



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Der Bundesrat

Stopp der Medikamentenverschwendung!

Bericht des Bundesrates

in Erfüllung des Postulates 14.3607 Mitte-Fraktion. Die
Mitte. EVP vom 20. Juni 2014

Bern, 2. November 2022

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung	2
1 Ausgangslage	4
1.1 Auftrag des Parlaments	4
1.2 Antwort des Bundesrates	4
1.3 Ziel, gewähltes Vorgehen und Aufbau des Berichts	4
2 Arzneimittelverschwendung – Begriff, Ursachen, Ausmass	6
2.1 Eingrenzung des Begriffs der „Arzneimittelverschwendung“	6
2.2 Ursachen der Verschwendung	7
2.2.1 Verschwendung auf der Seite der Leistungserbringenden	7
2.2.2 Verschwendung auf Seite der Patientinnen und Patienten	8
2.2.3 Wechselwirkungen von Leistungserbringer- und Patientenseite	8
2.3 Ausmass der Verschwendung	10
3 Rechtliche Aspekte	12
3.1 Bund	12
3.2 Kantone	12
3.3 Leistungserbringer	12
4 Einschätzungen der Stakeholder	14
4.1 Verhinderung von Versorgung im Übermass	14
4.2 Förderung der Adhärenz	14
4.3 Weitere Handlungsfelder	15
5 Massnahmen gegen die Verschwendung von Arzneimitteln	16
5.1 Massnahmen zur Verhinderung von Versorgung im Übermass	16
5.1.1 Verhinderung der Mehrfachverordnung oder -abgabe von Arzneimitteln	16
5.1.2 Verringerung der verordneten bzw. abgegebenen Menge	17
5.1.3 Optimierung von Packungsgrössen	17
5.2 Massnahmen zur Förderung der Adhärenz der Patientinnen und Patienten	18
5.3 Nicht zu prüfende Massnahmen	20
5.3.1 Haltbarkeitsdauer von Arzneimitteln	20
6 Synthese und Folgerungen	21
7 Anhang	23
7.1 Parlamentarische Vorstösse	23
7.2 Liste der Auskunftspersonen	24
7.3 Strategien und Berichte des Bundesrates, Literatur und weiterführende Informationen	25

Zusammenfassung

Im September 2014 nahm das Parlament das Postulat 14.3607 Mitte-Fraktion. Die Mitte. EVP Stopp der Medikamentenverschwendung! vom 20. Juni 2014 an. Damit wurde der Bundesrat beauftragt aufzuzeigen, in welchen Bereichen und in welchem Ausmass Arzneimittel bezogen, von der Krankenversicherung vergütet, aber von den Patientinnen und Patienten nicht eingenommen, sondern weggeworfen werden. Das Postulat nennt eine Reihe von Massnahmen, die zu prüfen seien. Die Verschwendung von Arzneimitteln ist ein erkanntes Problem im Gesundheitswesen und damit ein wiederkehrendes Thema in der Politik. Zahlreiche Vorstösse hatten bereits früher Abklärungen und Massnahmen des Bundes in diesem Bereich ausgelöst. Vor diesem Hintergrund erklärte sich der Bundesrat bereit, den Stand der Arbeiten zur Verminderung der Arzneimittelverschwendung im Sinne einer Übersicht und in Form eines Kurzberichtes darzustellen.

In der Schweiz gibt es keine Studien oder Statistiken, welche umfassende Aussagen zum effektiven Ausmass von Arzneimittelverschwendung und der Kosten der Arzneimittelabfälle erlauben. Auch international ist die Datenlage eher schwach. Eine umfassende Studie existiert lediglich für England, wonach jährlich Arzneimittel im Wert von rund 300 Mio. Pfund verschwendet werden. Dies entspricht 4 Prozent der Gesamtausgaben für Arzneimittel im ambulanten Bereich. Für die Schweiz liegen aus einer empirischen Studie Angaben zum Rücklauf von Arzneimitteln in Apotheken vor: Die Hochrechnung kam für das Jahr 1996 zum Schluss, dass schweizweit rund 6 Prozent aller im ambulanten Bereich verkauften Arzneimittelpackungen mit einem Verkaufswert von rund 200 Mio. Franken über die Apotheken entsorgt wurden. Eine andere, häufig zitierte Schätzung geht von jährlichen Arzneimittelabfällen von rund 500 Mio. Franken aus. Diese Schätzung liegt mittlerweile zwanzig Jahre zurück und basiert auf der Annahme einer Verschwendung von rund 10 Prozent der über die Obligatorische Krankenpflegeversicherung abgerechneten Arzneimittel.

Das Problem der Arzneimittelverschwendung lässt sich grob entlang der zwei Problemfelder *Überversorgung* und den international verwendeten Begriffen *fehlende Therapietreue (Non-Compliance)* bzw. *fehlende Adhärenz (Non-Adherence)* beschreiben. Überversorgt werden Patientinnen und Patienten, wenn Arzneimittel unnötigerweise verschrieben oder in zu grosser Menge abgegeben werden. Dabei können eine fehlende Koordination zwischen den Leistungserbringern oder finanzielle Fehlanreize eine Rolle spielen. Wenn eine Therapie angepasst oder abgebrochen werden muss oder es zu einem Todesfall kommt, fallen zwangsläufig Arzneimittelabfälle an. Diese sind zu einem grossen Teil unvermeidlich. Von *fehlender Therapietreue* bzw. *fehlender Adhärenz* spricht man, wenn Patientinnen und Patienten Arzneimittel nicht wie verordnet einnehmen, beispielsweise, weil sie ungenügend instruiert worden sind, ihnen die Notwendigkeit nicht bewusst ist oder sie mit dem Therapieplan überfordert sind.

In Fachkreisen besteht der Konsens, dass die Arzneimittelverschwendung ein multifaktorielles Problem darstellt und Bemühungen dagegen an verschiedenen Punkten ansetzen müssen. Dabei sind die Massnahmen unter dem Gesichtspunkt von Kosten und Nutzen zu beurteilen. Gemäss der Literatur lässt sich weniger als die Hälfte der Arzneimittelverschwendung kostenwirksam vermeiden.

Hinsichtlich einer wirksamen Verringerung von Arzneimittelverschwendung lassen sich grob zwei übergeordnete Stossrichtungen ableiten: eine Förderung der Compliance/Adhärenz und eine Verminderung der Überversorgung.

In den vergangenen Jahren haben Bund, Kantone und private Akteure zahlreiche Massnahmen im Bereich der Arzneimitteltherapie ergriffen. Diese Massnahmen, die alle Bereiche abdecken, die das Postulat nennt, haben keinen *direkten* Einfluss auf die Verringerung der Verschwendung, sondern bezwecken einen effizienteren, effektiveren und somit kostengünstigeren Umgang mit Arzneimitteln. Damit soll auch die Verschwendung soweit wie möglich reduziert werden.

Der Bundesrat ist der Auffassung, dass die bisherige Stossrichtung weiterverfolgt werden soll und die ergriffenen Massnahmen fortzuführen sind. Der Bundesrat setzt den Fokus seiner Bemühungen auf die grundsätzliche Qualitätsverbesserung in der Gesundheitsversorgung. Im Endeffekt reduziert sich dadurch auch die Arzneimittelverschwendung.

1 Ausgangslage

1.1 Auftrag des Parlaments

Im September 2014 hat der Nationalrat das Postulat „Stopp der Medikamentenverschwendung!“ (14.3607) der Mitte-Fraktion. Die Mitte. EVP vom 20. Juni 2014 mit folgendem Wortlaut angenommen:

«Der Bundesrat wird beauftragt, aufzuzeigen, in welchen Bereichen und in welchem Ausmass Medikamente bezogen, von den Kassen bezahlt, aber nicht eingenommen, sondern weggeworfen werden.

1. In welchem Umfang werden Medikamente jährlich in Apotheken und Abgabestellen zurückgebracht, und wie hoch sind deren Kosten?

2. Wie hoch dürfte das Volumen der Medikamente sein, welche im Abfall landen?

Im Weiteren wird der Bundesrat beauftragt, aufzuzeigen, welche Massnahmen gegen die Medikamentenverschwendung ergriffen werden können und wie Anreize für eine qualitativ bessere und kosteneffizientere Medikamentenversorgung geschaffen werden können. Insbesondere folgende Massnahmen sind zu prüfen:

- a. Verbesserung der Medikamenten-Compliance; Verhinderung von Medikamentenüberversorgung sowie Medikamentenverschwendung;
- b. Einführung von kleineren Packungen in der Medikamentenabgabe sowie Abgabemöglichkeit von Einzeldosen (analog Spital);
- c. bei der Festlegung der Haltbarkeitsdauer von Medikamenten soll über die Vorschläge der Hersteller hinaus eine längere Haltbarkeit geprüft werden;
- d. Neugestaltung und Differenzierung der Margen bezüglich verschiedener Abgabekanäle. »

1.2 Antwort des Bundesrates

In seiner Stellungnahme vom 12. September 2014 betonte der Bundesrat, dass Arzneimittel optimal eingesetzt und die Abfälle kleinstmöglich gehalten werden sollen und verwies zunächst auf zahlreiche Massnahmen des Bundes im Rahmen seiner Qualitätsstrategie, die auf die Vermeidung oder Reduktion von Verschwendung abzielen. Das Postulat greift jedoch weitere Anliegen wie die Therapietreue der Patientinnen und Patienten, die Gestaltung des Vertriebsanteils, die Haltbarkeitsdauer oder die Abgabemöglichkeiten im Einzelverkauf auf. Nicht zuletzt vor dem Hintergrund zahlreicher parlamentarischer Vorstösse zu verschiedenen Aspekten der genannten Thematik zeigte sich der Bundesrat aber bereit, in einem Kurzbericht im Sinne einer Übersicht den Stand der Arbeiten zur Verminderung der Arzneimittelverschwendung¹ darzustellen.

1.3 Ziel, gewähltes Vorgehen und Aufbau des Berichts

Ziel ist es, in einem Kurzbericht im Sinne einer Übersicht den Stand der Arbeiten zur Verminderung der Arzneimittelverschwendung darzustellen, welche keinen Anspruch auf Vollständigkeit haben kann.

Zur Datengewinnung wurde ein privates Beratungsunternehmen (Büro für arbeits- und sozialpolitische Studien BASS AG, Bern) beauftragt, einerseits die verfügbare Forschungsliteratur zum Thema zu sichten sowie andererseits die massgeblichen Stakeholder auf Bundesebene zu interviewen (siehe die zusammengefassten Aussagen im Kapitel 4 sowie die Liste der Interviewpartner im Anhang). Zusätzlich wurde auf Ebene der Kantone eine Umfrage bei den kantonalen Apothekerverbänden und Ärztesellschaften durchgeführt.

¹ Im Folgenden werden die Begriffe "Medikament" und "Arzneimittel" als Synonyme verwendet.

Auf der Grundlage der aus diesem Auftrag hervorgegangenen Dokumentation sowie eigenen Recherchen hat eine bundesverwaltungsinterne Expertengruppe den vorliegenden Bericht erstellt, indem sie die verfügbaren Daten geeignet aufbereitet und strukturiert hat. Die Fertigstellung des Berichts verzögerte sich zum einen aufgrund der Pandemie Covid-19, da die zuständigen Fachspezialistinnen zu deren prioritären Bekämpfung eingesetzt wurden. Zum anderen wollte man die Ergebnisse der Machbarkeitsstudie im Rahmen des Berichts des Bundesrates in Erfüllung der Motion 17.3942 Tornare vom 29. September 2017 «Einzelverkauf von Medikamenten: Wagen wir den Versuch!» abwarten, die nun ebenfalls vorliegen.

Der Bericht formuliert zunächst eine für die Zwecke des Postulats geeignete Definition von «Verschwendung». Sodann identifiziert er mögliche Ursachen der Verschwendung und versucht, das Ausmass der Verschwendung abzuschätzen. Eine kurze Übersicht zeigt die rechtlichen Rahmenbedingungen bzw. Verantwortlichkeiten der Akteure im Gesundheitswesen. Danach werden die bereits getroffenen oder aufgegleisten Massnahmen zur Reduktion von Arzneimittelverschwendung aufgeführt und kurz erläutert, namentlich jene des Bundes, exemplarisch aber auch solche weiterer Akteure im Gesundheitswesen. Schliesslich zieht der Bericht ein Fazit über die Notwendigkeit, sich auch weiterhin für einen effizienten, effektiven und somit kostengünstigen Umgang mit Arzneimitteln einzusetzen.

2 Arzneimittelverschwendung – Begriff, Ursachen, Ausmass

2.1 Eingrenzung des Begriffs der „Arzneimittelverschwendung“

Gemeinhin ist mit der Verschwendung von Arzneimitteln deren überflüssige und vermeidbare Verwendung gemeint – ein sehr breites und komplexes Themenfeld. Zur Wahrung der Übersichtlichkeit soll der Begriff eingegrenzt werden.

Aufgrund der Stossrichtung des Postulats, die auf vermeidbare Kosten des öffentlichen Gesundheitswesens abzielt, stehen die **direkten finanziellen Kosten**, die durch eine Arzneimittelverschwendung verursacht werden und die **von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) getragen** werden², im Vordergrund des vorliegenden Berichts.

Nicht thematisiert werden in diesem Bericht daher mögliche Auswirkungen und damit zusammenhängende direkte, indirekte und intangible Kosten der Verschwendung, die

- ausserhalb des Krankenversicherungssystems entstehen, etwa für Arzneimittelhersteller, die überflüssig produzierte Ware nicht absetzen können, für Spitäler und andere Leistungserbringer, die Lager- oder Handhabungsschäden erleiden, oder auch Kosten der Verschwendung, die in der Selbstmedikation entstehen;
- durch Wirkungsverluste bei Antibiotika (Resistenzbildung), Umweltbeeinträchtigungen durch überflüssigen Ressourcenverbrauch oder Verschmutzung durch Abfall, o.ä. begründet werden;
- ethische Fragen der Effizienz, Verteilungsgerechtigkeit, etc. betreffen;

Gemessen an den gesamten Arzneimittelkosten in der Schweiz betrug der Anteil der Arzneimittelkosten, die 2019 zulasten der OKP gingen, 85 Prozent³. Angesichts dieses hohen Anteils beschränkt sich der Bericht auf die Kosten der Verschwendung von **verschriebenen OKP-pflichtigen Arzneimitteln**. Nicht thematisiert werden die Kosten zulasten von privaten Zusatzversicherungen.

Aus methodischen Gründen betrachtet der Bericht nur **Kosten der Verschwendung**, die **im ambulanten Bereich** anfallen, die also aufgrund der Verschreibung oder Abgabe durch selbstdispensierende Ärztinnen und Ärzte, Apotheken sowie Ambulatorien von Spitälern und Kliniken, auch etwa nach einem stationären Aufenthalt, entstehen. Die Verschreibung, Abgabe und Anwendung von Arzneimitteln lassen sich im stationären Bereich besser steuern und kontrollieren, so dass auch die Gefahr einer Verschwendung deutlich niedriger ist. Für eine Analyse im stationären Bereich müsste eine Analyse auf der Basis eines gesonderten Wirkungsmodells gemacht werden. Zudem müssen stationäre Leistungen gemäss dem Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG; SR 832.10) mit Pauschalen vergütet werden, wobei Arzneimittel nicht separat vergütet werden. Somit sind die Kosten von Arzneimitteln in diesem Bereich schwer messbar.

Eine weitere wesentliche Abgrenzung besteht darin, dass nur **Kosten von Arzneimitteln** betrachtet werden, die **nach dem Stand der Wissenschaft** verschrieben oder abgegeben werden. Die Abgabe erfolgt also zur Behandlung *lege artis* einer diagnostizierten Erkrankung, zu der das Arzneimittel als wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich anerkannt ist.

Nicht thematisiert werden demgegenüber Arzneimittel, die im Sinne einer Fehl- oder Überversorgung abgegeben werden, die also nach dem Stand der Wissenschaft gar nicht hätten abgegeben werden sollen. Auch hierbei handelt es sich um eine grundsätzlich anders gelagerte Problematik, die den Rahmen des vorliegenden Berichtes überschreiten würde.

² «Der Bundesrat wird beauftragt, aufzuzeigen, in welchen Bereichen und in welchem Ausmass Medikamente bezogen, **von den Kassen bezahlt**, aber nicht eingenommen, sondern weggeworfen werden (...)»

³ zu Fabrikabgabepreisen; Quelle: "Panorama Gesundheit 2020", S. 28ff, abrufbar unter www.interpharma.ch

Zusammenfassend verwendet der vorliegende Bericht den Begriff der «Arzneimittelverschwendung» wie folgt:

Kosten, die verursacht werden durch Arzneimittel, die einer Erkrankung entsprechend in die Hände von Patientinnen und Patienten ambulant abgegeben und von der OKP bezahlt, dann aber nicht in der beabsichtigten Weise angewendet werden, sondern im Abfall landen.

2.2 Ursachen der Verschwendung

Es gibt Situationen, in denen eine Verschwendung von Arzneimitteln nahezu unvermeidlich oder nur mit sehr hohen Kosten vermeidbar ist: Etwa, wenn nicht identifizierbare Arzneimittelunverträglichkeiten auftreten, eine Arzneimitteltherapie nicht oder kaum wirkt, bei abweichenden Krankheitsverläufen oder beim vorzeitigen Tod der Patientin oder des Patienten.

Für die Stossrichtung dieses Postulats sind daher Situationen wesentlicher, in denen eine Verschwendung mit einem angemessenen Aufwand **vermeidbar** wäre.

Leistungserbringer sowie Patientinnen und Patienten sind massgeblich an der Verschreibung, Abgabe und Anwendung von Arzneimitteln beteiligt. Verschwendungen können daher auf beiden Seiten verursacht werden.

2.2.1 Verschwendung auf der Seite der Leistungserbringenden

In folgenden Situationen werden Mengen an Arzneimitteln abgegeben, welche den eigentlichen Bedarf der Patientin oder des Patienten übersteigen⁴:

- *Mehrfachverordnung*: Dies kann insbesondere bei älteren Personen vorkommen, die an mehreren Erkrankungen leiden und parallel von verschiedenen Ärztinnen und Ärzten behandelt werden. Dadurch besteht die Möglichkeit, dass dasselbe Arzneimittel fälschlich mehrfach verschrieben und abgegeben wird.
- *Fehleinschätzung des Bedarfs*: Der Patientin oder dem Patienten wird ein grösserer Vorrat an Arzneimitteln gegeben, obwohl der wahrscheinliche Krankheitsverlauf diesen Vorrat nicht erfordert. Dazu gehört auch die Verordnung auf Dauerrezept, obwohl dieses im betreffenden Fall ungerechtfertigt ist. Im Unterschied zur direkten Abgabe eines übergrossen Vorrates wird hier ein übermässiger Bezug ermöglicht, der in seiner Summe zu einer zu grossen Menge führt.
- *Fehlkonfektionierung*: Wenn ein Arzneimittel nur in bestimmten Packungsgrössen zugelassen ist, die jedoch in einzelnen Fällen oder auch regelmässig den Bedarf für eine bestimmte Behandlung übersteigen. Oder die zugelassene Packungsgrösse ist über einen längeren Zeitraum nicht verfügbar. In diesem Fall liegt die Ursache nicht direkt bei der Abgabeseite, sondern bei der Zulassungsinhaberin des Arzneimittels. Die Leistungserbringer haben dann oft kaum eine andere Wahl, als mehrere kleinere Packungen oder eine zu grosse Packung zu verordnen bzw. abzugeben.

Es liegt nahe, die Ursachen für diese Arten von Überversorgung zwei Bereichen zuzuordnen:

1. Wissensdefizite

Zu grosse verschriebene und abgegebene Mengen können darauf zurückzuführen sein, dass ungenügende Kenntnisse der Leistungserbringer über die Verfügbarkeit von alternativen Packungsgrössen oder Anbietern bestehen. Ebenfalls auf Wissensdefiziten basiert eine Verschwendung, wenn die Leistungserbringer den Bedarf falsch einschätzen oder sich über die notwendige Kontrolle des Behandlungsverlaufes zu wenig im Klaren sind. Bei mehreren behandelnden Personen besteht das Risiko,

⁴ Basierend auf einer Untersuchung des BAG wird im vorliegenden Bericht davon ausgegangen, dass die Wahl des Vertriebskanals der Medikamente (Ärztenschaft oder Apotheke) keinen Effekt auf die Arzneimittelverschwendung hat.

dass das Wissen über die verschiedenen Verschreibungen und Abgaben zu wenig verbreitet wird, so dass die Koordination nicht gelingt.

2. Motivationsdefizite

Mit der Abgabe von Arzneimitteln wird ein Umsatz und ein Gewinn erzielt und zwar im Verhältnis zur Abgabemenge. Insofern besteht aus rein ökonomischer Perspektive grundsätzlich kein Interesse für die Anbieter an einer Mengenbeschränkung («Fehl-anreize»). Dazu kann auch gehören, dass die Verschreibung auf Vorrat oder mittels Dauerrezept vorgenommen wird, wenn der Aufwand, der durch eine sachgerechte, regelmässige Überprüfung von Verschreibung und Abgabe verursacht wird, aus Sicht der Leistungserbringer nicht angemessen abgegolten wird. Sodann können Vermutungen der Leistungserbringenden über die Erwartungen der Behandelten eine Rolle spielen. Etwa, wenn durch eine Abgabe (zu) grosser Arzneimittelmengen der Eindruck vermieden werden soll, der Patientin oder dem Patienten nicht ausreichend versorgen oder aber ihr bzw. ihm Besorgungsaufwand ersparen zu wollen (zurückzulegende Wege, Beförderungskosten etc.).

2.2.2 Verschwendung auf Seite der Patientinnen und Patienten

Auf Seiten der Patientinnen und Patienten kann es dann zur Verschwendung kommen, wenn korrekt und auch in sachgerechter Menge abgegebene Arzneimittel **nicht eingenommen, sondern weggeworfen werden**, ohne dies mit der behandelnden Ärztin oder dem Arzt abzusprechen. In der Vergangenheit wurde dies auch als «Non-Compliance» bezeichnet; heute ist allgemein von mangelnder «Adhärenz» die Rede, weshalb im Folgenden dieser Begriff verwendet wird. Darunter wird verstanden, dass die Patientin oder der Patient sich nicht an die zwischen ihr und dem Arzt oder der Ärztin geschlossene explizite oder implizite Behandlungsvereinbarung hält. Diese umfasst auch den Umstand, dass die verordneten Arzneimittel in der vereinbarten Weise eingenommen oder aber mit dem Arzt oder der Ärztin Rücksprache gehalten wird.

Wie auf der Abgabeseite können auch hier die Ursachen für diese Art von mangelnder Adhärenz zwei Bereichen zugeordnet werden:

1. Wissensdefizite

Unter Wissensdefiziten ist in diesem Fall zu verstehen, dass die Patientin oder der Patient ungenügende Kenntnisse darüber verfügt, inwiefern ihr oder ihm die Arzneimittel nützen, so dass ihre Einnahme für überflüssig gehalten wird. Dazu gehört auch der Fall, wenn aufgrund abklingender Symptome die weitere Einnahme verfrüht abgesetzt wird. Die Patientin oder der Patient kann auch falsche Vorstellungen von den Risiken haben, die mit der Einnahme verbunden sein können. In anderen Fällen kann die Anwendungsvorschrift kompliziert sein, sodass dabei Fehler gemacht werden.

2. Motivationsdefizite

In diesem Bereich spielen insbesondere Ängste, Misstrauen oder Gleichgültigkeit gegenüber der Arzneimittelleinnahme eine Rolle. Wesentlich ist, dass nur dann Arzneimittel unnötigerweise weggeworfen statt eingenommen werden, wenn der Patient oder die Patientin dies nicht mit ihrer Ärztin oder ihrem Arzt bespricht, denn sonst kann die Therapie ggfls. noch angepasst werden. Insofern besteht die motivationale Ursache der Verschwendung auf Annahmeseite in einem beeinträchtigten Kommunikationsverhältnis zwischen Patientin bzw. Patient und Ärztin bzw. Arzt. Die Patientin oder der Patient traut sich nicht, lehnt es ab oder hält es für unwichtig, mit seiner oder ihrer Ärztin zu besprechen, dass er oder sie entgegen der Behandlungsvereinbarung die Arzneimittel nicht einnimmt.

2.2.3 Wechselwirkungen von Leistungserbringer- und Patientenseite

Es ist wichtig im Auge zu behalten, dass beide Seiten sich gegenseitig beeinflussen. Die Abgabe oder Übergabe von Arzneimitteln geschieht nicht anonym, sondern praktisch immer in

der persönlichen Begegnung zwischen der Patientin auf der einen sowie dem Arzt oder der Apothekerin auf der anderen Seite. Diese Begegnung aber ist nicht nur wie jede persönliche Begegnung von unterschiedlichsten individuellen Faktoren bestimmt, sondern zusätzlich durch strukturelle Eigenschaften, d.h. konkret Freiheitsbeschränkungen, geprägt. Dazu gehören insbesondere die folgenden:

- Grund zur Arzneimittelabgabe ist eine Erkrankung, d.h. eine mehr oder weniger ernste oder akute Notlage, welche die Abgabesituation belastet und Handlungsdruck erzeugt. Eine kritische Betrachtung des Arzneimitteleinsatzes wird dadurch erschwert.
- Zwischen der Patientin oder dem Patienten einerseits und der Ärztin oder Apothekerin andererseits besteht in aller Regel ein fachliches Kompetenzgefälle und damit eine gewisse Informationsasymmetrie. Das Fachwissen liegt auf der Abgabeseite, die Patientenseite kann in den seltensten Fällen beurteilen, ob die abgegebene Menge adäquat ist. Damit aber fällt von dieser Seite eine mögliche korrektive Wirkung, die übermässige Arzneimittelabgaben verhindern könnte, ohne die Einholung einer Zweitmeinung praktisch weg.
- Beide Faktoren zusammen wirken sich insbesondere auf das Ausmass der möglichen Verschwendung auf der Seite der Patientinnen und Patienten aus. Denn diese Verschwendung entsteht, wie beschrieben, dadurch, dass die Patientin die Arzneimittel nicht so, wie sie es mit der Ärztin vereinbart hat, einnimmt. Damit aber ist entscheidend, dass diese Vereinbarung auch wirklich von beiden Seiten bewusst und uneingeschränkt akzeptiert wird und auch jederzeit ungehindert neu diskutiert werden kann, wenn widrige Umstände auftreten. Eben diese bewusste Akzeptanz der Behandlungsvereinbarung aber ist gefährdet, wenn aufgrund von Notlage und Kompetenzgefälle sowie den genannten zusätzlichen Wissens- und Motivationsdefiziten auf beiden Seiten kein authentischer Austausch über die beiderseitigen Überzeugungen und Absichten zustande kommt.

Die folgende Abbildung verdeutlicht zusammenfassend, welche verschiedenen Ursachen zu einer Arzneimittelverschwendung führen können, was sich in einer Überversorgung durch die Leistungserbringer sowie durch eine ungenügende Adhärenz ausprägen kann.

Massnahmen haben folglich an den grundlegenden Ursachen anzusetzen.

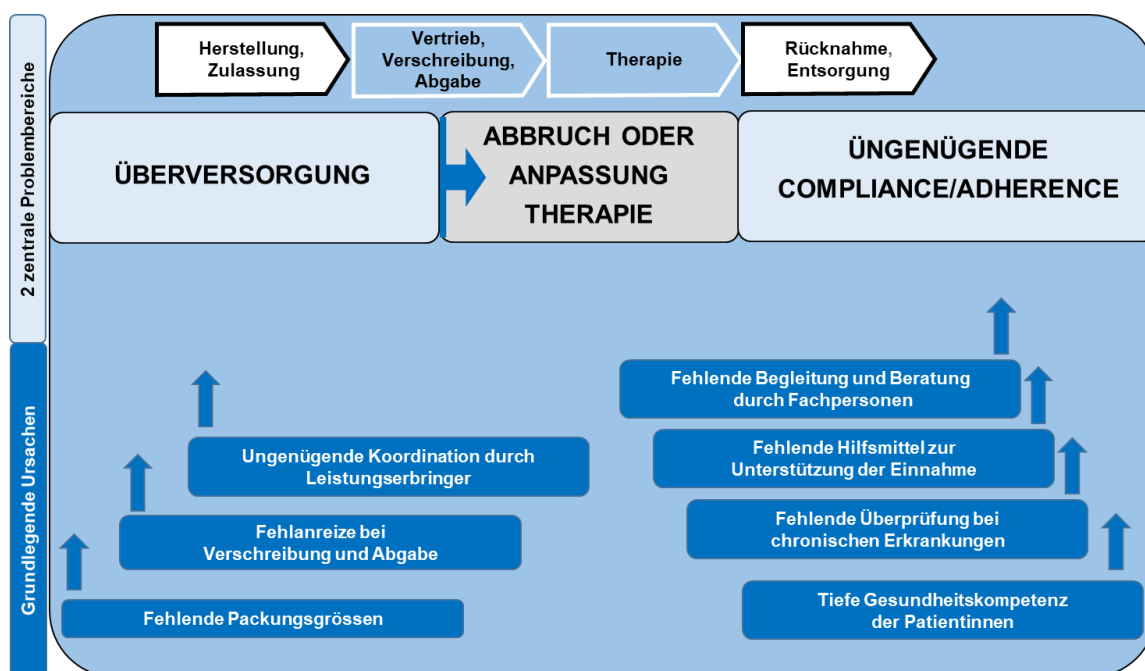


Abbildung 1: Probleme der Arzneimittelverschwendung und ihre Ursachen

Als **Hauptursache** für Arzneimittelverschwendung im Sinne dieses Berichts ist damit **das strukturell anspruchsvolle Verhältnis zwischen Leistungserbringer und Patientin** zu sehen. Die übermässige Abgabe von Arzneimitteln, als Irrtum oder aufgrund inadäquater Anreize, können die Patientinnen und Patienten nicht korrigieren, so dass Wegwerfen als einfachere Lösung erscheint. Umgekehrt führt die strukturell schwierige Abgabesituation dazu, dass die Leistungserbringer ihre Fachkompetenz bei der tatsächlichen Verwendung der Arzneimittel auf Annahmeseite (*nach* Verlassen der Praxis oder Apotheke etc.) nicht mehr zur Geltung bringen können.

2.3 Ausmass der Verschwendung

Das tatsächliche Ausmass der Verschwendung ist aktuell weitgehend unbekannt. Dies liegt daran, dass es aus verschiedenen Gründen sehr schwierig ist, exakte Daten dazu zu gewinnen. Häufig und von verschiedener Seite wird auf die Schätzung verwiesen, wonach in der Schweiz jährlich Arzneimittelabfälle in der Grössenordnung von rund 500 Mio. Franken anfallen. Die Recherche sowie Stellungnahmen von verschiedenen Verbänden (santésuisse, pharmaSuisse, Interpharma) dazu zeigen, dass die Schätzung mittlerweile bald zwanzig Jahre zurückliegt und nie hinterfragt worden ist. Die damalige Schätzung geht von einer Verschwendung von rund 10 Prozent der OKP-abgerechneten Arzneimittel resp. rund 5 Prozent der Arzneimittel insgesamt aus.

Notwendig wäre, die Menge aller weggeworfenen Arzneimittel zu erfassen. Davon müssten jedoch all jene abgezogen werden, die nicht im Sinne der Verschwendung im Abfall landen, sondern aus unvermeidlichen oder sachgerechten Gründen nicht eingenommen werden können. Es müsste also nicht nur bei der Abfallentsorgung oder bei Rückgabestellen wie Apotheken die Menge erfasst werden, was insbesondere im allgemeinen Hausmüll unmöglich ist. Vielmehr müsste auch noch der Grund für das Wegwerfen eruiert werden, was praktisch gleichermassen ausgeschlossen ist.

Für die Thematik ist deshalb zunächst wichtig festzustellen, dass der verbreiteten Annahme, Arzneimittelverschwendung sei ein häufiges Phänomen, praktisch keine verlässlichen Zahlen gegenüberstehen.

Relativ gut bekannt ist die Höhe der Kosten von Arzneimitteln, die in der Schweiz im ambulanten Bereich abgegeben werden: im Jahr 2019 belief sich die Summe auf ca. 9,2 Mrd. Franken. Davon werden 7,3 Mrd. Franken zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) abgerechnet. Es handelt sich dabei grösstenteils um verschreibungspflichtige Arzneimittel (5,7 Mrd. Franken), ungefähr ein Zehntel (0,6 Mrd. Franken) entfällt auf nicht rezeptpflichtige Arzneimittel, welche von der OKP auch nur vergütet werden, wenn eine ärztliche Verschreibung vorliegt⁵.

In Bezug auf weggeworfene Arzneimittel besagt die Sonderabfallstatistik des Bundesamtes für Umwelt (BAFU), dass im Jahr 2020 von dafür spezialisierten Diensten schweizweit insgesamt 4'200 Tonnen Altarzneimittel und Zytostatika-Abfälle einschliesslich Verpackungsmaterialien aus der gesamten Medizin (ambulanter und stationärer Bereich) entsorgt wurden⁶. Die gesamthaft in Umlauf gebrachten Arzneimittel werden aber nicht in Tonnen gemessen, so dass diese Zahl in kein Verhältnis gesetzt werden kann, erst recht kann daraus kein Rückschluss auf Verschwendung gezogen werden. Statistiken zu Menge und Art der an die Apotheken oder andere Rücknahmestellen individuell zurückgebrachten und entsorgten Arzneimittel existieren nicht.

⁵ Vgl. [Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens 2019: Definitive Daten | Bundesamt für Statistik \(admin.ch\)](#) und [Statistik der obligatorischen Krankenversicherung \(admin.ch\)](#)

⁶ Bundesamt für Umwelt (BAFU), Sonderabfallstatistik 2020 (Inland), 25.11.2019

Die bislang einzige veröffentlichte empirische Studie, welche den Rücklauf von ungenutzten Arzneimitteln in Schweizer Apotheken untersucht, stammt aus dem Jahr 1998⁷. Für die Studie wurden im Kanton Zürich (in 6 Apotheken) und im Kanton Neuenburg (in allen 60 Apotheken) während rund acht Wochen alle zurückgebrachten Arzneimittel gesammelt und anschliessend bezüglich Haltbarkeit, Restinhalt, Verschreibungspflicht und Pflichtleistung der Krankenversicherung klassiert. Es zeigte sich, dass rund 40 Prozent aller zurückgebrachten Arzneimittel das Ablaufdatum noch nicht überschritten hatten und rund 30 Prozent der zurückgebrachten Packungen nicht angebrochen waren. Rezeptpflichtige Arzneimittel wiesen insgesamt einen höheren Restinhalt auf und waren häufiger noch haltbar. Im Rahmen der Studie wurde eine rudimentäre Hochrechnung der Ergebnisse aus den Zürcher Apotheken auf die gesamte Schweiz vorgenommen, welche für das Jahr 1996 zum Schluss kam, dass schweizweit rund 6 Prozent der im ambulanten Bereich verkauften Arzneimittelpackungen mit einem Verkaufswert von rund 200 Mio. Franken über die Apotheken entsorgt wurden (selbst gekaufte und ärztlich verschriebene Arzneimittel). Dazu ist zu bemerken, dass die zurückgebrachten Arzneimittel nicht zwingend in diesem Jahr bezogen worden waren. Kommt hinzu, dass der Grund für die Rückgabe nicht erhoben wurde, so dass der Anteil der tatsächlich verschwendeten, also vermeidbar unbenutzten Arzneimittel nicht beziffert werden kann.

Auch auf internationaler Ebene existieren kaum verlässliche, aktuelle oder auf die Schweiz übertragbare Daten zur Arzneimittelverschwendung. Eine umfassende Studie von 2010 aus England führte eine repräsentative Bevölkerungsbefragung bei 1'185 Personen über zuhause gelagerte, nicht verwendete Arzneimittel sowie ein Apotheken-Audit bei 114 Apotheken zu zurückgebrachten Arzneimitteln durch. Basierend auf diesen Daten und der Forschungsliteratur wurden die Gesamtkosten der in England im ambulanten Bereich verschwendeten Arzneimittel auf rund 300 Mio. Pfund Sterling geschätzt. Dies entspräche rund 4 Prozent der Gesamtausgaben für Arzneimittel im ambulanten Bereich (total 7.5 Mrd. Pfund im Jahr 2009).

Andere Daten lieferten diverse Apotheken-Audits aus unterschiedlichen Ländern zu den zurückgebrachten Arzneimittelmengen, die auf nationale Dimensionen hochgerechnet wurden. Je nach Land wird dabei geschätzt, dass zwischen 1 Prozent (England, Spanien), 3-7 Prozent (Deutschland) und 4-5 Prozent (Schweden) aller im ambulanten Bereich abgegebenen Arzneimittel zurückgebracht werden. Die Studie aus Deutschland (1998) und eine weitere aus den USA (2014) schätzten die jährlichen Kosten der verschwendeten Arzneimittel auf rund 7 bzw. 8 Prozent der Gesamtausgaben für Arzneimittel. Eine neuere amerikanische Studie legte den Fokus auf die Verschwendung bei Krebsmitteln, weil es sich dabei um sehr teure Arzneimittel handelt. Untersucht wurden die 20 meistverkauften Krebsmittel in den USA mit Verkäufen im Umfang von 18 Mrd. Dollar auf dem amerikanischen Markt. Nach ihren Berechnungen werden davon 10 Prozent ungebraucht weggeworfen. Grund dafür sei, dass die erhältlichen Einzeldosen nicht auf die durchschnittlichen Behandlungen, die anhand von Körpergrösse und Gewicht bestimmt werden, abgestimmt seien.

Bei all diesen Zahlen ist festzuhalten, dass ihre Vergleichbarkeit aufgrund der jeweiligen Definition von Verschwendung, der Erhebungsmethoden und allgemeiner Umstände des jeweiligen Gesundheitssystems vorderhand keinen Hinweis auf die Situation in der Schweiz geben.

Als Fazit ergibt sich somit in erster Linie, dass **keine präzisen und belastbaren Aussagen zum Ausmass der Verschwendung** wie auch zu den entsprechenden Kosten in der Schweiz gemacht werden können. Würde man als Faustregel, abgeleitet aus der sehr heterogenen Forschungslage, eine Zahl von 5 Prozent der ambulant abgegebenen Arzneimittel berücksichtigen, entspräche dies Kosten von ca. 363 Mio. Franken jährlich (2019) zu Lasten der OKP, die vermieden werden könnten. Die tatsächliche Zahl aber kann niedriger oder (allenfalls deutlich) höher liegen.

⁷ Gehler Mariacher G., M. Rota, K.E. Hersberger: «Rücklauf ungenutzter Medikamente in Apotheken», PRAXIS 1998; 87: 1441-1443.

3 Rechtliche Aspekte

Die Abgabe von Arzneimitteln ist rechtlich geregelt. Folglich sind diese Regeln zu berücksichtigen, einerseits in Bezug auf Verschwendungsursachen, andererseits im Hinblick auf mögliche Massnahmen zur Verschwendungsreduktion. Dabei fokussiert dieser Bericht auf jene Aspekte, die die Aufgaben und die Rolle des Bundes betreffen und damit auch dessen Handlungsoptionen abstecken. Gemäss Bundesverfassung (BV) ist die Gesundheitsversorgung primär Aufgabe der Kantone, die Kompetenzen des Bundes beschränken sich auf spezifische Bereiche. Zu diesen gehören insbesondere die Kranken- und Unfallversicherung (Artikel 117 BV) sowie Massnahmen zum Schutz der Gesundheit (Artikel 118 BV), in deren Rahmen er auch Vorschriften zum Umgang mit Heilmitteln erlässt.

3.1 Bund

Die Gesetzgebung des Bundes regelt mit dem Medizinalberufegesetz (MedBG; SR 811.11) die Kompetenzen, über die Ärztinnen und Ärzte, Apothekerinnen und Apotheker und andere Berufsgruppen des medizinischen Bereiches verfügen müssen. Dazu zählen auch die Fähigkeiten, diagnosegerecht in der korrekten Menge Arzneimittel verschreiben bzw. abgeben zu können, sofern diese Tätigkeiten zu den Aufgaben der jeweiligen Berufsgruppe gehören.

Mit dem Heilmittelgesetz (HMG; SR 812.21) bestimmt der Bund die Regeln, gemäss derer Arzneimittel in der Schweiz in Verkehr gebracht werden dürfen. Diese umfassen auch Bestimmungen zu deren Verpackung bzw. Konfektionierung. In diesem Bereich spielen aufgrund der internationalen Verflechtung der Arzneimittelmärkte auch Regelungen der Europäischen Union sowie globale Regularien und Standards eine grosse Rolle.

Konkret hat etwa das Schweizerische Heilmittelinstitut (Swissmedic) im Rahmen des Zulassungsverfahrens zu überprüfen, ob die von der Pharmafirma für den Schweizer Markt angebotenen Packungsgrössen an die im Zulassungsgesuch beschriebene Therapiedauer und Dosierungsempfehlung angepasst sind (Artikel 10 Absatz 1 Buchstabe a HMG). Ist dies nicht der Fall, können andere Packungsgrössen verlangt werden. Nach Erteilung der Zulassung ist dies rechtlich nur möglich, wenn es aufgrund von sicherheitsrelevanten Signalen angezeigt erscheint. Grundsätzlich haben Ärzte- und Apothekerverbände die Möglichkeit, der Swissmedic zu melden, dass für ein Präparat keine passende Packungsgrösse vorhanden ist.

Des Weiteren regelt das Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG; SR 832.10), welche Leistungen – darunter auch Arzneimittel – unter welchen Voraussetzungen von der OKP vergütet werden. Hierzu achtet das Bundesamt für Gesundheit als ausführende Behörde bei der Aufnahme von Arzneimitteln in die Spezialitätenliste (SL) darauf, dass zweckmässige Packungsgrössen angeboten werden. Alle drei Jahre wird überprüft, ob die SL-Arzneimittel die Bedingungen noch erfüllen.

3.2 Kantone

Den Kantonen obliegt demgegenüber insbesondere die Steuerung der Gesundheitsversorgung in der Praxis sowie die Aufsicht darüber. Sie erteilen nach jeweiligem kantonalen Recht Bewilligungen für die Ausübung von Medizinalberufen und die Abgabe von Arzneimitteln und haben periodische Betriebs- und Praxiskontrollen durchzuführen. Kantonal geregelt sind auch die Rücknahme und Entsorgung von Arzneimitteln.

3.3 Leistungserbringer

Artikel 26 HMG legt die Abgabekompetenzen und die Mindestanforderungen an Verschreibungen fest. Arzneimittel dürfen nur dann verschrieben werden, wenn der Gesundheitszustand der Patientinnen und Patienten bekannt ist. Weitergehende Minimalanforderung an die Verschreibung eines Humanarzneimittels enthält Artikel 51 der Arzneimittelverordnung

(VAM; SR 812.212.21) aufgeführt. Demnach müssen Verschreibungen unter anderem Angaben über die Dosierung, Anwendungsdauer und Anwendungsanweisung enthalten.

Apothekerinnen und Apotheker, die gemäss Artikel 24 Absatz 1 Buchstabe a Ziffern 1 und 2 HMG verschreibungspflichtige Arzneimittel ohne ärztliche Verschreibung abgeben, unterliegen der Dokumentationspflicht. Artikel 48 VAM definiert die Inhalte einer Dokumentation. Sie muss insbesondere Angaben enthalten, die eine Nachvollziehbarkeit des Abgabeentscheids ermöglichen.

4 Einschätzungen der Stakeholder

Als Grundlage für die Erarbeitung des vorliegenden Berichts wurden neben einer Recherche und Auswertung der Forschungsliteratur und von Dokumenten ergänzende Interviews mit den zentralen Stakeholdern auf Bundesebene sowie eine Kurzumfrage bei den kantonalen Apothekerverbänden und den kantonalen Ärztesgesellschaften durchgeführt. Die befragten Stakeholder sind sich einig, dass in den Bereichen «Verhinderung der Versorgung im Übermass» und «Förderung der Adhärenz» der grösste Handlungsbedarf bestehe.

4.1 Verhinderung von Versorgung im Übermass

Bei der Versorgung im Übermass wird bei mehreren Ansatzpunkten Handlungsbedarf geortet.

Reduktion von Fehlanreizen

Am häufigsten wurde sowohl von Seiten der Leistungserbringer, der Versicherer und der Patientenschutzorganisationen aufgeführt, dass Fehlanreize verringert werden müssten. Beim Vertrieb von Arzneimitteln sollten die Unkosten gedeckt sein, es dürfe aber nicht um einen Zusatzverdienst gehen resp. um eine Querfinanzierung der Leistungserbringer über die Arzneimittelabgabe. Verschiedene Akteure thematisieren die Möglichkeit einer Abkehr vom Margensystem hin zu einer rein leistungsabhängigen Tarifierung. Sie sind sich jedoch bewusst, dass die Ausgestaltung eines solchen Systems sehr komplex und anspruchsvoll wäre. Im Zusammenhang mit der Arzneimittelabgabe wurde auch auf den Zielkonflikt zwischen der wirtschaftlichen Abgabe (Grosspackungen, Dauerrezepte etc.) und der Einschränkungen der Abgabe, um der Verschwendung entgegenzuwirken, hingewiesen. Weiter wurde betont, dass der Fokus unbedingt auch auf die Qualität der Arzneimittelverschreibung und -abgabe gelegt werden müsse. Es sollten zudem Fortschritte in der systematischen Bewertung der Evidenz, Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit von medizinischen Verfahren und Technologien (Health Technology Assessment HTA) gemacht werden, worunter auch Arzneimittel fallen.

Bessere Koordination an den Schnittstellen

Am zweithäufigsten wurde Handlungsbedarf im Bereich der besseren Koordination an den Schnittstellen (innerhalb der ambulanten Versorgung und mit der stationären Versorgung) geortet, insbesondere bei Fällen mit Polymedikation. Hierbei bestätigen mehrere Stakeholder die Notwendigkeit einer verstärkten und besseren interprofessionellen Zusammenarbeit, die Förderung von integrierten Versorgungsmodellen und die Wichtigkeit der Einführung des elektronischen Patientendossiers.

Arzneimittelsicherheit versus massgeschneiderte Abgabe

In der Mehrheit der Gespräche wurde auf den Zielkonflikt zwischen den gestiegenen Anforderungen an die Arzneimittelsicherheit (immer ausführlichere Beipackzettel, hohe Anforderungen an Teilabgaben etc.) und einer flexiblen, passgenauen Abgabe von Arzneimitteln hingewiesen. Neben Forderungen, dass im Bereich der Arzneimittelsicherheit weitere Regulierungen vermieden werden sollen, wird darauf hingewiesen, dass der Handlungsspielraum in diesem Bereich aufgrund von geltendem Recht sowie internationaler Abkommen beschränkt sein dürfte.

4.2 Förderung der Adhärenz

Fast alle Stakeholder erachten es als zentral, dass der Förderung der Adhärenz Beachtung geschenkt werde. Von Seiten der Apotheken und der pharmazeutischen Wissenschaften wurde angesprochen, dass in diesem Bereich, insbesondere im Hinblick auf vermeidbare Folgekosten von Non-Adhärenz, die grössten Kosteneinsparungen zu erwarten seien. Es sei entscheidend, dass die Information sowie Begleitung der Patientinnen durch Fachpersonen gewährleistet ist und geeignete Hilfsmittel zur Verfügung gestellt werden. Sowohl Vertreterin-

nen der Ärzteschaft und der Pharmazie als auch der Versicherer sehen den grössten Handlungsbedarf und auch die grösste Herausforderung hierbei bei der Finanzierung von Unterstützungsmassnahmen und der Abgeltung von entsprechenden Leistungen auf Seiten der Leistungserbringenden. Zudem müssten Anreize geschaffen werden, die Adhärenz stärker zu kontrollieren.

4.3 Weitere Handlungsfelder

Mehrere Akteure empfehlen, die Sensibilisierung der Fachpersonen wie auch der Patientinnen zu stärken, bei der Aus- und Weiterbildung der Fachpersonen anzusetzen sowie gezielte Kampagnen für die Patienten zu fahren.

5 Massnahmen gegen die Verschwendung von Arzneimitteln

Auch wenn das Ausmass der tatsächlichen Verschwendung von Arzneimitteln kaum zu beziffern ist, anerkennt der Bundesrat den Handlungsbedarf, die Verschwendung im Gesundheitswesen allgemein und von Arzneimitteln im Besonderen zu vermeiden. Ungeachtet der negativen Begleiterscheinungen erzwingt die Kostensituation, alle Effizienzreserven auszuschöpfen.

Aus diesem Grund hat der Bundesrat im Rahmen der bundesrätlichen Strategie *Gesundheit 2020* am 23.01.2013 Massnahmen für einen effizienteren, effektiveren und somit kostengünstigeren Umgang mit Arzneimitteln beschlossen. Auch im Rahmen der Folgestrategie *Gesundheit 2030* soll dieses Anliegen mit Nachdruck weiterverfolgt werden.

5.1 Massnahmen zur Verhinderung von Versorgung im Übermass

Um einen effizienteren, effektiveren und somit kostengünstigeren Umgang mit Arzneimitteln bezwecken zu können, erfolgen Massnahmen betreffend die Leistungserbringer in folgenden Bereichen:

- Mehrfachverordnung oder -abgabe desselben Arzneimittels infolge mangelnder Koordination zwischen verschiedenen Leistungserbringern
- Verordnung bzw. Abgabe in zu grosser Menge (Fehleinschätzung des Bedarfs, Fehlkonfektionierung, Fehlreizen)
- Optimierung von Packungsgrössen.

5.1.1 Verhinderung der Mehrfachverordnung oder -abgabe von Arzneimitteln

Massnahmen des Bundes oder unter Beteiligung des Bundes:

- *Einführung und Förderung der eMedikation im Rahmen des Elektronischen Patientendossiers (EPD)*: Der Bundesrat hat per 15. April 2017 das Bundesgesetz über das elektronische Patientendossier (EPDG) in Kraft gesetzt. Damit ist ein zentrales Instrument geschaffen, um in Zukunft eine vollständige Übersicht über die aktuelle Medikation einer Patientin oder eines Patienten zu erhalten. Zur vermehrten Nutzung der Daten im Rahmen eines elektronisch gestützten Medikationsprozesses ist es wichtig, die entsprechenden Dokumente des Austauschformats eMedikation in Anhang 4 der Verordnung des Eidgenössischen Departements des Innern über das elektronische Patientendossier (EPDV-EDI, RS 816.111) festzulegen. Mit der geplanten Einführung des elektronischen Medikationsplans im EPD im Frühling 2023 wird der Anhang 4 EPDV-EDI um ein erstes strukturiertes Dokument des erwähnten Austauschformats erweitert.
- Mit der Umsetzung der Motion *Stöckli 18.3512 "Recht auf einen **Medikationsplan** zur Stärkung der Patientensicherheit;"* sowie der Motion *Stöckli 19.4119 "Erhöhung der Arzneimittelsicherheit in der Pädiatrie: Medikationsfehler durch **E-Health** reduzieren"* soll der Medikationsprozess sicherer gestaltet werden, was sich wiederum positiv auf die Sicherheit der Patientinnen und Patienten sowie auf eine Reduktion der Arzneimittelverschwendung auswirken soll. Die hierzu notwendige Anpassung des Heilmittelgesetzes soll Ende 2023 in die Vernehmlassung gehen.
- *Pilotprogramm «Progress! Sichere Medikation an Schnittstellen»*: Massgeblich mitfinanziert durch den Bund hat die Stiftung Patientensicherheit Schweiz ein Pilotprogramm zur Medikation bei Spitaleintritten und -austritten durchgeführt. Damit soll u.a. ein systematischer Medikationsabgleich beim Spitalaustritt in der Schweiz verbreitet werden. Ergänzend zu diesem Programm wurde das Nachfolgeprojekt *«Progress! Sichere Medikation in Pflegeheimen»* durchgeführt, welches sich der Medikationssicherheit bei älteren Menschen in der stationären Langzeitpflege widmet. Optimale

und sichere Medikationsverordnungen an diesen Schnittstellen können einen Beitrag zur Reduktion von Arzneimittelverschwendung leisten.

- *Nationale Strategie gegen Antibiotikaresistenzen*: Die Nationale Strategie Antibiotikaresistenzen (StAR) des Bundesrates hat zum Ziel, Antibiotika zielgerichteter einzusetzen. Sie kann damit auch der Vermeidung von Mehrfachverordnung entgegenwirken. Neu geschaffene Richtlinien unterstützen die Ärzte.

Weitere Massnahmen auf kantonaler Ebene/von anderen Akteuren wie zum Beispiel:

- *Förderung von «Smarter Medicine»*: Auf nationaler Ebene engagiert sich der Verein «smarter medicine – Choosing Wisely Switzerland» für eine massvolle Medizin. Neben so genannten Top-5-Listen, die sich in erster Linie an Fachpersonen richten, bietet der Verein verständliche Informationen zur Sensibilisierung der Bevölkerung für die Problematik der Über- und Fehlversorgung an. Das Projekt «Less-is-more together» wurde 2018 im Kanton Wallis gestartet. Ziel war es zu untersuchen, wie sich eine intensivere Zusammenarbeit zwischen den Ärztinnen und Apothekern auf eine Reduktion des Einsatzes bestimmter Arzneimittel (Protonenpumpeninhibitoren) auswirkt. Die Datenerhebung wurde Mitte 2019 abgeschlossen, erste Ergebnisse wurden Ende 2019 im Rahmen von „Planète Santé“ präsentiert. Auf übergeordneter Ebene zielt das Projekt darauf ab, die innovative Denkweise der «Smarter Medicine» im Wallis einzuführen und einen Kulturwandel hin zu intensiverer und intelligenter interprofessioneller Zusammenarbeit zu begünstigen.

5.1.2 Verringerung der verordneten bzw. abgegebenen Menge

Massnahmen des Bundes sowie Massnahmen unter Beteiligung des Bundes:

- *Gesetzgeberische Massnahmen im Rahmen des revidierten HMG*: Im Rahmen der ordentlichen Teilrevision des HMG (2. Etappe) sind per 1. Januar 2019 respektive 1. Januar 2020 verschiedene Bestimmungen in Kraft getreten, welche Fehlanreize bei der Verschreibung verringern bzw. die Qualität der Arzneimittelverschreibungen verbessern sollen:
 - *Art. 26 Abs. 4 HMG*: Die verschreibende Person soll grundsätzlich verpflichtet werden, bei jeder Verschreibung ein Rezept auszustellen und der Patientin oder dem Patienten auszuhändigen, um so deren Wahlfreiheit beim Bezug des Arzneimittels zu gewährleisten.
 - *In Ausführung zu Art. 26 Abs. 2^{bis} Bst. a HMG* sind in Art. 51 VAM die Minimalanforderungen an die Verschreibung (Rezept) festgelegt, welche unter anderem die Dosierung und die Anwendungsdauer sowie die Anwendungsanweisung für ein verschriebenes Präparat enthalten.
 - *Art. 55 und 56 HMG*: Hiermit werden Rabatte und Boni, die falsche finanzielle Anreize bei der Verordnung oder Abgabe von Arzneimitteln darstellen können, neu geregelt.

5.1.3 Optimierung von Packungsgrössen

Grundsätzlich müssen Arzneimittel in wirtschaftlichen und behandlungsadäquaten Packungsgrössen auf den Markt gebracht werden. Ein Ansatz, um der Problematik nicht therapieangepasster Packungsgrössen entgegenzuwirken, ist die Möglichkeit der Einzel- und Teilabgabe von Arzneimitteln. Grundsätzlich sollten Arzneimittel immer in der Originalpackung abgegeben werden. Dies stellt unter anderem sicher, dass das Arzneimittel vor Umwelteinflüssen besser geschützt ist. Zudem können die Patientinnen und Patienten wirksamer vor Fälschungen geschützt werden. In begründeten Ausnahmefällen und unter Einhaltung von entsprechenden Sicherheitsbestimmungen bezüglich Verpackung, Beschriftung, Patienteninformation und Dokumentation wird die Abgabe von Teilmengen aus Originalpackungen von den zuständigen kantonalen Behörden erlaubt. Es stellen sich allerdings rechtliche Fragen,

die einer weitergehenden Klärung bedürfen. Die Abgabe von Teilmengen kann für die Abgabestelle sehr aufwändig sein, was nur in Ausnahmefällen vergütet wird. Zudem tragen die Abgabestellen auch die Kosten für übriggebliebene Reste.

Massnahmen des Bundes:

- Swissmedic und BAG überprüfen im Rahmen ihrer Aufsichtspflichten regelmässig die Packungsgrössen der Arzneimittel, die auf den Schweizer Markt gebracht werden und im Umlauf sind bzw. von der OKP vergütet werden. Im Rahmen der Umsetzung der *Motion Tornare (17.3942) „Einzelverkauf von Medikamenten. Wagen wir den Versuch!“* gab das BAG eine Machbarkeitsstudie in Auftrag. Die Ergebnisse der Machbarkeitsstudie sowie die Konsultation der Akteure geben Hinweise darauf, dass die Einzelabgabe von Antibiotika grundsätzlich machbar ist und ein Potenzial in der Einzelabgabe von Antibiotika auf nationaler Ebene besteht. Die Abklärungen haben jedoch auch ergeben, dass mit Blick auf eine schweizweite Einführung noch verschiedene Fragen insbesondere zur rechtlichen Situation und zur Umsetzung geklärt und potenziell weitreichende Systemanpassungen vorgenommen werden müssten. Der Bundesrat hat am 2. November 2022 entschieden, die Einzelabgabe von Antibiotika auf nationaler Ebene im Rahmen der StAR weiter zu prüfen.

Weitere Massnahme auf kantonaler Ebene/von anderen Akteuren:

- *Merkblatt Abgabe von Teilmengen aus Originalpackungen des Kantonsapothekers Kanton Luzern (2011)*: Das Dokument hält detailliert fest, was bei der Abgabe von Teilmengen aus Originalpackungen berücksichtigt und festgehalten werden muss, damit sie in begründeten und dokumentierten Einzelfällen erlaubt ist. Dieses Merkblatt wird auch ausserhalb des Kantons Luzern verwendet.

Tarifäre Massnahme:

- *Tarifvertrag LOA IV/1, Leistungsumfang und Wirtschaftlichkeitsregelung (Anhang 3, Ziffer 5.1)*: Apotheken haben bei Beginn einer Dauertherapie mit einem neuen Arzneimittel in der Regel die kleinste Packung abzugeben. Bei der Fortsetzung der Therapie sind sie verpflichtet, diejenige Packungsgrösse abzugeben, welche der verschriebenen Dosierung und Anwendungsdauer am besten entspricht und am wirtschaftlichsten ist. Auch bei Dauermedikation darf die jeweils abgegebene Menge in der Regel den Bedarf für drei Monate nicht übersteigen. Um bei den pharmazeutischen Leistungen einen tarif- und vertragslosen Zustand zu verhindern, hat der Bundesrat in seiner Sitzung vom 17. Dezember 2021 eine Verlängerung der Tarifverträge zur Abgeltung der Apothekerinnen und Apotheker (LOA IV/1) bis Ende 2022 genehmigt. Die Tarifpartner haben sich auf eine entsprechende Vereinbarung geeinigt, da die Genehmigung dieser Verträge per Ende 2021 auslief.

5.2 Massnahmen zur Förderung der Adhärenz der Patientinnen und Patienten

Wie beschrieben, ist ein Teil der Arzneimittelverschwendung darauf zurückzuführen, dass die Patienten die ihnen verschriebenen Arzneimittel nicht wie vereinbart einnehmen. Ursachen dafür bestehen wesentlich in der strukturellen Komplexität der Begegnung zwischen Ärztin und Patient. Entsprechend reicht es nicht, zur Verbesserung der Adhärenz nur an die Selbstverantwortung der Patientinnen zu appellieren. Vielmehr sollen auch auf der Seite der Leistungserbringer die Voraussetzungen für eine Stärkung der Adhärenz geschaffen werden.

Massnahmen des Bundes oder unter Beteiligung des Bundes:

- *Förderung patientenzentrierter interdisziplinärer Modelle durch den Bund: Wissenschaftliche Begleitung und Evaluation von Pilotprojekten*: Der Bund hat finanziell die Evaluation von Pilotprojekten unterstützt, mit denen die Patientinnen durch verbesserte interdisziplinäre Zusammenarbeit unter den Leistungserbringern wirksamer in

die Anwendung von Arzneimitteln einbezogen werden sollen. Zu diesen Projekten gehört auch eines der Medizinischen Universitätspoliklinik des Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV) (Pharmacie de la PMU) und der Siphra AG im Rahmen des «Programms zur interprofessionellen Förderung der Medikamenten-Adhärenz (SIS-Care)». Hierbei sollten bessere medikamentöse Behandlungen über die Erhöhung der Therapietreue der Patientinnen in berufsübergreifender Zusammenarbeit erreicht werden. 27 Apotheken begleiteten insgesamt 212 Patienten mit Typ-2-Diabetes, welche durchschnittlich 5 Arzneimittel einnahmen. Dabei wurde beobachtet, dass über einen Zeitraum von 456 Tagen die Therapietreue der Patienten stabil blieb (ca. 88% korrekte Einnahme), was über den in der Literatur üblicherweise beobachteten Werten (42%) liegt.

- *Reform der ärztlichen Bildung – Stärkung der Kommunikationsfähigkeit in patienten-nahen Funktionen:* Die Schweizerische Medizinische Interfakultätskommission reformierte 2017 den Lernzielkatalog für die Ausbildung von Ärztinnen. Darin wird der Kommunikation mit Patienten vermehrt Beachtung geschenkt, so dass sich die Qualität von Vereinbarungen zwischen Arzt und Patientin verbessern kann.
- *Artikel 20 Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31), Hilfsmittel für die Medikamenteneinnahme:* Gestützt auf Artikel 20 KLV leistet die OKP Beiträge an Dosierboxen, die die präzise Einnahme von Arzneimitteln fördern können (Position 99.50.01.00.1 Mittel- und Gegenständeliste, MiGeL).
- *Verbesserungen bei der Bezeichnung von Generika:* Wird der Patient nicht hinreichend informiert, kann etwa die Umstellung von einem Originalpräparat auf ein Generikum für ihn irritierend sein. Gemäss revidierter Arzneimittel-Zulassungsverordnung (AMZV; SR 812.212.22) muss deshalb bei Generika der Name des Wirkstoffes vor dem Handels- oder Firmennamen aufgeführt werden.

Weitere ausgewählte Massnahmen von anderen Akteuren:

- *Spezifische Instrumente und Angebote zur Unterstützung der Adhärenz seitens Apotheken:* Um die Patientinnen und Patienten im richtigen Umgang mit Antibiotika zu unterstützen, haben Apotheken entsprechende Applikationen für Smartphones lanciert. Andere bieten telefonische oder sogar persönliche Unterstützung bei den Patientinnen und Patienten zu Hause an. Zugleich werden Kampagnen im Bereich der Informations- und Öffentlichkeitsarbeit umgesetzt, welche die Apotheken als erste Anlaufstelle für Fragen zu Arzneimitteln positionieren sollen. An letzteren beteiligen sich auch einzelne Kantone.

Bund, Kantone und private Institutionen haben verschiedene Massnahmen lanciert, die zu einem effizienteren, effektiveren und somit kostengünstigeren Umgang mit Arzneimitteln führen und damit auch deren Verschwendung reduzieren sollen. Diese Massnahmen greifen erstens bei den Voraussetzungen, unter denen Arzneimittel verschrieben, abgegeben oder angewendet werden. Zweitens werden (finanzielle) Anreize gesetzt, um den Umgang mit Arzneimittel haushälterisch zu gestalten. Durch Verwendung geeigneter Instrumente, wie zum Beispiel Dosierboxen, e Rezept oder eMedikationsplan soll der digital unterstützte Medikationsprozess nicht nur sicherer, sondern auch nachhaltiger werden. Gleichzeitig wird damit auch die Transparenz über die Art und Menge der verordneten Arzneimittel für die Patientinnen und Patienten erhöht. Mit der notwendigen Information zum Nutzen und Gebrauch von Arzneimitteln können sie sich besser in die Therapieentscheide einbringen, was wiederum die Akzeptanz der Verordnung und damit die Adhärenz erhöht.

5.3 Nicht zu prüfende Massnahmen

5.3.1 Haltbarkeitsdauer von Arzneimitteln

Arzneimittelabfall entsteht auch dann, wenn Arzneimittel weggeworfen werden müssen, weil das Haltbarkeitsdatum abgelaufen ist. Allerdings gilt, dass Verschwendung im Sinne von vermeidbarem Abfall nur dann mit der Haltbarkeitsdauer im Zusammenhang steht, wenn diese nicht hinreichend in Bezug auf die verschriebene oder abgegebene Menge berücksichtigt wird. Somit handelt es sich auch hierbei um einen Teilaspekt der Problematik der übermässigen Abgabe von Arzneimitteln.

Angesichts der komplexen Ursachenkonstellation der Arzneimittelverschwendung ist unklar, inwiefern eine pauschale Verlängerung der Haltbarkeitsdauer eine nennenswerte Verschwendungsreduktion erreicht werden könnte.

6 Synthese und Folgerungen

Der vorliegende Kurzbericht zeigt den Stand der Arbeiten zur Verminderung der Arzneimittelverschwendung im Sinne der Antwort des Bundesrats auf das Postulat 14.3607 Mitte-Fraktion. Die Mitte. EVP «Stopp der Medikamentenverschwendung!» vom 20. Juni 2014 auf.

Ausmass und Kosten von Arzneimittelverschwendung in der Schweiz

Zum Ausmass der Arzneimittelverschwendung in der Schweiz und zu den daraus folgenden Kosten gibt es keine präzisen Zahlen, da verlässliche Statistiken und empirisch breit angelegte Studien zur Thematik fehlen, insbesondere auch aufgrund der fehlenden Kenntnisse über den Umfang der Entsorgung von Arzneimitteln im hauseigenen Abfall. In Anbetracht der vorhandenen heterogenen Datenlage (vgl. Ziffer 2.3) lässt sich vermuten, dass ungefähr fünf Prozent der ambulant abgegebenen Arzneimittel verschwendet werden, was jährlich vermeidbare Kosten von bis zu 363 Mio. Franken zu Lasten der OKP mit sich bringt. Eine Verbesserung dieser Wissensgrundlage liesse sich nur unter grossem Aufwand und mit erheblichen methodischen Schwierigkeiten bestimmen. In Anbetracht dieses umfassenden Forschungsumfangs verweist der Bundesrat auf die entsprechenden Institutionen wie den Schweizerischen Nationalfonds (SNF) bzw. das Staatssekretariat für Bildung, Forschung und Innovation (SBFI).

Problembereiche und Ursachen der Arzneimittelverschwendung

Das Problem der Arzneimittelverschwendung lässt sich in Bezug auf die beiden Seiten der Arzneimittelabgabe wie folgt beschreiben:

- **Seite der Leistungserbringenden** (*Ärztenschaft, Apotheken, etc.*): Bei der Medikation von Patientinnen und Patienten sind während des ambulanten Aufenthalts wie auch nach dem Spitalaustritt oft mehrere Leistungserbringer involviert. Aufgrund fehlender Koordination werden Arzneimittel teilweise doppelt verschrieben. Zusätzlich dazu werden Arzneimittel in zu grosser Menge (auf Vorrat) oder mittels Dauerrezept abgegeben, ohne dessen Angemessenheit zu überprüfen, was zu einer Versorgung im Übermass führt.
- **Seite der Patientinnen und Patienten:** Arzneimittel werden von Patientinnen und Patienten – absichtlich oder unabsichtlich – oftmals nicht wie mit dem Arzt oder der Ärztin vereinbart eingenommen. Trotz bestehender Möglichkeiten finden selten Gespräche über eine mögliche Therapieanpassung statt, welche verhindern könnten, dass die Patientin oder der Patient die Arzneimittel wegwirft.

Ansatzpunkte zur (kosten-)wirksamen Reduktion von Arzneimittelverschwendung

Aus diesen Problembereichen abgeleitet, lassen sich zwei übergeordnete Stossrichtungen für eine wirksame Verringerung von Arzneimittelverschwendung ableiten. Die wichtigsten Massnahmen sollten aufgrund der asymmetrischen Beziehung zwischen den Patientinnen und Patienten sowie den Leistungserbringern bei den Leistungserbringern angesetzt werden.

- *Massnahmen zur Verhinderung der Arzneimittelabgabe im Übermass* setzen bei einer Stärkung der integrierten Versorgung, d.h. der Förderung der Qualität der Verschreibungs- und Abgabep Praxis an. Wesentlich sind Verbesserungen bei der Ausbildung der entsprechenden Fachpersonen. Daneben ist die Verringerung von unerwünschten Anreizen bei der Abgabe von Arzneimitteln, aber auch bei den Packungsgrössen und den Abgabemöglichkeiten im Einzelfall von Bedeutung.
- *Massnahmen zur Förderung der Adhärenz* setzen bei der adäquaten individuellen Unterstützung und Beratung der Patientinnen und Patienten durch koordiniert handelnde, spezifisch sensibilisierte Fachpersonen sowie der Bereitstellung von geeigneten Hilfsmitteln und Instrumenten zur Unterstützung der Arzneimittelaufnahme an. Daneben ist der Stärkung der Gesundheitskompetenz besonders bei vulnerablen Patientengruppen von zentraler Bedeutung.

Fazit des Bundesrates

Die im Rahmen dieses Berichts befragten Stakeholder sind sich einig, dass in diesen beiden Bereichen – der Unterbindung der Überversorgung einerseits und der Förderung der Adhärenz andererseits – der grösste Handlungsbedarf bestanden hat. In all den vom Postulat aufgeführten Massnahmenbereichen und Handlungsfeldern, die durch Stakeholder-Befragungen identifiziert wurden, sind diverse durch den Bund oder unter Beteiligung des Bundes sowie durch Kantone und andere Akteure durchgeführte oder laufende Massnahmen zu finden, welche einen effizienteren, effektiveren und somit kostengünstigeren Umgang mit Arzneimitteln bezwecken. Sie setzen an den Stellen an, die auch für die Arzneimittelverschwendung verantwortlich sind.

Die durchgeführten und laufenden Massnahmen stärken im Konkreten die integrierte Versorgung, verringern die unerwünschten Anreize bei der Verschreibung und Abgabe und erhöhen die Qualität der individuellen, adäquaten Unterstützung und Beratung von Patientinnen durch koordiniert handelnde Fachpersonen und geeignete Hilfsmittel und Angebote zur Unterstützung der Arzneimitteleinnahme. Zusätzlich wird die Stärkung der Gesundheitskompetenz gefördert. Der Hauptfokus liegt auf der grundsätzlichen Qualitätsverbesserung in der Gesundheitsversorgung.

Weitergehende Massnahmen zur Verbesserung der Wissensgrundlage zum Ausmass der Arzneimittelverschwendung liessen sich nur unter grossem Aufwand bestimmen. Der Bundesrat setzt deshalb den Hauptfokus seiner Bemühungen auf die grundsätzliche Qualitätsverbesserung in der Gesundheitsversorgung, wodurch auch die Arzneimittelverschwendung reduziert werden kann.

Der Bundesrat wird die Thematik der Arzneimittelverschwendung im Rahmen anderer Projekte wie der Strategie Gesundheit 2030 und der Einführung der Einzelabgabe von Antibiotika (Motion Tornare 17.3942) berücksichtigen.

7 Anhang

7.1 Parlamentarische Vorstösse

Das Thema der Arzneimittelverschwendung hat eine Reihe von parlamentarischen Vorstössen ausgelöst, die den Bundesrat zur Ergreifung von Massnahmen aufgefordert haben. In der Folge seien die Anliegen sowie ihre Beantwortung zusammengefasst:

- *Postulat Maury Pasquier (09.3894), "Kostengünstige Medikamente. Medikamente nutzen, solange sie tatsächlich genutzt werden können"*: Das Postulat verlangte einen Bericht dazu, wie die Haltbarkeitsdauer von Arzneimitteln bestimmt wird; es formulierte den Verdacht, sie werde von den Herstellerinnen missbräuchlich zu kurz angesetzt. Der Bundesrat lehnte das Postulat ab, das Parlament hat es überwiesen. Der Bericht des Bundesrates vom 18. Juni 2010 hält fest, dass keine Anhaltspunkte für eine missbräuchliche Ansetzung des Haltbarkeitsdatums gegeben sind. Die Festsetzung der Haltbarkeitsfrist geschieht standardisiert nach internationalen Richtlinien, davon abzuweichen, wäre nicht im Interesse der Schweiz und ihres Gesundheitssystems.
- *Motion Rossini (11.4184), "KVG. Absurde Anreize bei der Medikamentenabgabe"*: Die Motion forderte den Bundesrat dazu auf, die Selbstdispensation einzuschränken. Der Bundesrat beantragte die Ablehnung der Motion; sie wurde zurückgezogen, da die Thematik im Rahmen der ordentlichen Revision des Heilmittelgesetzes (2. Etappe) in der Kommission diskutiert wurde.
- *Postulat Humbel (12.3864), "Positionierung der Apotheken in der Grundversorgung"*: Das Postulat beauftragte den Bundesrat, in einem Bericht Möglichkeiten und Konsequenzen einer Neupositionierung der Apotheken in der Grundversorgung aufzuzeigen, u.a. hinsichtlich ihrer Rolle bei der Überwachung von Arzneimitteltherapie und Compliance. In Erfüllung des Postulats legte der Bundesrat am 12. Oktober 2016 den Bericht „Positionierung der Apotheken in der Grundversorgung“ zur strategisch optimierten Nutzung der pharmazeutischen Fachkompetenz in der Grundversorgung vor.
- *Motion der FDP-Liberalen Fraktion (12.4171), "Bessere Betreuung und mehr Effizienz im KVG"*: Die Motion fordert den Bundesrat auf, die gesetzlichen Grundlagen dahingehend anzupassen, dass Krankenversicherer Anreize schaffen können, damit der Beitritt zu einem Pflege- bzw. Fallmanagement-Programm (Case Management), in denen die Einhaltung der Compliance gefördert bzw. kontrolliert wird, für kostenintensive Patientinnen und Patienten attraktiver wird. Das Parlament hat die Motion überwiesen. Die koordinierte Versorgung ist Bestandteil der vom Bundesrat verabschiedeten Strategie «Gesundheit2030». Verschiedene Initiativen wurden ergriffen. Im Rahmen des 2. Kostendämpfungspakets zur Entlastung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung werden verschiedene Massnahmen zur Verbesserung der koordinierten Versorgung vorgeschlagen (Einführung von Netzwerken zur koordinierten Versorgung, Förderung von Patientensteuerungsprogrammen). Über das Paket 2 wurde im Jahr 2020 eine Vernehmlassung durchgeführt. Aufgrund der Ergebnisse der Vernehmlassung entschied der Bundesrat am 28. April 2021, die Zielvorgabe als alleinigen indirekten Gegenvorschlag zur Kostenbremsinitiative aus Paket 2 herauszulösen und die weiteren Massnahmen aus Paket 2 zu einem späteren Zeitpunkt dem Parlament zu unterbreiten. Die Verabschiedung der Botschaft ist für den Sommer 2022 vorgesehen.
- *Interpellation von Siebenthal (13.3537), "Verschreibung von Medikamenten. Selbstdispensation"*: Die Interpellation forderte den Bundesrat auf darzustellen, was er gegen Fehlanreize im Bereich der Selbstdispensation zu tun gedenkt. Das Geschäft wurde mit der Antwort des Bundesrates erledigt.
- *Postulat Tornare (13.4156), "Einzelverkauf von Medikamenten. Verschwendung reduzieren"*: Das Postulat forderte den Bundesrat auf, vertieft zu analysieren und einen Bericht dazu vorzulegen, ob und wie gewisse Arzneimittel (z. B. Antibiotika) einzeln

verkauft werden können. Der Bundesrat beantragte die Ablehnung des Postulats, es wurde abgeschrieben.

- *Motion Tornare (17.3942) „Einzelverkauf von Medikamenten. Wagen wir den Versuch!“*: Die Motion fordert den Bundesrat auf, die nötigen Grundlagen zu schaffen, um eine Testphase für den Einzelverkauf von Antibiotika mit freiwillig mitwirkenden Apothekerinnen und Apothekern zu ermöglichen. Der Bundesrat beantragte die Annahme der Motion, auch das Parlament nahm sie an. Am 19. Juni 2019 wurde mit der Umsetzung begonnen (vgl. Abschnitt 5.1.3)
- *Motion Humbel (18.3977) „Abbilden der Leistungen der Apotheker zur Qualitätssicherung und Kostendämpfung im Krankenversicherungsgesetz“ und Motion Ettlin (18.4079), „Kostendämpfende Apothekerleistungen ermöglichen“*. Apothekerinnen und Apotheker sind nichtärztliche Leistungserbringer, die im Rahmen von Programmen spezifische, bisher ärztliche Leistungen übernehmen können (z. B. Impfungen im nationalen Impfprogramm, Stuhltests in kantonalen Programmen zur Darmkrebsfrüherkennung). Beide Motionen verlangen, dass neu Leistungen der Grundversorgung von Apothekerinnen und Apotheker, die zur Kostendämpfung und Qualitätssicherung beitragen und im Rahmen von Patientensteuerungsprogrammen erbracht werden, im KVG abzubilden sind. Der Bundesrat beantragte die Annahme beider Motionen, auch das Parlament nahm sie an.
- *Parlamentarische Initiative Crottaz (19.508), „Änderung der gesetzlichen Grundlagen, sodass Swissmedic Dosierungen und Packungen von Arzneimitteln auch dann auf die Spezialitätenliste setzen kann, wenn das Gesuch nicht vom Hersteller stammt.“*. Die Initiative verlangt, die gesetzlichen Grundlagen so zu ändern, dass Swissmedic oder Akteure des Gesundheitswesens, die Aufnahme kostengünstigerer Packungsgrössen eines bereits zugelassenen Arzneimittels auf die SL beantragen können, dies ohne ausdrückliches Gesuch der Zulassungsinhaberin. Das BAG evaluiert das aktuelle Markt-Zulassungsverfahren, mögliche Vorgehensweisen und allfälliges Optimierungspotenzial. Der Schlussbericht zuhanden der vorberatenden Kommission wird Ende 2022 vorliegen.

7.2 Liste der Auskunftspersonen

Mit mehreren Organisationen wurden im Vorfeld der Erarbeitung des vorliegenden Berichts Gespräche geführt. Die Auskunftspersonen sind nachstehend in ihrer (damaligen) Funktion aufgeführt.

Institution/Organisation	Name	Funktion
Swissmedic - Schweizerisches Heilmittelinstitut	Dr. Friedericke Grimm, Dr. Jörg Schläpfer	Leiterin Case Management im Bereich Zulassung, Leiter Prozessentwicklung & Support im Bereich Zulassung
Interpharma - Verband der forschenden pharmazeutischen Firmen der Schweiz	Dr. Andreas Pfenninger	Verantwortlicher Bereich Zulassung, Produktion, Qualität, Umwelt Interpharma
Schweizerische Stiftung Patientenschutz SPO	Barbara Züst	Geschäftsführerin SPO
pharmaSuisse - Schweizerischer Apothekerverband	Dr. Marcel Mesnil	Generalsekretär PharmaSuisse
Kantonsapothekervereinigung KAV	Dr. Stephan Luterbacher	Präsident KAV, Kantonsapotheker Luzern

FMH - Verbindung Schweizer Ärztinnen und Ärzte	Dr. med. Carlos Quinto	Zentralvorstand FMH, Bereich Public Health inkl. Medikamente
Ärzte mit Patientenapotheke ApA	Dr. Sven Bradke	Geschäftsführer ApA
Krankenkassenverband curafutura	Dr. Christian Affolter	Verantwortlicher Public Affairs Tarifstrukturen CSS, Vertreter curafutura
Krankenkassenverband santésuisse	Dr. Marianne Eggenberger	Projektleiterin Medikamente, Abteilung Grundlagen santésuisse

Weitere Auskunftspersonen

Institution/Organisation	Name	Funktion
Bundesamt für Umwelt BAFU	Rita Barros	Wissenschaftliche Mitarbeiterin Sektion Siedlungsabfälle
Departement Pharmazeutische Wissenschaften – Universität Basel	Prof. Dr. Kurt Hersberger	Leiter Pharmaceutical Care (Group)
Helsana Versicherungen AG	Alice Fiorentzis, Dragana Glavic	Stab Gesundheitspolitik Medienstelle, Gesundheitspolitik
Section des sciences pharmaceutiques, Pharmacie Communautaire, Université de Genève, Université de Lausanne	Prof. Dr. Olivier Bugnon [†]	Pharmacies chef et Responsable qualité

7.3 Strategien und Berichte des Bundesrates, Literatur und weiterführende Informationen

- Strategie Gesundheit2030 des Bundesrates, Detailinformationen zu den Massnahmen und Projekten unter <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/gesundheit-2030.html>
- Bericht des Bundesrates zur Positionierung der Apotheken in der Grundversorgung vom 12. Oktober 2016, in Erfüllung des Postulats Humbel (12.3864) vom 27.09.2012, <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/nationale-gesundheitspolitik/koordinierte-versorgung/verstaerkung-bestehender-aktivitaeten-koordinierte-versorgung/rolle-der-apotheken-in-der-grundversorgung-postulat-humbel-koordinierte-versorgung.html>
- Egger und Bannwart (2017): «Bericht Medikamentenverschwendung. Schlussbericht im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit», Büro für arbeits- und sozialpolitische Studien BASS AG, Bern
- Dr. Maria Trottmann (Polynomics), Mathias Früh (Helsana), Dr. Oliver Reich (Helsana), Dr. Harry Telser (Polynomics) (2014): «Auswirkungen der Medikamentenabgabe durch die Ärzteschaft (Selbstdispensation) auf den Arzneimittelkonsum und die Kosten zu Lasten der OKP. Schlussbericht. Studie im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit» <https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/kuv-aufsicht/stat/rapports-de-recherche/wirkungen-selbstdispensation-arznei-kosten-okp-2-2014.pdf.download.pdf/wirkungen-selbstdispensation-arznei-kosten-okp-2-2014.pdf>

- Projektbericht des Apothekerverbands Kanton Zürich (AVKZ) und des Spitexverbands Kanton Zürich, «Vernetzte Zusammenarbeit Apotheken und Spitex. Apotheke und Spitex für ein kostengünstiges Gesundheitswesen gemeinsam unterwegs», Juni 2013. <http://docplayer.org/110552855-Projektbericht-juni-2013.html>
- Merkblatt «Abgabe von Teilmengen aus Originalpackungen» der Dienststelle Gesundheit und Sport des Kantons Luzern/Kantonsapotheker (2011). https://gesundheit.lu.ch/-/media/Gesundheit/Dokumente/Bewilligungen_und_Merkblaetter/Merkblatt/Merkblatt_Abgabe_von_Teilmengen_aus_Originalpackungen.pdf