen Vorschlag aufgrund des massiven Widerstands, der sich in den verschiedenen Stellungnahmen zeigte, aber wieder aus der Vorlage gestrichen. Es entspricht einem Bedürfnis der Bevölkerung, die Arzneimittel auch direkt bei der Ärztin oder dem Arzt beziehen zu können, weshalb dieser Zugang nicht eingeschränkt werden soll. Durch die genannte HMG-Revision soll aber sichergestellt werden, dass die Patientin oder der Patient jederzeit die Wahlfreiheit hat, bei welchem Leistungserbringer sie oder er ein Arzneimittel beziehen will (s. Abschnitt 5.2). Die Patientin oder der Patient soll also bei Bedarf auch von der SD-Ärztin oder vom SD-Arzt ein Rezept verlangen dürfen und das Arzneimittel anschliessend bei der Apotheke beziehen. Zudem liegt die Bewilligung zur Selbstdispensation in kantonaler Kompetenz. An dieser Kompetenzverteilung will der Bundesrat nichts ändern.

Da die SD aber einen grossen Einfluss auf die Zusammenarbeit von Apothekerinnen und Apothekern mit Ärztinnen und Ärzten hat, ist diesem Faktor bei der angestrebten Positionierung der Leistungen der Apothekerinnen und Apotheker in der medizinischen Grundversorgung Rechnung zu tragen.

2.3 Pharmazeutische Leistungen in der Grundversorgung und ihre Vergütung

Gemäss heutiger Regelung zu pharmazeutischen Leistungen übernimmt die Versicherung die Kosten folgender Leistungen der Apothekerinnen und Apotheker (Art. 4a Abs. 1 KLV¹⁷)¹⁸:

- Beratung beim Ausführen einer ärztlichen Verordnung, die mindestens ein Arzneimittel der Spezialitätenliste enthält;
- Ausführung einer ärztlichen Verordnung ausserhalb der ortsüblichen Geschäftszeiten, wenn ein Notfall vorliegt;
- Ersatz eines ärztlich verordneten Originalpräparates oder eines Generikums durch ein preisgünstigeres Generikum;
- ärztlich angeordnete Betreuung bei der Einnahme eines Arzneimittels.

Die Versicherung kann zudem die Kosten von weitergehenden kostendämpfenden Leistungen zugunsten einer Gruppe von Versicherten im Rahmen eines Tarifvertrages übernehmen (Art. 4a Abs. 2 KLV). Entsprechende Leistungen müssen sich aber immer in die gemäss Art. 25 Abs. 2 Bst. h

¹⁵ Willy Oggier (Hrsg.); Gesundheitswesen Schweiz 2015 – 2017

¹⁶ Vernehmlassungsunterlagen zur Ordentlichen Revision des Heilmittelgesetzes (2. Etappe) vom November 2009. <https://www.admin.ch/ch/d/gg/pc/ind2009.html#>

¹⁷ Verordnung des EDI über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (SR 832.112.31, Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV)

¹⁸ Die bei der Medikamentenabgabe erbrachte Logistikleistung wird durch den Vertriebsanteil finanziert, der im Rahmen der Festlegung von Höchstpreisen bei Arzneimitteln der Spezialitätenliste abgedeckt wird.

KVG¹⁹ für Apothekerinnen und Apotheker vorgesehene Rolle einfügen und somit mit der Abgabe von ärztlich verordneten Arzneimitteln verbunden sein.

Gemäss Art. 43 Abs. 1 KVG müssen die Leistungserbringer ihre Rechnungen nach Tarifen oder Preisen erstellen. Die Vergütung der Leistungen ist nach Art. 43 Abs. 4 KVG in Verträgen zwischen Versicherern und Leistungserbringern zu vereinbaren, soweit in den vom Gesetz bestimmten Fällen Tarife und Preise nicht von den zuständigen Behörden festgesetzt werden. Einzelleistungstarife müssen gemäss Art. 43 Abs. 5 KVG auf einer gesamtschweizerisch vereinbarten einheitlichen Tarifstruktur beruhen. Dementsprechend haben der Schweizerische Apothekerverband (pharmaSuisse) und die Krankenversicherer in zwei Verträgen die Tarifstruktur für Apothekerleistungen sowie die Modalitäten für deren Vergütung festgehalten (Tarifstruktur-Vertrag und Tarifvertrag LOA IV/1²⁰).

Im *Tarifstruktur-Vertrag LOA IV/1* zwischen pharmaSuisse, santésuisse und curafutura werden die pharmazeutischen Leistungen nach Art. 4a Abs. 1 KLV beschrieben und die zu verrechnenden Tarife festgelegt. Zusätzlich wurde auf Basis von Art. 4a Abs. 2 KLV der *Polymedikations-Check (PMC)* mit und ohne Wochen-Dosiersystem als weitere pharmazeutische Leistung aufgenommen. Diese Leistung kann der Apotheker oder die Apothekerin im Einvernehmen mit dem Patienten oder der Patientin erbringen, wenn dieser oder diese mindestens vier unterschiedliche Arzneimittel-Spezialitäten gleichzeitig über längere Zeit (mindestens drei Monate) auf ärztliche Verordnung einnehmen muss. Der PMC darf maximal zweimal pro Jahr verrechnet werden. Im Tarifstruktur-Vertrag werden ausserdem die Qualitätsstandards festgehalten. Die Verwaltung des vom Effizienzbeitrag alimentierten Qualitätsfonds ist ebenfalls in diesem Vertrag geregelt. Mit den Mitteln dieses Qualitäts- und Forschungsfonds sollen insbesondere Qualitätsprojekte (z. B. interdisziplinäre Qualitätszirkel) oder Pilotversuche zur Evaluierung neuer pharmazeutischer Leistungen oder neuer Formen der Zusammenarbeit (z. B. Interprofessionelle Pilotprojekte) finanziert werden. Die Tarifstruktur und die damit verbundene Qualitätssicherung gilt neu für alle Schweizer Apotheken und nicht mehr, wie bisher, nur für die LOA-Vertragsapotheken.

Im *Tarifvertrag LOA IV/1* zwischen pharmaSuisse, tarifsuisse ag, HSK und CSS sind die Modalitäten betreffend Taxpunktwert, Effizienzbeitrag, Abrechnung und Monitoring der Apothekerleistungen festgehalten. Dieser Tarifvertrag gilt nur für Apothekerinnen und Apotheker, die diesem schriftlich beigetreten sind.

Der Bundesrat hat diese beiden Tarifverträge am 11. Dezember 2015 genehmigt; die Genehmigung gilt jeweils befristet bis Ende Juni 2019.

Gemäss Ausblick von pharmaSuisse²¹ beabsichtigen die Tarifpartner, bis Ende 2018 ein neues Abgeltungsmodell LOA V zu entwickeln, das die Vertriebsleistungen der Apothekenbetriebe und die patientenorientierten Leistungen des Fachpersonals besser abgrenzt und sachgerecht abgilt. Die Fachleistungen sollen durch klar definierte Zeit- und Leistungstarife ergänzt werden. Da sich aus den aktuellen Gesetzesrevisionen erweiterte Kompetenzen für Apothekerinnen und Apotheker ergeben, soll ein zusätzliches Tarifbudget für neue, bisher nicht erbrachte Apothekerleistungen wie das Impfen definiert werden. Damit neue Leistungen zu Lasten der OKP tarifiert werden können, sollen sie unter anderem dem Wirtschaftlichkeitsgebot nach KVG entsprechen und monitoriert werden.

Gemäss der Übersicht zum Gesundheitswesen Schweiz 2015 – 2017 werden über die ganze Schweiz schätzungsweise 62% des Umsatzes in den Apotheken mit Leistungen zu Lasten der Obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) erwirtschaftet, das heisst den Krankenkassen in Rechnung gestellt. Diese Leistungen zu Lasten der OKP würden schätzungsweise 50 – 60 % der Arbeitszeit einer Apothekerin oder eines Apothekers in Anspruch nehmen. In der verbleibenden Zeit sei der Apotheker oder die Apothekerin mit den Anliegen und gesundheitlichen Problemen der Tageskunden beschäftigt. Eine Kernaufgabe in diesem Zusammenhang sei eine sorgfältige pharmazeutische Triage. Hier

¹⁹ Bundesgesetz über die Krankenversicherung (SR 832.10, KVG)

²⁰ Tarifvertrag (LOA IV) zwischen dem Schweizerischen Apothekerverband (pharmaSuisse) und santésuisse – Die Schweizer Krankenversicherer, Version vom 6.3.2009; <http://www.pharmasuisse.org/de/dienstleistungen/Themen/Seiten/LOA.aspx>

²¹ pharmaSuisse – Informationen zum neuen Tarifvertrag LOA IV/1 und Ausblick auf LOA V
http://www.pharmasuisse.org/data/Oeffentlich/de/Themen/LOA_Nichtmitglied_dt_Print.pdf

fänden sich systembedingt ungenutzte Kompetenzen der Apothekerin oder des Apothekers – z. B. weitergehende Analysen oder Leistungen im Disease Management.²²

2.4 Erwartungen der Bevölkerung gegenüber den Apothekerinnen und Apothekern

Eine Neupositionierung der Apothekerinnen und Apotheker in der Grundversorgung muss, wie eingangs erwähnt, auch auf die *Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten* ausgerichtet sein. Der Apothekenmonitor 2016 (gfs.bern; März 2016; Studie im Auftrag der pharmaSuisse) fasst die Wahrnehmung und Erwartungen der Schweizer Bevölkerung²³ gegenüber den in den öffentlichen Apotheken erhaltenen Angeboten wie folgt zusammen:

- *Apotheker sind hochgeschätzte Gesundheitsprofis*: Apothekerinnen und Apotheker sind in den Augen der Schweizer Bevölkerung hochgeschätzte Gesundheitsprofis, die hohes Vertrauen geniessen.
- *Ausbau des bekannten Dienstleistungsportfolios*: Das breite Dienstleistungsportfolio der Apotheken ist besser in den Köpfen verankert als auch schon. Während etablierte Angebote wie Beratungen zu Medikamenten konstant hohes Interesse hervorrufen, steigt die Aufmerksamkeit für neue Leistungen wie Diabetes- oder Darmkrebs-Tests oder bisher wenig abgebildete zusätzliche Bedürfnisse wie diskrete Beratungsmöglichkeiten machen sich bemerkbar.
- *Apotheken als Erstanlaufstellen gefestigt*: Der Gang in die Apotheke bei leichten Gesundheitsstörungen ist erstmals für einen grösseren Bevölkerungsanteil naheliegender als der Besuch beim Arzt. Dennoch müssen die Apotheken weiterhin bemüht bleiben, als Erstanlaufstelle attraktiv zu sein. Die zunehmende Nähe zu Dienstleistungen, die bisher von der Ärzteschaft angeboten wurden, führen auch zu einem Anstieg in der gewünschten Servicequalität.
- *Neue Trendgruppen*: Es kristallisieren sich soziodemografisch klar umrissene Gesellschaftsgruppen heraus, die sich bei leichten Gesundheitsstörungen heute deutlich eher an Apotheken wenden als noch 2015 oder 2014. Es sind dies Junge, Personen, die in der Romandie leben oder die eine eher rechtsbürgerliche Gesinnung haben. Personen mit einer sehr hohen oder sehr tiefen Franchise wenden sich seit dem letzten Jahr nicht systematisch mehr an Apotheken, Personen mit einer mittleren Franchise hingegen eindeutig schon.
- *Aufhebung der Rezeptpflicht setzt sich in Köpfen fest*: Die Revision des Heilmittelgesetzes befeuerte die Auseinandersetzung zwischen Apotheken und der Ärzteschaft um die Kompetenzverteilung im Gesundheitswesen. Die Aufhebung der Rezeptpflicht wird von der Bevölkerung aktiv wahrgenommen und beeinflusst das Urteil über Apotheken eher positiv. Dieser Trend ist jedoch (noch) nicht gefestigt.
- *Preisdiskussion nach wie vor existent, aber weniger salient*: Die Diskussion rund um Preise von Dienstleistungen und Medikamenten ist dieses Jahr deutlich weniger prägend als in den letzten Jahren. Eine Reihe Aussagen zur Preispolitik wird zwar leicht kritischer beurteilt als letztes Jahr, die Zahlungsbereitschaft für einzelne Dienstleistungen ist aber insgesamt gestiegen.
- *Neue Marktentwicklungen*: Die Möglichkeit, Medikamente online zu bestellen wird bisher nur klar minderheitlich genutzt. Offensichtlich wird der direkte Austausch geschätzt, denn je stärker die Abneigung gegen Online-Versandapotheken, desto grösser die Zufriedenheit mit dem Service in Apotheken. Nichts desto trotz verweisen die Angaben zu den verschiedenen webbasierten Dienstleistungen (Netcare, Nutzung soziale Medien) zumindest in der Gruppe der unter 40-Jährigen auf steigende Tendenzen. Ganz ähnlich wie im Detailhandel generell ist mit damit einhergehenden Marktveränderungen zu rechnen.

Die Studie der gfs.bern kommt insgesamt zum Fazit, dass Apothekerinnen und Apothekern weiterhin eine zentrale Rolle im Schweizerischen Gesundheitssystem zukommt. Die Ausgangslage für den weiteren Ausbau von Verantwortungsbereich und Stellung der Apotheken sei aktuell sowohl seitens der politischen Agenda als auch hinsichtlich der Wahrnehmung in der Bevölkerung gegeben.

²² Willy Oggier (Hrsg.); Gesundheitswesen Schweiz 2015 – 2017

²³ Stichprobengrösse (Total Befragte N) = 1212

Commonwealth Fund Befragung 2014

Ein Potential für den Ausbau des Verantwortungsbereichs ergibt sich auch aus einer Commonwealth Fund Befragung von 2014²⁴: Ein Viertel aller Befragten (24,5%) beurteilt die medizinische Betreuung der 55-jährigen und älteren Personen an Abenden, Wochenenden und Feiertagen als «sehr oder ziemlich schwierig». Dementsprechend würden sich 54,6% aller 55-jährigen und älteren Befragten Personen in der Schweiz bei *einfacheren Erkrankungen* wie zum Beispiel beim Verdacht auf Harnwegsinfektionen, Bindehautentzündungen oder Sodbrennen auch mit einer Diagnose und Behandlung durch Apothekerinnen und Apotheker zufrieden zeigen. Bei *kleineren Verletzungen* würden 83,3% der Befragten eine Behandlung in der Apotheke sinnvoll finden. Dabei sieht man einen klaren Altersgradienten: Tiefere Altersgruppen sind eher bereit als ältere Gruppen, solche Behandlungen durch Apothekerinnen und Apotheker anstelle von Ärztinnen und Ärzten vornehmen zu lassen. Es kann davon ausgegangen werden, dass die Akzeptanz bei den Personen unter 55 Jahren tendenziell noch höher wäre. Interessant ist, dass die Akzeptanz von Behandlungen in der Apotheke je nach Sprachregion unterschiedlich ausfällt: In der Italienischen Schweiz ist man durchwegs weniger einverstanden, bestimmte Behandlungen in der Apotheke anstatt der Arztpraxis vornehmen zu lassen als in den beiden anderen Sprachregionen. Bei der «Behandlung einfacher Erkrankungen» ist die Zustimmung sowohl in der Italienischen (44,9%) als auch der Französischen Schweiz (mit 47,9% nur beinahe) signifikant tiefer als jene in der Deutschschweiz (57,7%).

Im Bereich der *Prävention* wären gemäss Commonwealth Fund Befragung 67,5% aller Befragten bereit, sich in der Apotheke gegen Grippe oder bei anstehenden Reisen impfen zu lassen. Weitere 57,4% aller Befragten könnten sich vorstellen, bei Risikofaktoren wie Alkohol- und Tabakkonsum sowie bei Übergewicht die Beratung in der Apotheke anstelle der Arztpraxis in Anspruch zu nehmen. 79,9% können sich die Durchführung von Routineuntersuchungen zu Blutdruck, Cholesterin oder Blutzucker in der Apotheke vorstellen.

Im Bereich *Begleitmassnahmen bei der Medikamentenabgabe* erreicht die Schweiz einen vergleichsweise guten Wert bei der *Überprüfung der Medikamente durch eine Fachperson* (72,5%). Bei der *Erklärung der Nebenwirkungen* schneidet sie hingegen eher «mittelmässig» ab (47,1%). Gemeinsam mit Frankreich (27,9%) ist die Schweiz zudem jenes Land, wo mit einem Anteil von 38,1% am wenigsten mit *Medikamentenlisten* gearbeitet wird. Dementsprechend würden 54,7% eine regelmässige *Überprüfung der genommenen Medikamente* durch die Apothekerin oder den Apotheker begrüssen.

2.5 Blick ins Ausland

Im europäischen Vergleich (Europa: rund 3'300 Einwohner pro Apotheke) liegt die Apotheken-Dichte in der Schweiz im Mittelfeld, d. h. vor Ländern wie Frankreich, Italien und Deutschland aber deutlich hinter Österreich (Quelle: Schweizerischer Apothekenverband – Geschäftsbericht 2010). Dabei ist zu beachten, dass die Apothekenmärkte extrem unterschiedlich reguliert sind, wodurch die Apotheken-Dichte in ganz Europa stark variiert. Diese nationalen Besonderheiten machen einen internationalen Vergleich der Apotheken-Strukturen und deren Bedeutung für das Versorgungssystem schwierig. Da der Schwerpunkt dieses Berichts zudem auf der Positionierung der pharmazeutischen Leistungen in der Grundversorgung liegt, soll hier auch keine detaillierte Analyse der internationalen Apothekenlandschaft vorgenommen werden. Es sei beispielhaft auf die folgenden Studien verwiesen: Die Gesundheit Österreich Forschungs- und Planungs GmbH hat 2012 im Auftrag der dänischen Apothekerkammer die Auswirkungen von (De-)Regulierung im Apothekenwesen untersucht²⁵. Für die Studie wurden verschiedene deregulierte Länder (England, Irland, Niederlande, Norwegen, Schweden) mit regulierten Ländern (Dänemark, Finnland, Österreich, Spanien) verglichen. Im Fokus dieser europäischen Vergleichsstudie stand die Frage, welchen Einfluss das Ausmass der Regulierung auf Zugänglichkeit, Qualität und Wirtschaftlichkeit im Apothekenwesen hat. Die Studie

²⁴ Camenzind, P.& Petrini, L. (2014). *Personen ab 55 Jahren im Gesundheitssystem: Schweiz und internationaler Vergleich 2014. Auswertung der Erhebung «The Commonwealth Fund's 2014 International Survey of Older Adults» im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit (BAG)* (Obsan Dossier 43). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.

²⁵ Gesundheit Österreich Forschungs- und Planungs GmbH. Impact of pharmacy deregulation and regulation in European countries. März 2012. <http://www.goeg.at/de/BerichtDetail/De-Regulierung-des-Apothekenwesens-in-Europa-2012.html>

zog das Fazit, dass die Erwartungen, die oft an eine Liberalisierung im Apothekenwesen geknüpft werden (verbesserter Zugang zu Arzneimitteln, Preissenkung bei den rezeptfreien Arzneimitteln) sich meist nicht erfüllen. Eine Deregulierung führte zwar tatsächlich dazu, dass neue Apotheken entstehen, doch diese würden vor allem an attraktiven Standorten eröffnet (etwa in Stadtzentren), wo man bereits vorher gut versorgt war. Die Versorgung am Land hätte sich allerdings nicht verbessert. Auch in eher liberalen Ländern müssten somit spezifische, oft regulatorische Lösungen die Versorgung der ländlichen Bevölkerung sicherstellen. Eine Deregulierung im Apothekenwesen führte gemäss der Studie auch zu Marktdominanz von gewissen Grosshändlern bzw. deren Kettenapotheken, was tendenziell zu einem höheren Wettbewerbsdruck führe und sich wiederum auf die Beratungsqualität niederschlagen könne. Eine Senkung der Arzneimittelausgaben durch diesen höheren Wettbewerbsdruck konnte auch nicht bestätigt werden, da diese vor allem vom Wirtschaftswachstum und von Politikmassnahmen in dem Bereich abhingen (z. B. staatlich regulierte Preise und Handelsspannen).

Die Ergebnisse der Untersuchung belegten aber eine durchgängig hohe Qualität der in Apotheken erbrachten Leistungen in allen Ländern – unabhängig vom Grad der Regulierung, da die Qualität im Wesentlichen von den Standards des Apothekerstands abhinge.

Um den Zugang zur Arzneimittelversorgung zu sichern, haben verschiedene Länder die Abgabekompetenzen von Apothekerinnen und Apothekern erweitert oder weitere Fachkräfte dazu berechtigt, rezeptpflichtige Arzneimittel abzugeben. Einige Beispiele seien hier genannt²⁶:

- In den skandinavischen Ländern kommt den sogenannten «Prescriptionists» (Bachelors der Pharmazie) das Recht zu, verschreibungspflichtige Arzneimittel abzugeben.
- In England, Irland, den Niederlanden und in Österreich dürfen ebenfalls Ärztinnen und Ärzte unter gewissen Umständen verschreibungspflichtige Arzneimittel abgeben. Eine Ausweitung der ärztlichen Hausapotheken in Österreich ist derzeit gerade in Diskussion²⁷.
- In Grossbritannien können Apothekerinnen und Apotheker mit einer entsprechenden Weiterbildung gewisse Medikamente selber verschreiben.
- Auch in Kanada können Apothekerinnen und Apotheker Medikamente für geringfügige Beschwerden (minor ailments) verschreiben.

Die beiden in Grossbritannien ansässigen Initiativen «Minor Ailment Scheme» (MAS) und «Non-Medical Prescribing» (NMP) wurden von der Gesundheit Österreich Forschungs- und Planungs GmbH als Best Practices identifiziert²⁸. Im Rahmen von MAS wird eine Liste von geringfügigen Beschwerden erstellt, bei denen Apothekerinnen und Apotheker gewisse Arzneimittel verschreiben dürfen. Ziel ist es, die Hausärzte von diesen einfacheren Fällen zu entlasten. NMP wurde zuerst für die «independent nurse prescribers» eingeführt, inzwischen aber auf weitere Fachpersonen, u. a. Apothekerinnen und Apotheker, erweitert (sogenanntes «supplementary prescribing» oder «independent prescribing»).

Allen diesen Vergleichsstudien gemeinsam ist die Erkenntnis, dass die Organisation und Regulierung des Apothekensektors stark von historischen Entwicklungen, Traditionen und Kultur des jeweiligen Landes beeinflusst wird. Was in einem Land gut funktioniert, ist in einem anderen Land nicht unbedingt erfolgreich. Länderübergreifende Vergleiche können deshalb als Modell-Ansätze verwendet werden, können aber nicht 1:1 kopiert werden. Bei Neuregulierungen im Apotheken-Sektor müssen immer länderspezifische Charakteristika berücksichtigt werden bzw. muss jeweils überprüft werden, ob ein Modell auch unter den gesetzten Rahmenbedingungen des jeweiligen Landes funktionieren kann.

²⁶ Entnommen aus dem Bericht der Gesundheit Österreich Forschungs- und Planungs GmbH 2012 sowie dem Gutachten BASS 2014

²⁷ Während die IHS HealthEcon warnt, dass eine Ausweitung der Hausapotheken zu einer Ausdünnung der Vollversorgung in der Peripherie führen würde, weist die österreichische Ärztekammer in einer eigenen Untersuchung nach, dass ein Ausbau dieser ärztlichen Hausapotheken die Gesundheitsausgaben senken und die Versorgungsdichte erhöhen würde.

http://www.aerztekammer.at/nft-gesundheitspolitik/-/asset_publisher/gBt5/content/id/21658820?_101_INSTANCE_gBt5_redirect=%2Fnft-gesundheitspolitik

²⁸ A cost/benefit analysis of self-care systems in the European Union. Final report. Gesundheit Österreich Forschungs- und Planungs GmbH im Auftrag der European Commission. April 2015

Im vorliegenden Bericht wurde beim Auslandsvergleich der Schwerpunkt auf pharmazeutische Leistungen gelegt, die im Rahmen von interdisziplinären/interprofessionellen Zusammenarbeitsmodellen erbracht werden. Entsprechende erfolgreiche Ansätze sollen hinsichtlich ihrer Umsetzbarkeit in der Schweiz näher überprüft werden. Auf diese Modelle wird im nachfolgenden Kapitel 3 näher eingegangen.

3 Situations-Analyse Teil 2: Heutige Rolle der Apothekerinnen und Apotheker in der ambulanten Grundversorgung

Unter Berücksichtigung all der in Kapitel 2 dargelegten Faktoren wird nun in einem nächsten Schritt mit einer Systemanalyse aufgezeigt, welche Rolle Offizinapothekerinnen und -apotheker derzeit in der Grundversorgung spielen und welche Entwicklungstrends sich hier für die Schweiz abzeichnen. Zudem werden verschiedene existierende Modelle der berufsgruppenübergreifenden Zusammenarbeit im In- und Ausland verglichen und diese auf ihren Mehrwert für die Behandlungsqualität untersucht. Dieser zweite Teil der Situations-Analyse soll die Basis legen, um danach konkrete Ziele und Handlungsempfehlungen ableiten zu können.

3.1 Welche Rolle nehmen Apothekerinnen und Apotheker im Gesamtsystem der ambulanten Grundversorgung ein und welche Entwicklung zeichnet sich ab?

Als anzustrebendes Ziel wurde im Rahmen der nachfolgend beschriebenen systemischen Analyse eine *auf den Patienten ausgerichtete, ambulante Grundversorgung in bedarfsgerechter und validierter Qualität* definiert. Mit dieser Zielformulierung wurde der Aspekt berücksichtigt, dass die verschiedenen Bevölkerungsgruppen auch verschiedene Bedürfnisse an die Apotheken haben. Während die einen primär einen raschen und unkomplizierten Zugang wünschen, legen andere hingegen Wert auf eine enge Betreuung und umfassende Beratung in der „Apotheke ihres Vertrauens“.

Zu diesem Zweck hat das BAG in Zusammenarbeit mit Prof. L. Bürki (BSK Organisationsentwicklung) eine systemische Analyse zur Rolle der Apothekerinnen und Apotheker in der Grundversorgung durchgeführt.

Folgende Fragen galt es zu beantworten:

- Wohin läuft die heutige natürliche Entwicklung (also die Weiterentwicklung der Rolle von Apothekerinnen und Apothekern ohne weitere Einflussnahme z. B. durch den Bund) tendenziell?
- Kann mit dieser Entwicklung das definierte Ziel erreicht werden kann?
- An welcher Stelle müssten entsprechende Massnahmen ansetzen, um das System in die gewünschte Richtung zu steuern (die sogenannten «Hebel» in Systemsprache)?

Als Grundlage für die Vernetzung wurde ein Variablensatz von 19 Variablen definiert, welche die relevante Ist-Dynamik im System beschreiben (s. *Anhang 1: gerichteter Variablensatz der systemischen Analyse*). Im Zuge der Vernetzung wurde für jede dieser Variablen bestimmt, inwiefern sie fördern oder hemmend auf alle anderen Variablen im System einwirkt.

Die abschliessende Analyse zeigte ein komplexes System mit differenzierter Vernetzung. Bezüglich der Steuerbarkeit liegt der grösste Hebel gemäss systemischer Analyse im Bereich der *Preisgestaltung resp. des politischen Drucks auf die Medikamentenpreise (Variable 11)*, welcher einen starken Einfluss auf die meisten Variablen des Gesamtsystems ausübt und insgesamt zu einem ungerichteten Systemverhalten führt. Um Veränderungen im System zu erreichen, muss dieser starke Hebel zwingend einbezogen werden. Ein möglicher stärkerer Einbezug der Apothekerinnen und Apotheker in die Grundversorgung muss deshalb zwingend mit der Frage der *Vergütung von pharmazeutischen Leistungen sowie der Medikamentenpreise* verknüpft werden.

Die bereits heute sichtbare Tendenz der Apothekerinnen und Apotheker, ihr Aufgabengebiet zu erweitern und sich stärker als Akteur in der Grundversorgung zu positionieren, wird als *Symptom des Systems* bewertet (*Variable 2*). Dies bedeutet, dass diese Tendenz im System selber angelegt ist, und *keiner weiteren Förderung* bedarf. Sie stellt eine direkte und kurzfristige Reaktion auf den wachsenden Druck auf die Medikamentenpreise und die damit verbundene Umsatz- bzw. Margenentwicklung dar. Zur Steuerung erscheint diese Variable als eher ungeeignet.

Die systemische Analyse deutet darauf hin, dass als *längerfristiger Fokus* das System in Richtung einer *Verbesserung der Therapietreue durch geeignete Nutzung der heutigen Zentralisierungstendenz* wie z.B. der Zusammenschluss in Gesundheitszentren gesteuert werden sollte (*Variablen 1 und 18*). Dies entspricht grundsätzlich dem Prinzip der koordinierten Versorgung. Spezifisch für die Apotheken bedeutet es eine koordinierte Zusammenarbeit von Patientinnen und Patienten, betreuenden

Ärztinnen und Ärzten sowie Apothekerinnen und Apothekern bei der Arzneimitteltherapie mit Fokus auf Erhöhung der Therapietreue. Um diese Systemveränderung zu erreichen, bieten sich gemäss der Analyse insbesondere folgende Hebel an: eine *Aufweichung des Standesdenkens* (bspw. durch eine entsprechende Anpassung in der Ausbildung und interdisziplinäre Fachkommissionen; *Variable 14*), eine *stärkere Vereinheitlichung der kantonalen Regulierungen* (bzgl. Anforderungen an die Versorgungsstruktur; *Variable 16*) sowie die *Stärkung der Patientenkompetenz* (bspw. durch Förderung unabhängiger und informierter Patientinnen und Patienten; *Variable 15*).

3.2 Modelle der interdisziplinären/interprofessionellen Zusammenarbeit von Apothekerinnen und Apothekern und anderen Medizinal- und Gesundheitsfachpersonen im In- und Ausland

Parallel zu der systemischen Analyse hat das BAG 2014 zwei externe Gutachten erstellen lassen. Dabei wurde im Rahmen einer umfassenden Literaturanalyse ein Überblick zu existierenden Modellen der interdisziplinären/interprofessionellen Zusammenarbeit von Apothekerinnen und Apothekern und anderen Medizinal- und Gesundheitsfachpersonen im In- und Ausland geschaffen und analysiert, ob und wie diese verschiedenen Modelle tatsächlich zur Verbesserung der Behandlungsqualität (weniger Medikationsfehler, erhöhte Therapietreue, bessere klinische Werte,...) beitragen können. Zudem wurde geprüft, welche Faktoren zum Erfolg bzw. Misserfolg der verschiedenen Modelle beitragen können.

Modelle im Ausland:

Gemäss diesen Gutachten lassen sich auf internationaler Ebene zwei Arten von Modellen interdisziplinärer/interprofessioneller Zusammenarbeit unterscheiden: *Patientenzentrierte Modelle*, bei denen die interdisziplinäre Betreuung von individuellen Patientinnen und Patienten im Vordergrund steht und *interdisziplinäre / interprofessionelle Modelle*, in denen Fachwissen auf genereller Ebene ausgetauscht wird.

Im Ausland verbreitete *patientenzentrierte Modelle* sind insbesondere:

- *Disease Management Programme für chronisch Kranke*, bei welchen Apothekerinnen und Apotheker u.a. die Patientinnen und Patienten im Umgang mit Arzneimitteln unterstützen, krankheitsspezifisches Wissen vermitteln und regelmässig nach arzneimittelbezogenen Problemen überprüfen. In gewissen Ländern können Apothekerinnen und Apotheker zudem gewisse Medikamente selbstständig verschreiben oder die Dosierung anpassen.
- Verschiedene Formen von *Medikationsüberprüfung / Medikationsmanagement*, bei welchen Apothekerinnen und Apotheker nach einer ärztlichen Überweisung die gesamte Medikation der Patientin oder des Patienten überprüfen, arzneimittelbezogene Probleme identifizieren und Lösungsvorschläge formulieren, die anschliessend mit der Ärztin oder dem Arzt und der Patientin oder dem Patienten besprochen werden. Dieser Bereich umfasst auch die Erstellung eines Medikationsplans, welcher gerade in Deutschland im Zusammenhang mit dem Gesetz für sichere digitale Kommunikation und Anwendung im Gesundheitswesen (E-Health-Gesetz; am 4. Dez. 2015 vom Bundestag beschlossen, Inkrafttreten Anfang 2016²⁹) rege diskutiert wurde. Diskutiert wurde insbesondere die Rolle der Apothekerinnen und Apotheker bei der Erstellung und Überprüfung des Medikationsplans und deren Vergütungsanspruch. Ein wichtiger Baustein des Medikationsplans sei die Medikationsanalyse, bei welcher der Apotheker oder die Apothekerin eine zentrale Rolle einnehme und wofür eine gesonderte Vergütung notwendig sei, da diese Aufgabe nicht im Zusammenhang mit der Abgabe von einzelnen Arzneimitteln stehe.³⁰
- In Arztpraxen, Versorgungsnetzwerken und Gesundheitszentren gibt es im Ausland verschiedene interdisziplinäre Modelle, in denen Apothekerinnen und Apotheker *Consulting-Dienstleistungen zur Verbesserung der Verschreibungsqualität und Arzneimitteltherapiesicherheit* anbieten, teilweise aber auch patientenorientierte Tätigkeiten übernehmen wie z. B. Medikationsreviews und Monitoring. Diese Leistungen werden aber vielfach ausserhalb der Offizin erbracht und sind nicht mit der Dispensation von Medikamenten verbunden.

²⁹ Meldung des Bundesministeriums für Gesundheit <http://www.bmg.bund.de/ministerium/meldungen/2015/e-health.html>

³⁰ z. B. DAZ vom Juni 2015: Resolution zum Medikationsplan

Verbreitete *interdisziplinäre / interprofessionelle Modelle* sind die *Qualitätszirkel (QZ)*. Um den Wissensaustausch auf dieser generellen Ebene zu stärken, existieren im Ausland verschiedene Formen von interdisziplinären Qualitätszirkeln (Academic Detailing, Educational Outreach).

Modelle in der Schweiz:

In der Schweiz hat sich das *interprofessionelle Modell* der Qualitätszirkel sowohl im stationären Bereich (pharmazeutische Betreuung in Pflegeheimen des Kantons FR, VS, VD durch Offizinapothekerinnen und -apotheker) als auch im ambulanten Bereich etablieren können (insgesamt gut 65 Qualitätszirkel in den Kantonen AG, BE, NE, TI, VD, ZH, FR, VS; Stand 2014).

Patientenzentrierte Modelle hingegen haben sich bisher in der Schweiz nur lokal und in unterschiedlichen Formen entwickelt. Als erfolgsversprechende Ansätze haben die Gutachten u.a. folgende (Pilot)Projekte identifiziert:

- *SISCare Programm zur Förderung der Adhärenz bei chronischkranken Patientinnen und Patienten*³¹: SISPha hat sich mit dem SISCare Programm das Ziel gesteckt, die Adhärenz (Therapietreue) bei chronischkranken Patientinnen und Patienten zu fördern. Die Interventionen umfassen eine Überwachung der Medikamenten-Einnahme (mittels eines Pillendosierers), regelmässige Motivationsgespräche mit speziell geschulten SISCare Apothekerinnen / Apothekern und mit Einverständnis der Patientin / dem Patienten ein Austausch mit der behandelnden Ärztin / dem behandelnden Arzt. SISPha hat das Konzept SISCare bereits im Rahmen onkologischer und HIV Therapien erprobt und dort sehr gute Resultate erzielt³².
- *Spezialisierte Apotheken medinform*³³: Ziel ist die optimierte Versorgung in spezialisierten Apotheken durch interdisziplinäre Zusammenarbeit von Apothekerinnen und Apothekern, Spezialistinnen und Spezialisten sowie Hausärztinnen und Hausärzten in einem lokalen Netzwerk, sowie Schulung des Apothekenpersonals (Apothekerinnen und Apotheker sowie Pharmaassistentinnen und -assistenten). Durch die optimierte Triagierung sollen Patientinnen und Patienten entweder direkt in der Apotheke behandelt oder rasch an eine geeignete Person im Netzwerk verwiesen werden können. Das Konzept hat sich mit den medinform Haut- und Atemwegsapotheken in der Deutschschweiz bereits gut etabliert und wird derzeit auf spezialisierte Kinderapotheken ausgeweitet.
- *Optimierung des Medikationsprozesses bei der Spitex*: Ziel des bei der Spitex Stadt Luzern angesiedelten Pilotprojekts ist die Vermeidung von Medikationsfehlern bei Patientinnen und Patienten, die von der Spitex nach einem Spitalaustritt betreut werden. Das Projekt umfasst eine systematische Erhebung medikations-assoziierten Probleme und die anschliessende Entwicklung, Pilotierung und Evaluation möglicher Interventionen (Checklisten zur Prozess-Optimierung, Schulung der Mitarbeiter, Kommunikationsplattform). Eine spätere Ausweitung auf weitere Schnittstellen in der ambulanten Versorgung (Spitex – Hausarzt / Spezialärztin) ist vorgesehen.
- *Interdisziplinäre Betreuung Suchtpatientinnen und -patienten*: Gerade bei Menschen mit Suchterkrankungen wird die Betreuung durch ein (interdisziplinäres) Netzwerk als entscheidend erachtet. Im Westschweizer Netzwerk COROMA (Collège romand de Médecine de l'Addiction) sind auch Apothekerinnen und Apotheker vertreten. Sie wurden bereits in den 90er Jahren wegen ihrer wichtigen Beobachtungs- und Melde- bzw. Alarmfunktion im COROMA aufgenommen. Im Kanton Wallis ist die Rolle der Apothekerinnen und Apotheker in der Betreuung von Menschen mit Suchterkrankungen seit 2007 stark entwickelt worden. So sind sie Mitunterzeichnende des obligatorischen Therapievertrages, welcher die Zusammenarbeit zwischen Ärztinnen und Ärzten, Apothekerinnen und Apotheker, der Fondation addiction Valais (Stiftung Sucht Wallis) und anderen Akteurinnen und Akteuren im Bereich der Suchthilfe klärt. Ausserdem wurde ein Dokument entwickelt, um den Informationsaustausch zwischen den Beteiligten zu verbessern. Für interessierte Apothekerinnen und Apotheker wurde ein Weiterbildungsangebot geschaffen. Aktuell

³¹ <http://www.sispha.com/>

³² *Adhésion thérapeutique aux traitements oncologiques oraux et prise en charge interdisciplinaire*, Achtari et al, Rev Med Suisse 2011 ; 7 : 1154-60 ; An interdisciplinary HIV Adherence Program combining Motivational Interviewing and Electronic Antiretroviral Drug Monitoring, AIDS Care (2011 May) ; 23(5) : 550-61.

³³ <http://www.medinform.ch/html/index.php>

laufende Arbeiten haben das Ziel, Apothekerinnen und Apotheker noch stärker in die Betreuung dieser Patientengruppe einzubeziehen.

Ein anderes schweiz-spezifisches Beispiel für die Aufgabenerweiterung von Apothekerinnen und Apothekern, welches nicht in die oben beschriebenen Modelle eingeordnet werden kann, sind die im Postulat Humbel ebenfalls erwähnten *netCare Apotheken*. Dieses Projekt des Schweizerischen Apothekerverbandes pharmaSuisse³⁴ verbindet die Erstberatung in Apotheken mit der Möglichkeit einer Telekonsultation mit einer Ärztin oder einem Arzt. Ziel von netCare ist es, eine einfache und rasch zugängliche medizinische Hilfe ohne Voranmeldung zu ermöglichen. Die Patientin oder der Patient erhält eine Erstabklärung durch die Apothekerin oder den Apotheker. Je nach Ergebnis erhält er oder sie ein rezeptfreies Medikament, wird an eine Ärztin / einen Arzt oder an eine Notfallaufnahme verwiesen. Der Arztbesuch kann wie gewohnt bei der Hausärztin / beim Hausarzt oder direkt in der Apotheke per Video oder Telefon mit Medgate stattfinden. Nach der Konsultation kann der Medgatearzt / die Medgateärztin bei Bedarf auch rezeptpflichtige Medikamente verschreiben.

Die Pilotphase mit 200 beteiligten Apotheken wurde 2014 abgeschlossen. Über 5000 netCare-Beratungen haben in dieser Phase zwischen April 2012 und Juni 2014 stattgefunden, wobei die Kundschaft am häufigsten Hilfe wegen Harnwegsinfektionen (ca. 40% der Fälle) und Konjunktivitis (25%) suchten. 73 Prozent der Fälle konnten abschliessend in der Apotheke geklärt werden, in 20 Prozent der Fälle wurde eine Telemedizinerin oder ein Telemediziner eingeschaltet.

Seit 2015 steht netCare nun allen Apotheken offen und soll damit einem breiteren Publikum zugänglich gemacht werden. Weiterentwickelt wurde das Projekt mit Unterstützung der beiden Partner Medgate und Swisscom. Dabei ist die Zusammenarbeit mit Medgate mittels Video- oder Telefonkonsultation weiterhin möglich, aber nicht mehr Pflicht. Neu kann auch mit lokalen Ärztinnen und Ärzten zusammengearbeitet werden. Zudem werden durch eine neue Videokonferenzlösung die Investitionskosten für die teilnehmenden Apotheken reduziert.

Das Konzept der netCare Apotheken ist bei der Ärzteschaft zum Teil auf wenig Akzeptanz gestossen. Dem gegenüber steht das Bedürfnis der Bevölkerung nach einem einfachen, niederschweligen Zugang zu Gesundheitsdienstleistungen, wobei die Apotheken neben den Hausarztpraxen eine wichtige erste Anlaufstelle («gate keeper») darstellen. Damit zusammenhängend wurde kürzlich das neue Versicherungsmodell «Medpharm» der SWICA lanciert, wonach die Haus-Apotheke erste Anlaufstelle für Patientinnen und Patienten mit diesem Versicherungsmodell sein soll.

Ein weiteres Angebot im Bereich des einfachen, niederschweligen Zugangs zu Gesundheitsdienstleistungen ist das *Impfangebot in Apotheken*. Die Kompetenz, das Impfen in Apotheken zu bewilligen, liegt laut Heilmittelrecht bei den Kantonen (Art. 27a VAM³⁵). Die dazu notwendige Ausbildung wird zurzeit von pharmaSuisse angeboten (nicht obligatorisches Fähigkeitsprogramm FPH mit dem Titel «Impfen und Blutentnahme»). Die künftige Generation von Apothekerinnen und Apothekern wird die Kompetenzen für gewisse Impfungen bereits während der Ausbildung erwerben (s. Abschnitt 5.3).

Das Vorgehen in den Kantonen ist heute sehr heterogen. Apotheken in Neuenburg, Zürich, Solothurn, Basel-Land und Tessin sind bereits zum Impfen autorisiert; Fribourg, Waadt und Genf gehen ebenfalls in diese Richtung (insbesondere für Grippeimpfungen). Es gibt Kantone, wo Ärztinnen und Ärzte zu speziellen Zeiten in den Apotheken impfen (Bsp. Kanton AG). Für die Impfung in der Apotheke braucht es aber nach wie vor ein ärztliches Rezept, wodurch das Angebot weniger attraktiv ist. Als erster Kanton hat Zürich nun auf den 1. September 2015 das Impfen in der Apotheke ohne ärztliches Rezept unter definierten Auflagen erlaubt. Derzeit testet auch Bern ein Pilotprojekt für die saisonale Grippeimpfung 2015/2016 in Apotheken.

³⁴ <http://www.pharmasuisse.org/de/dienstleistungen/Themen/Seiten/netCare.aspx>

³⁵ Verordnung über die Arzneimittel (SR 812.212.21, Arzneimittelverordnung, VAM)

3.3 Verbesserte Behandlungsqualität als Mehrwert der interdisziplinären/interprofessionellen Zusammenarbeit

Die beiden Gutachten BASS und IZAA kamen zum Schluss, dass insbesondere die interdisziplinäre Betreuung einzelner Patientinnen und Patienten, also *patientenzentrierte Modelle*, zu einer Erhöhung der Behandlungsqualität (bei moderaten Mehrkosten) führt. Insbesondere interdisziplinäre Chronic Disease Management Programme für Personen mit Asthma oder Diabetes haben sich international als sehr erfolgreich erwiesen. Folgende positiven Ergebnisse wurden bei diesen und den anderen oben beschriebenen Modellen der Zusammenarbeit bei den Patientinnen und Patienten festgestellt:

- *Qualitätsverbesserung*: Reduktion der arzneimittelbezogenen Probleme; Reduktion, Korrektur und Prävention von Verschreibungs- und Medikationsfehlern; Reduktion stationärer Behandlungstage bzw. Spitaleinweisungen.
- *Patientensicherheit und Zufriedenheit*: Verbesserung des Gesundheitszustands und Lebensqualität der Patientinnen und Patienten (verbesserte klinische Outcomes, z. B. verbesserte Lungenfunktion); Verbesserung Selbstmanagement und Therapietreue; hohe Patientenzufriedenheit.

Bei den *ambulant* *Qualitätszirkeln* als bekanntestes *interprofessionelles Modell* sind primär Erfolge bezüglich Kosteneinsparungen dokumentiert (mehr Generika, zurückhaltender Einsatz neuer teurer Medikamente durch grössere Objektivität gegenüber den Marketingkampagnen der pharmazeutischen Industrie). Geringe Verbesserungen im Verschreibungsverhalten und eine Reduktion der Verschreibungs- / Medikationsfehler sind zwar erwartet aber nicht eindeutig durch Studiendaten belegt. Demgegenüber konnte für *stationäre Qualitätszirkel* in Alters- und Pflegeheimen eine Verbesserung der Medikationssicherheit, Sensibilisierung der involvierten Akteure für arzneimittelbezogene Probleme und eine Reduktion der Medikamentenausgaben nachgewiesen werden.

3.4 Erfolgsfaktoren und Hindernisse der interdisziplinären/interprofessionellen Zusammenarbeit

Gemäss den Gutachten müssen verschiedene *Erfolgsfaktoren* erfüllt sein, damit die berufsgruppenübergreifende Zusammenarbeit erfolgreich implementiert werden kann:

- Die Aktivitäten müssen auf die *Bedürfnisse der spezifischen Risiko-Patientengruppen* (z. B. chronischkranke sowie ältere und polymorbide Patientinnen und Patienten) ausgerichtet sein, evtl. sollten die Patientenorganisationen einbezogen werden.

Einschub: An dieser Stelle ist eine Umfrage bezüglich *Risiko-Patientengruppen* zu erwähnen: Gemäss dieser Umfrage im Rahmen der nationalen Konferenz G2020 vom Januar 2015³⁶ besteht gemäss den Konferenzteilnehmern insbesondere bei den folgenden Patientengruppen ein hoher Koordinationsbedarf:

- Betreuung älterer polymorbider Patientinnen und Patienten
- Betreuung Chronischkranke
- Betreuung vulnerable Patientinnen und Patienten (z. B. Kinder und Jugendliche)
- Personen mit Migrationshintergrund oder in spezieller Lebenslage (bildungsferne, alleinerziehende, arme Menschen)
- Psychisch Kranke
- Behinderte Menschen
- Palliativ-Patienten
- Suchtkranke

³⁶ <http://www.bag.admin.ch/gesundheit2020/14232/15168/index.html?lang=de>

- Ein strukturierter Informations- und Wissensaustausch zwischen den involvierten Leistungserbringern muss etabliert sein, möglichst über *Nutzung bestehender Gefässe und persönlicher Kontakte* (z. B. Qualitätszirkel, Netzwerke) sowie *geeigneter Dokumentationssysteme* (eHealth Instrumente, z. B. das ePatientendossier).
- *Die Zusammenarbeit (Aufgaben und Rollen) muss klar definiert sein*, z. B. durch Behandlungsvereinbarungen, Guidelines, oder Leitlinien etc.
- Eine *Schulung der involvierten Akteure* ist erfolgt oder geplant. Zusätzlich braucht es interprofessionelle Ausbildungsmoduln mit Fokus auf Einüben der neuen Rollenverteilung, Kommunikation und Zusammenarbeit.
- Durch eine *Zertifizierung / Labeling* der entsprechend geschulten Leistungserbringer als Qualitätsmerkmal, können sich die Patientinnen und Patienten auf dem Markt orientieren.
- Die erbrachten Leistungen werden *angemessen vergütet*.

Gründe, weshalb sich patientenzentrierte Modelle bisher in der Schweiz nur lokal entwickeln konnten, sind gemäss den Gutachten u. a. fehlende Kooperation und Akzeptanz bei den Leistungserbringern, wegen der Befürchtung von beruflichen Grenzüberschreitungen und finanziellen Interessenskonflikten.

3.5 Fazit

Grundsätzlich stimmen die systemische Analyse und das Bild aus der Praxis sehr gut überein. Die systemische Analyse deutet darauf hin, dass die Aufgabenerweiterung der Apothekerinnen und Apotheker (auf zum Teil ärztliche Aufgaben) eine natürliche und kurzfristige Reaktion des Systems auf den steigenden Marktdruck darstellt. In der Praxis hat sich in diesem Zusammenhang insbesondere das netCare Modell breiter etabliert. Solche Modelle unterstützen den einfachen Zugang zu Dienstleistungen, was ebenfalls einem Bedürfnis der Patientinnen und Patienten entspricht. Sie können aber auch den Wettbewerb zwischen den Leistungserbringern tendenziell erhöhen (wegen beruflichen Grenzüberschreitungen analog der SD-Regelung), wodurch die Gewinnmaximierung des Einzelnen durch Leistungsausweitungen immer stärker in den Vordergrund rückt. Dies wirkt sich negativ auf die Bereitschaft zur interdisziplinären Zusammenarbeit und letztendlich auf die Qualität der angebotenen Leistungen aus.

Langfristig sollte das System deshalb gemäss systemischer Analyse in die Richtung eines Ansatzes der koordinierten Versorgung gelenkt werden. Um der Bevölkerung auch künftig eine qualitativ hochstehende und rasch zugängliche Gesundheitsversorgung gewährleisten zu können, müssen sich die Leistungserbringer in der Grundversorgung, zu welchen auch die Apothekerinnen und Apotheker zählen, künftig besser koordinieren und zusammenarbeiten.

In der Schweiz existieren zwar verschiedene erfolgsversprechende Ansätze von entsprechenden Zusammenarbeitsmodellen von Apothekerinnen und Apothekern mit anderen Medizinal- und/oder Gesundheitsfachpersonen, diese sind aber je nach Kanton sehr unterschiedlich und konnten bisher noch nicht wirklich Fuss fassen. Einzig das Modell der Qualitätszirkel, bei welchem aber eher ein Austausch auf genereller Ebene und nicht auf individueller Patientenebene im Vordergrund steht, konnte sich in der Schweiz breiter etablieren. Gerade aber bei diesen Modellen auf Ebene der individuellen Patientenbetreuung konnte im Ausland eine Qualitätssteigerung bei der Behandlung nachgewiesen werden. Ob und wenn ja mit welchen Massnahmen der Bund hier steuernd eingreifen soll, wird im nachfolgenden Kapitel 4 erläutert. Auf jeden Fall ist bei allen allfälligen Massnahmen auf die verschiedenen Rahmenbedingungen in den Kantonen (insb. SD- oder nicht-SD-Kantone) Rücksicht zu nehmen.

4 Neupositionierung von Apothekerinnen und Apotheker in der Grundversorgung: Ziele und Handlungsempfehlungen

Aufgrund der Erkenntnisse aus der wissenschaftlichen Literatur und den praktischen Erfahrungen im In- und Ausland anerkennt der Bundesrat die Apothekerinnen und Apotheker als wichtigen Pfeiler der koordinierten Versorgung. Er ist überzeugt, dass diese künftig eine stärkere Positionierung als Akteure in der medizinischen Grundversorgung einnehmen können und sollen. Grundsätzlich kommen den Apothekerinnen und Apothekern nach Ansicht des Bundesrates hierbei zwei wichtige Rollen zu, welche natürlich nicht trennscharf voneinander abgegrenzt werden können:

- Wie im Kapitel 2.1 aufgezeigt, ist der Zugang der Schweizer Bevölkerung zu den Dienstleistungen der Apothekerinnen und Apotheker einfach und niederschwellig.
- Gleichzeitig können Apothekerinnen und Apotheker mit ihrer pharmazeutischen Fachkompetenz einen wichtigen Beitrag zur *Qualitätssteigerung in der Arzneimitteltherapie* leisten.

Wichtig ist, dass die Apothekerinnen und Apotheker in ihrer Positionierung nicht isoliert betrachtet werden, sondern in ihrer Rolle im Gesamtsystem der medizinischen Grundversorgung. Der Bevölkerung soll auch in Zukunft einen möglichst einfachen Zugang zu qualitativ hochwertigen Gesundheitsdienstleistungen angeboten werden können. Im Fokus steht dabei die Frage, wie die Vernetzung und Zusammenarbeit der Berufsgruppen im Sinne einer koordinierten Versorgung optimiert werden kann. Die Positionierung der Apothekerinnen und Apotheker in der Grundversorgung ist deshalb in diesem interdisziplinären Kontext zu betrachten. Der Patient und die Patientin stehen zudem im Zentrum der Betrachtung. Die Neupositionierung soll sich deshalb nach den Bedürfnissen der Patientenschaft ausrichten.

Grundsätzlich lassen sich zwei übergeordnete Ziele abgrenzen mit jeweils unterschiedlichen Handlungsempfehlungen:

1. Zugang zu hochwertigen pharmazeutischen Dienstleistungen sichern und erleichtern (ZUGANG)
2. Behandlungsqualität sichern und erhöhen (QUALITÄT)

Inwieweit sich diese Ziele erreichen lassen, hängt wesentlich davon ab, welche Massnahmen bei der Festlegung der Medikamentenpreise ergriffen werden, die eine starke Hebelwirkung entfalten können.

4.1 Ziel 1 - ZUGANG zu hochwertigen pharmazeutischen Dienstleistungen sichern und erleichtern

Aus diesem Ziel leiten sich Massnahmen zur *Stärkung der pharmazeutischen Kompetenz in der Selbstmedikation ab*, darunter auch die Abgabe von gewissen verschreibungspflichtigen Arzneimitteln durch Apothekerinnen und Apotheker ohne Vorliegen eines ärztlichen Rezepts. Dadurch wird ein breiter und niederschwelliger Zugang geschaffen, der insbesondere für die rasche Behandlung leichter Erkrankungen, für Patientinnen und Patienten ohne Hausärztin oder Hausarzt und ausserhalb der Öffnungszeiten der Hausarztpraxis relevant ist. Die Hausärztinnen und Hausärzte können dadurch von leichteren Fällen entlastet werden, schwierigere Fälle sollen wie bisher im Rahmen der Triage an den Arzt oder die Ärztin weiterverwiesen werden. Dies entspricht auch dem Prinzip der netCare Apotheken.

Die erweiterte Abgabekompetenz von Apothekerinnen und Apothekern kann sich auf Arzneimittel beziehen, die seit ausreichend langer Zeit bekannt sind und deren Verwendung umfassend dokumentiert ist (z. B. Arzneimittel zur Behandlung von Harnwegsinfektionen), auf Arzneimittel zur Prävention wie Impfstoffe oder Notfallverhütung sowie auf Arzneimittel, die auf ärztliche Erstverschreibung hin bei chronischen Krankheiten verwendet werden (Weiterführen einer bestehenden Therapie).

In Verbindung mit dieser Änderung bei den Abgabekompetenzen sind verschiedene *begleitende Massnahmen* vorzusehen, damit die Umsetzung erfolgreich ist und die Behandlungssicherheit gewährleistet bleibt:

- Damit der Patient oder die Patientin das Angebot überhaupt nutzen kann, darf er oder sie in seiner bzw. ihrer *Wahlfreiheit*, bei welchem Leistungserbringer er oder sie sein Arzneimittel beziehen will, nicht eingeschränkt werden. Der Bundesrat soll daher verbindliche Grundsätze festlegen können, welche eingehalten werden müssen, um diese Wahlfreiheit zu gewährleisten. Auch eine Vereinheitlichung der Verschreibungspraxis ist vorzusehen.
- Der Bundesrat soll zudem die Möglichkeit erhalten, schweizweit einheitliche *Qualitätsanforderungen* in Bezug auf die Verschreibung, Abgabe und Lagerung von Arzneimitteln zu erlassen. Diese Anforderungen sollen sowohl für Apothekerinnen und Apotheker als auch für Ärztinnen und Ärzte, bzw. für öffentliche Apotheken als auch Praxisapotheken von selbstdispensierenden Ärztinnen und Ärzten gelten. Patientinnen und Patienten können dadurch schweizweit und bei den verschiedenen Leistungserbringern den gleichen Qualitätsstandard erwarten. Nur unter dieser Voraussetzung werden sie ihre Wahlfreiheit beim Leistungsbezug auch tatsächlich nutzen.
- Die Abgabe muss dokumentiert werden. Form und Umfang dieser *Dokumentationspflicht* soll der Bundesrat auf Verordnungsstufe regeln. Damit wird gewährleistet, dass allen involvierten Berufsgruppen die vollständige Medikationsgeschichte eines Patienten oder einer Patientin zur Verfügung steht.
- Der Austausch zwischen den Berufsgruppen ist wichtig. Der Bundesrat soll deshalb eine *Fachkommission* einsetzen, welche die Liste von Indikationen, bei welchen die Apothekerin oder der Apotheker verschreibungspflichtige Arzneimittel ohne ärztliches Rezept abgeben kann, betreuen wird. Diese Fachkommission soll sowohl Vertreter der Ärzte- als auch der Apothekerschaft umfassen.

Gleichzeitig bieten Apotheken eine einfache und niederschwellige Anlaufstelle zu Gesundheitsberatung insbesondere im *Präventionsbereich*. Hier kommt den Apothekerinnen und Apothekern eine wichtige Rolle als *Beobachtungs- und Meldestelle* zu, gerade z. B. bei der Betreuung von Suchtpatienten. Da diese und auch andere chronisch kranke Patientinnen und Patienten den Apotheker oder die Apothekerin häufig öfter aufsuchen als den Hausarzt oder die Hausärztin, kann der Apotheker oder die Apothekerin die gesundheitliche Entwicklung des Patienten oder der Patientin oft besser beobachten und bei allfälliger Verschlechterung reagieren, d.h. den Patienten oder die Patientin und den behandelnden Arzt oder die behandelnde Ärztin sofort informieren. Dies trifft auch auf (hoch)betagte multimorbide Menschen zu, welche oft eine langjährige Beziehung zu einer bestimmten Apotheke pflegen. Den Apothekerinnen und Apothekern kommt hier eine wichtige Rolle bei der Überwachung der oft komplexen Medikamentenverordnung zu, indem sie im Sinne der Tertiärprävention eine medikamentöse Über-, Unter- oder Fehlversorgung verhindern können.

4.2 Handlungsempfehlungen zum Ziel 1

Die Erweiterung der Abgabekompetenzen von Apothekerinnen und Apotheker auf gewisse verschreibungspflichtige Arzneimittel ohne Vorliegen eines ärztlichen Rezepts sowie die begleitenden Massnahmen werden im Rahmen der laufenden HMG Revision umgesetzt und durch das revidierte MedBG (Erwerb von Kompetenzen in Diagnose und Behandlung von leichten Erkrankungen als neues Ausbildungsziel von Apothekerinnen und Apothekern) sinnvoll ergänzt (s. Kapitel 5). Zudem ist die Strategie eHealth eine wichtige Schnittstelle, insb. für die Dokumentationspflicht und den Informationsaustausch (Anforderungen an eRezepte, ePatientendossier etc.).

Massnahmen in diesem Bereich stossen bei der Ärzteschaft tendenziell auf Widerstand, was sich auch im Rahmen der Debatte zur ordentlichen Revision des HMG gezeigt hat. Demgegenüber steht das zunehmende Bedürfnis der Bevölkerung nach einem einfachen und jederzeit möglichen Zugang zu Gesundheitsdienstleistungen im Rahmen der Selbstbehandlung. Es entspricht darum auch dem Wunsch des Parlamentes, den niederschwelligen Zugang zu den pharmazeutischen Leistungen zu

stärken. Die entscheidenden Änderungen betreffend die Apothekerinnen und Apotheker wurden sowohl bei der Revision des HMG als auch bei der Revision des MedBG vom Parlament selber eingebracht. Unter diesem Aspekt ist das Handlungsfeld «Zugang» sicher wichtig und sinnvoll. Da es sich aber gemäss systemischer Analyse um die natürliche, kurzfristige Systemreaktion handelt, ist eine einseitige Förderung in diese Richtung zu vermeiden. Die Stärkung des niederschweligen Zugangs darf nicht zu einer Abgrenzung der Apothekerinnen und Apotheker zu den Ärztinnen und Ärzten führen. Der Schwerpunkt sollte deshalb langfristig stärker auf das zweite Handlungsfeld – die Förderung der Behandlungsqualität, insbesondere durch eine koordinierte Versorgung – gelegt werden.

Im Rahmen der koordinierten Versorgung ist auch der oben beschriebenen wichtigen Funktion der Apothekerinnen und Apotheker als Beobachtungs- und Meldestelle insbesondere bei vulnerablen Patientengruppen wie Suchtkranken oder (hoch)betagten multimorbiden Menschen gebührend Rechnung zu tragen. Diesbezüglich kommt den Apothekerinnen und Apothekern eine wichtige Rolle im Präventionsbereich zu, welche allenfalls noch stärker ausgebaut werden könnte. So wäre es denkbar, dass die Apothekerinnen und Apotheker z. B. im Rahmen der Nationalen Demenzstrategie auch bei der Früherkennung und Begleitung von Demenzerkrankungen eine wichtige Rolle einnehmen, ähnlich wie beim Pilotprojekt der «demenzfreundlichen Apotheken» in Österreich³⁷. Auch der Einsatz von Apothekerinnen und Apothekern zur Früherkennung von weiteren Krankheiten, wie z. B. das Pilotprojekt von pharmaSuisse zur Früherkennung von Darmkrebs³⁸, sind vielversprechende Ansätze.

Es geht dem Bundesrat darum, die Positionierung der Apothekerinnen und Apotheker als Leistungserbringer zu stärken und nicht darum, strukturerhaltend zu wirken. Ein niederschwelliger Zugang der Bevölkerung zu den pharmazeutischen Leistungen kann aber nur dann gewährleistet werden, wenn auch genügend Institutionen existieren, in denen diese Dienstleistungen erbracht werden. Dies sind im ambulanten Bereich in der Regel öffentliche Apotheken. Es ist daher im Interesse der Kantone, welche die Gesundheitsversorgung auf ihrem Territorium gewährleisten müssen, dass Apotheken in allen Regionen in genügender Zahl vorhanden sind, insbesondere auch in ländlichen Regionen. Wie sich die Apothekenzahl aber in den verschiedenen Regionen, evtl. auch in Relation mit der Ärztezahl entwickelt, müsste im Rahmen der Versorgungsforschung genauer untersucht werden. Auf dieser Basis ist zu prüfen, ob und falls ja, welche Massnahmen für eine Sicherstellung des Zugangs zu pharmazeutischen Dienstleistungen zu ergreifen sind.

4.3 Ziel 2 - BehandlungsQUALITÄT sichern und erhöhen

Dieses Ziel umfasst primär den *stärkeren Einsatz der pharmazeutischen Kompetenz in der pharmazeutischen Therapiebegleitung* im Rahmen *patientenzentrierter Modelle*. Im Vergleich mit dem Ausland hat die Schweiz in diesem Bereich noch ein grosses Optimierungspotential. In den Gutachten BASS und IZAA wurden verschiedenste Beispiele aus dem Ausland analysiert, in welchen Apothekerinnen und Apotheker mit ihrem pharmazeutischen Fachwissen zur Verbesserung der Behandlungsqualität beitragen. Zentrales Element aller analysierten Beispiele ist dabei immer eine koordinierte, interdisziplinäre Zusammenarbeit der Berufsgruppen. Vergleichbare Beispiele sind in der Schweiz vor allem im stationären Bereich anzutreffen, im ambulanten Bereich existieren zwar ebenfalls erfolgsversprechend Ansätze in Form von Pilotprojekten, diese konnten sich bisher aber nicht breiter etablieren. Gründe dafür sind gemäss den Gutachten BASS und IZAA u. a. fehlende Kooperation und Akzeptanz bei den Leistungserbringern wegen der Befürchtung von beruflichen Grenzüberschreitungen. In diesem Bereich besteht somit Handlungsbedarf.

³⁷ Das Projekt «Demenzfreundliche Apotheken» zielt darauf ab, die Lebensqualität von Menschen mit Demenz und ihrer betreuenden Angehörigen durch eine bedürfnisgerechte Versorgung zu fördern. In öffentlichen Apotheken als niederschwellig zugänglichen Gesundheitseinrichtungen sollen Wissen und Handlungskompetenzen von MitarbeiterInnen zu den Themen Demenz, personenzentrierte Kommunikation mit Menschen mit Demenz und zu Beratungsangeboten gestärkt werden. Die MitarbeiterInnen werden auch darauf geschult, Anzeichen einer beginnenden Demenz zu erkennen. In solchen Fällen sprechen sie die Patienten und insbesondere deren Angehörige an und verweisen sie mit deren Einverständnis an einen Arzt / eine Ärztin oder an ein Hilfenetzwerk. Vgl. «Demenzfreundliche Apotheken» <http://www.uni-klu.ac.at/pallorg/inhalt/2109.htm> sowie DAZ.online vom 26.01.2016 «Apotheken sind nachweislich demenzfreundlich»

³⁸ Nein zu Darmkrebs – Beratung und Test in ihrer Apotheke. pharmaSuisse. <http://www.nein-zu-darmkrebs.ch/>

4.4 Handlungsempfehlungen zum Ziel 2

Massnahmen in diesem Bereich müssen auf eine stärkere Zusammenarbeit zwischen Ärzte- und Apothekerschaft auf Ebene der individuellen Patientenbetreuung zielen. Da solche Massnahmen zu beruflichen Grenzüberschreitungen führen können, gleichzeitig aber eine enge Zusammenarbeit mit der Ärzteschaft bedingen, ist die Umsetzung heikel. Zudem wären aufgrund der heterogenen Landschaft in der Schweiz (z. B. SD- und nicht-SD Kantone) schweizweit einheitliche Vorgaben wenig realistisch. Vielmehr muss auf die verschiedenen Gegebenheiten in den verschiedenen Kantonen Rücksicht genommen werden. Ein «bottom-up» Ansatz unter Berücksichtigung der kantonal unterschiedlichen Gegebenheiten scheint erfolgsversprechender.

Die Gutachten BASS und IZAA bestätigen diese Einschätzung. Sie sind sich in ihren Empfehlungen einig, dass eine breitere Implementierung von Modellen der Zusammenarbeit in der Schweiz nicht durch entsprechende «top-down» Vorgaben, also eine Verpflichtung zur Zusammenarbeit von Seiten Bund, erreicht werden kann. Vielmehr ist es gemäss den Gutachten (nebst weiteren Erfolgsfaktoren) notwendig, dass die verschiedenen praktizierten Modelle *auf Eigeninitiative der Leistungserbringer in einem «bottom-up» Prozess* aufgebaut werden. Beide Gutachten empfehlen deshalb dem Bund als Handlungsoption, breiter angelegte Pilotprojekte zu fördern. Derartige Projekte sollen schrittweise, als *kontrollierte, wissenschaftlich evaluierte Projekte unter Beteiligung aller betroffenen Stakeholder* eingeführt werden. Durch den *Nachweis des lokalen Nutzens* kann die *Akzeptanz* bei den Leistungserbringern gefördert werden.³⁹

Dies fügt sich auch in die Ergebnisse der *systemischen Analyse* ein: Als Hebel, um das System als langfristiger Fokus in Richtung «mehr Qualität durch Kooperation» zu bewegen, bieten sich gemäss systemischer Analyse eine Aufweichung des Standesdenkens, eine Vereinheitlichung der kantonalen Regelung und die Förderung der Patientenkompetenz an. Das Standesdenken ist einerseits ein Hindernisfaktor für solche Formen der Zusammenarbeit; andererseits kann es aber gerade durch etablierte Zusammenarbeitsmodelle aufgeweicht werden. Auch hier greift die vorgesehene Förderung von Pilotprojekten. Da die Förderung der Zusammenarbeit aber eben nicht durch nationale Vorgaben erreicht werden kann, ist die Vereinheitlichung der kantonalen Regelungen kein Hebel, den der Bund sinnvoll nutzen kann. Der Bund kann hingegen lenkend eingreifen, indem er entsprechende Rahmenbedingungen und Anreize zur Zusammenarbeit schafft. Wie diese Rahmenbedingungen und Anreize optimiert werden können, kann im Rahmen einer wissenschaftlichen Begleitung und Evaluation von Pilotprojekten untersucht werden. Das BAG hat in diesem Zusammenhang zusammen mit Büro BASS und im Rahmen einer Arbeitsgruppe, welche BAG-interne sowie externe Vertreter der Leistungserbringer umfasste, ein *Wirkungsmodell* entwickelt, welches zur Evaluation entsprechender Pilotprojekte und Prüfung von Folgemassnahmen dienen soll⁴⁰.

4.5 Effekte der Medikamentenpreise auf die Zielerreichung

Die systemische Analyse hat gezeigt, dass Veränderungen der Medikamentenpreise, insbesondere Senkungen, ein starker Hebel im System sind, der insbesondere die kurzfristige und natürliche Reaktion des Systems begünstigt. Auf das langfristige Ziel einer stärkeren Zusammenarbeit der Berufsgruppen zur Steigerung der Behandlungsqualität, kann dieser Hebel gemäss der systemischen Analyse einen negativen Einfluss haben. Massnahmen in diesem Bereich (z. B. Anpassungen der Medikamentenmargen bzw. der Vertriebsanteile) sollen deshalb immer auch mit dem Blick auf die Versorgungssicherheit verknüpft werden.

Gleichzeitig könnte das System unabhängiger von diesem starken Hebel werden, je mehr sich die Zusammenarbeit etabliert hat. Gemäss dem oben erwähnten Wirkungsmodell kann die geförderte interdisziplinäre/interprofessionelle Zusammenarbeit dazu führen, dass sich die heutige wirtschaftliche Konkurrenz zwischen den Berufsgruppen auf den Qualitätswettbewerb verlagert. Durch diese

³⁹ Schnittstelle zur Qualitätsstrategie des Bundes, Aktionsfeld "Anreize": die Handlungsempfehlungen sehen u.a. die Förderung von Pilotprojekten inkl. Begleitforschung und Qualitätsprojekten vor.

⁴⁰ Künzi Kilian und Jolanda Jäggi (2015): Verbesserung der Behandlungsqualität durch interdisziplinäre/interprofessionelle Zusammenarbeit. Erarbeitung eines Wirkungsmodells mit Fokus auf den Beitrag der Apotheker/innen in der koordinierten ambulanten Grundversorgung, Bern: Studie von Büro BASS im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit. *wird zeitgleich mit dem Postulatsbericht publiziert*

Verschiebung und die damit verbundene Rollenklärung sollte sich die heutige Konkurrenzsituation entschärfen, wodurch auch die kurzfristige Reaktion des Systems auf den Druck bei den Medikamentenpreisen abgeschwächt wird.

5 Massnahmen zur Zielerreichung

Um den Zugang zu hochwertigen pharmazeutischen Dienstleistungen zu sichern und zu erleichtern sowie um die Behandlungsqualität im Bereich der medikamentösen Therapie durch eine berufsgruppenübergreifende Zusammenarbeit zu erhöhen, hat der Bund bereits verschiedene Massnahmen ergriffen. Eingebettet sind sie in übergeordnete Strategien.

5.1 Übergeordnete Strategien des Bundes

Neue Verfassungsbestimmung zur medizinischen Grundversorgung

Mit der *neuen Verfassungsbestimmung zur medizinischen Grundversorgung* (Abstimmung vom Mai 2014)⁴¹ wurden Bund und Kantone verpflichtet, gemeinsam die medizinische Grundversorgung als Ganzes zu stärken bzw. für eine ausreichende, allen zugängliche medizinische Grundversorgung von hoher Qualität zu sorgen. Bund und Kantone sollen in diesem Zusammenhang dafür sorgen, dass es genügend gut ausgebildete Gesundheitsfachpersonen gibt und dass diese sich besser koordinieren und eng zusammenarbeiten. Durch die Ausrichtung auf eine enge Vernetzung und Zusammenarbeit der Gesundheitsfachleute soll sichergestellt werden, dass die Behandlung der Patientinnen und Patienten in hoher Qualität erfolgt. Dabei werde es zentral sein, dass sich neue Versorgungsmodelle wie Gesundheitszentren weiterentwickeln und etablieren können. Den Apothekerinnen und Apothekern als Akteure der medizinischen Grundversorgung wird dabei ebenfalls eine wichtige Rolle zukommen.

Die Verfassungsbestimmung wurde als direkter Gegenentwurf zur Volksinitiative «Ja zur Hausarztmedizin» in der Volksabstimmung vom 18. Mai 2014 klar angenommen (Stimmenanteil von 88% JA). Im Rahmen der Vernehmlassung wurde von den Befürwortern insbesondere begrüsst, dass der direkte Gegenentwurf die Zielsetzung verfolge, eine umfassende, vernetzte, allen zugängliche, interdisziplinär erbrachte medizinische Grundversorgung von hoher Qualität sicherzustellen, bei welcher das Interesse der Patientinnen und Patienten im Zentrum stehe. Es wurde klar abgelehnt, einer einzelnen Berufsgruppe – in diesem Fall den Hausärztinnen und Hausärzten – eine Sonderstellung einzuräumen.⁴² Die Initianten haben ihre Initiative, welche die Interessen der Hausärztinnen und Hausärzte ins Zentrum stellte, zugunsten des neuen Verfassungsartikels, welcher die medizinische Grundversorgung als Ganzes stärken will, zurückgezogen.

Strategie Gesundheit 2020

Mit seiner *Gesamtstrategie Gesundheit 2020* (G2020) will der Bundesrat u. a. die koordinierte Versorgung⁴³ fördern, um damit die Qualität der Versorgung zu erhöhen sowie die Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Gesundheitsberufen zu verbessern. Die Massnahmen fokussieren in einem ersten Schritt auf (hoch-)betagte, multimorbide Patientinnen und Patienten, insbesondere im Kontext Spital und den damit verbundenen Schnittstellen. Mittels einer Recherche nationaler und internationaler Literatur wurden die möglichen Probleme und Herausforderungen in Bezug auf die koordinierte Versorgung für diese Patientengruppe zusammengetragen. Darauf basierend wurde der Handlungsbedarf konkretisiert und die wichtigsten Problemfelder ermittelt. 2016 sollen nun vier bis fünf Massnahmen konkretisiert werden. Ein Handlungsfeld betrifft die Verbesserung der Übergänge von einem Betreuungsort zu einem anderen (z. B. vom Spital zum Pflegeheim oder zu Hause bzw. zur Spitex).

Die Verbesserung der Medikationssicherheit wurde auch in der Konkretisierung der *Qualitätsstrategie* des Bundes⁴⁴ als ein Hotspot identifiziert. In diesem Zusammenhang hat die Stiftung Patientensicherheit Schweiz das nationale *Pilotprogramm progress! Sichere Medikation an*

⁴¹ <http://www.bag.admin.ch/themen/berufe/13932/13933/14680/index.html?lang=de>

⁴² Bericht über die Ergebnisse des Vernehmlassungsverfahrens zum Vorentwurf einer Verfassungsbestimmung über die medizinische Grundversorgung vom Juli 2011

⁴³ Die «koordinierte Versorgung» wird definiert als die Gesamtheit der Verfahren, die dazu dienen, die Qualität der Behandlung der Patientinnen und Patienten über die ganze Behandlungskette hinweg zu verbessern. Im Zentrum steht die Patientin bzw. der Patient: Die Koordination und Integration erfolgen entlang der ganzen Behandlung und Betreuung.

<http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/15937/index.html?lang=de>

⁴⁴ Bericht an den Bundesrat zur Konkretisierung der Qualitätsstrategie des Bundes im Schweizerischen Gesundheitswesen vom Mai 2011

*Schnittstellen*⁴⁵ lanciert, welches vom BAG finanziell unterstützt wird. Ziel dieses Pilotprogramms ist die konsequente Implementierung des systematischen Medikationsabgleichs (= Medication Reconciliation) bei Spitaleintritt und –austritt, um dadurch Medikationsfehler an diesen Schnittstellen zu reduzieren. In diesem Zusammenhang hat die Stiftung Patientensicherheit Schweiz im Januar 2016 eine Studie publiziert, in welcher sie die Offizin-Apotheken als Informationsquelle bei Erstellung der prästationären Medikationsliste untersucht haben⁴⁶. In diversen Ländern (z. B. Kanada, Niederlande, Frankreich) werden Offizin-Apotheken bereits als zentrale Quelle standardmässig genutzt und spielen somit eine wichtige Rolle bei der Erhebung der prästationären Medikation. Der Bericht zieht das Fazit, dass Offizin-Apothekerinnen und –Apotheker über Informationen zur Medikation von Kunden verfügen können, die auch in der Schweiz bei einem Spitaleintritt für die Erstellung einer vollständigen prästationären Medikationsliste berücksichtigt werden müssten. Die im Rahmen der Untersuchung befragten Apothekerinnen und Apotheker seien grundsätzlich auch bereit, vermehrt bei dem Prozess der bestmöglichen Medikationsanamnese bei Spitaleintritt mitzuwirken. Es könne davon ausgegangen werden, dass ein vermehrter und systematischer Informationsaustausch zwischen den Offizin-Apotheken und den Spitälern einen relevanten Nutzen im Prozess des systematischen Medikationsabgleichs bringen und somit die Medikationssicherheit an den Versorgungsschnittstellen verbessern würde. Um dies zu etablieren, bräuchte es für beide Seiten Klarheit in den Bereichen Datenschutz und Informationsweiterleitung, eine Integration des Prozesses in die betrieblichen Abläufe sowie eine gegenseitige Anerkennung von Kompetenzen, Möglichkeiten und Limiten. Als Lösungsvorschläge für die Verbesserung der Zusammenarbeit an dieser Schnittstelle wurden u. a. eine stärkere Nutzung von Austausch- und Fortbildungsgefässen, wie beispielsweise Qualitätszirkel, die Integration der Schnittstellenproblematik in die Aus- und Weiterbildung sowie der Zugriff auf ein gemeinsames elektronisches Dossier erkannt. Die Umsetzung der eHealth Strategie wird hier also ebenfalls eine zentrale Rolle spielen (vgl. Abschnitt weiter unten).

Fachkräfteinitiative / Förderprogramm Interprofessionalität:

Nach der Annahme der Masseneinwanderungsinitiative am 9. Februar 2014 hat der Bundesrat entschieden, die Fachkräfteinitiative FKI – welche bereits 2011 lanciert wurde – gemeinsam mit den Kantonen zu intensivieren und auszuweiten (neu so genannte Fachkräfteinitiative Plus, FKI Plus). Da der Gesundheitsbereich stark vom Fachkräftemangel betroffen ist, hat der Bundesrat dann auch im Juni 2015 das EDI damit beauftragt, ein Förderprogramm „Interprofessionalität im Gesundheitswesen 2017-2020“ insbesondere für die medizinische Grundversorgung zu lancieren.

Das EDI hat dem Bundesrat im Frühling 2016 ein entsprechendes Konzept inkl. Ressourcenbedarf unterbreitet. Mit dem Förderprogramm sollen Projekte im Bereich der interprofessionellen Bildung und Gesundheitsversorgung gefördert werden. Das Förderprogramm soll die gleichberechtigte Zusammenarbeit verschiedener Berufe im Interesse einer besser koordinierten und sektorenübergreifenden Gesundheitsversorgung unterstützen. Die personellen Ressourcen sollen dadurch effizienter zum Nutzen der Patientinnen und Patienten eingesetzt werden.

Folgende Strategien sind ausserdem im BAG in Erarbeitung oder in Umsetzung, bei welchen den Apothekerinnen und Apothekern eine wichtige Rolle zukommt:

*Nationale Strategie zur Prävention von nichtübertragbaren Krankheiten (NCD Strategie)*⁴⁷:

Gemäss *NCD Strategie* müssen Health Professionals fähig sein, in neuen Versorgungsmodellen koordiniert, interprofessionell, patientenzentriert und mit Fokus auf Gesunderhaltung und Lebensqualität zu arbeiten. Dabei sind die Rollen zu klären und die Potenziale für die Gesundheitsvorsorge bei allen beteiligten Berufsgruppen verstärkt zu erschliessen und zu würdigen⁴⁸. Dabei sind Apothekerinnen und Apotheker gemäss NCD-Strategie eine dieser Berufsgruppen. Der im

⁴⁵ <http://www.patientensicherheit.ch/de/leistungen/Pilotprogramme-progress--.html>

⁴⁶ Medikationssicherheit bei Spitaleintritt: Offizin-Apotheken als Informationsquelle bei Erstellung der prästationären Medikationsliste. C. Zimmermann und Dr. K. Gehring, patientensicherheit schweiz. Januar 2016

⁴⁷ <http://www.bag.admin.ch/themen/medizin/00683/15204/index.html?lang=de>

⁴⁸ Prävention in der Gesundheitsversorgung: Der Mensch im Zentrum. Grundlagenbericht erstellt durch die Arbeitsgruppe Teilprojekt 2 als Basis für die Erarbeitung der NCD Strategie. Januar 2015

Rahmen der NCD-Strategie erarbeitete Gesundheitspfad zeigt für die Apotheke eine mögliche Rolle als niederschweligen Zugang für Personen in verschiedenen Lebensphasen auf. Möglichkeiten eines stärkeren Einbezug der Apotheken in der Prävention reichen dabei von der Einbindung in Präventionskampagnen, über die Durchführung von Risiko-Assessments bis hin zur Gesundheitsberatung (u.a. Rauchstopp) sowie der Koordination der Patienten und Patientinnen resp. der beteiligten Leistungserbringer. Die NCD-Strategie ist am 6. April 2016 vom Bundesrat verabschiedet worden, bis Ende 2016 sollen Massnahmen erarbeitet werden.

Nationale Strategie zur Prävention der saisonalen Grippe (GRIPS)⁴⁹ und nationales Impfprogramm (NIP)⁵⁰ inkl. Strategie zur Masernelimination:

Im Rahmen dieser Strategien werden die Apothekerinnen und Apotheker nicht nur als potenzielle niedrighschwellige Anlaufstelle für Impfungen positioniert, sondern auch in Impfförderung, Impfberatung und Kontrolle des Impfstatus einbezogen (namentlich mittels elektronischem Impfausweis und dessen Expertensystem zur automatischen Ermittlung von Impflücken, das auch ermöglichen kann, den Kunden oder die Kundin zur Ergänzung der fehlenden Impfungen an einen Arzt oder eine Ärztin zu verweisen).

Die Sicherheit der Patientin und des Patienten steht immer im Vordergrund. Grundsätzlich zielen die Massnahmen des Bundesrates deshalb immer darauf ab, dass die Apothekerinnen und Apotheker eng mit der Ärzteschaft zusammenarbeiten. Gesunde Erwachsene lassen sich aber häufig nicht impfen, weil ihnen der Gang in die Arztpraxis zu aufwändig ist (z. B. bei Grippeimpfungen oder Masernnachholimpfung bei Erwachsenen). Wenn bei solchen Personen durch ein niederschwelliges Angebot in der Apotheke die Durchimpfungsraten verbessert werden können, hält der Bundesrat dies für begrüssenswert.

Das Bundesamt für Gesundheit hat auf der Grundlage des neuen Epidemiegengesetzes eine Nationale Strategie zu Impfungen (NSI) erarbeitet. Sie hat zum Ziel, das Engagement aller Akteure zu fördern, die Bevölkerung fundiert über den Nutzen von Impfungen zu informieren und ein gutes Impfangebot zu gewährleisten. Der Strategieentwurf ging im März 2016 in die Anhörung. Um den Zugang zur Impfung für Erwachsene zu verbessern werden die Kantone im Strategieentwurf aufgefordert, die Schaffung der notwendigen Rechtsgrundlagen zu erwägen, um Apothekerinnen und Apothekern unter gewissen Bedingungen die Impfung von gesunden Erwachsenen ohne ärztliche Verordnung zu ermöglichen. Sobald die kantonalen Rechtsgrundlagen vorhanden sind, sollen die Ärztinnen und Ärzte und die Apothekerinnen und Apotheker zusammenarbeiten, um in den Apotheken sichtbare und attraktive Impfangebote bereitzustellen. Dabei gehe es um Basisimpfungen, spezifische Impfungen für Risikosituationen (z. B. FSME), Impfungen, die aus Sicht der Ziele der öffentlichen Gesundheit prioritär sind, und häufig zu wiederholende Impfungen (z. B. jährliche Grippeimpfungen).

Zum Entwurf können sich nun alle interessierten Kreise bis zum 6. Juli 2016 äussern. Bis Ende dieses Jahres soll dann die definitive, vom Bundesrat verabschiedete Fassung vorliegen.

Nationale Strategie gegen Antibiotikaresistenzen (StAR)⁵¹:

Im Rahmen dieser Strategie kommt den Apothekerinnen und Apothekern eine wichtige Rolle bei der Überwachung der Antibiotikaverschreibungen zu. Dies z. B. bei der Sammlung der Daten betreffend Antibiotikakonsum in der ambulanten Humanmedizin sowie bei der Qualitätskontrolle der Verschreibungen (z. B. richtige Wahl des Antibiotikums, richtige Dosierung und richtige Behandlungsdauer).

Strategie eHealth Schweiz

Für die Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Akteuren im Gesundheitswesen wird eHealth an Bedeutung gewinnen und einen unverzichtbaren Platz einnehmen. Die elektronische Vernetzung der Akteure sorgt dafür, dass Behandlungsabläufe optimiert und Doppelspurigkeiten vermieden werden. Die Apotheken mit flächendeckender Informatisierung nehmen im eHealth Bereich eine

⁴⁹ <http://www.bag.admin.ch/influenza/01118/15141/index.html?lang=de>

⁵⁰ <http://www.bag.admin.ch/themen/medizin/15472/index.html?lang=de>

⁵¹ <http://www.bag.admin.ch/themen/medizin/14226/index.html?lang=de>

wichtige Rolle ein. Dies ist in der *Strategie eHealth Schweiz* berücksichtigt. Die übergeordneten Ziele dieser Strategie sind⁵²:

- *Effizienz*: Durchgängige elektronische Abläufe verbessern die Koordination und den raschen Informationsaustausch unter den Akteuren und tragen zu Prozessverbesserungen, insbesondere an den Schnittstellen zwischen stationärer und ambulanter Gesundheitsversorgung bei;
- *Qualität*: Bessere medizinische Gesundheitsversorgung durch ein besseres Wissensmanagement;
- *Patientensicherheit*: Die richtige Information zur richtigen Zeit am richtigen Ort hilft, Fehler im medizinischen Behandlungsprozess zu vermeiden und schliesslich Leben zu retten;

Mit der Verabschiedung des Bundesgesetzes über das *elektronische Patientendossier (EPDG)* durch das Parlament wurden die gesetzlichen Rahmenbedingungen für die Umsetzung der «Strategie eHealth Schweiz» geschaffen. Im Rahmen der Umsetzung des EPDG werden dezentrale Gemeinschaften oder Stammgemeinschaften (Zusammenschlüsse von Gesundheitsfachpersonen) gebildet, um behandlungsrelevante Daten von Patientinnen und Patienten zu erfassen und auszutauschen. Auch Apothekerinnen und Apotheker werden sich diesen Gemeinschaften anschliessen und ebenfalls Zugriff auf das elektronische Patientendossier erlangen, sofern die Patientinnen und Patienten ihnen die entsprechenden Zugriffsrechte erteilen.⁵³ Um die Verbreitung des elektronischen Patientendossiers in der Schweiz zu fördern wäre es wünschenswert, wenn dieses in der Apotheke direkt eröffnet werden könnte.

Auch das *elektronische Impfbüchlein* ist Teil der Strategie eHealth. Die Apothekerinnen und Apotheker tragen bereits zur Förderung der elektronischen Impfdatenerfassung bei, indem sie ihren Kundinnen und Kunden die Erfassung ihrer Impfausweise anbieten. Als Gesundheitsfachleute sind sie zudem befugt, die erfassten Impfungen und damit die elektronischen Impfausweise zu validieren.

Um den Datenaustausch zwischen den verschiedenen Akteuren zu vereinfachen, werden sogenannte *Austauschformate* der Dokumente des EPD formuliert und als nationale Empfehlung durch eHealth Suisse verabschiedet. Bei der Festlegung der Inhaltsstrukturen aus fachlicher Sicht sowie der Ergänzung mit semantischen Standards sind die Berufsorganisationen massgeblich beteiligt. Die Interprofessionelle Arbeitsgruppe Elektronisches Patientendossier (IPAG) hat in einer ersten Phase die fachlichen Anforderungen an die Austauschformate *eMedikation* und *eAustrittsbericht* formuliert. In einer zweiten Phase hat sich die Arbeitsgruppe mit den interprofessionellen Prozessen befasst, die noch mit konkreten Fallbeispielen konsolidiert werden („work in progress“). Basierend auf diesen Vorarbeiten und parallel dazu werden „eHealth Suisse“ und die IPAG in einem nächsten Schritt gemeinsam die technische Umsetzung dieser Anforderungen begleiten. Ziel ist es, im ersten Halbjahr 2016 je eine erste Version eines Austauschformates zur eMedikation und zum eAustrittsbericht öffentlich anhören und im Sommer 2016 vom Steuerungsausschuss von „eHealth Suisse“ als nationale Empfehlung zu verabschieden.^{54 55}

Zum Austausch der Informationen zwischen den Behandelnden im Zuge der eMedikation sind vier eDokumente vorgesehen:

- *eMedikamentenplan (eCurrentMedication)*: Dieser umfasst die vollständige, aktuelle Medikation eines Patienten oder einer Patientin inklusive allfällige abgesetzte Medikamente, die noch aktiv und deshalb relevant sind (*active medication*).
- *eRezept*: Dieses entspricht im Wesentlichen dem heutigen Papierrezept.
- *eAbgabe/Anwendungsdokument*: Dieses dokumentiert die Abgabe von Arzneimitteln an einen Patienten bzw. eine Patientin direkt oder an einen Dritten (z. B. Angehörige des Patienten bzw. der Patientin oder betreuende Institutionen wie Spitex usw.) sowie die Anwendung von Arzneimitteln (Spezialfälle).

⁵² Factsheet Ziele und Stand „eHealth“, Sept. 2014, eHealth Suisse

⁵³ Bundesgesetz über das elektronische Patientendossier: Fragen und Antworten, Aug. 2015, eHealth Suisse

⁵⁴ eMedikation Bericht und eAustrittsbericht IPAG, Jan. 2016, eHealth Suisse

⁵⁵ Stand und Ausblick Austauschformate, Juli 2015, eHealth Suisse

- *eBeobachtung, Empfehlung, Anpassung (eMedicationComment)*: Ist ein vielseitig verwendbares Dokument, mit dem jede Gesundheitsfachperson die im Rahmen der Behandlung eines Patienten getätigten Beobachtungen, Empfehlungen und Anpassungen (von bereits bestehenden Dokumenten) den anderen Behandelnden kommunizieren kann. Insbesondere wird es auch verwendet, um eine pharmazeutische Intervention zu beschreiben. Behandelnde erhalten dadurch wichtige Informationen, die im Zusammenhang mit der Medikation eines Patienten zu berücksichtigen sind, z.B. Verträglichkeit von Arzneimitteln, Allergien und Intoleranzen, mangelnde Therapietreue, missbräuchliche Bezüge von Arzneimitteln usw.

Mit diesen vier eDokumenten werden die wichtigsten Anwendungsfälle aus dem Alltag im Austausch von Medikationsinformationen zwischen den Behandelnden von Arztpraxen, Spitälern, Ambulatorien, Apotheken, Spitexorganisationen oder Pflegeheimen unterstützt. Durch die Verbindung der vier Dokumente im ePatientendossier kann eine komplette Medikationsgeschichte (*Medication History*) des Patienten oder der Patientin zusammengefasst und dargestellt werden. Der Nutzen liegt insbesondere bei einer besseren Arzneimitteltherapiesicherheit, welche zu einer besseren Patientensicherheit beiträgt.

5.2 Ordentliche Revision des Heilmittelgesetzes (2. Etappe) – Erweiterte Abgabekompetenzen von Apothekerinnen und Apothekern

Mit der Motion 07.3290 «Neue Regelung der Selbstmedikation» der SGK-N wurde der Bundesrat aufgefordert, der Bundesversammlung eine Änderung des Heilmittelgesetzes (HMG)⁵⁶ vorzulegen, welche die Regelung der Selbstmedikation vereinfacht und vorhandene Fachkompetenz unter anderem der Apothekerinnen und Apotheker bei der Abgabe von verschreibungspflichtigen Arzneimitteln (Kategorie B) besser ausschöpft. Diese Forderung wird mit der aktuell laufenden Revision des Heilmittelgesetzes (2. Etappe)⁵⁷ umgesetzt. Im Frühjahr 2016 haben National- und Ständerat die letzten Differenzen bereinigt und die Vorlage am 18. März 2016 verabschiedet. Die Vernehmlassung zu den Ausführungsbestimmungen soll im Frühling 2017 eröffnet werden. Auf Basis der Resultate aus der Vernehmlassung wird entschieden, wann das revidierte Gesetz und die Ausführungsbestimmungen in Kraft gesetzt werden können.

Die für die Positionierung der Apothekerinnen und Apotheker relevanten Bestimmungen waren im Grundsatz von Stände- und Nationalrat unbestritten und wurden im Rahmen der parlamentarischen Beratung teilweise noch erweitert:

- National- und Ständerat haben die erweiterten Abgabekompetenzen von Apothekerinnen und Apotheker begrüsst, anstelle der vom Bundesrat vorgeschlagenen Produktliste haben sie aber eine indikationsbezogene Liste beschlossen (Art. 24 Abs. 1 Bst. a E-HMG). In dieser Liste soll der Bundesrat die Indikationen und die entsprechenden verschreibungspflichtigen Arzneimittel definieren, in denen die Apothekerin oder der Apotheker zur Abgabe ohne Vorliegen eines ärztlichen Rezepts befähigt ist. Der Apotheker oder die Apothekerin soll beispielsweise bei einem Harnwegsinfekt einer Patientin oder eines Patienten zwischen gewissen Arzneimitteln auswählen dürfen. Im Unterschied zum Vorschlag des Bundesrates werden diese Arzneimittel nicht in spezielle Abgabekategorien umgeteilt.
- Bei der Arzneimittelabgabe sollen für selbstdispensierende Ärztinnen und Ärzte sowie Apothekerinnen und Apotheker die gleichen Sicherheitsstandards, gleichen Qualitätskontrollen und gleichen Qualitätssicherungsprogramme gelten. Art. 24 Abs. 1 Bst b E-HMG wird deshalb mit dem Verweis auf Art. 1 Abs. 3 Bst. c HMG ergänzt, wonach beim Vollzug dieses Gesetzes darauf geachtet werden soll, dass die miteinander im Wettbewerb stehenden Marktpartner den gleichen gesetzlichen Sicherheits- und Qualitätsanforderungen genügen.
- Das Parlament sieht im Bereich der Rezeptausstellung einen gewissen Handlungs- bzw. Harmonisierungsbedarf. So sollen einerseits Mindestanforderungen für den Inhalt eines Rezeptes festgelegt werden. Andererseits soll die verschreibende Person grundsätzlich verpflichtet werden, bei jeder Verschreibung ein Rezept auszustellen und der Patientin oder dem Patienten

⁵⁶ Bundesgesetz über Arzneimittel und Medizinprodukte (SR 812.21, Heilmittelgesetz, HMG)

⁵⁷ http://www.parlament.ch/d/suche/Seiten/geschaefte.aspx?gesch_id=20120080

auszuhändigen, um so deren Wahlfreiheit beim Bezug des Arzneimittels zu gewährleisten (Art. 26 Abs. 2^{bis} – 4 E-HMG).

5.3 Revision des Medizinalberufegesetzes⁵⁸

Aufgrund veränderter Rahmenbedingungen auf internationaler wie auch nationaler Ebene, musste das Medizinalberufegesetz (MedBG) revidiert werden. Anpassungsbedarf ergab sich u. a. aufgrund der für die Schweiz zu berücksichtigenden Rechtsprechung des Gerichtshofs der Europäischen Union (EuGH) in Zusammenhang mit den Voraussetzungen zur Anerkennung der Diplom- und Weiterbildungstitel. Mit der Revision wurden zudem die Ausbildungsziele ergänzt, um der neu in Artikel 118a Bundesverfassung verankerten Komplementärmedizin Rechnung zu tragen und um einen zusätzlichen Schwerpunkt in der Hausarztmedizin und in der medizinischen Grundversorgung zu setzen.⁵⁹

Die Beratung zum revidierten MedBG wurde im Frühjahr 2015 abgeschlossen. Die neuen Ausbildungsziele für Apothekerinnen und Apotheker gemäss revidiertem MedBG sind per 1. Januar 2016 in Kraft getreten. Es ist nun Sache der Bildungseinrichtungen, diese Ziele in ihre Lehrpläne aufzunehmen. Die Änderungen wirken sich auch auf die künftige Positionierung der Apothekerinnen und Apotheker in der Grundversorgung aus:

- Apothekerinnen und Apotheker müssen in Zukunft über einen anerkannten eidgenössischen oder ausländischen Weiterbildungstitel verfügen, um ihren Beruf privatwirtschaftlich in eigener fachlicher Verantwortung ausüben zu können. Das betrifft neu auch Apothekerinnen und Apotheker, welche vom Eigentümer der Apotheke zwar angestellt sind, aber die Apotheke in eigener fachlicher Verantwortung führen oder auch Ärztinnen und Ärzte, welche ihre Praxis in Form einer Aktiengesellschaft organisiert haben.
- Die universitären Aus- und Weiterbildungsziele wurden ergänzt. Nach Abschluss ihrer universitären Ausbildung müssen die Medizinalpersonen gemäss MedBG die Rollen und Aufgaben der verschiedenen Kategorien von Fachpersonen kennen, die in die medizinische Grundversorgung involviert sind und deren Zusammenwirken verstehen. Die Weiterbildung soll sie zur Erfüllung ihrer Aufgaben in diesem Bereich befähigen und zu einem gemeinsamen Verständnis für die Zusammenarbeit in multiprofessionellen Teams führen.
- Die spezifischen Ausbildungsziele für Apothekerinnen und Apotheker wurden erweitert und umfassen neu auch Impfungen sowie die Diagnose und Behandlung von häufigen Krankheiten (Anpassung des Lernzielkatalogs Pharmazie). Diese Anpassung wurde von der beratenden Kommission neu ergänzt. Begründet wurde sie u. a. damit, dass dies eine logische Folge zu der Anpassung im Heilmittelgesetz sei. Neben den Abgabekompetenzen würden die Apothekerinnen und Apotheker so auch die Grundkenntnisse über Diagnose und Behandlung der entsprechenden Erkrankungen erwerben.

Mit der Revision des MedBG hat der Bund somit bildungsseitig die Grundlage geschaffen, um die koordinierte Zusammenarbeit in der Grundversorgung zu fördern. Für die praktische Umsetzung und Etablierung von tatsächlichen Zusammenarbeitsmodellen in der Praxis braucht es aber weitere Interventionen/Anstösse. Denn zwar existieren in der Schweiz verschiedene erfolgsversprechende Ansätze von Zusammenarbeitsmodellen von Apothekerinnen und Apothekern mit anderen Medizinal- und/oder Gesundheitsfachpersonen, diese sind aber je nach Kanton sehr unterschiedlich und konnten sich bisher noch nicht breiter etablieren. In Umsetzung der Empfehlung der Gutachten BASS und IZAA will der Bund deshalb erfolgsversprechende Pilotprojekte fördern.

⁵⁸ Bundesgesetz über die universitären Medizinalberufe (SR 811.11, Medizinalberufegesetz, MedBG)

⁵⁹ <http://www.bag.admin.ch/themen/berufe/00993/11990/index.html?lang=de>

5.4 Förderung von Pilotprojekten

Das BAG hat aus verschiedenen in der Schweiz bereits laufenden oder geplanten Pilotprojekten folgende Projekte gewählt, welche mit Unterstützung des Bundes wissenschaftlich begleitet und evaluiert werden sollen:

- *Spezialisierte Kinderapotheken medinform*: Ziel ist die optimierte Versorgung in spezialisierten Kinderapotheken durch die interdisziplinäre Zusammenarbeit von Apothekerinnen und Apothekern, Pädia-terinnen und Pädia-tern sowie Hausärztinnen und Hausärzten, einschliesslich Schulung des Apothekenpersonals. Das Bundesamt für Gesundheit (BAG) finanziert die Begleitforschung dieses Projekts durch die Universität Basel. Die Ausbildung der medinform Kinderapotheken läuft schon seit 2014 in der Deutschschweiz, die Begleitforschung ist im Frühjahr 2016 gestartet.
- *SISCare Programm zur Förderung der Therapietreue bei Diabetikerinnen und Diabetikern*: Ziel ist die Verbesserung der Therapietreue bei Personen mit Diabetes Typ 2. Im Zentrum stehen die Überwachung der Medikamenteneinnahme, regelmässige Motivationsgespräche in am SISCare Programm teilnehmenden Apotheken und die Optimierung des Medikamentenplans unter Absprache mit dem behandelnden Arzt oder der behandelnden Ärztin. Das BAG finanziert die wissenschaftliche Begleitung des Projekts an der Policlinique médicale universitaire (PMU) Lausanne. Die Umsetzung ist im Frühjahr 2016 gestartet.

Die Verwaltung hat die beiden Projekte auf Basis der Gutachten BASS und IZAA ausgewählt. Im Rahmen der Literaturanalyse für die Schweiz wurden diese als erfolgsversprechende Modelle der interdisziplinären Zusammenarbeit in der Schweiz identifiziert, da sie die analysierten Erfolgskriterien bestmöglich erfüllen. Es wurden ausserdem bewusst zwei Projekte ausgewählt, welche unterschiedliche Risiko-Patientengruppen ansprechen und zudem in verschiedenen Regionen der Schweiz angesiedelt sind (Deutsch- / Westschweiz). Den Projekten gemeinsam ist der interdisziplinäre Ansatz, möglichst auf Basis eines bestehenden interprofessionellen Netzwerks, zur Steigerung der Behandlungsqualität.

Durch die wissenschaftliche Begleitung und Auswertung der Pilotprojekte soll lokale Evidenz generiert und eine fundierte Einschätzung abgeleitet werden, ob die interdisziplinäre Zusammenarbeit im Rahmen dieser Modelle zu einer Qualitätssteigerung bei der ambulanten Arzneimittelversorgung der entsprechenden Patientengruppen (Chronischkranke; Kinder) führt. Falls die generierte Evidenz einen Nutzen solcher Modelle aufzeigt, kann dadurch die Akzeptanz bei den Leistungserbringern gesteigert werden. Gleichzeitig wird der Dialog zwischen den Leistungserbringern gefördert bzw. eine Plattform für den Erfahrungsaustausch zwischen den verschiedenen Pilotprojekten geschaffen. Zudem soll im Rahmen der Begleitforschung geprüft werden, welche Rahmenbedingungen zum Erfolg bzw. zum Misserfolg der Projekte führen können und für eine breite Etablierung erfolgreicher Zusammenarbeitsmodelle allenfalls optimiert werden könnten. In diesem Rahmen sollen unter anderem die Auswirkungen neuer Zusammenarbeitsmodelle auf die Aus- und Weiterbildung sowie auf allfällige Vergütungsmodelle geprüft werden.

Als Basis für die Begleitforschung der Pilotprojekte und der Prüfung allfälliger Folgemassnahmen zur Optimierung der Rahmenbedingungen dient das vom BAG und Büro BASS und unter aktiver Beteiligung der betroffenen Akteure erarbeitete *Wirkungsmodell*. Die Auswertung der Ergebnisse wird voraussichtlich 2018 vorliegen.

Mit den gewählten Pilotprojekten werden nicht alle Risiko-Patientengruppen abgedeckt, bei denen ein hoher Koordinationsbedarf besteht. Die Ergebnisse aus den gewählten Pilotprojekten lassen sich aber auch auf andere Patientengruppen bzw. andere Modelle der interdisziplinären Zusammenarbeit zur Betreuung dieser Patienten übertragen. Die Realisierung weiterer (Folge)-Pilotprojekte könnte allenfalls über das nationale Forschungsprogramm Gesundheitsversorgung (NFP 74) erfolgen, welches im Oktober 2015 ausgeschrieben wurde⁶⁰. Beispielsweise liegt bei SISCare der Fokus in einem ersten Schritt auf der Verbesserung der Therapietreue, es wäre aber denkbar, dieses Programm in einem weiteren Schritt auf weitergehende Leistungen der Apothekerinnen und Apotheker im Präventionsbereich auszuweiten – so z. B. die Unterstützung bei der Messung von

⁶⁰ <http://www.snf.ch/de/fokusForschung/newsroom/Seiten/news-151001-ausschreibung-nfp-74-gesundheitsversorgung.aspx>

Blutzucker- oder Blutdruckwerten und bei Bedarf entsprechender Absprache und Überweisung an den Arzt oder die Ärztin.

6 Schlussfolgerungen

Im Folgenden zeigt der Bundesrat auf, wie er bestehende und neue Tätigkeitsgebiete der Apothekerinnen und Apotheker in der Grundversorgung beurteilt und welche Auswirkungen diese Neupositionierung auf die Aus- und Weiterbildung sowie auf allfällige Vergütungsmodelle haben dürften. Dabei hat er stets das Ziel vor Augen, den Zugang zu hochwertigen pharmazeutischen Dienstleistungen zu sichern und zu erleichtern sowie die Behandlungsqualität im Bereich der medikamentösen Therapie durch eine berufsgruppenübergreifende Zusammenarbeit zu erhöhen.

6.1 Positionierung der Apothekerinnen und Apotheker neu ausrichten

Der Bundesrat stimmt mit dem Postulat Humbel überein, dass, in Anbetracht der künftigen Herausforderungen im Gesundheitswesen, eine Neupositionierung der Apothekerinnen und Apotheker in der Grundversorgung stattfinden soll. Bereits laufende Bemühungen in diese Richtung sind nach seiner Ansicht zu verstärken.

Im Postulat Humbel werden namentlich das netCare Modell, Qualitätszirkel, neue Leistungen im Bereich Prävention sowie die bessere Nutzung der bestehenden Informatisierung der Apotheken als erfolgreiche Beispiele bzw. mögliche Aufgabenbereiche im Rahmen einer Neupositionierung genannt. Daher soll an dieser Stelle auf diese Bereiche kurz eingegangen werden. Dabei wird aufgezeigt, wie der Bundesrat die verschiedenen Versorgungs- und Qualitätssicherungsmodelle einschätzt und wo er Handlungsbedarf sieht.

- *netCare Apotheken*: Bei netCare steht der rasche Zugang insb. bei leichten Erkrankungen, zu Randzeiten und für Personen ohne Hausärztin oder Hausarzt im Vordergrund, was auch einem Ziel des Bundesrates entspricht. Die hohe Anzahl der im Pilotversuch durchgeführten netCare-Behandlungen deutet zudem darauf hin, dass sich die Patientinnen und Patienten mit diesem Modell wohl fühlen. Auch die Studie der gfs.bern vom Februar 2015⁶¹ zeigt auf ein vorliegendes Interesse der Bevölkerung für netCare Dienstleistungen hin.

Das Projekt netCare weckt allerdings den Widerstand der Ärzteschaft: Diese sehen netCare als Konkurrenz, haben Zweifel über den Nutzen der Videokonsultationen und über die Kosteneffizienz des Modells⁶². Indem neu auch die Option besteht, mit lokalen Ärzten zusammenzuarbeiten, könnte dieser Widerstand möglicherweise aufgeweicht werden. Zudem kann das netCare Modell mit der Revision des HMG und des MedBG effizienter gestaltet werden, indem gewisse verschreibungspflichtige Arzneimittel künftig auch ohne Konsultation einer Medgate- oder Lokalärztin bzw. eines Medgate- oder Lokalarztes erfolgen kann.

Der Bundesrat verfolgt die weitere Entwicklung mit Interesse, erachtet aber auch aufgrund der Ergebnisse der systemischen Analyse keine zusätzliche Förderung dieses Modells als notwendig.

- *Qualitätszirkel*: Qualitätszirkel (QZ) sind wichtig für die Kooperation und den Wissensaustausch. QZ sind vor allem in Kantonen mit Rezeptursystem verbreitet; die ärztliche SD ist auch hier ein entscheidendes Hindernis. Nationale Vorgaben betreffend QZ wären eine Möglichkeit, um diese auch in den SD-Kantonen stärker zu etablieren. Beide Gutachten (BASS und IZAA) kommen aber zum Schluss, dass eine Verpflichtung zur Teilnahme an ambulanten Qualitätszirkeln nicht zielführend oder sogar kontraproduktiv sein könnte. Auf Verpflichtung basierende QZ sind schwieriger zu leiten und Erfolge werden geringer ausfallen, wenn nicht nur begeisterte Befürworter teilnehmen. Einzig im *stationären Bereich (Alters- und Pflegeheime)* könnte gemäss den Gutachten eine solche Verpflichtung evtl. erfolgreich sein, obwohl auch dort die Rahmenbedingungen (SD- oder nicht-SD-Kanton) eine Rolle spielen. Unter dem Label von progress! plant die Stiftung Patientensicherheit Schweiz derzeit ein viertes nationales Programm zur sicheren Medikation in Pflegeheimen. Ziel ist die Reduktion von Polypharmazie sowie der sichere Umgang mit potentiell inadäquaten Medikamenten bei älteren Menschen in Pflegeheimen. QZ mit Ärztinnen oder Ärzten und Apothekerinnen oder Apothekern in Pflegeheimen wird in

⁶¹ Apothekenmonitor 2015 – Studie der gfs.bern im Auftrag der pharmaSuisse; Februar 2015

⁶² Gutachten BASS, 2014

diesem Zusammenhang als eine Verbesserungsmassnahme in der Schweiz aufgeführt⁶³. Das Projekt befindet sich derzeit erst in der Startphase – welche Empfehlungen oder Massnahmen aufgrund dieser Arbeiten folgen werden, lässt sich derzeit noch nicht abschätzen.

Bei den *ambulanten* QZ zeichnet sich ein Trend zur Suche nach neuen individuellen Tätigkeitsfeldern ab. Eine Idee ist z.B., diese QZ ins netCare Modell einzubeziehen, um so den Bogen zu den lokalen Ärzten zu schlagen (Rollenklärung und Delegation von Patienten in den QZ). Weitere Aufgabenbereiche der ambulanten QZ könnten auch in der Verbesserung der Therapietreue, in der integrierten Versorgung, der Begleitung chronisch Kranker, in der Arzneimittelsicherheit inkl. Antibiotika oder in Medikationsreviews liegen. Der Bundesrat begrüsst solche Bestrebungen der Leistungserbringer, die Tätigkeitsfelder der QZ auszuweiten, um so deren Wirkung zu optimieren. Nationale Vorgaben wären hier hingegen nicht zielführend, da sie diese unterschiedlichen und individuellen Entwicklungen bremsen könnten.

- *Neue Leistungen im Bereich Prävention:* Mit der Nationalen Strategie zur Prävention von nichtübertragbaren Krankheiten sowie den Nationalen Strategien zur Prävention der saisonalen Grippe, zur Masernelimination und gegen Antibiotikaresistenzen wird der Forderung von Frau Humbel entsprochen, die Apothekerinnen und Apotheker stärker im Bereich Prävention einzusetzen. In diesem Rahmen kommt den Apothekerinnen und Apothekern eine wichtige Funktion als Beobachtungs-, Beratungs- und Koordinationsstelle in der Primär- und Sekundärprävention zu.

Wie auch die Gutachten BASS und IZAA gezeigt haben, liegt im internationalen Umfeld der Schwerpunkt auf der Entwicklung von Modellen, in welchen Apothekerinnen und Apotheker im Bereich Verschreibungsfehler und arzneimittelbezogene Probleme (= Tertiärprävention) sowie im Chronic Disease Management (CDM) stärker eingesetzt werden. Das vom BAG unterstützte SISCare Programm von SISPha entspricht im Grundsatz einem solchen interdisziplinären CDM-Programm. Wie unter Abschnitt 5.4. beschrieben, wäre es denkbar, dieses vom BAG unterstützte Pilotprojekt in einem nächsten Schritt auf zusätzliche Leistungen im Präventionsbereich zu erweitern.

- *Bessere Nutzung der bestehenden Informatisierung der Apotheken:* Der Bundesrat ist der Ansicht, dass die Apothekerinnen und Apotheker in der eHealth Strategie Schweiz angemessen einbezogen werden und die bestehende Informatisierung der Apotheken damit künftig optimal ausgenutzt wird.

Umgekehrt kann die Informationstechnik allein wenig bewirken. Das grosse Potential liegt auch hier in neuen Formen der Zusammenarbeit (z. B. Austausch von relevanten Informationen, Übermittlung einer ärztlichen Verordnung in die Apotheke,...). Damit «eHealth» breit eingesetzt wird, braucht es nicht nur Antworten auf die «technischen Herausforderungen», sondern (und vor allem) einen Kulturwandel. Die heute wenig ausgeprägte Kultur der Zusammenarbeit bei den Behandelnden setzt auch der Entwicklung von eHealth Grenzen. Mit der Förderung von neuen Formen der Zusammenarbeit, bei denen der Informationsaustausch immer eine zentrale Rolle spielt, geht somit eine Förderung von eHealth Instrumenten Hand in Hand einher.

Die im Postulat Humbel erwähnten Beispiele bzw. möglichen Aufgabenbereiche von Apothekerinnen und Apothekern in der Grundversorgung werden sicherlich auch künftig relevant sein, zielen aber stärker auf die Nutzung der Apotheken als niederschweligen Zugang zum Gesundheitssystem. Diesbezüglich hat der Bundesrat bereits verschiedene Massnahmen umgesetzt, welche diese Positionierung der Apotheken in der Grundversorgung fördern. Der Bundesrat sieht in diesen Bereichen deshalb keine weiteren Massnahmen vor. Langfristig will der Bundesrat den Fokus vielmehr auf eine stärkere Nutzung der pharmazeutischen Fachkompetenz in Modellen der interdisziplinären Zusammenarbeit legen, um so die Behandlungsqualität zu sichern und zu steigern. Hierzu existieren in der Schweiz erfolgsversprechende Ansätze, die sich aber noch nicht breiter

⁶³ Patientensicherheit Schweiz; progress! Sichere Medikation in Pflegeheimen – Übersicht zum Thema Polypharmazie und potenziell inadäquate Medikation; Nov. 2015; <http://www.patientensicherheit.ch/de/leistungen/Pilotprogramme-progress--/progress---Pflegeheime.html>

etablieren konnten. Der Bundesrat sieht deshalb vor, die breitere Etablierung solcher Zusammenarbeitsformen zu fördern, indem er die wissenschaftliche Begleitung und Evaluation entsprechender Pilotprojekte gezielt unterstützt und auf Basis der Ergebnisse prüft, ob und welche Rahmenbedingungen allenfalls optimiert werden könnten. In diesem Rahmen sollen unter anderem die Auswirkungen neuer Zusammenarbeitsmodelle auf die Aus- und Weiterbildung sowie auf allfällige Vergütungsmodelle geprüft werden, womit auch dem Anliegen des Postulats Humbel entsprochen wird. Diese Arbeiten können aber erst nach Abschluss der Evaluation der Pilotprojekte, voraussichtlich 2018/2019, konkret an die Hand genommen werden.

Dieser Weg ist zwar eher langfristig angelegt, entspricht aber der Empfehlung verschiedener internationaler Vergleichsstudien und ist auch gemäss einer Stellungnahme der G2020 Experten⁶⁴ angebracht: Durch die Umsetzung und Evaluation von Pilotprojekten könnten einerseits die verschiedenen Versorgungsstrukturen in der Schweiz angemessen berücksichtigt werden. Andererseits könnten dadurch auch etwaige Risiken und nicht intendierte negative Auswirkungen erkannt und reduziert werden. Damit sich die neue Rolle der Apothekerinnen und Apotheker in der Praxis etablieren kann, sind die Akzeptanz von Seiten der Leistungserbringer für solche neuen Versorgungsmodelle sowie ein Bewusstsein von Seiten der Apothekerschaft für ihr neues Rollenbild zentral. Mit dem gewählten Vorgehen kann dies nach Ansicht des Bundesrates erreicht werden.

6.2 Auswirkungen auf die Aus- und Weiterbildung

Die *Schulung der involvierten Akteure* ist gemäss den Gutachten BASS und IZAA ein wichtiger Erfolgsfaktor für die Etablierung von Zusammenarbeitsmodellen. Gemäss diesen Gutachten braucht es interprofessionelle Ausbildungsmodule mit Fokus auf Einüben der neuen Rollenverteilung, Kommunikation und Zusammenarbeit. Zum gleichen Schluss kommen auch verschiedene im Rahmen dieses Berichts zitierte Studien, so z. B. die Studien der Stiftung Patientensicherheit Schweiz.

Im revidierten MedBG wurde diesbezüglich durch die abgestimmten allgemeinen Aus- und Weiterbildungsziele, die für alle universitären Medizinalberufe gelten und durch die differenzierten berufsspezifischen Kompetenzen, die normative bildungsseitige Basis für eine effiziente Zusammenarbeit gelegt, die nun im Interesse einer zeitgemässen und qualitativ hochstehenden Versorgung umgesetzt werden kann.

Ob durch eine Neupositionierung der Apothekerinnen und Apotheker allenfalls weitergehende *neue Ausbildungsziele für Apothekerinnen und Apotheker* nötig werden, soll durch die Umsetzung und Evaluation von Pilotprojekten überprüft werden. Im dazu erarbeiteten Wirkungsmodell ist explizit vorgesehen, dass nach Durchführung der Pilotprojekte in Form einer Rückkopplung die Rahmenbedingungen (dazu gehört auch das System der Aus- und Weiterbildung von Apothekerinnen und Apothekern) überprüft werden sollen.

6.3 Auswirkungen auf allfällige Vergütungsmodelle

Die *angemessene Vergütung der Leistungen* ist gemäss den Gutachten BASS und IZAA ein wichtiger Erfolgsfaktor für die Umsetzung von Massnahmen, mit welchen die Rolle von Apothekerinnen und Apothekern in der Grundversorgung gestärkt werden soll. Ob durch eine Neupositionierung der Apothekerinnen und Apotheker allenfalls auch *neue Vergütungsmodelle* nötig werden, soll ebenfalls durch die Umsetzung und Evaluation von Pilotprojekten überprüft werden. Auch hier sieht das Wirkungsmodell vor, dass nach Durchführung der Pilotprojekte in Form einer Rückkopplung die Rahmenbedingungen (in diesem Fall also die Vergütungssysteme inkl. Tarifverträge) überprüft werden sollen.

Grundsätzlich ist es Sache der Versicherer und der Berufsverbände, entsprechende neue Vergütungssysteme und Tarife zu entwickeln bzw. auszuhandeln. Sollen dabei neue pharmazeutische

⁶⁴ Willy Oggier, Dr.oec.HSG; Stellungnahme Strategie Santé 2020 zu „Positionierung der Apotheken in der Grundversorgung“, 26. August 2015

Leistungen durch die OKP finanziert werden, ist es notwendig, diese Leistungen auf die Erfüllung der Kriterien der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit (WZW-Kriterien) zu prüfen. Die in diesem Bericht zitierte, im Auftrag der Europäischen Kommission durchgeführte Kosten/Nutzen Analyse von Selbstbehandlungssystemen in der EU, hat gerade diesen Aspekt der Wirtschaftlichkeit aufgenommen und kam zum Ergebnis, dass die erweiterten Verschreibungskompetenzen für Offizin-Apothekerinnen und –Apotheker in Grossbritannien offenbar vor allem auf der Patienten- und Systemebene rentieren. Für die Leistungserbringer selber ist der Kosten-Nutzen-Wert meist negativ (wegen hohen Kosten für Schulung etc). Die Evaluation von Pilotprojekten könnte solche Ansätze aufnehmen und damit einen Beitrag zum Erkenntnisgewinn für alle involvierten Akteure leisten.

Mit der Evaluation von Pilotprojekten könnte auch der Problematik begegnet werden, dass es gemäss Gutachten BASS⁶⁵ gerade bei Modellen im Bereich der Therapietreue an Anreizen für die Versicherungen fehlt, damit in die erst mittel- und langfristig zu erwartenden positiven Outcomes investiert wird.

Falls neue Leistungen unabhängig von der Medikamenten-Abgabe erfolgen sollen (z. B. Koordinations- und Beratungsleistungen), stellt sich die Frage nach der Rolle der Apothekerinnen und Apotheker als Leistungserbringer im KVG. Da entsprechende Leistungen häufig im Rahmen von Disease Management Programmen erbracht werden, regt das Gutachten BASS an, den Ansatz einer Pauschalvergütung pro Patient zu diskutieren.

⁶⁵ Interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen Apothekern und anderen universitären Medizinalpersonen und / oder Gesundheitsfachpersonen. Büro für arbeits- und sozialpolitische Studien BASS. 2014. *wird zeitgleich mit dem Postulatsbericht publiziert*

ANHANG 1: Gerichteter Variablensatz der systemischen Analyse

Nr.	Gerichtete Variablen (beschreiben relevante Ist-Dynamiken im System)	Sinn, Ziel, Motive
1	Zentralisierung der hausärztlichen Versorgung (Zunahme Gesundheitszentren, zunehmendes Delegieren von Spezialaufgaben - Abnahme Hausarztpraxen)	Zusammenschlüsse in Gesundheitszentren entlastet Präsenzzeiten der Hausärztinnen und Hausärzte. Hausärztinnen und Hausärzte suchen Entlastung durch Übergeben von Teilaufgaben an Spezialisten. Absicherung gegenüber möglichen Regressen und rechtlichen Konsequenzen.
2	Apothekerinnen und Apotheker sind bestrebt, ihr Aufgabengebiet zu erweitern und sich stärker als Akteure in der Grundversorgung zu positionieren	Entlastung der ärztlichen Grundversorgung und gleichzeitig Konkurrenz der Ärzteschaft. Apothekerinnen und Apotheker erschliessen durch Weiterbildung neue, z.T. ärztl. Aufgaben: Setzen neu erworbene Fähigkeiten ökonomisch um. Beratung in neuen Angeboten, z.B. Gesundheitsmarkt.
3	Grossverteiler drängen auf Ausweitung ihrer Angebote - Fokus Arzneimittel zu Gesundheit	Profitieren vom stark wachsenden Gesundheitsmarkt .
4	Geförderte eHealth-Instrumente bzgl. Patienten-Infos verbreiten sich rasch, sind allen berechtigten Akteuren zugänglich	Transparenz, Effizienz im Umgang mit Patienten-Daten - Datenschutz durch dezidierten Datenzugriff für berechnigte Akteure.
5	Ärztinnen und Ärzte sichern sich zunehmend durch Medikamenten-Abgabe einen relevanten Anteil des Einkommens	Überlebenssicherung der Arztpraxen, Dienstleistung an der Patientin / am Patienten (einfacher Zugang, muss nicht zur Apotheke).
6	Wachsender Markt und Angebote von "individualisierten Medikamenten"	Medikamente auf individuelle Eigenheiten abstimmen und vermarkten können.
7	Zusammenschlüsse der Apotheken in Ketten erhöht den Einfluss der Pharmaindustrie auf das Medikamenten-Sortiment	Berücksichtigung neuer Abgeltungssysteme, z.B. Zusatzeinkommen durch Regalgebühren.
8	Wachsende Nachfrage und Bedarf an Gesundheitsdienstleistungen und Medikamenten in der Schweiz	Abdecken der nachgefragten Gesundheitsdienstleistungen und Medikamente. Menschen streben nach längerem Leben und länger andauernder Gesundheit.
9	Online-Apotheken wachsen und etablieren sich durch Preis und bequemes Einkaufen	Unabhängig und bequem von Zuhause aus die Grundversorgung ergänzen, Preisvergleiche machen können.
10	Abnahme der Drogerien	Reaktion auf abnehmende Rentabilität.
11	Politischer Druck auf Medikamentenpreise (v.a. Generika, sinkende Vertriebsmargen)	Kostenreduktion im Gesundheitswesen.
12	OKP-Vergütung wird an entsprechende Qualifikationsausweise geknüpft	Regulierung des Gesundheitsmarktes.
13	Wachsender Bedarf an Grundversorgung in Alters-Institutionen	Versorgungsbedarf in Alters-Institutionen decken. Optimierung der Verschreibungspraxis und der Medikationssicherheit bei gleichzeitiger Verbesserung der Kosteneffizienz.
14	Blockierendes Standes-Denken zur Maximierung der Eigeninteressen (Ärztinnen/Ärzte und Apothekerinnen/Apotheker)	Vorhandene Strukturmacht dazu nutzen, seine eigenen Interessen zu schützen.

Nr.	Gerichtete Variablen (beschreiben relevante Ist-Dynamiken im System)	Sinn, Ziel, Motive
15	Besser und unabhängiger informierte Patientinnen und Patienten werden kritischer, anspruchsvoller und ungeduldiger gegenüber Grundversorgung	Mitreden und mitentscheiden durch angeeignetes Wissen und realisieren der Kultur von "sofort und überall Konsum".
16	Hohe Regelungskompetenzen der Kantone bzgl. Anforderung an die Versorgungsstruktur (Gesundheitsgesetze)	Beibehaltung der föderalistischen Strukturen und Hoheitsbereiche Reaktionsmöglichkeiten auf kantonale Gegebenheiten und Kulturen.
17	Punktuelle und widersprüchliche Entwicklungen und Kulturen durch fehlende Gesamt-Koordination	Reaktion auf die fehlende Gesamt-Koordination und widersprüchliche Anreize
18	Bessere Therapietreue	Wichtiger Qualitätsindikator. Ist Teilziel der Medikamentenversorgung - Arzneimittelsicherheit und Therapietreue (Compliance). Patienten-Kompetenz.
19	Auf den Patienten ausgerichtete, ambulante Grundversorgung in bedarfsgerechter und validierter Qualität	Sichern der Behandlungsqualität, Zugang zu einer qualitativ hochstehenden Grundversorgung garantieren und die Patientenkompetenzen stärken.