

## **Verbesserung der Behandlungsqualität durch interdisziplinäre/interprofessionelle Zusammenarbeit**

**Erarbeitung eines Wirkungsmodells mit Fokus auf den Beitrag der Apotheker/innen  
in der koordinierten ambulanten Grundversorgung**

Im Auftrag des  
Bundesamts für Gesundheit (BAG)  
OeG, Abteilung Biomedizin, Sektion Heilmittelrecht

Kilian Künzi, Jolanda Jäggi

Bern, 8. Juli 2015

## **Impressum**

Vertragsnummer:	15.003745
Laufzeit:	März 2015 - August 2015
Projektleitung im BAG:	Andrea Brügger, Sektion Heilmittelrecht
Projektbegleitung:	Begleitgruppe mit Vertreter/innen von BAG KUV, GP, OeG, E+F sowie Vertreter/innen von SISPha, medinform, Spitex Stadt LU und Uni BS
Zitervorschlag:	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: Bundesamt für Gesundheit

# Inhaltsverzeichnis

<b>Inhaltsverzeichnis</b>	<b>II</b>
<b>Abkürzungsverzeichnis</b>	<b>III</b>
<b>1 Einleitung</b>	<b>1</b>
1.1 Ausgangslage	1
1.2 Methodische Vorgehensweise	2
1.3 Gesamtprojekt des BAG – Pilotprojekte zur Rolle der Apothekerinnen und Apotheker in der koordinierten ambulanten Grundversorgung	2
1.3.1 Kontext	2
1.3.2 Übergeordnete Ziele des Gesamtprojekts	2
1.3.3 Ziele und Kriterien bzgl. der Förderung einzelner Projekte	3
1.4 Die drei ausgewählten geförderten Pilotprojekte	4
1.4.1 Programm zur Förderung der Adhärenz bei Diabetiker/innen – SISCare	5
1.4.2 Verbesserung der Medikationssicherheit nach Spitalaustritt – Spitex Stadt Luzern	5
1.4.3 Spezialisierte Kinderapotheken – medinform	6
<b>2 Wirkungsmodell «Beitrag der Apothekerinnen und Apotheker in der koordinierten ambulanten Grundversorgung»</b>	<b>7</b>
<b>3 Ziele und «Indikatoren» - projektübergreifende «Checkliste»</b>	<b>13</b>
<b>4 Schlussbemerkungen</b>	<b>18</b>
<b>5 Verzeichnis der Grundlagen und Literatur</b>	<b>19</b>
<b>6 Anhang</b>	<b>20</b>
6.1 Teilnehmende der beiden Workshops	20
6.2 Evaluationsglossar	20

## Abkürzungsverzeichnis

BAG	Bundesamt für Gesundheit
CT	Kontrollierte Studie ohne Randomisierung (controlled trial)
G2020	Gesundheit2020
GS-EDI	Generalsekretariat des Eidgenössischen Departements des Innern
HMG / HMG2	Heilmittelgesetz / Teilrevision des Heilmittelgesetzes, 2. Etappe
KUV	Direktionsbereich Kranken- und Unfallversicherung des BAG
NCD	Nichtübertragbare Krankheiten (noncommunicable diseases)
OeG	Direktionsbereich Öffentliche Gesundheit des BAG
QZ	Qualitätszirkel
RCT	Randomisierte kontrollierte Studie (randomized controlled trial)
SD	Selbstdispensation
SGK-N	Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrates
UAW	Unerwünschte Arzneimittelwirkungen
WZW-Kriterien	Kriterien der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit

## 1 Einleitung

### 1.1 Ausgangslage

In einem von Nationalrätin Ruth Humbel eingereichten Postulat (12.3864, Nov. 2012) zur Positionierung der Apotheken in der Grundversorgung wurde der Bundesrat angewiesen aufzuzeigen, welche (neuen) Aufgaben Apotheken im Gesundheitswesen wahrnehmen können, wie ihr Tätigkeitsgebiet zur Sicherung der Grundversorgung ausgebaut werden kann und welche Auswirkungen eine Neupositionierung auf die Aus- und Weiterbildung sowie auf allfällige Vergütungsmodelle hat. Im Auftrag des Bundesrates verfasst die Sektion Heilmittelrecht des Bundesamts für Gesundheit (BAG) einen entsprechenden Bericht.

Die Positionierung der Apotheken in der Grundversorgung ist in einem interdisziplinären Kontext zu sehen. Durch eine stärkere Nutzung der Kompetenzen von Apotheker/innen und des Synergiepotentials mit anderen Medizinal- und/oder Gesundheitsfachpersonen sollen:

- (1) die Behandlungsqualität gesichert und erhöht,
- (2) der Zugang zu qualitativ hochwertigen Gesundheitsdienstleistungen gesichert und erleichtert und
- (3) die Patientenkompetenz gestärkt werden.

Im Rahmen der Arbeiten zum Postulatsbericht liess das BAG 2014 zwei Gutachten erstellen, die mittels Literaturanalyse diverse Modelle der Zusammenarbeit von Apotheker/innen und anderen Medizinal- und Gesundheitsfachpersonen im In- und Ausland untersuchten. Beide Gutachten empfahlen, in der Schweiz breiter angelegte Pilotprojekte – kontrolliert und wissenschaftlich evaluiert – zu fördern. Vor diesem Hintergrund hat das BAG, gestützt auf verschiedene Auswahlkriterien, aus laufenden oder geplanten Pilotprojekten jüngst drei erfolgversprechende ausgewählt.

Bevor die Pilotprojekte umgesetzt werden, soll als gemeinsamer Bezugsrahmen ein Wirkungsmodell zur (neuen) Rolle der Apotheker/innen in der koordinierten ambulanten Grundversorgung erstellt und die relevanten involvierten Berufsgruppen sowie auf Patientenseite die anvisierten Zielgruppen abgebildet werden. Das Wirkungsmodell soll:

- Einen Rahmen bilden, um die drei Pilotprojekte in das Gesamtbild der Rolle der Apotheker/innen in der koordinierten ambulanten Grundversorgung einzuordnen und Lücken zu identifizieren, wo allenfalls noch Projekte zu fördern wären.
- Die Grundlage bilden, um laufende und künftige Projekte im Hinblick auf Ihre Übereinstimmung mit den Zielvorgaben des BAG («Qualitätsverbesserung durch Kooperation») zu prüfen.
- Schlüsselindikatoren identifizieren, anhand derer die Zielerreichung «Qualitätsverbesserung durch Kooperation» der geförderten Projekte gemessen werden kann.
- Die Ableitung von Empfehlungen bezüglich der Datensammlung der laufenden Projekte ermöglichen. (Welche Daten müss(t)en hinsichtlich Zielsetzung erhoben werden? Soll-Ist-Vergleich bzgl. der in den Piloterhebungen bereits geplanten Erhebungen).

Anhand des Wirkungsmodells soll geprüft werden können, ob mit den gewählten Pilotprojekten die relevanten involvierten Berufsgruppen und die zentralen Risikogruppen auf Patientenseite abgedeckt sind oder ob eventuell noch weitere Pilotprojekte zu fördern wären. Zudem soll es dazu beitragen, dass in den unterstützten Pilotprojekten die adäquaten Daten erhoben werden, um am Ende schlüssige Aussagen zur Zielerreichung des BAG «Qualitätssicherung durch Kooperation» zu erlauben.

## 1.2 Methodische Vorgehensweise

Die Entwicklung des nachfolgend dargestellten Wirkungsmodells erfolgte einerseits auf der Basis von Auswertungen verschiedener Dokumente und Informationsquellen zur interdisziplinären/interprofessionellen Zusammenarbeit zwischen Apotheker/innen und anderen universitären Medizinalpersonen und/oder Gesundheitsfachpersonen wie bereits bestehenden Berichten (Dutoit et al. 2014, Frei 2014), weiteren BAG-internen Dokumenten und Arbeitspapieren sowie den Konzepten und Unterlagen der drei ausgewählten Pilotprojekte. Die beigezogenen Grundlagen sind im Literaturverzeichnis aufgeführt. Andererseits wurden das Wirkungsmodell und die Schlüsselindikatoren der Wirkungsmessung in einem partizipativen Prozess im Rahmen von zwei Workshops, BAG-intern und zusammen mit Beteiligten der drei Pilotprojekte, erarbeitet.

## 1.3 Gesamtprojekt des BAG – Pilotprojekte zur Rolle der Apothekerinnen und Apotheker in der koordinierten ambulanten Grundversorgung

Auf der Grundlage interner Dokumente des BAG werden nachfolgend die Eckpunkte des Gesamtprojekts dargestellt, welche als Ausgangslage in das Wirkungsmodell eingeflossen sind.

### 1.3.1 Kontext

Die Gesundheitsversorgung der Schweiz steht vor verschiedenen Herausforderungen. Durch die höhere Lebenserwartung steigt die Zahl der älteren Menschen in der Gesellschaft. Ältere Menschen leiden gegenüber jüngeren häufiger an chronischen Krankheiten und Multimorbidität. Damit steigt der Bedarf an Gesundheitsversorgungsleistungen. Im Bereich der Hausärzt/innen resp. Grundversorger/innen zeichnet sich insbesondere in peripheren Gebieten ein Mangel ab – weniger Ärzt/innen im Vergleich zu den erwarteten Altersrücktritten (Schwierigkeiten, Praxisnachfolger zu finden) und zur steigenden Nachfrage nach Grundversorgungsleistungen. Die Entwicklungen können zu einer Verschlechterung der Gesundheitsversorgung der Bevölkerung führen, u.a. durch einen eingeschränkteren Zugang zu Versorgungsleistungen.

Neben der Förderung der Hausarztmedizin (Arbeiten im Rahmen des 2014 angenommenen Verfassungsartikels 117a über die medizinische Grundversorgung) beschäftigt sich das BAG deshalb generell mit der Frage, welche Rolle die verschiedenen Medizinal- und Nichtmedizinalpersonen künftig wahrnehmen sollen, um allen Patient/innen den Zugang zu einer qualitativ hochstehenden Grundversorgung gewährleisten zu können. Mit den Vorstössen (Postulat Humbel (12.3864) «Positionierung der Apotheken in der Grundversorgung»; Motion der SGK-N (07.3290) «Neue Regelung der Selbstmedikation») wurde der Bundesrat zum einen damit 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 vorzusehen. Zum anderen wurde er aufgefordert, der Bundesversammlung eine Änderung des Heilmittelgesetzes (HMG) vorzulegen, die die Regelung der Selbstmedikation vereinfacht und vorhandene Fachkompetenz der Apotheker/innen bei der Abgabe verschreibungspflichtiger Arzneimitteln (Kategorie B) besser ausschöpft. Diese Forderung wird mit der aktuell laufenden Revision des Heilmittelgesetzes (HMG 2. Etappe) umgesetzt. Die Erarbeitung des Postulatsberichts zur Positionierung der Apotheken in der Grundversorgung ist zudem eines der BAG-Jahresziele im Rahmen von Gesundheit 2020 (vgl. EDI 2013).

### 1.3.2 Übergeordnete Ziele des Gesamtprojekts

Das Gesamtprojekt weist verschiedene Schnittstellen zu laufenden Geschäften im BAG auf. Es wurde daher in Zusammenarbeit mit den betroffenen Bereichen im Amt eine übergreifende Stossrichtung entwi-

## 1 Einleitung

ckelt: Grundsätzlich soll durch eine stärkere Nutzung der Fachkompetenzen von Ärzt/innen und Apotheker/innen sowie deren Synergiepotential folgende **Ziele** erreicht werden:

- Ziel I: die Behandlungsqualität sichern und erhöhen
- Ziel II: den Zugang zu qualitativ hochwertigen Gesundheitsdienstleistungen sichern und erleichtern
- Ziel III: die Patientenkompetenz stärken

Diese übergeordneten Ziele stellen den angestrebten SOLL-Zustand dar. Um evidenzbasierte Massnahmen entwickeln zu können, mit welchen dieser SOLL-Zustand erreicht werden kann, hat das BAG zur genaueren Analyse des IST-Zustands zwei Gutachten (Dutoit et al. 2014, Frei 2014) sowie eine systemische Analyse (Bürki 2014) in Auftrag gegeben.

Der IST-Zustand in Bezug auf die anvisierten Ziele (Qualität, Zugang, Patientenkompetenz) liess sich unter Berücksichtigung der Ergebnisse aus den Gutachten und der Analyse wie folgt zusammenfassen:

■ **Qualität (langfristiger Fokus):** Als langfristiger Fokus muss das System in Richtung einer stärkeren interdisziplinären/interprofessionellen Zusammenarbeit mit dem Ziel einer Steigerung der Behandlungsqualität («Qualität durch Kooperation») gelenkt werden. Dies umfasst Massnahmen, die auf eine stärkere Zusammenarbeit zwischen Arzt und Apotheker auf Ebene der individuellen Patientenbetreuung zielen. Solche Modelle sind in der Schweiz heute noch zu wenig breit etabliert. Dieses Ziel kann aber durch nationale Vorgaben an die Zusammenarbeit der Leistungserbringer nicht erreicht werden. Der Bund kann nur lenkend eingreifen, indem er die entsprechenden Rahmenbedingungen und Anreize schafft. Dies umfasst auch eine Unterstützung von entsprechenden Pilotprojekten durch den Bund.

■ **Zugang (kurzfristiger Fokus):** Hier setzt die Umsetzung mit HMG2 an. Massnahmen zur Stärkung der pharmazeutischen Fachkompetenz in der Selbstmedikation sowie begleitende Strukturmassnahmen (Schaffung von Qualitätsanforderungen; Wahlfreiheit der Patient/innen) werden im Rahmen der laufenden HMG Revision umgesetzt.

■ **Patientenkompetenz (in verschiedenen Schnittstellen bereits aufgenommen):** Dieses Ziel ist in den Massnahmen zu den Zielen «Qualität» und «Zugang» enthalten - indem z.B. die Wahlfreiheit der Patienten gewährleistet und der Patient selber als aktiver Partner ins Management seiner Krankheit einbezogen wird. Das Thema Patientenkompetenz/Patientenrechte ist an verschiedenen Schnittstellen im BAG bereits aufgenommen (z. B. G2020, NCD-Strategie, AG Patientenrechte).

### 1.3.3 Ziele und Kriterien bzgl. der Förderung einzelner Projekte

Auf der Grundlage der verschiedenen Vorarbeiten und daraus gewonnenen Erkenntnissen beschloss die Sektion Heilmittelrecht ausgewählte Pilotprojekte zu fördern, deren Zielsetzungen den übergeordneten Zielen der stärkeren interdisziplinären/interprofessionellen Zusammenarbeit/Kooperation Arzt/Apotheker entsprechen.

Dabei legte das BAG bezüglich der Pilotprojekte folgende **Wirkungselemente** fest:

- Durch die Pilotprojekte kann *lokale Evidenz* generiert und eine fundierte Einschätzung abgeleitet werden, ob die interdisziplinäre/interprofessionelle Zusammenarbeit im Rahmen dieser Modelle zu einer Qualitätssteigerung bei der ambulanten Arzneimittelversorgung bei den entsprechenden Patientengruppen (chronisch Kranke; ältere, polymorbide Patienten; Kinder) führt. Die Evaluation der Pilotprojekte soll zudem aufzeigen, welche *Rahmenbedingungen* erfüllt sein müssen, damit sich entsprechende Modelle der Zusammenarbeit in der Schweiz breiter etablieren können.
- Ein Nutzen solcher Modelle für die Patient/innen und die beteiligten Leistungserbringenden soll nachgewiesen werden. Dadurch kann die *Akzeptanz* bei den Leistungsbringern gesteigert werden. Gleichzeitig wird der *Dialog* zwischen den Leistungserbringern gefördert.

## 1 Einleitung

■ Die Ergebnisse aus den Pilotprojekten dienen dem GS EDI als *Entscheidgrundlage* für das weitere Vorgehen (sollen solche Modelle weiter gefördert werden? Braucht es Massnahmen, um die Rahmenbedingungen für die Modelle zu verbessern?). Wird aus den Ergebnissen deutlich, dass es eine Anpassung gewisser Rahmenbedingungen braucht, kann dies in einem Folgeprojekt umgesetzt werden.

Weiter hat das BAG basierend auf den Gutachten (Erfolgsfaktoren bestehender Modelle im In- und Ausland) folgende **Kriterien** bezüglich der zu fördernden Projekte festgelegt:

Auf Ebene Einzelprojekt:

■ *Ziel: Interdisziplinäre Zusammenarbeit zur Steigerung der Behandlungsqualität* (= mehr Compliance/Therapietreue, weniger UAWs); der Fokus liegt nicht auf Kosteneinsparung

■ *Patientenbedürfnis im Zentrum*: Die Massnahmen der Pilotprojekte müssen nach den Bedürfnissen der spezifischen Patientengruppen (insbes. chronisch Kranke mit Risiko für Non-Compliance sowie ältere und polymorbide Patienten mit Risiko für UAW) ausgerichtet sein.

■ Die Zusammenarbeit und der Austausch müssen auf *individueller Patientenebene* stattfinden und sollen sich nicht auf generellen Fachaustausch beschränken.

■ Um Akzeptanz zu schaffen, müssen bei der Entwicklung der Modelle *alle Leistungserbringer von Beginn an im konkreten Projekt involviert* sein (Ärztenschaft, Apotheker, wenn sinnvoll auch Patientenorganisationen). Die Projekte sollen keine einseitige Förderung von Apotheken bzw. deren Aufgabengebiet darstellen.

■ Für den Fachaustausch sollten möglichst *bestehende Gefässe* (QZ, Regionalgruppen, Fachkommissionen, ...) genutzt werden; auch *persönliche Beziehungen/Kontakte* sollten bestehen oder aufgebaut werden.

■ *Klare Definition der Aufgaben bzw. Zusammenarbeit*, z.B. durch Behandlungsvereinbarungen, Algorithmen, Guidelines, Richtlinien ...

■ *Aus- und Weiterbildung / Schulung* der involvierten Leistungserbringer ist gegeben oder geplant. Es braucht interprofessionelle Ausbildungsmodule mit Fokus auf Einüben der neuen Zusammenarbeit, Kommunikation und Zusammenarbeit.

■ Geeignetes *Dokumentationssystem* vorhanden. Bei allen Modellen der Zusammenarbeit sind gute Dokumentationssysteme (eHealth-Instrumente wie z.B. das ePatientendossier mit Zugang für Apotheker) zentral.

■ *Anreize* durch: Angemessene Vergütung der Leistung / Vergütung Teilnahme an Arbeitsgruppen, Weiterbildungspunkte, Entlastung (Hausärzt/innen), Interesse schaffen.

■ Der Nutzen der Zusammenarbeit muss klar sein. Deshalb: *Monitoring und Evaluation zum Nachweis des lokalen Nutzens*.

Projektübergreifende Kriterien:

■ Im Rahmen von geförderten Projekten sollten *verschiedene Patientengruppen abgedeckt* sein. Das einzelne Projekt sollte sich aber wenn möglich auf eine spezifische Patientengruppe beziehen.

■ Es sollen verschiedene Regionen abgedeckt werden (Deutschschweiz und Romandie).

### 1.4 Die drei ausgewählten geförderten Pilotprojekte

In der Folge wählte das BAG drei Pilotprojekte für eine Förderung aus. Diese werden nachfolgend in aller Kürze auf der Basis ihre Projektgrundlagen beschrieben.



### 1.4.1 Programm zur Förderung der Adhärenz bei Diabetiker/innen – SISCare

Medikamenten-Adhärenz ist ein dynamischer Prozess, bei dem Patient/innen die Medikamente nach einem im Einverständnis mit dem Arzt/der Ärztin erarbeiteten Therapieplan einnehmen. Die Patient/innen spielen dabei eine aktive Rolle bei der Behandlung ihrer Krankheit und nehmen persönlich an Entscheidungen bezüglich der Therapie teil.

Bei der Non-Adhärenz unterscheidet man generell zwischen der Non-Implementierung, d.h. einer inadäquaten Arzneimittelaufnahme (z.B. 1 x täglich anstelle von 2 x) und der Non-Persistenz, d.h. dem vorzeitigen Therapieabbruch. Bei chronisch Kranken wird der Anteil an non-adhärenenten Patienten in den entwickelten Staaten global auf 50% geschätzt. Die Non-Adhärenz hat einen wichtigen Einfluss auf die Gesundheit der Patient/innen (schlechtere klinische Ergebnisse, Erhöhung des Rückfallrisikos, Verschlimmerung der Krankheit) und kann zudem die Anzahl Arztbesuche und Krankenhausaufenthalte erhöhen.

Für die Förderung der Adhärenz hat SISPha, ein privatwirtschaftliches Unternehmen, das in Partnerschaft mit der Policlinique Médicale Universitaire Lausanne (PMU) von mehreren Apotheker/innen und unter Mitarbeit eines Hausarztes entstanden ist, das Programm SISCare entwickelt. SISCare-Programme zur Förderung der Adhärenz basieren auf drei Säulen:

- Messung der Adhärenz, besonders mittels elektronischer Pillendosierern
- Motivationsgespräch Apotheker-Patient auf Basis der Messungen, regelmässige Monitoringgespräche
- Informationsaustausch Apotheker-Arzt mittels einer Internetplattform

Als Arzneimittelfachperson begleiten speziell ausgebildete Apotheker/innen die Patient/innen im Bereich der Medikamenten-Adhärenz. Sie führen ein elektronisches Patientendossier und wissen dadurch, welche Medikamente der Patient in welcher Frequenz effektiv einnimmt, sei es auf Verschreibung vom Hausarzt, vom Spezialisten und/oder in der Selbstmedikation. Mit Einverständnis des Patienten teilt der Apotheker die Informationen dem Hausarzt mit. Dieser hat damit Kenntnis über den tatsächlichen Behandlungsplan des Patienten und kann die Arzneimitteltherapie begleiten und die Behandlung falls nötig anpassen.

In den SISCare-Programmen ist die Koordination der verschiedenen Fachpersonen des Gesundheitswesens zentral. Für den Patienten, der grundsätzlich loyal gegenüber seinem Arzt ist, kann es schwierig sein einzugestehen, dass er verschriebene Medikamente nicht einnimmt. Der Apotheker hat hier den Vorteil der Neutralität. SISCare-Programme wurden bereits erfolgreich im Bereich onkologischer Therapien und HIV-Therapien angewandt. Das Konzept lässt sich grundsätzlich auf alle chronischen Therapien übertragen (Diabetes, Multiple Sklerose etc.).

Das Förderprojekt des BAG betrifft ein neues SISCare-Programm zur Verbesserung der Therapietreue bei Typ-2-Diabetiker/innen.

### 1.4.2 Verbesserung der Medikationssicherheit nach Spitalaustritt – Spitex Stadt Luzern

Untersuchungen bei der Spitex Stadt Luzern haben gezeigt, dass der Medikationsprozess mit 20 Schritten komplex ist. In der Literatur wird von einer Medikationsfehlerrate von 30% und mehr ausgegangen, wobei bis zu 63% der Fehler durch eine optimierte und standardisierte pharmazeutische Betreuung verhin-derbar wären.

Die Spitex hat den Vorteil, durch regelmässige Besuche einen engen Kontakt zu ihren Klient/innen zu haben, was eine enge Involvierung ins Medikationsmanagement ermöglicht und die Adhärenz positiv beeinflussen kann. Zudem sind Patientendaten zentral vorhanden, die für die Optimierung der Medika-

## 1 Einleitung

mententherapie herangezogen werden können. Jedoch steht die Spitex als Schnittstellenorganisation – allein in der Stadt Luzern mit mehr als 350 zuweisenden Ärzten und Institutionen – vor grossen Herausforderungen bei der Gestaltung eines sicheren Medikationsprozesses.

Die Kommunikation mit den verordnenden Ärzt/innen, eine Überprüfung der Medikation bei Neuaufnahmen, bei einer Therapieänderung sowie in regelmässigen Intervallen, das Bereitstellen von Arzneimittel-Informationen sowie die Optimierung der Prozesse beim Richten und Verabreichen der Medikamente sind wichtige Ansatzpunkte für Verbesserungen. Die erwähnten Aktivitäten sollen durch eine ausgewiesene Fachperson im Bereich Medikationsmanagement übernommen werden. Während im stationären Bereich zunehmend klinische Pharmazeuten solche Schnittstellenfunktion übernehmen und die öffentlichen Apotheken selbstständige Patienten beim Austritt unterstützen, steht bisher im Spitexbereich keine speziell designierte pharmazeutische Fachperson für diese Aufgabe zur Verfügung.

Das Pilotprojekt der Spitex Stadt Luzern sieht vor, eine spezialisierte Apotheker/in anzustellen, die das Medikamentenmanagement bei den aus dem Spital austretenden und von der Spitex aufgenommen Klient/innen übernimmt. Das Projekt ist als wissenschaftliche Interventionsstudie konzipiert. Eine Teilfinanzierung erfolgt durch das Gesundheitsdepartement des Kantons Luzern. Die Spitex Stadt Luzern stellt die für das Projekte notwendige Infrastruktur in Form eines Arbeitsplatzes zur Verfügung.

### 1.4.3 Spezialisierte Kinderapotheken – medinform

Medinform, ein privatwirtschaftliches Unternehmen, wurde 2005 von zwei Apothekerinnen und einem Pneumologen gegründet. Apotheken werden durch medinform in der praktischen interdisziplinären/interprofessionellen Zusammenarbeit unterstützt und begleitet. Kernstück bilden Fortbildungskurse nach einheitlichem Konzept für die verschiedenen Akteure (Apotheker/innen, Fachärzt/innen, Hausärzt/innen, Pharmaassistent/innen) in lokalen oder regionalen Netzwerken. Spezialisierte Apotheken werden entsprechend gekennzeichnet. Medinform verzeichnet bisher gegen 600 eingeschriebene Kursbesucher/innen in den Bereichen Dermatologie, Atemwegserkrankungen und Pädiatrie. Es bestehen rund 80 spezialisierte Apotheken: 50 Hautapotheken, 15 Atemwegsapotheken, 17 Kinderapotheken (im Aufbau seit 2014).

Als Hauptziel verfolgt medinform die optimale Versorgung der Patientinnen und Patienten durch Interdisziplinarität/Interprofessionalität und hohe Fachkompetenz der Apotheken. Apotheker/innen sollen:

- sicher sein in der Entscheidung, ob eine Behandlung durch die Apotheke möglich ist oder ob und wie rasch ein ärztlicher Kontakt (Rücksprache oder Überweisung an einen Arzt) angezeigt ist (Triage)
- die in der Medizin anerkannten und angewandten Therapiekonzepte sowie die speziellen Präferenzen der Ärzt/innen ihres Netzwerks kennen
- den Patient/innen spezielle Dienstleistungen anbieten können: zur Erkennung von Erkrankungen oder Exazerbationen chronischer Erkrankungen (z.B. Lungenfunktionstest), zur Begleitung der Patienten zwischen Arztkonsultationen (z.B. Hautpflege bei chronischen Hauterkrankungen) und zur Eigenversorgung der Patienten (Therapiekonzepte der Apotheke, z.B. leichtere Akne, Kopfläuse)
- gemäss einem vereinbarten, regelmässig evaluierten und angepassten Konzept mit Ärzten zusammen arbeiten.

Das Förderprojekt des BAG betrifft die Kinderapotheken von medinform.

## 2 Wirkungsmodell «Beitrag der Apothekerinnen und Apotheker in der koordinierten ambulanten Grundversorgung»

In diesem Abschnitt wird das entwickelte Wirkungsmodell dargestellt. Vom evaluationstheoretischen Ansatz her handelt es sich um ein **Logisches Modell** mit den Hauptkomponenten Inputs -> Aktivitäten -> Outputs -> Outcomes (kurz-, mittel-, langfristig) (vgl. z.B. Frechtling 2007, McLaughlin/Jordan 1999). Ein logisches Modell stellt die in einem Programm – hier: (neue) Rolle der Apotheker/innen in der koordinierten ambulanten Grundversorgung – zugrunde liegende Ablauflogik dar. Aufgrund des Auftrags legen wir dabei den Schwerpunkt auf Aktivitäten-Resultate-Verbindungen («outcomes approach model») und betonen die (neue) Rolle der Apotheker/innen in den Rahmen der Gesundheitsversorgungspolitik (Policy) ein.

Im vorliegenden Fall der Förderung einzelner Pilotprojekte im Rahmen eines BAG-Gesamtprojekts ergibt sich eine Mehrstufigkeit der Wirkungen resp. Wirkungszusammenhänge einerseits auf der globalen Ebene des Gesamtprojekts und andererseits auf der Ebene der einzelnen Pilotprojekte, was die Erfassung der Wirkungen komplex macht. Wir versuchen diesem Umstand gerecht zu werden, indem wir das Wirkungsmodell gestuft ausgestalten.

Das Wirkungsmodell ist in vier Teilabbildungen gegliedert, die stufenweise detaillierter werden. Durch den zunehmenden Konkretisierungsgrad in Bezug auf die beschriebenen Akteure, Aktivitäten und angestrebten Wirkungen sollten das Wirkungsmodell bzw. die beschriebenen Inhalte weitgehend selbsterklärend sein. Für evaluationspezifische Begrifflichkeiten verweisen wir auf das Glossar im Anhang.

Auf zwei **inhaltliche Begriffe**, die in den Modellen vorkommen und in den Workshops zu Diskussionen geführt haben, soll hier noch eingegangen werden:

■ **Interdisziplinarität/Interprofessionalität:** «Interdisziplinarität» meint gemeinhin die Zusammenarbeit verschiedener Fachwissenschaften/Disziplinen, eine fächerübergreifende Arbeitsweise bzw. den Einbezug mehrerer wissenschaftlicher Teilgebiete/«Disziplinen». Theorien, Modelle, Konzepte etc. anderer, eigenständiger Fachbereiche werden in die eigene Arbeit miteinbezogen (z.B. bei Therapie von Krebserkrankungen: Fallkonferenz zw. Onkologie, Chirurgie, Strahlentherapie).

Oft wird eine Unterscheidung gemacht zwischen einer Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Medizinalberufen (=interdisziplinär) und einer Zusammenarbeit zwischen Medizinalberufen mit nichtmedizinischen Gesundheitsberufen (=interprofessionell). Interdisziplinär kooperiert z.B. eine Dermatologin mit einem Hausarzt und einem Apotheker (alles Medizinalberufe), um ein neues Betreuungsmodell für chronische Hauterkrankungen zu entwickeln. Interprofessionalität meint dagegen die Zusammenarbeit verschiedener Professionen/«Berufe» (Medizin, Pflege, Physiotherapie, Psychologie). Interprofessionalität meint häufig auch eine neue Qualität von Teamarbeit. Ein Auftrag wird an ein interprofessionelles Team herangetragen. Das Team erarbeitet eine interprofessionelle Lösung, wodurch eine neue Qualität entsteht. Individuelle Berufszugehörigkeiten und hierarchische Positionen rücken dabei zugunsten des gemeinsamen Auftrags in den Hintergrund.

Im Modell verwenden wir i.d.R. beide Begriffe zusammen: «interdisziplinär/interprofessionell».

■ **Entlastung der Hausärzte:** In der Workshop-Diskussion zeigte sich, dass der Begriff «Entlastung der Hausärzte» in der Romandie resp. in Regionen ohne Selbstdispensation anders aufgefasst werden kann als in der Deutschschweiz resp. in Regionen mit SD. In der Studie verwenden wir den Begriff «Entlastung», wobei darin Aspekte wie Komplementarität, Subsidiarität, Kooperation, Teamwork, Ergänzung, Unterstützung enthalten sind.

Die vier Teilabbildungen sind wie folgt gegliedert:

■ Das **globale Modell** in **Abbildung 1** bietet eine Gesamtübersicht. Die Wirkung der Pilotprojekte und deren künftige Weiterverbreitung hängen in starkem Mass von den bestehenden gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen ab. Die Pilotprojekte sind lokal beschränkte Interventionen, welche durch ihre Weiterverbreitung auf längere Sicht zu einer Qualitätsverbesserung der gesamten Grundversorgung durch eine Stärkung der interdisziplinären/interprofessionellen Zusammenarbeit führen sollen. Neben den Pilotprojekten ist deshalb auch die Veränderung der Rahmenbedingungen im Auge zu behalten. Das globale Modell stellt die **beiden Handlungsfelder** «Optimierung der Rahmenbedingungen» und «Pilotprojekte» im Überblick dar. Die aus den Pilotprojekten und deren Evaluation gewonnen Erkenntnisse sollen ihrerseits genutzt werden, um eine Optimierung der Rahmenbedingungen anzustossen (ausgedrückt durch den Pfeil «**Rückkopplung**»).

■ In **Abbildung 2** wird das **Handlungsfeld Rahmenbedingungen** mit den für die Stärkung der Kooperation in der Gesundheitsversorgung relevanten Akteuren, Zuständigkeiten und Aktivitäten detaillierter dargestellt.

■ **Abbildung 3** dient der Ausdifferenzierung des **Handlungsfeld Pilotprojekte**. Hier werden die übergeordneten Ziele und Kriterien des BAG-Projekts «Pilotprojekte zur Rolle der Apothekerinnen und Apotheker in der koordinierten ambulanten Arzneimittelversorgung» ersichtlich, die grundsätzlich für alle Pilotprojekte gelten.

■ **Abbildung 4:** Ausdifferenzierung der **drei ausgewählten Pilotprojekte**, eingebettet in das BAG-Gesamtprojekt «Pilotprojekte zur Rolle der Apothekerinnen und Apotheker in der koordinierten ambulanten Arzneimittelversorgung». Bei der Einbettung der einzelnen Pilotprojekte ist zu beachten, dass sich die Projekte z.T. in einem eigenen spezifischen Kontext/Rahmen bewegen (rechtliche Regelungen, Rollenverständnis der Berufsgruppen etc.). Als wichtigstes Kriterien dürfte hier gelten, ob das Projekt in einer Region mit Selbstdispensation situiert ist oder nicht.

Der **Farbverlauf** in der Darstellung soll grob die Steuerungsmöglichkeit des BAG illustrieren. So hat das Bundesamt relativ direkten Einfluss auf die verschiedenen erarbeiteten Strategien im Gesundheitsbereich. Hingegen ist der Einfluss geringer in den Bereichen Umsetzung durch die Kantone (Partner im Föderalismus), Leistungsvergütung der Krankenversicherer (Tarifpartner), Anpassung von Ausbildungsgängen, die z.B. durch die Fachorganisationen (Bildungsträger) betreut werden, etc.

Abbildung 1: Wirkungsmodell zum Beitrag der Apotheker/innen in der koordinierten ambulanten Grundversorgung – Globales Modell Rahmenbedingungen und Pilotprojekte

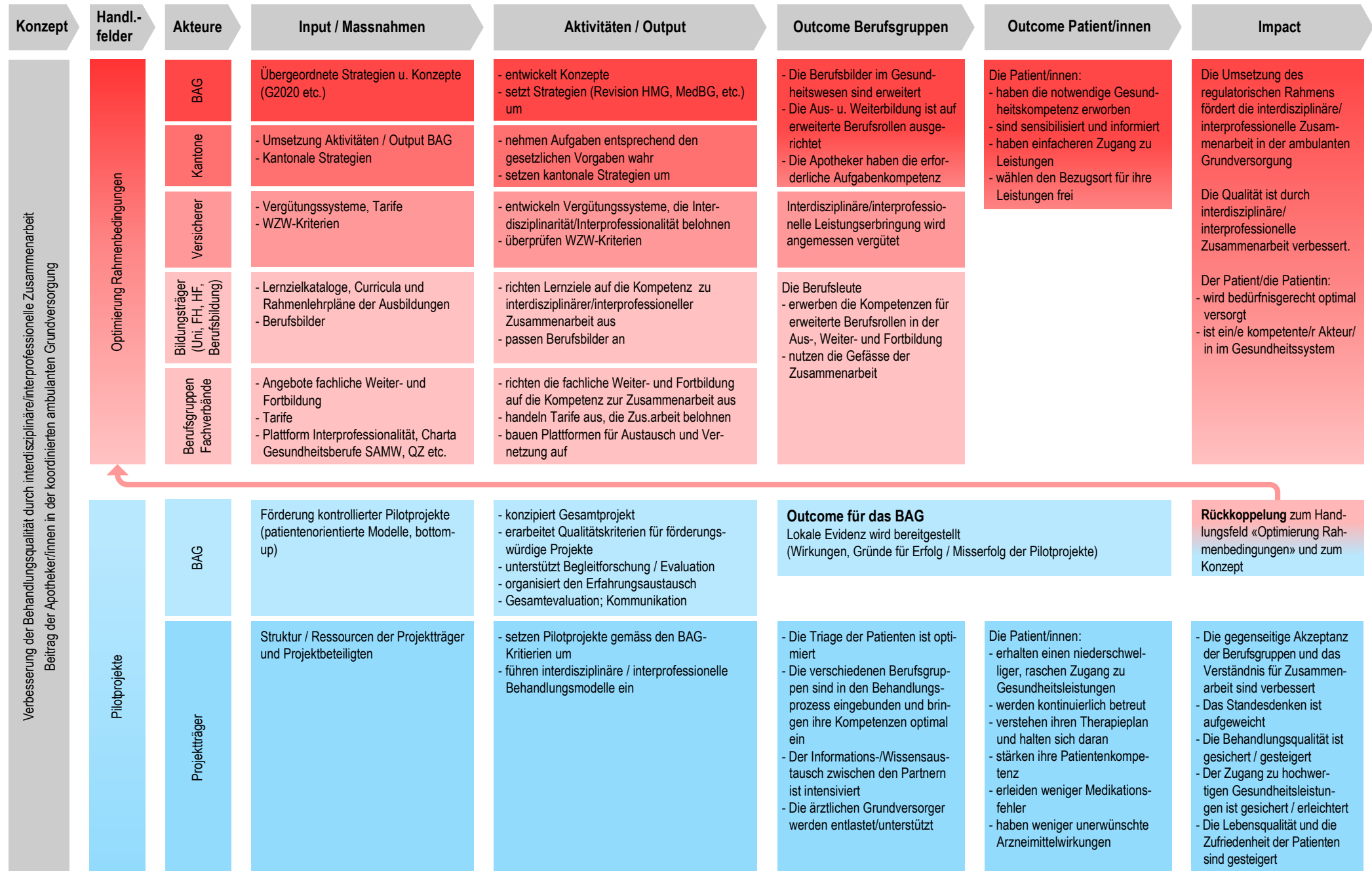


Abbildung 2: Wirkungsmodell zum Beitrag der Apotheker/innen in der koordinierten ambulanten Grundversorgung – Modellteil Optimierung Rahmenbedingungen (ohne Pilotprojekte)

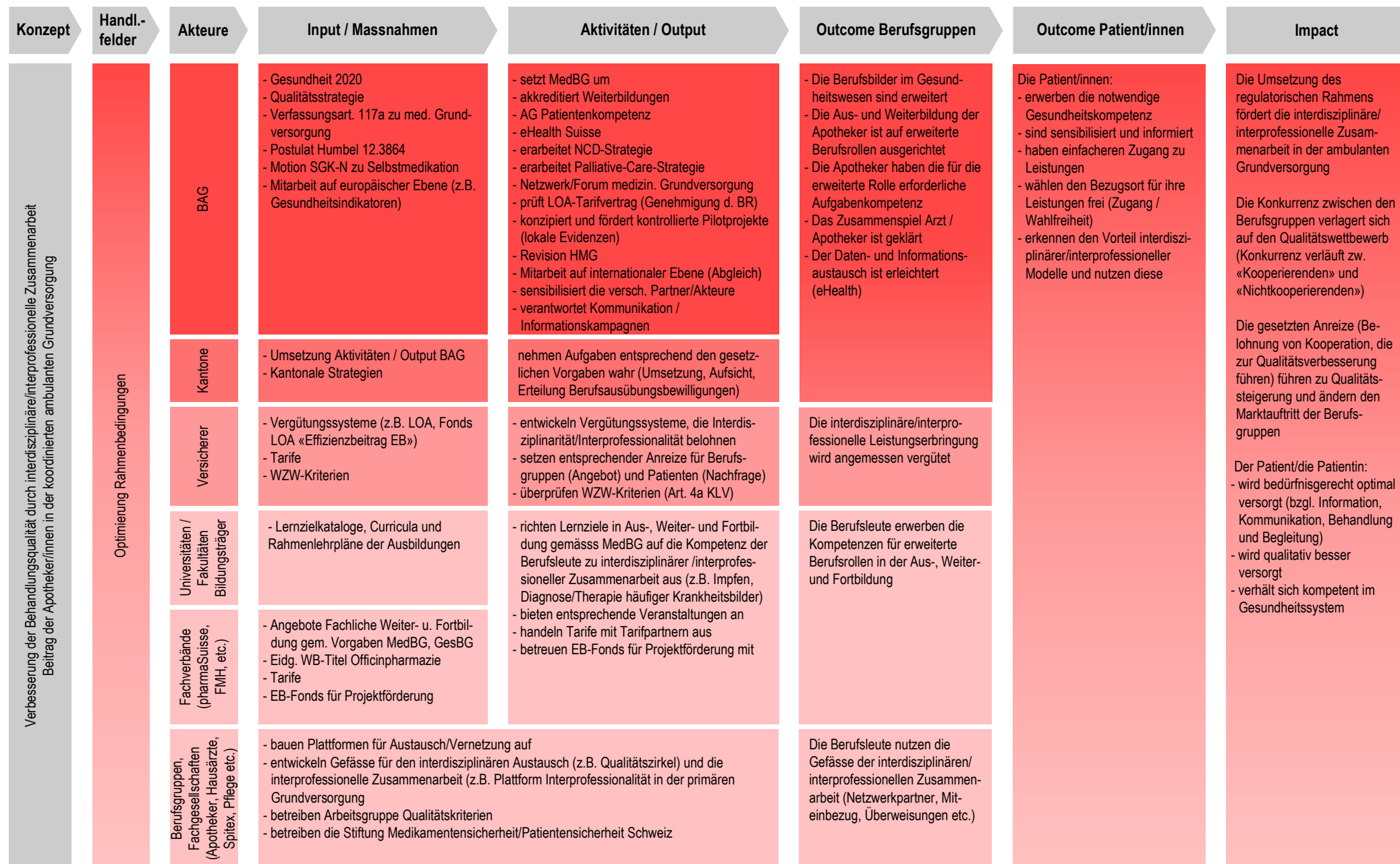


Abbildung 3: Wirkungsmodell zum Beitrag der Apotheker/innen in der koordinierten ambulanten Grundversorgung – Modellteil Pilotprojekte

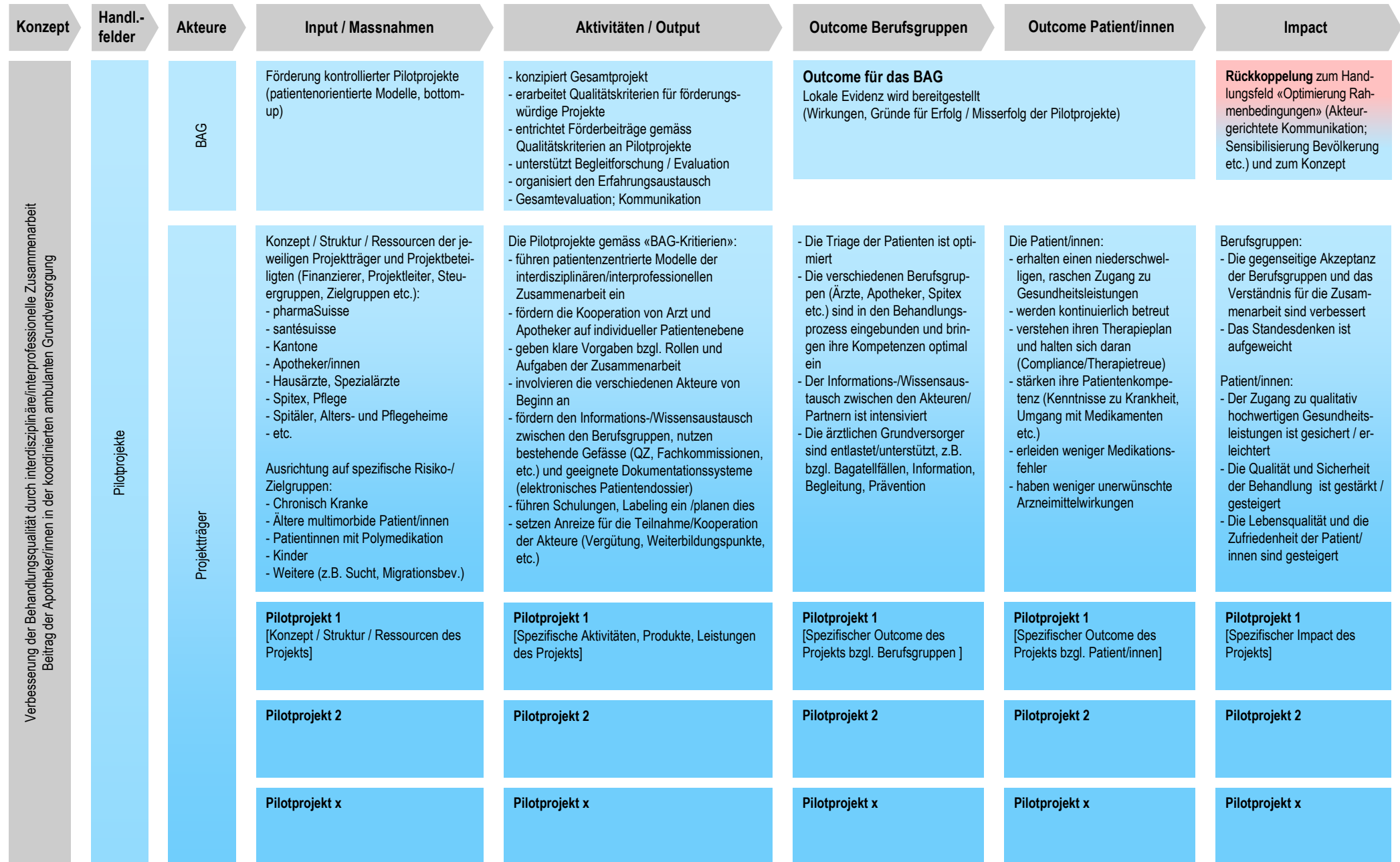
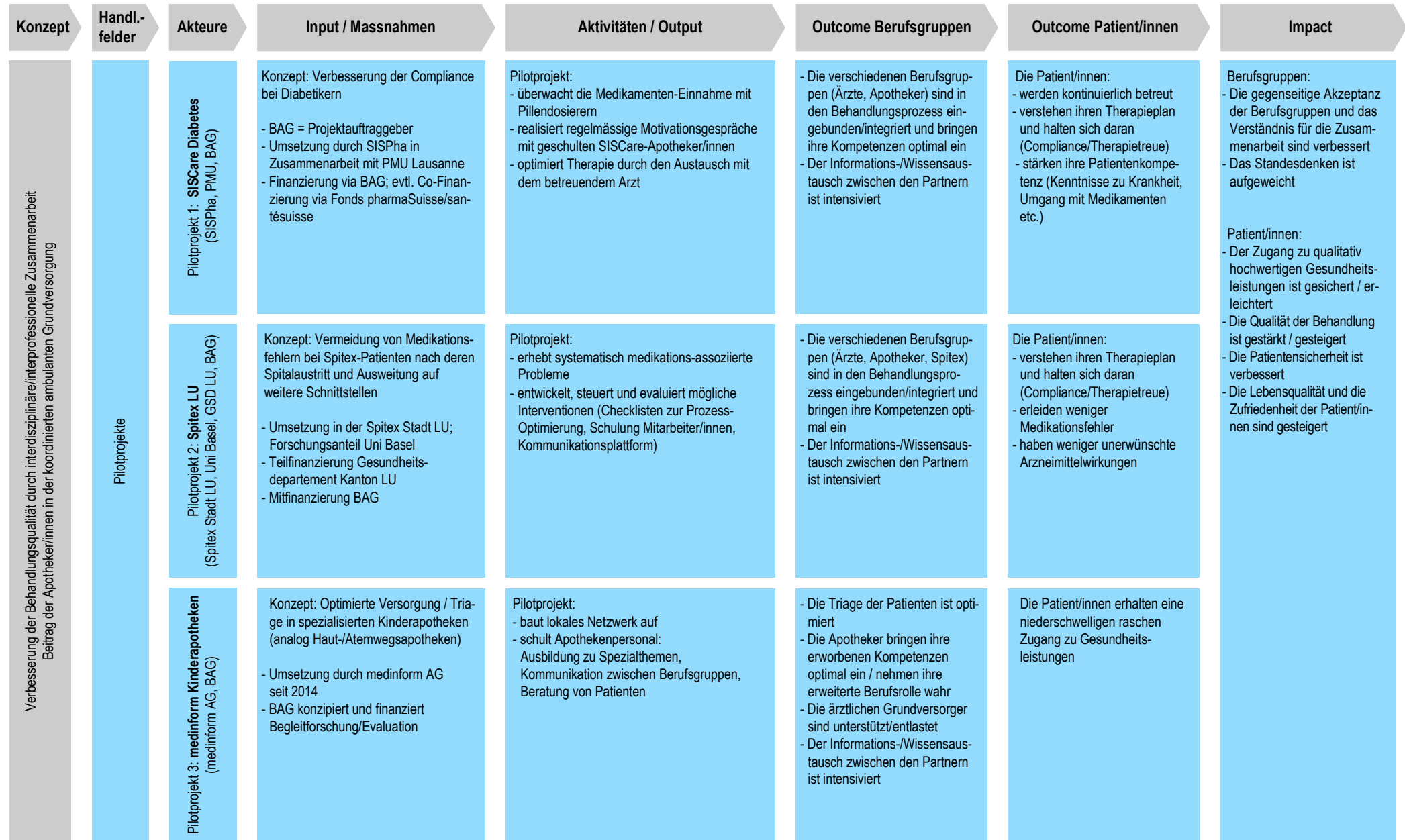


Abbildung 4: Wirkungsmodell zum Beitrag der Apotheker/innen in der koordinierten ambulanten Grundversorgung – Die drei Pilotprojekte





### 3 Ziele und «Indikatoren» - projektübergreifende «Checkliste»

Indikatoren in Zusammenhang mit Evaluationen sind «**Kenngrossen**», die über einen festgelegten, nicht oder nur sehr schwer messbaren Tatbestand Auskunft geben sollen. Dank der ermittelten quantitativen oder qualitativen Informationen sind über Vergleiche mit kritischen Schwellenwerten (Grenzwertperspektive), früheren Messwerten (Entwicklungsperspektive), ex-ante bestimmten Zielwerten (Zielerreichungsperspektive) oder den Ergebnissen anderer Beobachtungseinheiten (Bilanzierungsperspektive) Bewertungen möglich (nach Meyer 2004).

Wir verstehen hier «Indikatoren» in einem sozialwissenschaftlichen Sinne vereinfachend als ein Mittel, das einen Tatbestand kennzeichnet resp. anzeigt und auf das Vorhandensein eines Sachverhalts schliessen lässt.

Die nachfolgenden **Tabellen** zeigen eine **Checkliste** aus Sicht des Gesamtprojekts des BAG, die nicht nur Indikatoren im engeren Sinne enthält. Die Liste gibt Auskunft auf die Frage, woran die Zielerreichung resp. die im Wirkungsmodell aufgeführten Aktivitäten und Wirkungen gemessen werden könnten und welche empirischen Methoden, Instrumente und Datengrundlagen hierzu verwendet werden könnten.

Da sich die Pilotprojekte in ihren Aktivitäten stark unterscheiden und wir eine sachgerechte Umsetzung als Teil des Projektmanagements ansehen, wird der Fokus auf die Wirkungsüberprüfung gelegt. Unter «Aktivitäten / Output» werden in der Checkliste vorwiegend die vom BAG vorgegebenen Kriterien für Pilotprojekte aufgeführt. Letztlich soll die Checkliste das Bewusstsein der Pilotprojekte und des BAG dafür schärfen, was – vor dem Hintergrund der übergeordneten Zielsetzungen des BAG-Gesamtprojekts – im Rahmen ihrer Begleitforschung überprüft/gemessen werden sollte und wie dies geschehen könnte. Dabei handelt es sich nicht um Vorgaben, sondern um Anregungen.

Anzumerken ist, dass die weiter oben erwähnten spezifischen Kontextfaktoren (kantonales Recht, SD Regelung etc.), in welche ein Pilotprojekt eingebettet ist, wichtig sind und ebenfalls in geeigneter Form festgehalten werden sollten. Es empfiehlt sich, die spezifischen Rahmenbedingungen eines Pilotprojekts genau aufzuzeigen und regelmässig zu überprüfen, damit die Ergebnisse der Pilotprojekte adäquat in die Optimierung der Gesamtrahmenbedingungen einfließen können. Die Prüfung kann z.B. im Rahmen der periodischen Statusberichte erfolgen. Teilweise wird die Überprüfung der Rahmenbedingungen aber auch Aufgabe des BAG sein (z.B. was die überregionalen und internationalen Entwicklungen betrifft). Die unten aufgeführte Tabelle 1 dient also als Checkliste für die Pilotprojektverantwortlichen wie auch für das BAG.

Die nachfolgenden Tabellen gliedern sich entsprechend der Ebenen des Wirkungsmodells in verschiedene Teilbereiche:

- **Tabelle 1** auf die Ebene «**Rahmenbedingungen/Kontext**»
- **Tabelle 2** auf die Ebene «**Aktivitäten / Output**»
- **Tabelle 3** auf die Ebene «**Outcome Berufsgruppen**»
- **Tabelle 4** auf die Ebene «**Outcome Patient/innen**»

3 Ziele und «Indikatoren» - projektübergreifende «Checkliste»

Tabelle 1: Ebene «Rahmenbedingungen/Kontext»

Aspekt	Was ist zu beobachten?	Informationsquelle
(1) <b>Kantonales Recht</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Selbstdispensation von Arzneimitteln: Ja / Nein</li> <li>- Weiteres relevantes kantonales Recht</li> </ul>	Dokumentenanalyse
(2) <b>Kantonale Strategien</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Entwicklungen im Bereich eHealth: Gibt es Möglichkeiten des elektronischen Datenaustausches?</li> <li>- Gibt es kantonale «Disease-Management-Programme»?</li> <li>- Gibt es weitere für das Pilotprojekt relevante kantonale Strategien?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Experteninterviews</li> <li>- Dokumenten- und Literaturanalyse</li> </ul>
(3) <b>Aus- und Weiterbildungssysteme</b>	Werden die für die Leistungserbringung in den Pilotprojekten erforderlichen Kenntnisse und Kompetenzen in der regulären Aus- und Weiterbildung vermittelt?	Dokumentationen bestehender Aus- und Weiterbildungssysteme
(4) <b>Vergütungssysteme</b>	Werden die in den Pilotprojekten angebotenen Leistungen mit den vorhandenen Systemen vergütet?	Dokumentationen bestehender Vergütungssysteme
(5) <b>Austauschplattformen</b>	Gibt es bestehende Plattformen für den interdisziplinären/interprofessionellen Austausch in der betreffenden Region?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Experteninterviews</li> <li>- Dokumentenanalyse</li> </ul>
(6) <b>Regionale Entwicklung in der medizinischen Grundversorgung</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hausärzte- und Apothekendichte in der Region</li> <li>- Demographische Entwicklung der Bevölkerung im Kanton / der Region</li> <li>- Entwicklung chronischer Krankheiten / Multimorbidität der Bevölkerung im Kanton / der Region</li> <li>- Erwartungen der Bevölkerung an die Apotheken</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Statistiken und Schweizerische Gesundheitsbefragung (BFS; Auswertungen nach Kantonen), Kantonale Gesundheitsberichte</li> <li>- Experteninterviews</li> <li>- Bevölkerungsbefragungen (z.B. Commonwealth Fund-Befragung)</li> <li>- Literaturanalyse</li> </ul>
(7) <b>Internationale Entwicklung</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Weiterentwicklung der wissenschaftlichen Evidenz</li> <li>- Weiterentwicklung der gesetzlichen Grundlagen im Ausland</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Experteninterviews</li> <li>- Literaturanalyse</li> </ul>

Quelle: Grundlagendokumente, Ergebnisse der Workshops

3 Ziele und «Indikatoren» - projektübergreifende «Checkliste»

Tabelle 2: Ebene «Aktivitäten / Output»

Ziel / Kriterium	Woran kann man es messen?	Informationsquelle / Instrument
(1) <b>Ausrichtung auf Versorgung spezifischer Risikogruppe(n):</b> Chronisch Kranke; Ältere polymorbide Patient/innen; Patient/innen mit Polymedikation; Kinderspezifische Versorgung; Suchtkranke; Migrationsbevölkerung; Personen ohne Hausarzt; Weitere	Erfüllt / Nicht erfüllt (bzw. Erfüllungsgrad)	- Dokumente/Berichte Pilotprojekte - Befragung der Projektbeteiligten
(2) <b>Patientenzentriertes Modell</b> der interdisziplinären/interprofessionellen Zusammenarbeit	Erfüllt / Nicht erfüllt (bzw. Erfüllungsgrad)	- Dokumente/Berichte Pilotprojekte - Befragung der Projektbeteiligten
(3) <b>Kooperation (Arzt/Apotheker) auf individueller Patientenebene</b> (individuelle Beratung)	Erfüllt / Nicht erfüllt (bzw. Erfüllungsgrad)	- Dokumente/Berichte Pilotprojekte - Befragung der Projektbeteiligten
(4) Klare <b>Vorgaben bzgl. der Zusammenarbeit</b> innerhalb des Projekts (Leitlinien, Behandlungsvereinbarungen)	Erfüllt / Nicht erfüllt (bzw. Erfüllungsgrad)	- Dokumente/Berichte Pilotprojekte - Befragung der Projektbeteiligten
(5) <b>Involvierung der verschiedenen Akteure/Partner</b> von Beginn an	Erfüllt / Nicht erfüllt (bzw. Erfüllungsgrad)	- Dokumente/Berichte Pilotprojekte - Befragung der Projektbeteiligten
(6) <b>Strukturierter Informations- und Wissensaustausch</b> zwischen den Berufsgruppen: - Good Professional Practice, Guidelines - Nutzung bestehender Gefässe (QZ, Fachkommissionen etc.) - Persönliche Kontakte - geeignete Dokumentationssysteme (ermöglichen gemeinsamen Zugriff auf die relevanten Informationen; z.B. elektronisches Patientendossier)	Erfüllt / Nicht erfüllt (bzw. Erfüllungsgrad)  - Art (mündl./schriftl.) und Umfang des Austauschs - Art der Dokumentationssysteme	- Dokumente/Berichte Pilotprojekte - Befragung der Projektbeteiligten
(7) <b>Qualitätselemente</b> (implementiert oder geplanter Prozess): - Schulungen der Akteure - Labeling/Gütesiegel (anerkannt durch Verbände od. Berufsorganisationen)	Erfüllt / Nicht erfüllt (bzw. Erfüllungsgrad)	- Dokumente/Berichte Pilotprojekte - Befragung der Projektbeteiligten
(8) <b>Anreize für Teilnahme/Kooperation</b> der Akteure (Vergütung, Weiterbildungspunkte etc.)	Erfüllt / Nicht erfüllt bzw. vorgesehen / nicht vorgesehen	- Dokumente/Berichte Pilotprojekte - Befragung der Projektbeteiligten
(9) <b>Erreichen der Zielgruppe(n)</b> des Projekts, <b>Akzeptanz/Inanspruchnahme/Nachfrage</b> nach den neuen Zusammenarbeitsmodellen	- Anz. teilnehmende Leistungserbringer, Patienten - Potentiell Erreichbare/TN vs. effektiv Erreichte/TN; Anz. Drop-outs	- Datensammlung Pilotprojekte
(10) <b>Aufwand für Koordination/Kooperation</b> [Information für allfällige Weiterentwicklung]	Zeit, Kosten	- Datensammlung Pilotprojekte

Quelle: Grundlagendokumente, Ergebnisse der Workshops

3 Ziele und «Indikatoren» - projektübergreifende «Checkliste»

Tabelle 3: Ebene «Outcome Berufsgruppen»

Ziel / Kriterium	Woran kann man es messen?	Informationsquelle / Instrument
(1) <b>Verbesserung der Triage</b> (raschere Behandlung) der Patient/innen (u.a. <b>durch Erwerb von Fachwissen</b> bei Apotheker/innen durch <b>Schulung/Austausch</b> )	Vorher-/Nachher-Vergleich - Anz. Bagatellfälle - Ausgefüllte Checklisten (Arztbesuch erfolgt? Überweisung? Schweregrad?)	- Befragung der involvierten Berufsgruppen - Case-Mix-Daten
(2) Die verschiedenen <b>Berufsgruppen</b> sind <b>in den Behandlungsprozess eingebunden/integriert</b> und <b>bringen ihre Kompetenzen optimal ein</b>	Vorher-/Nachher-Vergleich	- Befragung der involvierten Berufsgruppen
(3) Der strukturierte <b>Informations- und Wissensaustausch ist intensiviert</b>	Vorher-/Nachher-Vergleich - Anzahl Kontakte/Sitzungen/Treffen; Anzahl Teilnehmende; Anzahl dokumentierte Checklisten o.ä.	- Befragung der involvierten Berufsgruppen - Datensammlung Pilotprojekte
(4) <b>Komplettierung/Unterstützung/Entlastung der ärztlichen Grundversorger</b> bzgl. Bagatellfällen, Kommunikation, Begleitung, Prävention	Vorher-/Nachher-Vergleich - Anzahl Konsultationen wegen Bagatellfällen od. Arzneimitteltherapieproblemen - Verteilung Konsultationen gesamt auf Apotheken/Arzt	- Datensammlung Pilotprojekte - Befragung der Hausärzt/innen (im Einzugsgebiet)
(5) <b>Akzeptanz</b> bei den involvierten Akteuren wird erreicht, Zusammenarbeit/Nutzen wird positiv beurteilt	Vorher-/Nachher-Vergleich Grad der positiven Beurteilung	Befragung der involvierten Berufsgruppen

Quelle: Grundlagendokumente, Ergebnisse der Workshops

**3 Ziele und «Indikatoren» - projektübergreifende «Checkliste»**

Tabelle 4: Ebene «Outcome Patient/innen»

Vorbemerkung: Sehr abhängig vom jeweiligen Projekt (Patientengruppe) und dem verwendeten Design der Wirkungsüberprüfung (RCT, CT, Case-Study ...)

Ziel / Kriterium	Woran kann man es messen?	Informationsquelle / Instrument
(1) Weniger <b>Medikationsfehler</b>	Vorher-/Nachher-Vergleich möglichst anhand klinischer Daten	- Datensammlung Pilotprojekte - Befragung der involvierten Berufsgruppen - Analyse Patientenakten/-daten
(2) Weniger <b>unerwünschte Arzneimittelwirkungen UAW</b>	Vorher-/Nachher-Vergleich möglichst anhand klinischer Daten	- Datensammlung Pilotprojekte - Befragung der Patient/innen - Befragung der involvierten Berufsgruppen
(3) Weniger <b>Krankheitslast und Morbiditäten</b>	Vorher-/Nachher-Vergleich möglichst anhand klinischer Daten	- Datensammlung Pilotprojekte - Befragung der Patient/innen - Befragung der involvierten Berufsgruppen
(4) Verbesserte <b>Compliance/Therapietreue</b>	Vorher-/Nachher-Vergleich möglichst anhand klinischer Daten	- Datensammlung Pilotprojekte (z.B. Pillenzähler) - Befragung der Patient/innen - Befragung der involvierten Berufsgruppen
(5) Stärkung der <b>Patientenkompetenz</b> (Kompetenz/Kenntnisse zu Krankheit, Umgang mit Medikamenten)	Vorher-/Nachher-Vergleich	- Befragung der Patient/innen
(6) Bessere <b>Triage, schnellere Behandlung</b> , raschere Versorgung	Vorher-/Nachher-Vergleich	- Befragung der Patient/innen - Datensammlung Pilotprojekte (z.B. Überweisungen, Wartezeiten)
(7) <b>Kontinuierliche Betreuung</b> ist gewährleistet	Vorher-/Nachher-Vergleich	- Datensammlung Pilotprojekte - Befragung der Patient/innen
(8) Zunahme an <b>gesundheitsbezogener Lebensqualität, Zufriedenheit</b>	Vorher-/Nachher-Vergleich	Befragung der Patient/innen (SF-36 o.ä. Instrument)

Quelle: Grundlagendokumente, Ergebnisse der Workshops

## 4 Schlussbemerkungen

Wir möchten abschliessend nur einige wenige Bemerkungen anbringen, die vor allem die Dynamik des Prozesses und die Rückkoppelung resp. Verknüpfung der Projektergebnisse mit den Rahmenbedingungen im entwickelten Wirkungsmodell betreffen:

- Ein Wirkungsmodell stellt zwangsläufig eine Vereinfachung dar und bildet einen gewissen Stand ab. Die in der Realität vorzufindende und hoffentlich auch durch die Projekte ausgelöste Dynamik haben wir im Modell durch den Rückkopplungspfeil symbolisiert. Grundsätzlich empfiehlt es sich, ein Wirkungsmodell sporadisch zu aktualisieren: Sind die Ziele noch aktuell? Sind neue Akteure aktiv geworden? Etc.
- Damit die Ergebnisse aus den Pilotprojekten in die Optimierung der Rahmenbedingungen einfließen können, muss eine geeignete, auf die spezifischen Akteure ausgerichtete Kommunikation und Sensibilisierung stattfinden. Gemäss unseren Kenntnissen sind entsprechende Prozesse im BAG in Vorbereitung.
- In der Diskussion zu den Indikatoren hat sich erhärtet, dass schon in der aktuellen Phase (Konzipierung der einzelnen Pilotprojekte und der Begleitforschung) der Kontakt mit der KUV und den Versicherern zu pflegen ist. Mit Blick auf die Etablierung erweiterter Modelle ist es zielführend, mit diesen Akteuren möglichst präzise zu erörtern, welche Informationen/Indikatoren von den Pilotprojekten notwendig sind, damit z.B. die Erfüllung der WZW-Kriterien überprüft werden kann, was eine Vorbedingung für die Aufnahme von Leistungen und Anpassungen der Vergütung bildet. Auch hier bestehen bereits Absprachen zwischen der Sektion Heilmittelrecht und der KUV.
- Ein wichtiges Thema betrifft zudem die Funktion sogenannter «Plattformen». In den Workshops hat sich u.a. gezeigt, dass die Förderung des Austausches zwischen den verschiedenen Pilotprojekten (Know-how, Erfahrungen) und die Vernetzung relevanter Akteure eine wichtige Funktion des BAG sein könnte (bzw. ein Bedürfnis der innovativen Berufsleute aus der Praxis).

## 5 Verzeichnis der Grundlagen und Literatur

### Projektunterlagen

Diverse interne Arbeitsdokumente des BAG zur Rolle der Apothekerinnen und Apotheker in der medizinischen Grundversorgung und zum Gesamtprojekt, 2013 - 2015

Projektbeschriebe, Unterlagen der drei ausgewählten Pilotprojekte:

- Projektbeschrieb medinform, 4.2.15
- Demande de projet OFSP - SISCare-DT2, V1, déc14
- Forschungsplan Medikationssicherheit im Home Care Bereich, Stand 14.02.2014

### Weitere Grundlagen und Literatur

BAG Bundesamt für Gesundheit (2014): Faktenblatt «Kurzbericht in Erfüllung Postulat Humbel (12.3864) Positionierung der Apotheken in der Grundversorgung», 26.11.2014

Bürki Leo (2014) (unveröffentlicht): Bericht Schulung und Unterstützung für die systemische Analyse – Rolle der Apotheker in der Medikamenten-Grundversorgung der Schweiz, Bern

Dutoit Laure, Jolanda Jäggi und Kilian Künzi (2014) (unveröffentlicht): Interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen Apothekern und anderen universitären Medizinalpersonen und/oder Gesundheitsfachpersonen, Bern

EDI Eidgenössisches Departement des Innern (2013): Gesundheit 2020. Die gesundheitspolitischen Prioritäten des Bundesrats, 23.01.2013

Frei Andreas (2014) (unveröffentlicht): IZAA Interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen Apothekern und anderen universitären Medizinalpersonen und/oder Gesundheitsfachpersonen. Erfahrungen, Erfolgsfaktoren, Risiken, gesundheitsökonomische Analyse, Pratteln

Postulat Humbel (12.3864) zur Positionierung der Apotheken in der Grundversorgung und Antwort des Bundesrates, 21.11.2012

### Evaluationsliteratur

Frechtling Joy A. (2007): Logic Modeling Methods in Program Evaluation, San Francisco: Jossey-Bass

McLaughlin John A. und Gretchen B. Jordan (1999): «Logic models: a tool for telling your program's performance story», *Evaluation and Program Planning*, 22, 65-72

Meyer Wolfgang (2004): Indikatorenentwicklung. Eine praxisorientierte Einführung (2. Aufl.), Saarbrücken: Centrum für Evaluation (CEval-Arbeitspapiere, 10)

Sager Fritz und Christian Rüefli (2005): Die Evaluation öffentlicher Politiken mit föderalistischen Vollzugsarrangements. Eine konzeptionelle Erweiterung des Stufenmodells und eine praktische Anwendung, *Swiss Political Science Review* 11(2), 2005, 101-129

Wolfgang Beywl, Jochen Kehr, Susanne Mäder und Melanie Niestroj (2007): Evaluation Schritt für Schritt: Planung von Evaluationen, hiba-Weiterbildung (Band 20/26)

## 6 Anhang

### 6.1 Teilnehmende der beiden Workshops

BAG, Oeg, Biomedizin	Andrea Brügger	Gesamtprojektleiterin, Sektion Heilmittelrecht
BAG, Fachstelle Evaluation und Forschung	Petra Zeyen	Coaching Erarbeitung Wirkungsmodell
BAG, OeG, Nationale Präventionsprogramme	Antoine Bonvin	Sektion Ernährung und Bewegung
BAG, GP, Gesundheitsberufe	Catherine Gasser	Abteilungsleiterin Gesundheitsberufe
	Cinzia Zeltner	Sektion Weiterentwicklung Gesundheitsberufe
	Olivier Glardon	Sektion Weiterentwicklung Gesundheitsberufe
BAG, KUV, Leistungen SISPha / SISCare	Jérémie Lecoultré	Sektion Tarife und Leistungserbringer II
	Christophe Rossier	Directeur, Président du Conseil
	Olivier Bugnon	Membre du Conseil
	Sébastien Jotterand	Membre du Conseil
medinform	Marianne Beutler	Geschäftsführerin
	Natalia Blarer	Projektleiterin Kinderapotheken
Spitex Stadt LU	Carla Meyer-Massetti	Projektleiterin, Research Associate
	Barbara Hedinger	Leiterin Qualitätsmanagement Spitex Stadt Luzern
BASS	Kilian Künzi	Projektleiter Wirkungsmodell
	Jolanda Jäggi	Wissenschaftliche Mitarbeiterin

### 6.2 Evaluationsglossar

#### Programm

Ein Programm – als solches kann das Gesamtprojekt des BAG «Rolle der Apotheken in der Grundversorgung» betrachtet werden – ist charakterisiert als **Kooperationssystem**, in dem eine ganze Reihe von Akteur/innen mit teils unterschiedlichen Vorstellungen, Absichten und Interessen zusammenarbeiten. Mit dem Programm werden **Ziele** verbunden. Sie sind die Referenz, an denen die Resultate letztlich gemessen werden. Dem Programm liegt ein **Konzept** zugrunde, welches Vorstellungen darüber beinhaltet, mit welchen Massnahmen und Aktivitäten die Ziele erreicht werden sollen und wo, bei wem und bis wann welche Resultate ausgelöst werden sollen. Die wichtigsten Bestandteile des Programms sind die **Interventionen**, die auf bestimmte Ziele hin ausgerichtet sind und bei einem bestimmten Personenkreis eine Veränderung bewirken sollen. Die Interventionen werden innerhalb bestimmter **Strukturen** und gestützt auf die verfügbaren Ressourcen (**Input, Income**) durchgeführt und bezwecken über bereitgestellte Leistungen (**Output**) bestimmte Wirkungen bei bezeichneten Zielgruppen (**Outcome**) oder im sozialen System (**Impact**) auszulösen. Dem Programm liegt eine Programmtheorie zugrunde. Das sind teils abstrakte und allgemeine, aber auch spezifische, realitätsbezogene Aussagen oder Hypothesen über die beabsichtigten Wirkungen und die Wirkungszusammenhänge, also ein **Wirkungsmodell**.

#### Programmelemente

(orientiert an: Beywl et al. 2007)

■ **Kontext:** Rechtliche, politische, soziale, kulturelle oder anderer Rahmenbedingungen des Programms.



- **Zielsystem:** Gesamtheit der expliziten und impliziten Ziele, die mit dem Programm verbunden werden (Umsetzungsziele, Leistungsziele, Wirkungsziele).
- **Konzept:** Explizite oder implizite Vorstellung darüber, mit welchen Instrumenten und Aktivitäten die Ziele erreicht werden sollen und wo, bei wem und bis wann welche Resultate ausgelöst werden sollen.
- **Struktur:** Organisation der Projektbeteiligten, strategische und operative Verantwortung, Kompetenzen- und Aufgabenteilung, Kooperationsbeziehungen etc.
- **Input:** Finanzielle, personale oder andere Ressourcen, die in das Projekt investiert werden.
- **Income:** Voraussetzungen, welche die Zielgruppen mitbringen, bspw. Wissen, Einstellungen, Verhaltensweisen, Bedürfnisse.
- **Aktivitäten:** Sammelbegriff für die Interventionen und die Handlungen, die von den Projektbeteiligten bei der Umsetzung des Projekts ausgeführt werden.
- **Output:** Die durch das Projekt hervorgebrachten Leistungen und Produkte
- **Outcome:** Intendierte Resultate des Projekts bei den Zielgruppen
- **Impact:** Intendierte Resultate des Projekts auf betrieblicher oder gesellschaftlicher Ebene
- **Nicht-intendierte Resultate:** Unbeabsichtigte oder unerwünschte Resultate, die bei Projektbeginn nicht voraussehbar sind. Sie können sich auf die Struktur, den Output, den Outcome oder den Impact des Projekts beziehen.