

# **Interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen Apotheker/innen und anderen universitären Medizinalpersonen und/oder Gesundheitsfachpersonen**

Erfahrungen, Erfolgsfaktoren, Risiken, gesundheitsökonomische Analyse

## **Zusammenfassung**

Im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit  
Direktionsbereich Öffentliche Gesundheit, Abteilung Biomedizin  
Frau Andrea Brügger, Sektion Heilmittelrecht

Dr. Laure Dutoit, Jolanda Jäggi, Kilian Künzi

Bern, März 2014

## Ausgangslage

Vor dem Hintergrund des Postulats von Nationalrätin Ruth Humbel (12.3864, November 2012) zur Positionierung der Apotheken in der Grundversorgung sowie einer Motion der SGK-N zur Neuregelung der Selbstmedikation (07.3290) und dem (inzwischen zurückgezogenen) Volksbegehren «Ja zur Hausarztmedizin» hat sich die Abteilung Biomedizin des BAG bereits seit mehreren Jahren mit der künftigen Rolle der Apotheker/innen in der medizinischen Grundversorgung auseinandergesetzt. Im Rahmen der Arbeiten zum Postulat Humbel hat das BAG konkrete Massnahmen entwickelt, wie das Fachwissen von Apotheker/innen künftig besser genutzt und die Rollen und Aufgabenteilung zwischen Apotheker/innen und Ärzt/innen neu definiert bzw. geklärt werden können. Zielsetzung der Massnahmen ist es, die Behandlungsqualität zu sichern, den Zugang zu einer qualitativ hochstehenden Gesundheitsversorgung zu garantieren und die Patientenkompetenzen zu stärken. Mit schweizweit geltenden regulatorischen Rahmenbedingungen und Qualitätsstandards soll erreicht werden, dass die wirtschaftliche Konkurrenz zwischen Ärzt/innen und Apotheker/innen (Stichwort Selbstdispensation) entschärft werden und beide Berufsgruppen ihre Fachkompetenzen optimal in den Behandlungsprozess einbringen können. Ausserdem ist vorgesehen, die Apotheken zur Entlastung der Ärzteschaft vermehrt für Therapiebegleitung, Gesundheitsberatung und Prävention zu nutzen.

Das vorliegende Gutachten prüft anhand einer gesundheitsökonomischen Analyse zu verschiedenen in- und ausländischen Modellen der interdisziplinären Zusammenarbeit die Zielgenauigkeit der vorgeschlagenen Massnahmen und diskutiert Anreize bzw. Risiken, welche für die Ausgestaltung eines künftigen Vergütungsmodells relevant sind.

## Vorgehen

Das Hauptinteresse des Gutachtens gilt der Zusammenarbeit zwischen Apotheker/innen und Ärzt/innen in der ambulanten Grundversorgung. In einem ersten Schritt wurde eine **Literaturrecherche** zu den wichtigsten Modellen der interdisziplinären Kooperation in der Schweiz und ausgewählten Ländern durchgeführt. Für die Auswertung der Literatur wurde ein **Analyseraster** erstellt, um die Modelle nach einheitlichen Kriterien miteinander vergleichen zu können. Pro Modell wurden für die Outcomes Qualitätsverbesserung, Patientensicherheit und Patientenzufriedenheit die messbaren Ergebnisse dokumentiert und nach möglichen Gründen für diese Ergebnisse gesucht. Ergänzend dazu wurden zwei **Expertengespräche** geführt, um

detailliertere Resultate zu Schweizer Modellen zu erhalten, zu denen teilweise noch keine wissenschaftlichen Analysen publiziert wurden. Ausserdem wurden sie zu Erfolgsfaktoren und Herausforderungen bei den Vergütungsmodellen befragt, wozu in der Literatur kaum Informationen vorhanden waren. Die Beurteilung der Wirksamkeit und Umsetzbarkeit der vom BAG vorgeschlagenen Massnahmen erfolgte anhand eines **strukturierten Vergleichs** der Massnahmen mit den in der Literaturanalyse beschriebenen Modellen und den massgeblichen Erfolgsfaktoren. Basierend auf den Erkenntnissen aus den modellspezifischen Übertragungen wurde abschliessend eine Gesamtbeurteilung der vom BAG vorgeschlagenen Massnahmen vorgenommen. Welches **Vergütungsmodell** die Wirkungsweise der vorgeschlagenen Massnahmen begünstigen würde, kann im vorliegenden Gutachten nicht beantwortet werden. Anhand der Erfahrungswerte zu Vergütungskonzepten interdisziplinärer Modelle im In- und Ausland wird jedoch aufgezeigt, welche Erfolgsfaktoren und Risiken bei der Ausgestaltung einer Vergütungsregelung zu beachten sind.

## Typologie der interdisziplinären Modelle

Grundsätzlich lassen sich interdisziplinäre Versorgungsmodelle unter Einbindung von Apotheker/innen in zwei Typen unterteilen:

In **patientenzentrierten Modellen** steht die interdisziplinäre Betreuung von individuellen Patient/innen im Vordergrund. Solche Modelle orientieren sich am Versorgungskonzept **Pharmaceutical Care**, das auf einer aktiven Kooperation zwischen Apotheker/in, Arzt/Ärztin und Patient/in beruht und zum Ziel hat, arzneimittelbezogene Probleme zu identifizieren, das Selbstmanagement zu verbessern und den Behandlungserfolg zu optimieren. Solche Modelle sind vielfach auf spezifische Patientenpopulationen zugeschnitten, z.B. Menschen mit chronischen Krankheiten (**Disease Management**) und/oder Mehrfacherkrankungen. Als eine spezifische Form oder ein Teilbereich von Pharmaceutical Care können **Medikationsreviews** bezeichnet werden, in denen Apotheker/innen und Ärzt/innen gemeinsam auf die Reduktion und Prävention von arzneimittelbezogenen Problemen hinarbeiten. Auch die interprofessionelle Begleitung der Patient/innen zur Verbesserung der **Therapietreue** gehört zu dieser Kategorie von Modellen.

In **interprofessionellen Modellen** wie den **Qualitätszirkeln** in der Westschweiz wird das Fachwissen der Apotheker/innen von anderen Berufsgruppen genutzt, z.B. um Medikationsfehler zu vermeiden oder das Kosten-Nutzen-

Verhältnis in der Verschreibungspraxis zu verbessern. In solchen Modellen nehmen Apotheker/innen auch die Rolle von Consultants ein, indem sie etwa Versorgungsteams (z.B. in Alters- und Pflegeheimen) in Bezug auf Risiken für arzneimittelbezogene Probleme, Medikationsmanagement und Dokumentationssysteme beraten. Die Übergänge zu patientenzentrierten Modellen sind jedoch fließend: Je nach Umsetzung in der Praxis kann die Einbindung von Apotheker/innen in (ambulante oder stationäre) Versorgungsteams auf Qualitätskontrolle und Beratung des Fachpersonals bei der Medikamentenverschreibung- und Abgabe beschränkt sein, oder aber auch patientenorientierte Tätigkeiten wie z.B. Medikationsreviews und Patientenschulung umfassen.

### Modelle in der Schweiz

1997 entstanden im Kanton Fribourg die ersten **interdisziplinären Qualitätszirkel**, in denen Hausärzt/innen und Apotheker/innen Fragen der Verschreibungspraxis diskutieren. Die Apotheker/innen, welche die Zirkel leiten, erstellen eine Analyse zu den Verschreibungsdaten der teilnehmenden Ärzt/innen. Nicht nur die klinischen Auswirkungen der Verschreibungspraxis, sondern auch die Kostenfolgen werden den Teilnehmenden transparent gemacht. Diskutiert werden auch neue wissenschaftliche Erkenntnisse aus klinischen Studien. Darauf basierend können die Qualitätszirkel Therapieleitlinien erarbeiten. Der Erfolg dieses Modells ist in zahlreichen Studien nachgewiesen worden: Verbesserung der Patientensicherheit, Reduktion der Medikamentenkosten, erhöhter Anteil an verschriebenen Generika. Mittlerweile haben auch andere Kantone das Modell eingeführt, hauptsächlich in der Westschweiz, wo Selbstdispensation nicht erlaubt ist. **Erfolgsfaktoren:**

- Fakultative Teilnahme; die Umsetzung gemeinsam definierter Therapieleitlinien ist nicht obligatorisch
- Einheitliches Dokumentationssystem, welches den detaillierten Vergleich der individuellen Verschreibungsprofile ermöglicht
- Einfache, kostengünstige Organisationsstrukturen, die auf bestehenden lokalen Netzwerken aufbauen
- Interdisziplinäre Weiterbildung.

Ebenfalls im Kanton Fribourg wurde das Modell der **stationären Qualitätszirkel** in Alters- und Pflegeheimen entwickelt. Ziel ist eine Optimierung der Verschreibungspraxis und der Medikationssicherheit bei gleichzeitiger Verbesserung der Kosteneffizienz. Dazu analysieren Apotheker/innen die Medikations- und Verschreibungshistorien der Heimbewohner/innen und arbeiten

gemeinsam mit Ärzt/innen, Heimleitung und Betreuungspersonal an der Umsetzung eines angepassten Therapieplans. In gewissen Kantonen sind die Apotheker/innen zusätzlich für die Belieferung und Betreuung der Heimapotheken zuständig. Auch dieses Modell hat sich als erfolgreich erwiesen: Verbesserung der Medikationssicherheit, Sensibilisierung der involvierten Akteure für arzneimittelbezogene Probleme, Reduktion der Medikamentenausgaben. **Erfolgsfaktoren:**

- Zusammenarbeit im multidisziplinären Team; Schulung und Beratung des Pflege- und Betreuungspersonals
- Weiterbildung der Apotheker/innen; Coachingprogramm
- Entwicklung von kantonalen Praxisleitlinien für die Medikamentenverschreibung
- Obergrenze für die Medikamentenausgaben pro Patient/in.

Im Modell «netCare», 2012 als Pilotprojekt von santésuisse lanciert, erweitern Apotheker/innen ihre Rolle in der Gesundheitsberatung und Triage: Patient/innen werden in der Apotheke gemäss festgelegten Algorithmen beraten. Je nach Bedarf können die Patient/innen eine zusätzliche Videokonsultation mit Ärzt/innen von Medgate in Anspruch nehmen. Sind die Gesundheitsprobleme so nicht lösbar, werden die Patient/innen zur vertieften medizinischen Abklärung weiterverwiesen. Die Resultate der wissenschaftlichen Begleitevaluation werden für Herbst 2014 erwartet. Erste Erfahrungen zeigen, dass ein hoher Anteil der Fälle (meist handelte es sich um nicht gravierende Gesundheitsprobleme) direkt in der Apotheke gelöst werden kann, wobei die Videokonsultation vergleichsweise selten zur Anwendung kommt. Die Ärzteschaft kritisiert jedoch das Modell und ist sowohl in Bezug auf die Versorgungsqualität als auch hinsichtlich der Kosteneffektivität und der Entlastung der Hausärzt/innen skeptisch.

Die **Verbesserung der Therapietreue** ist das Ziel verschiedener interdisziplinärer Versorgungsangebote. Beispielsweise können Patient/innen zur Konsultation an die Apotheke der Universitären Poliklinik (PMU) in Lausanne überwiesen werden, wenn Ärzt/innen Schwierigkeiten mit der Medikamenteneinnahme oder der Therapietreue vermuten. Für das Monitoring des Therapieverlaufs stehen Apotheke und Arzt/Ärztin in engem Kontakt. Erste Studien zeigen, dass dieses Modell massgeblich zur Stabilisierung der Therapietreue beitragen kann. Im Umfeld der PMU sind auch weitere Projekte entstanden, die dieses Modell im ambulanten Bereich verankern und mit einem besseren Report-

ing der unerwünschten Arzneimittelwirkungen verknüpfen will.

Weitere Modelle, die im vorliegenden Gutachten jedoch nicht näher untersucht wurden, sind die Zusammenarbeit von Fachärzt/innen mit **spezialisierten Apotheken**, interdisziplinäre Modelle zur Betreuung von **Suchterkrankungen** und Modelle im stationären Bereich. Gerade die stärkere Einbindung der **Spitalapotheker/innen** kann zur Reduktion nicht nur der Verschreibungs- und Medikationsfehler, sondern auch der Medikamentenkosten beitragen.

### Modelle im Ausland

Viele Länder kennen zwar interprofessionelle Modelle ähnlich den Westschweizer Qualitätszirkeln, im Vordergrund stehen jedoch Entwicklungen im Bereich der Pharmaceutical Care sowie Consulting-Dienstleistungen und/oder die Einbindung in Gesundheitspraxen.

Einige Länder haben **Disease Management Programme** für chronische Krankheiten wie Asthma oder Diabetes entwickelt, in denen Apotheker/innen gemeinsam mit Ärzt/innen und ggf. weiteren Betreuungspersonen zum Versorgungsteam gehören. Ihre Aufgaben umfassen u.a. die Unterstützung der Patient/innen im Umgang mit Arzneimitteln, die Vermittlung von krankheitsspezifischem Wissen, das Monitoring und die regelmässige Überprüfung nach arzneimittelbezogenen Problemen. In gewissen Ländern (z.B. Kanada) können Apotheker/innen bestimmte Medikamente selbständig (gemäss nationalen Therapieleitlinien) verschreiben oder die Dosierung anpassen. Disease Management Programme sind in verschiedenen Ländern sehr erfolgreich und haben positive Effekte auf die klinischen Outcomes, auf die Versorgungsqualität (Reduktion der arzneimittelbezogenen Probleme und der Spitaleinweisungen) und die Zufriedenheit der Patient/innen, welche ihre Selbstwirksamkeit in diesem Versorgungsmodell als wesentlich besser erleben. Auch hat sich das Modell (insbes. in Finnland) als kosteneffektiv erwiesen. **Erfolgsfaktoren:**

- Weiterbildung für Apotheker/innen (krankheitsspezifisch; Kommunikation und Beratung); regelmässiger Austausch mit Kolleg/innen
- Offizielle Unterstützung durch Berufsverbände (Ärzte und Apotheker); Zusammenarbeit aller Stakeholder (inkl. Patientenorganisationen) bereits bei der Programmentwicklung
- Präzise Dokumentation (Patientendossier in Apotheke)
- Klar strukturiertes Versorgungskonzept.

Das Modell **Medicines Review** wird v.a. in englischsprachigen Ländern im Rahmen von Hausbesuchen, in Arztpraxen oder in der Apo-

theke praktiziert. Nach einer ärztlichen Überweisung analysieren Apotheker/innen die gesamte Medikation (einschliesslich rezeptfreie) des Patienten, identifizieren arzneimittelbezogene Probleme und formulieren Lösungsvorschläge, die mit Arzt/Ärztin und Patient/in besprochen werden. Während einige britische Studien keinen positiven Effekt des Modells auf die Behandlungsergebnisse und die Versorgungsqualität nachweisen konnten, sind die Resultate aus anderen Ländern mehrheitlich positiv: Verbesserung der Patientenzufriedenheit und der Lebensqualität, reduziertes Risiko für arzneimittelassoziierte Spitaleinweisungen, Reduktion der arzneimittelbezogenen Probleme und optimierte Verschreibungsqualität. **Erfolgsfaktoren:**

- Elektronisches Patientendossier; Zugriff der Apotheker/innen auf die relevanten Daten
- regelmässiger (persönlicher) Austausch mit den Ärzt/innen
- Klar definierte Rollen, Inhalte, Abläufe und Rahmenbedingungen der Zusammenarbeit
- Interprofessionelle Weiterbildungsmodule.

In **Arztpraxen, Versorgungsnetzwerken und Gesundheitszentren** gibt es im Ausland verschiedene interdisziplinäre Modelle, in denen Apotheker/innen Consulting-Dienstleistungen zur Verbesserung der Verschreibungsqualität und Arzneimitteltherapiesicherheit anbieten, teilweise aber auch patientenorientierte Tätigkeiten übernehmen (z.B. Medikationsreviews, Monitoring). Vielfach werden diese Dienstleistungen ausserhalb der Offizin erbracht und sind nicht mit der Dispensation von Medikamenten verbunden. Die Erfahrungswerte aus der Literatur für diese Modelle sind mehrheitlich positiv: Viele arzneimittelbezogene Probleme können so identifiziert und gelöst werden; die Versorgungsqualität und das Monitoring werden verbessert, chronisch kranke Patient/innen werden enger begleitet. **Erfolgsfaktoren:**

- klar definiertes Beratungsmandat für Apotheker/innen
- Richtlinien und Instrumente für den Informationsaustausch; Zugriff auf das Patientendossier
- Weiterbildung der Apotheker/innen
- Computergestütztes Monitoring, Schulung und Beratung des gesamten Praxispersonals.

Die Integration von Apotheker/innen in **stationäre Versorgungsteams** führt in vielen Studien zu einer Reduktion der Verschreibungs- und Medikationsfehler (und demzufolge der unerwünschten Arzneimittelwirkungen). Die Fehlerprävention und Qualitätsverbesserung wirken sich auch positiv auf die Kostenentwicklung aus. Zudem werden Ärzt/innen entlastet, da das Pflegepersonal sich für die Klärung oder Korrektur

einer Verordnung an die Apotheker/innen wenden kann. **Erfolgsfaktoren:**

- Teilnahme der Apotheker/innen an der Visite; Diskussion von Problemen und Vorschlägen direkt vor Ort; hohe Umsetzungsquote der pharmazeutischen Empfehlungen
- Zugriff auf das Patientendossier
- Prävention und Intervention nicht nur bei der Verordnung, sondern auch bei der Medikamentenabgabe durch das Pflegepersonal.

Unabhängig von den genannten modellspezifischen Erfolgsfaktoren gibt es auch **Stolpersteine**, die für eine erfolgreiche Umsetzung in die Praxis hinderlich sind. So können Zeitmangel und hohe Arbeitsbelastung dazu führen, dass der interdisziplinäre Austausch nicht im gewünschten Mass erfolgen kann. Gegenseitiges Misstrauen wegen unterstellter wirtschaftlicher Interessen oder fehlender fachlicher Anerkennung kann die Zusammenarbeit stark erschweren. Und Patient/innen müssen sich an neue Betreuungsverhältnisse und Nutzungsmuster gewöhnen, z.B. an festgelegte Konsultationstermine in den Apotheken.

### Vergütungsmodelle

Grundsätzlich sind die Vergütungsmodelle (in der Schweiz wie im Ausland) darauf ausgerichtet, die Entschädigung der Apotheker/innen von allen Parametern zu trennen, die ihren Beitrag zur Verbesserung der Versorgungs- und Verschreibungsqualität beeinflussen könnten.

In der Schweiz ist die Finanzierung der ambulanten Qualitätszirkel sowie Leistungen zur Verbesserung der Therapietreue im Rahmen des **Tarifvertrags LOA IV** geregelt. Die Pauschalvergütung bei Qualitätszirkeln hat sich in der Praxis bewährt, da die Versorgungsqualität gewährleistet ist (Vergütung unabhängig von der Menge der abgegebenen Medikamente oder der erreichten Kosteneinsparungen) und die Kosten überschaubar bleiben. Ärzt/innen werden für die Teilnahme an ambulanten Qualitätszirkeln jedoch nicht entschädigt. Entsprechende finanzielle Anreize, aber auch die Erweiterung des Tätigkeitsbereichs von Qualitätszirkeln werden als Möglichkeiten genannt, wie das Interesse der Ärzteschaft gefördert werden könnte, um eine breite Implementierung dieses Modells zu begünstigen.

Bei den **stationären Qualitätszirkeln** kann die Belieferung der Heimpapotheken durch die Apotheker/innen, welche die Zirkel leiten, zu Interessenskonflikten führen. Das Fribourger Modell, in dem die Heime ihre Medikamente selber einkaufen, scheint besser zu funktionieren als das Waadtländer Modell, bei welchem die Medikamente von Apotheker/innen geliefert werden.

Vor diesem Hintergrund stellt sich die Frage, ob an der in den Massnahmen vorgesehenen Verpflichtung für Praxisapotheken, Arzneimittel künftig ausschliesslich bei öffentlichen Apotheken zu beziehen, festgehalten werden soll.

Im **netCare**-Modell werden die Leistungen der Apotheker/innen sowie die Videokonsultation nur teilweise von der Krankenversicherung übernommen; je nach Versicherungsmodell bezahlen die Patient/innen die Leistungen selber. Die Entschädigung liegt gegenwärtig klar unter den berufüblichen Ansätzen, und Apotheken haben Schwierigkeiten, die Investitionen in Infrastrukturen zu amortisieren. Ob Ärzt/innen, die im Pilotprojekt noch kaum ins Versorgungsmodell eingebunden sind, durch netCare eine Einkommenseinbusse erleiden, ist umstritten. Ein finanzieller Ausgleich, um den Widerstand der Ärzteschaft gegen das Modell zu entschärfen, scheint nicht sinnvoll, nicht zuletzt weil damit die Befürchtungen der Ärzt/innen indirekt bestätigt würden. Zentraler wären Überzeugungsarbeit, das Ernstnehmen der Bedenken und das Einbinden beider Berufsgruppen bei der Weiterentwicklung des noch relativ jungen Pilotprojekts.

Für Modelle im Bereich der **Therapietreue** fehlt es noch an Anreizen für die Versicherungen, in die erst mittel- und langfristigen zu erwartenden positiven Outcomes zu investieren. Heute können solche Modelle daher nicht für alle Patientengruppen angeboten werden.

Im **Ausland** werden Leistungen teils pauschal (pro Dienstleistung, pro Patient/in), teils pro Arbeitsstunde vergütet, wobei tendenziell die Pauschalvergütung zu überwiegen scheint. Diese ist für Kostenträger von Vorteil, kann für die Leistungserbringenden allerdings bedeuten, dass sich Investitionen (in Weiterbildung und Infrastruktur) und der vielfach hohe zeitliche Zusatzaufwand nicht lohnen. Hier gälte es, eine Balance zwischen Kosteneffektivität und Anreizen zur Verbesserung der Versorgungsqualität zu finden. Ausserdem dürfte entscheidend sein, ob neben der direkten Arbeit mit den Patient/innen auch die interdisziplinäre Zusammenarbeit (Koordination, Informationsaustausch, Fallbesprechungen) entschädigt wird. Sonst besteht die Gefahr, dass trotz einer interdisziplinär angelegten Modellstruktur faktisch kaum ein interprofessioneller Austausch erfolgt. Verschiedene Studien zeigen auch, dass die Verbesserung der Versorgungsqualität nur mit gewissen Investitionen zu erreichen ist, viele Modelle jedoch das Potential haben, längerfristig kosteneffektiv zu sein.

## Beurteilung der vom BAG vorgeschlagenen Massnahmen

Übergeordnetes Ziel ist eine qualitativ hochstehende und für alle zugängliche Grundversorgung. Um (1) die Behandlungsqualität zu garantieren bzw. zu verbessern, (2) den Zugang zu Gesundheitsdienstleistungen zu erleichtern und (3) die Patientenkompetenzen zu stärken, werden Massnahmen in drei Handlungsfeldern vorgeschlagen:

Die Massnahmen im **Handlungsfeld 1 (Behandlungsqualität)** beziehen sich auf die Neuregelung der Zusammenarbeit im Kontext der Selbstdispensation und sind eher auf ein **interprofessionelles Modell** (Qualitätszirkel) als auf patientenzentrierte Modelle ausgerichtet. Da Qualitätszirkel nachweislich positive Effekte auf die Verschreibungsqualität und die Kostenentwicklung haben, ist deren Förderung sicher sinnvoll. Es besteht jedoch die Gefahr, dass die *Verpflichtung* zur engeren Zusammenarbeit diese guten Ergebnisse untergraben könnte. Im Ausland wird die Verbesserung der Versorgungsqualität v.a. mit patientenzentrierten Modellen (und im stationären Kontext) angestrebt, namentlich durch die gezielte Identifikation, Reduktion und Prävention von arzneimittelbezogenen Problemen. Solche Modelle könnten innerhalb dieses Handlungsfeldes noch stärker gefördert werden.

Das **Handlungsfeld 2** zielt auf die stärkere **Nutzung der Apotheken** für den (niederschweligen) Zugang zur Gesundheitsversorgung und den stärkeren Einsatz der Apotheker/innen in der pharmazeutischen Therapiebegleitung. Apotheker/innen sollen hierfür Kompetenzen zur selbständigen Abgabe gewisser rezeptpflichtiger Medikamente erhalten. Diese Überschneidung der Aufgabengebiete mit den Ärzt/innen steht im Widerspruch zum Handlungsfeld 1, das eine klare Rollenverteilung und die gegenseitige Ergänzung im Behandlungsprozess anstrebt. Eine klar strukturierte Aufgabenteilung wird auch in der Literatur als wichtiger Erfolgsfaktor für die interdisziplinäre Zusammenarbeit in Modellen wie Disease Management oder Medikationsreviews bezeichnet. Solche Modelle könnten auf der Basis von Massnahme 2.2 (stärkere Rolle der Apotheker/innen in der pharmazeutischen Therapiebegleitung) auch in der Schweiz gefördert werden. Dazu müssten jedoch folgende Aspekte beachtet werden:

- Die stärkere Nutzung der pharmazeutischen Fachkompetenzen geht nicht zwingend mit einer stärkeren Nutzung der Infrastruktur der Apotheken einher, sondern erfolgt bisweilen auch unabhängig von der Dispensation.
- Zusätzlich zu den vorhandenen Fachkompetenzen braucht es meist eine Weiterbildung oder

Spezialisierung. In einigen Ländern ist eine entsprechende Zertifizierung Voraussetzung für das Anbieten und Abrechnen erweiterter pharmazeutischer Dienstleistungen.

Das Ziel des **Handlungsfelds 3** ist es, die **Patientenkompetenzen** zu stärken, indem die Patient/innen eigenverantwortlich wählen, wo sie eine bestimmte Leistung beziehen wollen. Dieser Aspekt spielt praktisch nur im netCare-Modell eine Rolle. In den anderen Modellen steht nicht die Versorgung von Patient/innen mit leichten Gesundheitsbeschwerden, sondern von chronisch Kranken oder Personen mit Polymedikation im Vordergrund. Dort bezieht sich der Begriff der Patientenkompetenz auf die Fähigkeit, richtig mit Medikamenten umzugehen, den Therapieplan zu verstehen und diesen möglichst selbständig umzusetzen. Die Einbindung der Patient/innen in die Gestaltung ihrer Versorgung spielt eine wichtige Rolle, oftmals ist es jedoch gerade nicht die Wahlfreiheit beim punktuellen Leistungsbezug, sondern die kontinuierliche Betreuung durch ein gut zusammenarbeitendes Behandlungsteam (Ärzt/innen, Apotheker/innen und weitere), die zu den positiven Behandlungsergebnissen und zur Patientenzufriedenheit beiträgt.

Ein stärkerer Fokus auf die Entwicklung patientenzentrierter Modelle könnte dazu beitragen, die Diskussion um die künftige Rolle der Apotheken von der Kontroverse um die Selbstdispensation zu entkoppeln (Wie können arzneimittelbezogene Probleme identifiziert und verhindert werden? Wie kann man chronisch Kranke besser versorgen?). Denn obwohl die Selbstdispensation ein Hindernis für die interdisziplinäre Zusammenarbeit darstellt, kann die Kooperation funktionieren, wenn nicht die Berufsbilder, sondern die Interessen der Patient/innen im Zentrum stehen, die Akteure vom Nutzen der Kooperation überzeugt sind und Evidenz für die positive Wirkung der interdisziplinären Zusammenarbeit vorliegt.

Es braucht einen strukturellen Rahmen, um die interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen Ärzt/innen und Apotheker/innen zu fördern. Dieser könnte durch die Massnahmen des BAG geschaffen werden. Das Beispiel netCare hat jedoch gezeigt, dass ein Modell ohne Unterstützung der Ärzt/innen schwierig zu implementieren ist. Die Einbindung beider Berufsgruppen in die Weiterentwicklung der Massnahmen könnte zur Akzeptanz der Neupositionierung der Apotheker/innen in der Gesundheitsversorgung beitragen und damit die Grundlage für eine erfolgreiche interdisziplinäre Zusammenarbeit schaffen.