

Picecchi

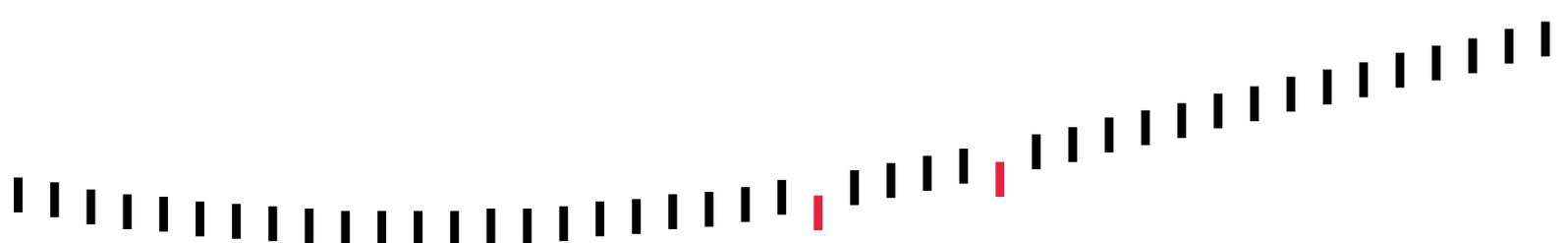
BSS

Volkswirtschaftliche
Beratung

Schlussbericht

RFA Heilmittelgesetz: Medikationsplan

Basel , 29.09.2023



Impressum

Regulierungsfolgenabschätzung zu ausgewählten Änderungen des Heilmittelgesetzes

Schlussbericht zum Medikationsplan

29.09.2023

Auftraggeberin: Bundesamt für Gesundheit, Sektion «Heilmittelrecht»

Autoren und Autorin: Florentin Krämer, Thomas Möhr, Tabea Keller (alle BSS), Dario Piccchi (Universitäten Luzern und Fribourg)

Verantwortlich seitens Auftraggeberin: Nurhak Dogan

Projektleitung seitens Auftragnehmers: Florentin Krämer (BSS)

BSS Volkswirtschaftliche Beratung AG

Aeschengraben 9

CH-4051 Basel

T +41 61 262 05 55

contact@bss-basel.ch

CH-4051 Basel

Dr. iur. Dario Piccchi

Rechtsanwalt und Lehrbeauftragter

independent.academia.edu/DarioPiccchi

dario.piccchi@gmail.com

www.bss-basel.ch

Inhalt

1. Einleitung	8
2. Ausgangslage	8
3. Methodik	9
3.1 Fachgespräche	9
3.2 Online-Befragung	10
4. RFA-Prüfpunkte	11
4.1 Notwendigkeit und Möglichkeit staatlichen Handelns.....	11
4.2 Alternative Handlungsoptionen.....	14
4.3 Auswirkungen auf die einzelnen gesellschaftlichen Gruppen.....	19
4.4 Auswirkungen auf die Gesamtwirtschaft.....	27
4.5 Zweckmässigkeit im Vollzug.....	28
5. Fazit	31
A. Weitere Auswertungen	32
A.1 Informationssysteme der Spitex und von Pflegeheimen.....	32
A.2 HL7 FHIR Standard.....	33
B. Übersicht Fachgespräche	34
C. Fragebögen	35
C.1 Fragebogen Online-Befragung	35
C.2 Gesprächsleitfaden Fachgespräche	39

Tabellen

Tabelle 1: Akteursgruppen Fachgespräche	9
Tabelle 2: Übersicht Abgabekategorien von Arzneimitteln	16
Tabelle 3: Mengengerüst Relevante Akteursgruppen	19
Tabelle 4: Übersicht Auswirkungen auf Akteursgruppen	26
Tabelle 5: Medikationsplan bereits heute im Informationssystem, Spitex und Pflegeheime	32
Tabelle 6: Medikationsplan erfüllt Anford. an Medication Card document, Spitex/Pflegeh.	32
Tabelle 7: Verbreitung QR-Code, Spitex und Pflegeheime	32
Tabelle 8: HL7 FHIR Standard erfüllt, Spitex und Pflegeheime	33
Tabelle 9: Übersicht Fachgespräche	34

Abbildungen

Abbildung 1: Medikationsplan bereits heute im Informationssystem	25
Abbildung 2: Gesamtbeurteilung Akteursgruppen	27
Abbildung 3: Erfüllung der Anforderungen des «Medication Card document»	29
Abbildung 4: Verbreitung QR-Code.....	30
Abbildung 5: Gesamtbeurteilung Medikationsplan.....	31
Abbildung 6: Verbreitung HL7 FHIR Standard	33

Zusammenfassung

Ein beträchtlicher Anteil der Bevölkerung nimmt regelmässig und über längere Zeit mehrere Arzneimittel gleichzeitig ein – man spricht dabei von Polymedikation. Besonders bei älteren Personen ist Polymedikation weit verbreitet. Sie birgt jedoch medizinische Risiken, so können z.B. unbeabsichtigte Wechselwirkungen zwischen Arzneimitteln zu Hospitalisationen führen. Diesem Problem will die Motion 18.3512 «Recht auf einen Medikationsplan zur Stärkung der Patientensicherheit» vom 13. Juni 2018 entgegenwirken: Durch die ausdrückliche Verankerung des Rechts auf die Erstellung oder Aktualisierung eines Medikationsplans soll die Patientensicherheit erhöht werden. Die entsprechende Gesetzesänderung soll im Rahmen der Revision des Heilmittelgesetzes implementiert werden. Mit der vorliegenden Regulierungsfolgeabschätzung werden die Auswirkungen dieser Gesetzesänderung untersucht.

Bereits heute bestehen Sorgfalts- und Informationspflichten für medizinische Fachpersonen: Sie müssen Wechselwirkungen abklären und Patientinnen und Patienten aufklären. Materiell ist der Mehrwert einer zusätzlichen Norm daher begrenzt. Damit Patientinnen und Patienten ihr Recht auf Aufklärung und Rechenschaft seitens der Ärztinnen und Ärzte auch wirklich wahrnehmen, bedarf es primär einer besseren Information über die Patientenrechte und eines vereinfachten Zugangs zur Patienten- bzw. Behandlungsakte.

Der Medikationsplan hat grundsätzlich das Potenzial, den Zugang zu Patienteninformationen betreffend Medikation zu verbessern. Die Wirkung hängt jedoch von der tatsächlichen Inanspruchnahme ab: Es besteht mit der geplanten Gesetzesänderung lediglich ein Anrecht, das von den Patientinnen und Patienten aktiv eingefordert werden muss. Für die Realisierung des Potenzials ist daher die Aufklärung und Sensibilisierung der Patientinnen und Patienten zentral. Zudem muss der Inhalt des Medikationsplans patientengerecht dargestellt werden. Ein weiteres Potenzial des Medikationsplans könnte darin liegen, ein Katalysator für das elektronische Patientendossier (EPD) zu sein. Gleichzeitig könnte der angedachte Medikationsplan aber auch zu einer Doppelspurigkeit führen.

Herausforderungen bei der Motion Stöckli 18.3512 zeigen sich insbesondere in der Verteilung der Verantwortlichkeiten zwischen medizinischen Fachpersonen und in der technischen Umsetzung. Durch eine Standardisierung des Austauschformats soll sichergestellt werden, dass unterschiedliche medizinische Fachpersonen den Medikationsplan aktualisieren können. Das BAG sieht vor, dass der Medikationsplan die Anforderungen an das Austauschformat «Medication Card document» erfüllen soll. Die meisten Informationssysteme für Kliniken, Apotheken und Praxen verfügen bereits über einen Medikationsplan, der diese Anforderungen erfüllt.

Der Medikationsplan kann durch verminderte Fehlmedikationen zu einer Kosteneinsparung führen. Dem stehen jedoch Kosten des medizinischen Fachpersonals für die Erstellung und Aktualisierung des Plans gegenüber, deren genaue Abgeltung noch offen ist. Mehrere der befragten Fachpersonen gehen davon aus, dass der entscheidende Faktor, ob die Gesundheitskosten mit der angedachten Einführung des Medikationsplans steigen oder sinken, in der konkreten Umsetzung des Vorhabens liegt. Der Medikationsplan müsse in den bestehenden Informationssystemen bearbeitet und einfach in die gängigen Prozesse integriert werden können.

Résumé

Une part considérable de la population prend régulièrement et sur une longue période plusieurs médicaments en même temps – on appelle cela la polymédication. La polymédication est particulièrement répandue chez les personnes âgées. Or, elle comporte des risques médicaux, notamment des interactions involontaires entre médicaments qui peuvent entraîner des hospitalisations. La motion 18.3512 « Droit à un plan de médication en vue de renforcer la sécurité des patients » du 13 juin 2018 entend remédier à ce problème : l'inscription explicite du droit à l'établissement ou à l'actualisation d'un plan de médication doit permettre d'améliorer la sécurité des patients. La modification de loi correspondante doit être mise en œuvre dans le cadre de la révision de la loi sur les produits thérapeutiques. La présente analyse d'impact de la réglementation examine les effets de cette modification législative.

Aujourd'hui déjà, les personnes relevant d'une profession médicale sont soumises à des obligations de diligence et d'information : elles doivent clarifier les interactions et informer les patients. Sur le plan matériel, la valeur ajoutée d'une norme supplémentaire est donc limitée. Pour que les patients fassent réellement usage de leur droit à l'information et à la responsabilité de la part des médecins, il faut en premier lieu une meilleure information sur les droits des patients et un accès simplifié au dossier du patient ou au dossier médical.

Le plan de médication a en principe le potentiel d'améliorer l'accès des patients aux informations relatives à la médication. Son efficacité dépend toutefois de son utilisation effective : la modification législative prévue entraîne un droit qui doit toutefois être activement revendiqué par les patients. Pour réaliser le potentiel de la modification législative, il est donc essentiel d'informer et de sensibiliser les patients. En outre, le contenu du plan de médication doit être présenté de manière adaptée aux patients. Un autre potentiel du plan de médication pourrait être de servir de catalyseur pour le dossier électronique du patient (DEP). Mais en même temps, le plan de médication envisagé pourrait aussi conduire à un double emploi.

Les défis posés par la motion Stöckli 18.3512 se situent notamment au niveau de la répartition des responsabilités entre les professionnels de la santé et de la mise en œuvre technique. La standardisation du format d'échange doit garantir que différents professionnels de la santé puissent mettre à jour le plan de médication. L'OFSP prévoit que le plan de médication réponde aux exigences du format d'échange « Medication Card document ». La plupart des systèmes d'information pour les cliniques, les pharmacies et les cabinets médicaux disposent déjà d'un plan de médication qui répond à ces exigences.

Le plan de médication peut entraîner une réduction des coûts grâce à une diminution des erreurs de médication. En contrepartie, les coûts incombant aux professionnels de la santé pour l'élaboration et à la mise jour du plan - dont la rémunération exacte n'a pas encore été déterminée - doivent être pris en compte. Plusieurs experts interrogés partent du principe que le facteur décisif pour savoir si les coûts de la santé augmenteront ou diminueront avec l'introduction envisagée du plan de médication réside dans la mise en œuvre concrète du projet. Le plan de médication doit pouvoir être traité dans les systèmes d'information existants et être intégré facilement dans les processus courants.

Summary

A considerable proportion of the population regularly takes several medicines at the same time over an extended period of time - this is known as polymedication. Polymedication is particularly widespread among older people. However, it harbors medical risks. For instance, unintentional interactions between medicines can lead to hospitalizations. Motion 18.3512 «Right to a medication plan to strengthen patient safety» of 13 June 2018 aims to counteract this problem: Patient safety is to be increased by explicitly enshrining the right to create or update a medication plan. The corresponding amendment to the law is to be implemented as part of the revision of the Therapeutic Products Act. The present regulatory impact assessment examines the effects of this amendment to the law.

Medical professionals are already subject to duties of care and information: They must check for drug interactions and inform patients. Materially, the added value of an additional legal norm is therefore limited. For patients to actually exercise their right to information and accountability on the part of doctors, there is primarily a need for better information about patients' rights and simplified access to the patient or treatment file.

In principle, the medication plan has the potential to improve access to patient information on medication. However, the effect depends on the actual use of the plan: The planned change in the law encompasses an entitlement, which patients must actively demand. Therefore, the education and sensitization of patients is crucial for the realization of the potential. In addition, the content of the medication plan must be presented in a patient-friendly way. The medication plan could potentially be a catalyst for the electronic patient dossier (EPD). At the same time, however, the envisaged medication plan could lead to inefficient duplication.

Challenges with the motion Stöckli 18.3512 can be seen in particular in the distribution of responsibilities between medical professionals and in the technical implementation. Standardization of the exchange format should ensure that different medical professionals can update the medication plan. The FOPH stipulates that the medication plan should meet the requirements for the «Medication Card document» exchange format. Most information systems for clinics, pharmacies and practices already have a medication plan that meets these requirements.

The medication plan can lead to cost savings through reduced medication errors. However, this is accompanied by the costs of the medical professionals for preparing and updating such a plan, the exact remuneration of which is still open. Several of the experts interviewed assume that the decisive factor as to whether health care costs will increase or decrease with the planned introduction of the medication plan lies in the concrete implementation of the project. According to them, it should be ensured that the medication plan be editable in the existing information systems and that it can be easily integrated into the usual processes.

1. Einleitung

Mit der zurzeit geplanten Revision des Heilmittelgesetzes (HMG) soll insbesondere die Gesundheitsversorgung in der Schweiz weiter verbessert werden. Erstens sollen Patientinnen und Patienten neu ein Anrecht auf einen *Medikationsplan* haben. Dadurch soll die Patientensicherheit erhöht werden – insbesondere bei Patientinnen und Patienten, welche mehrere Arzneimittel gleichzeitig einnehmen müssen. Zweitens soll im Bereich Pädiatrie die Pflicht zur Nutzung von digitalen Hilfsmitteln («*eHealth Tools*») eingeführt werden, um Fehlmedikationen zu vermeiden. Ein drittes Revisionsziel besteht darin, Rechtssicherheit im Bereich von neuartigen Arzneimitteln zu schaffen. Diese Arzneimittel werden in der EU als «*Arzneimittel für neuartige Therapien*» (Advanced Therapy Medicinal Products, ATMP) bezeichnet und reguliert.

Vor dem Hintergrund dieser drei genannten Änderungen hat das Bundesamt für Gesundheit (BAG) das Unternehmen BSS Volkswirtschaftliche Beratung und Dr. iur. Dario Picocchi mit einer Regulierungsfolgenabschätzung (RFA) beauftragt. Der vorliegende Bericht analysiert die vorgesehenen Änderungen in Bezug auf die Einführung eines Medikationsplans.

In Kapitel 2 beschreiben wir in der gebotenen Kürze, welche Motivation der hier untersuchten Änderung des HMG zugrunde liegt. In Kapitel 3 führen wir die Methoden aus, die wir zur Erarbeitung der Studie verwendet haben. Anschliessend wenden wir in Kapitel 4 die RFA-Prüfpunkte auf die hier untersuchte Vorlage zu Medikationsplänen an und schliessen in Kapitel 5 mit einem Fazit.

2. Ausgangslage

Wenn Patientinnen oder Patienten drei oder mehr Arzneimittel gleichzeitig einnehmen («Polymedikation»), führt das zu Herausforderungen: Für die betroffenen Personen ist es schwierig, den Überblick zu behalten. Zudem kann es zu unerwünschten Interaktionen der Arzneimittel kommen. Informationen über eine allfällige Polymedikation sind für die behandelnden medizinischen Fachpersonen daher sehr wichtig. Es gibt jedoch immer wieder Situationen, in denen diese Informationen nicht rechtzeitig oder nicht vollständig vorliegen – beispielsweise bei einem kurzfristigen Eintritt in ein Spital oder in ein Pflegeheim. Aus diesem Grund verlangt die Motion Stöckli 18.3512 «Recht auf einen Medikationsplan zur Stärkung der Patientensicherheit» vom 13. Juni 2018¹ vom Bundesrat, eine Rechtsgrundlage zu schaffen, damit Patientinnen und Patienten mit Polymedikation das Anrecht auf einen elektronischen oder gedruckten Medikationsplan haben. National- und Ständerat haben die Motion angenommen. Die Motion Stöckli 18.3512 geht davon aus, dass dadurch die Patientensicherheit erhöht wird. Mit der Einführung eines neuen Art. 26a E-HMG soll die Motion Stöckli 18.3512 im Rahmen der HMG-Revision umgesetzt werden.

¹ Stöckli (2018), Motion 18.3512, Recht auf einen Medikationsplan zur Stärkung der Patientensicherheit, online verfügbar unter: <https://www.parlament.ch/de/ratsbetrieb/suche-curia-vista/geschaeft?AffairId=20183512>.

3. Methodik

Die Regulierungsfolgenabschätzung (RFA) ist ein Instrument, um die Auswirkungen einer neuen Regulierung ex ante zu analysieren. Durch eine RFA sollen Transparenz über die Auswirkungen von neuen Regulierungen geschaffen und mögliche Alternativen aufgezeigt werden. Im Rahmen einer RFA werden gemäss Methodik des SECO die folgenden fünf Prüfpunkte untersucht:

- Prüfpunkt I: Notwendigkeit und Möglichkeit staatlichen Handelns
- Prüfpunkt II: (Alternative) Handlungsoptionen
- Prüfpunkt III: Auswirkungen auf die einzelnen gesellschaftlichen Gruppen
- Prüfpunkt IV: Auswirkungen auf die Gesamtwirtschaft
- Prüfpunkt V: Zweckmässigkeit im Vollzug

Für die Untersuchung der genannten fünf Prüfpunkte stützen wir uns auf Dokumentenanalysen und die Auslegung rechtlicher Normen sowie auf Fachgespräche und eine Online-Unternehmensbefragung.

3.1 Fachgespräche

Wir haben 15 strukturierte Interviews mit Vertreterinnen und Vertretern der verschiedenen Anspruchsgruppen durchgeführt. Der Gesprächsleitfaden für die Gespräche wurde in Abstimmung mit dem BAG erarbeitet. Eine Liste der befragten Personen befindet sich in Anhang B. In der nachfolgenden Tabelle 1 bilden wir ab, welche Akteursgruppen wir befragt haben.

Tabelle 1: Akteursgruppen Fachgespräche

Akteursgruppe	Fachpersonen/Verbände
Apothekerinnen und Apotheker	<ul style="list-style-type: none">– Kantonsapothekervereinigung– pharmaSuisse– GSASA – Schweizerischer Verein der Amts- und Spitalapotheker
Ärztinnen und Ärzte	<ul style="list-style-type: none">– FMH – Berufsverband der Schweizer Ärztinnen und Ärzte– pädiatrie schweiz– mfe – Verband für die politischen Anliegen der Haus- und Kinderärzte
Drogistinnen und Drogisten	<ul style="list-style-type: none">– Schweizerischer Drogistenverband
Patientinnen und Patienten	<ul style="list-style-type: none">– Stiftung Patientensicherheit Schweiz
Spitäler	<ul style="list-style-type: none">– Universitäre Medizin Schweiz

Akteursgruppe	Fachpersonen/Verbände
Spitex/Pflege	<ul style="list-style-type: none"> - SBK ASI – Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner - Spitex
Versicherer	<ul style="list-style-type: none"> - curafutura - santésuisse

3.2 Online-Befragung

Die Anpassungen bzgl. Medikationsplan betreffen unter anderem Anbieter von Primärsystemen, die bei den verschiedenen Akteursgruppen zur Anwendung gelangen. Diese Anbieter sind bezüglich ihrer Grösse und ihres Angebotsspektrums sehr unterschiedlich. Zudem sind sie nicht innerhalb eines Verbandes organisiert. Aus diesem Grund haben wir potenziell tangierte IT-Unternehmen zu einer kurzen Online-Befragung eingeladen. Konkret handelt es sich um Anbieter von Klinikinformationssystemen (KIS), Praxisinformationssystemen (PIS), Informationssystemen für Apotheken (AIS) sowie Anbieter von Spitex-Informationssystemen und Informationssystemen für Pflegeheime. Manche Unternehmen sind in mehreren Bereichen tätig. Insgesamt wurden 60 IT-Unternehmen angeschrieben. Wir haben total 31 Antworten erhalten, was einem Rücklauf von 52 % entspricht. Einige Unternehmen sind in mehreren Bereichen tätig, sodass sich insgesamt die folgenden Anzahl Antworten ergeben: 7 KIS, 14 PIS, 6 AIS, 7 Anbieter von Spitex- und 6 Anbieter von Pflegeheiminformationssystemen.

3.2.1 Gewichtung

Um präzisere Aussagen zu ermöglichen, gewichten wir die Antworten der befragten Unternehmen bei ausgewählten Fragen mit deren Marktanteil gemäss Eigenangabe. Eine Plausibilitätsprüfung macht deutlich, dass die Summe der ausgewiesenen Marktanteile zum Teil grösser als 100 % ist; die absoluten Zahlen sind daher nicht aussagekräftig. Jedoch gehen wir davon aus, dass die Werte die Relationen der Unternehmen untereinander adäquat abbilden. Zudem haben wir weitere Plausibilitätsprüfungen durchgeführt: Einerseits haben wir selbst Recherchen zu den Marktanteilen vorgenommen. Dies war insbesondere bei den Anbietern von KIS und AIS möglich; das Verhältnis der von den Unternehmen angegebenen Marktanteile korrespondierte mit unseren Recherchen. Des Weiteren haben wir in jedem Bereich (KIS, PIS etc.) das Unternehmen mit dem höchsten Marktanteil auf den Wert des zweithöchsten Marktanteils heruntergewichtet, um den Einfluss von Ausreissern zu untersuchen. Bei den KIS, PIS, AIS und Informationssystemen von Pflegeheimen haben sich die Resultate kaum verändert. Bei den Informationssystemen für Spitex haben die Ausreisser einen grösseren Einfluss, zudem konnten wir die Marktanteile nicht durch Recherchen plausibilisieren. Aus diesem Grund wird bei den Anbietern von Spitex-Informationssystemen auf eine Gewichtung verzichtet.

4. RFA-Prüfpunkte

4.1 Notwendigkeit und Möglichkeit staatlichen Handelns

4.1.1 Problemstellung

Die gleichzeitige Einnahme mehrerer systemisch wirkender Arzneimittel birgt Risiken. Sofern die einzelnen Arzneimittel nicht gut aufeinander abgestimmt sind, kann es zu unerwünschten Nebenwirkungen durch Interaktion der Wirkstoffe kommen («Wechselwirkungen»). Zusätzlich besteht bei einer unvollständigen Arzneimittelanamnese das Risiko der Fehlmedikation. Die sog. Polymedikation² betrifft einen beträchtlichen Teil der Bevölkerung und nimmt mit steigendem Alter zu. Gemäss dem Helsana-Arzneimittelreport 2022, der auf Abrechnungsdaten eines grossen Schweizer Krankenversicherers beruht, waren im Jahr 2021 18.6 % der Bevölkerung von Polymedikation betroffen. Bei Personen über 75 Jahren beträgt der Anteil knapp 60 %.³

Um die beschriebenen Risiken zu verringern, fordert die Vorlage, Patientinnen und Patienten ein Recht auf die Erstellung und Aktualisierung eines Medikationsplans einzuräumen. Die Umsetzung soll durch die Aufnahme eines neuen Art. 26a E-HMG in das Heilmittelgesetz und durch eine spätere Anpassung des Verordnungsrechts erfolgen. Im vorliegenden Entwurf lautet Art. 26a E-HMG wie folgt:

¹ Jede Patientin und jeder Patient kann verlangen, dass bei der Verschreibung, Abgabe oder Anwendung eines Arzneimittels die dafür verantwortliche Person eine Liste der verschriebenen, abgegebenen oder angewendeten Arzneimittel in einem elektronisch lesbaren Format (Medikationsplan) erstellt oder aktualisiert.

² Der Medikationsplan ist der Patientin oder dem Patienten auf Verlangen auf elektronischem Weg oder in Papierform zur Verfügung zu stellen.

³ Der Bundesrat kann bestimmte Personen von der Pflicht zur Erstellung oder Aktualisierung eines Medikationsplans befreien.

⁴ Der Bundesrat regelt die Einzelheiten, insbesondere:

- a. den Inhalt des Medikationsplans;*
- b. die Arten von Arzneimitteln, die in einem Medikationsplan erfasst werden;*

² Helsana definiert Polymedikation (im Original: Polypharmazie) als den Bezug von mindestens 5 unterschiedlichen Arzneimitteln innerhalb von drei Monaten. Im Gegensatz zur Vorlage werden hier allerdings auch Arzneimittel berücksichtigt, die nicht systemisch wirksam sind, wie zum Beispiel Cremes, Salben und Augentropfen. Siehe Helsana (2022), Helsana-Report: Arzneimittel, Kosten auf Rekordhoch, online verfügbar unter: <https://perma.cc/F8AH-EQJ5>, S. 119.

³ Helsana (2022), Helsana-Report: Arzneimittel, Kosten auf Rekordhoch, online verfügbar unter: <https://perma.cc/F8AH-EQJ5>, S. 120.

c. die Anforderungen bezüglich Erstellung und Aktualisierung des Medikationsplans.

Derzeit wird im Parlament die *Motion Stöckli 21.3294* «Erstellen und Bewirtschaften von Medikationsplänen zur Erhöhung der Medikationsqualität und Patientensicherheit von polymorbiden Patientinnen und Patienten» vom 18. März 2021⁴ behandelt, welche die Patientensicherheit weiter stärken soll (siehe Textbox unten).

Unterschied zwischen den beiden Motionen Stöckli

Die bereits angenommene *Motion Stöckli 18.3512* «Recht auf einen Medikationsplan zur Stärkung der Patientensicherheit» vom 13. Juni 2018 fordert, dass Patientinnen und Patienten, welche mehr als drei Arzneimittel nehmen müssen, ein Anrecht auf einen Medikationsplan haben. Derzeit wird im Parlament bereits eine Verschärfung davon behandelt, die «neue» *Motion Stöckli 21.3294* «Erstellen und Bewirtschaften von Medikationsplänen zur Erhöhung der Medikationsqualität und Patientensicherheit von polymorbiden Patientinnen und Patienten» vom 18. März 2021. Sie fordert im Vergleich zur *Motion Stöckli 18.3512* die folgenden Verschärfungen:

- *Verpflichtung*: Medizinische Fachpersonen sollen *verpflichtet* werden, einen Medikationsplan zu erstellen. Die Patientin oder der Patient müsste dies also nicht mehr explizit verlangen.
- *Anzahl Arzneimittel*: In der «alten» *Motion Stöckli 18.3512* war das Anrecht auf einen Medikationsplan ursprünglich nur für Patientinnen und Patienten vorgesehen, welche mindestens *drei* Arzneimittel einnehmen müssen. Diese Restriktion entfällt in der «neuen» *Motion Stöckli 21.3294*; sie wurde auch im Gesetzesvorschlag bereits aufgehoben.
- *Medikationsabgleich*: Per Gesetz oder Verordnung soll vorgeschrieben werden, dass bei Abgabe oder Anwendung von Arzneimitteln mit dem Potenzial für Risiken und unerwünschten Arzneimittelwirkungen einen Medikationsabgleich («Medication Reconciliation») durchzuführen und zu dokumentieren ist.

4.1.2 Handlungsziele

Mit der Vorlage sind folgende Zielsetzungen verbunden:

- *Strukturierte Informationsbereitstellung für medizinische Fachpersonen*: Medizinische Fachpersonen sollen mittels eines elektronischen Medikationsplans die Möglichkeit erhalten, die letztgültige Medikation der Patientin oder des Patienten zu erfassen.
- *Anschaulich aufbereitete Information für Patientinnen und Patienten*: Für Zwecke der Adhärenz und um Fehleinnahmen zu vermeiden, sollen Patientinnen und Patienten dank des

⁴ Stöckli (2021), Motion 21.3294, Erstellen und Bewirtschaften von Medikationsplänen zur Erhöhung der Medikationsqualität und Patientensicherheit von polymorbiden Patientinnen und Patienten, online verfügbar unter: <https://www.parlament.ch/de/ratsbetrieb/suche-curia-vista/geschaeff?AffairId=20213294>.

elektronischen Medikationsplans ermitteln können, welche Arzneimittel sie wann und wie häufig einnehmen sollen.

- *Standardisiertes Austauschformat*: Um zu erreichen, dass elektronische Medikationspläne leistungserbringerübergreifend erstellt und aktualisiert werden können, soll ein standardisiertes Austauschformat vorgeschrieben werden.

Durch diese drei Handlungsziele soll das übergeordnete Ziel der erhöhten Patientensicherheit erreicht werden.

4.1.3 Staatlicher Handlungsbedarf

Referenzszenario

Um die Notwendigkeit eines staatlichen Eingriffs zu prüfen, bedarf es zunächst eines Referenzszenarios. Das Referenzszenario bildet die Situation des in Unterkapitel 4.1.1 skizzierten Problems ab – unter der Annahme, dass keine staatlichen Massnahmen ergriffen werden. Hier gilt es festzuhalten, dass elektronische Medikationspläne bereits heute angeboten werden und verschiedene Primärsystemanbieter diese in ihre Softwarelösungen integriert haben (vgl. Unterkapitel 4.3.3 und 4.3.2). Laut den von uns befragten Expertinnen und Experten erstellen aktuell vor allem die Spitex, Hausärztinnen und -ärzte sowie medizinische Fachpersonen während eines Spitalaufenthaltes Medikationspläne. Es fehlt jedoch ein einheitliches Format (4 Nennungen), ein standardisierter Prozess (4 Nennungen) und die Verteilung von Verantwortlichkeiten (3 Nennungen). Auch eine geeignete digitale Infrastruktur (3 Nennungen) sowie Regelungen zur finanziellen Entschädigung der ausstellenden Leistungserbringer (3 Nennungen) sind aktuell nicht vorhanden. Dies führt dazu, dass Medikationspläne heute oft nicht vollständig sind (3 Nennungen). In Fachgesprächen wurde immer wieder darauf hingewiesen, dass die Frage nicht sei, wie viele Medikationspläne heute ausgestellt werden, sondern wie viele denn auch vollständig und aktuell seien.

Handlungsbedarf

Die Vorlage verfolgt das Ziel, die Probleme bei Polymedikationen durch eine ausdrücklich verankerte Verpflichtung medizinischer Fachpersonen zur Erstellung und Aktualisierung elektronisch lesbarer Medikationspläne auf Verlangen der Patientin zu adressieren. Grundsätzlich ist staatliches Handeln dann angezeigt, wenn ein Marktversagen oder Regulierungsversagen vorliegt oder wenn der Nutzengewinn durch den Schutz des Gemeinwohls die Schmälerung von Individualinteressen überwiegt. Im Einzelnen lässt sich hierzu Folgendes festhalten:

- *Marktversagen*: Da im Schweizer Gesundheitswesen die freie Preisbildung und somit der Preiswettbewerb zwischen einzelnen Leistungserbringern stark eingeschränkt ist, fehlt ein wesentliches Merkmal der marktwirtschaftlichen Organisationsform.⁵

⁵ Leistungserbringer dürfen im Bereich der OKP keine über die partnerschaftlich oder behördlich festgelegten Tarife und Preise hinausgehenden Vergütungen verlangen (Art. 44 Abs. 1 KVG). Unabhängig davon bestehen für Konsumentinnen und Konsumenten nur geringe Anreize, möglichst wenig Kosten zu verursachen, da die Krankenversicherung die Kosten der Leistungserbringung im Regelfall übernimmt (jedenfalls diejenigen Kosten, die Franchise und Selbstbehalt übersteigen) und die eigene Gesundheit ein wertvolles Gut ist.

- *Regulierungsversagen*: Es gibt bereits eine Regulierung zu den Sorgfalts-, Aufklärungs-, Dokumentations- und Rechenschaftspflichten der Medizinalpersonen, um vermeidbare Medikationsfehler zu verhindern. Es gibt allerdings Herausforderungen in der Umsetzung dieser Pflichten (vgl. Unterkapitel 4.2.2).
- *Andere überwiegende öffentliche Interessen*: Ein staatlicher Eingriff könnte schliesslich gerechtfertigt sein, wenn der Nutzensgewinn der Allgemeinheit die Nutzeneinbussen der betroffenen Akteure kompensiert. Der Nutzen durch Medikationspläne entsteht primär bei Patientinnen und Patienten mit Polymedikation, welche als Teilgruppe nicht die Allgemeinheit repräsentieren. Der mögliche Nutzen der Teilgruppe ist wegen der Risiken bei einer Polymedikation jedoch als hoch einzustufen. Zudem kann ein gesamtgesellschaftlicher Nutzensgewinn resultieren, sofern sich das geringere Fehlmedikationsrisiko auch monetär in geringeren Gesundheitskosten niederschlägt. Es lässt sich jedoch nicht belegen, inwiefern Kosteneinsparungen durch Medikationspläne höher sind als die Kosten, die zur Implementierung und Aktualisierung der Medikationspläne aufgewendet werden müssen. Gespräche mit den Fachpersonen deuten darauf hin, dass die Einführung eines Medikationsplans in der Tendenz kostenneutral (4 Nennungen) bis kostensenkend (3 Nennungen) wirkt. Zwei Interviewpersonen weisen darauf hin, dass die Kostenwirkung abhängig von der Umsetzung ist, eine Interviewperson erwartet steigende Kosten.

Zusammenfassend lässt sich Handlungsbedarf aus einem Regulierungsversagen und aus überwiegenden öffentlichen Interessen ableiten.

4.2 Alternative Handlungsoptionen

4.2.1 Vorgeschlagene Massnahmen

Die Vorlage sieht vor, Patientinnen und Patienten das Recht einzuräumen, bei Verschreibung, Abgabe oder Anwendung eines Arzneimittels die Erstellung oder Aktualisierung eines Medikationsplans durch die verantwortliche Fachperson zu verlangen (siehe Unterkapitel 4.1.1). Dieser Anspruch soll gesetzlich verankert werden.

4.2.2 Alternative Regelungen

Unter diesem Aspekt prüfen wir, ob es mildere Regelungen gibt, welche die postulierten Ziele ebenfalls erreichen. Insbesondere legen wir dar, inwieweit bestehende Sorgfalts-, Aufklärungs-, Dokumentations- und Rechenschaftspflichten ausreichen, um den vorgeschlagenen Regelungsinhalt zu erfüllen. Sodann zeigen wir auf, dass eine verstärkte Information der Patientinnen und Patienten und der vereinfachte Zugang zu Patientendaten dazu führen können, dass Patientinnen und Patienten besser über die von ihnen eingenommenen Arzneimittel Bescheid wissen.

Bestehende Sorgfalts-, Aufklärungs-, Dokumentations- und Rechenschaftspflichten

Gemäss Art. 40 lit. a MedBG sind Medizinalpersonen⁶ verpflichtet, ihren Beruf «sorgfältig und gewissenhaft» auszuüben und sich «an die Grenzen der Kompetenzen [zu halten], die sie im Rahmen der Aus-, Weiter- und Fortbildung erworben haben».⁷ Die Sorgfaltspflicht ergibt sich sodann zusätzlich aus Art. 394 Abs. 1 OR, wonach Auftragnehmer die «übertragenen Geschäfte oder Dienste vertragsgemäss zu besorgen» haben. Demnach haben Ärztinnen und Ärzte sowie beratende Apothekerinnen und Apotheker⁸ sorgfältig mit ihrem Wissen und Können darauf hinzuwirken, dass der gewünschte Gesundheitszustand wiederhergestellt wird bzw. erhalten bleibt.⁹ Die gebotene Sorgfalt verlangt, dass medizinische Behandlungen nach dem «anerkannten und gesicherten Stand der medizinischen Wissenschaften» (lex artis bzw. Regeln der ärztlichen oder pharmazeutischen Kunst) vertretbar und sachgemäss sein müssen.¹⁰ Diese Vorgaben zur sorgfältigen Behandlung von Patientinnen und Patienten hält Art. 26 Abs. 1 HMG für die Verschreibung, Abgabe und Anwendung von Arzneimitteln ausdrücklich fest. Weiter ist darauf hinzuweisen, dass medizinische Fachpersonen bereits heute verpflichtet sind, sich vor Verschreibung eines Arzneimittels Kenntnis über den Gesundheitszustand der Patientin bzw. des Patienten zu verschaffen (Art. 26 Abs. 2 HMG).

Des Weiteren müssen insbesondere Ärztinnen und Ärzte als Nebenpflicht ihre Patientinnen und Patienten unaufgefordert über medizinische und therapeutische Aspekte aufklären (vgl. Art. 398 Abs. 2 OR).¹¹ Die ärztliche Aufklärungspflicht verlangt dabei auch, dass Ärztinnen und Ärzte über mögliche Risiken einer Behandlung, Nebenwirkungen eines Arzneimittels oder therapiegerechtes Verhalten informieren.¹² Bei der Abgabe von Arzneimitteln in Originalpackung sind gegebenenfalls Dosierungshinweise oder Einnahmeverordnungen anzugeben (vgl. Ziff. 20.3.4.1 lit. a Regeln der guten Abgabepaxis für Heilmittel). Für die Abgabe von Arzneimitteln hat der Gesetzgeber allfälligen Aufklärungspflichten insofern Rechnung getragen, als dass er Arzneimittel in unterschiedliche Abgabekategorien eingeteilt hat (siehe die Abgabekategorien A, B, D oder E nach Art. 23 HMG i.V.m. Art. 41–44 VAM; siehe Tabelle 2 für eine Übersicht). Gemäss den Art. 41–44 VAM muss je nach Abgabekategorie des Arzneimittels die Anwendung ärztlich überwacht werden (Kategorie A), vor der Abgabe eine Fachberatung erfolgen (Kategorien B und D) oder das Arzneimittel kann frei verkäuflich erworben werden (Kategorie E). Mit den Regeln der guten

⁶ Nach Art. 2 Abs. 1 MedBG gelten Ärztinnen, Zahnärzte, Chiropraktorinnen, Apotheker und Tierärztinnen als Medizinalpersonen.

⁷ Für Gesundheitsfachpersonen, beispielsweise Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner, findet sich eine ähnliche allgemeine Sorgfaltsnorm in Art. 16 lit. a und c GesBG.

⁸ Sofern Apothekerinnen und Apotheker lediglich eine Fachberatung (ohne Arzneimittelverkauf) durchführen, besteht ein Auftragsverhältnis. Verkaufen sie ein Arzneimittel, handelt es sich um einen Kaufvertrag mit der Beratung als Nebenpflicht, wobei an die Pflichterfüllung im Vergleich zu einem Auftragsverhältnis – auch wegen der heilmittelrechtlichen Vorgaben – nicht geringere Anforderungen zu stellen sind. Vgl. Fink (2008), Aufklärungspflicht von Medizinalpersonen (Arzt, Zahnarzt, Tierarzt, Apotheker), Diss. St. Gallen 2008, S. 15 ff., 235 ff.; BGE 140 II 520 E. 3.2 S. 525.

⁹ Vgl. BGE 133 III 121 E. 3.1. S. 124; Aebi-Müller/Fellmann/Gächter/Rütsche/Tag (2016), Arztrecht, Rz. 70 ff. zu § 2; m.w.H. Picecchi (2022), Das Wirtschaftlichkeitsgebot im Krankenversicherungsrecht, Rz. 83 ff.

¹⁰ Statt vieler Urteil des BGER 6B_1031/201 vom 23. März 2017 E. 6.5.2.

¹¹ BGE 117 Ib 197 E. 2a S. 200; Aebi-Müller/Fellmann/Gächter/Rütsche/Tag (2016), Arztrecht, Rz. 101 ff. zu § 2.

¹² BGE 116 II 519 E. 3 S. 521 ff.; vgl. Urteil des BGER 4A_365/2014, 4A_371/2014 vom 5. Januar 2015 E. 9, insbesondere E. 9.2.

Abgabepaxis gibt es schliesslich eine kodifizierte lex artis, die bei der Abgabe und Anwendung von Arzneimitteln zu beachten ist.¹³

Tabelle 2: Übersicht Abgabekategorien von Arzneimitteln

Abgabekategorie	Verschreibungspflicht	Abgabe
A verschärft verschreibungs- pflichtige Arzneimittel	auf ärztliche oder tierärztliche Verschreibung	einmalig unter ärztlicher Überwachung der Anwendung
B verschreibungspflichtige Arzneimittel	auf ärztliche oder tierärztliche Verschreibung ausnahmsweise ohne Verschrei- bung; durch Apotheker (Art. 24 Abs. 1 lit. a Ziff. 1 HMG i.V.m. Art. 45 VAM)	nach Fachberatung
D Arzneimittel mit Abgabe nach Fachberatung	ohne ärztliche oder tierärztliche Verschreibung	nach Fachberatung
E frei verkäufliche Arzneimittel	ohne ärztliche oder tierärztliche Verschreibung	frei verkäuflich

Schliesslich besteht aufgrund des Vertragsverhältnisses zwischen Ärzteschaft bzw. beratender Apothekerschaft und Patientinnen oder Patienten auch eine Rechenschaftspflicht (vgl. Art. 400 Abs. 1 OR). Demnach müssen die Medizinalpersonen auf Verlangen der Patientinnen und Patienten über alles informieren, was für diese von Relevanz sein kann.¹⁴ Als notwendige Voraussetzung für die Erfüllung der Rechenschaftspflicht müssen Ärztinnen und Ärzte Behandlungen vollständig dokumentieren, wobei dies sämtliche wesentlichen medizinischen Fakten umfassen muss.¹⁵ Bei ärztlich verordneten Arzneimitteln ist zwingend ein Patientendossier anzulegen, welches insbesondere alle verordneten Arzneimittel aufführen muss (Ziff. 20.3.4.3 Regeln der guten Abgabepaxis für Heilmittel). Des Weiteren sind die Abgabe des verordneten Arzneimittels durch die zuständige Medizinalperson zu kontrollieren und die Kontrolle sowie eine allfällige Doppelkontrolle zu dokumentieren (Ziff. 20.3.4.4 Regeln der guten Abgabepaxis für Heilmittel).

Gemäss des angedachten Art. 26a E-HMG kann jede Patientin und jeder Patient verlangen, «dass bei der Verschreibung, Abgabe oder Anwendung eines Arzneimittels die dafür verantwortliche Person eine Liste der verschriebenen, abgegebenen oder angewendeten Arzneimittel in einem elektronisch lesbaren Format (Medikationsplan) erstellt oder aktualisiert». Dieser sog. Medikationsplan ist auf Wunsch elektronisch oder in Papierform zur Verfügung zu stellen (Art. 26a Abs. 2 E-HMG). Mit dieser neuen Bestimmung würde der Gesetzgeber eine spezifische Aufklärungs- und

¹³ Kantonsapothekervereinigung Schweiz (2009), Regeln der Guten Abgabepaxis für Heilmittel, Version 1, online verfügbar unter: <https://perma.cc/7PDR-4794>.

¹⁴ Aebi-Müller/Fellmann/Gächter/Rütsche/Tag (2016), Arztrecht, Rz. 109 zu § 2.

¹⁵ Statt vieler BGE 141 III 363 E. 5.1 S. 365 f.

Dokumentationspflicht festhalten. Die Pflicht geht in materieller Hinsicht allerdings nicht über bestehende Regelungen bzw. Verpflichtungen hinaus. Behandelnde Ärztinnen und Ärzte sowie beratende Apothekerinnen und Apotheker¹⁶ haben bereits heute zu erfragen, welche Arzneimittel eine Patientin oder ein Patient einnimmt. Nur so lassen sich allfällige Wechselwirkungen erkennen und vermeiden (Erfüllung der Sorgfaltspflicht). Sodann ist die Abgabe verschreibungspflichtiger Arzneimittel in der Patientenakte zu dokumentieren (Erfüllung der Rechenschafts- und Dokumentationspflicht). Auf Verlangen der Patientin oder des Patienten hat die behandelnde medizinische Fachperson schliesslich über die verschriebenen, abgegebenen oder angewendeten Arzneimittel Auskunft zu geben. Zudem muss sie auch ohne besondere Aufforderung über die Details zur Anwendung und allfällige Risiken – insbesondere Wechselwirkungen – informieren (Erfüllung der Aufklärungspflicht).

In formeller Hinsicht führt die geplante Gesetzesänderung dazu, dass die medizinischen Fachpersonen den Medikationsplan zwingend in einem elektronisch lesbaren Format erstellen oder aktualisieren müssen und ihn auf Wunsch auch in digitaler Form abzugeben haben. Dies führt gleichzeitig zu einem besseren Informationsaustausch zwischen den verschiedenen Fachpersonen. Diese Vorteile in formeller Hinsicht liessen sich jedoch auch ohne die vorgeschlagene Gesetzesänderung umsetzen – es bestehen jedenfalls keine rechtlichen Hindernisse, bereits heute einen Medikationsplan in der vorgeschlagenen Form anzubieten.

Bessere Information der Patientinnen und Patienten

Für die Patientinnen und Patienten stellt es eine Herausforderung dar, aus den obengenannten Pflichten konkrete Rechte abzuleiten. Sind Patientinnen und Patienten bezüglich ihrer Rechte – insbesondere des Rechts auf Aufklärung und des Rechts auf Rechenschaft – besser informiert, kann dies zu einer besseren Wahrnehmung dieser Rechte führen. Patientinnen und Patienten erhalten dadurch eine bessere Übersicht über die von ihnen eingenommenen Arzneimittel. Des Weiteren werden sie eher darauf bestehen, dass ihre Arzneimittelhistorie erfasst wird und dass bei jeder Verschreibung eine aktualisierte Liste ihrer Arzneimittel erstellt wird. Als Konsequenz lassen sich Arzneimittelwechselwirkungen und Ähnliches reduzieren.

In einem ersten Schritt sind Patientinnen und Patienten folglich besser bzw. stärker über die ihnen zustehenden Rechte zu informieren. Dies ist insbesondere für ältere Patientengruppen oder Patientinnen und Patienten mit einer Polymedikation besonders sinnvoll. Eine ausdrückliche gesetzliche Verankerung des Anrechts auf einen Medikationsplan allein ändert an der Informationslage der Patientinnen und Patienten allerdings nichts.

Vereinfachter Zugang zu Patientendaten

Ein einfacher und leistungserbringerübergreifender Zugang zu Patientendaten, wie beispielsweise ein elektronisches Patientendossier (EPD), kann dazu beitragen, Komplikationen aufgrund mehrerer Arzneimittel und deren Wechselwirkungen zu reduzieren oder gänzlich zu vermeiden. Dank eines elektronischen Patientendossiers können sich medizinische Fachpersonen einen umfassenden Überblick über die Medikationsgeschichte machen (Kontinuität der Behandlung).

¹⁶ Bei beratenden Apothekerinnen und Apothekern gilt es zu beachten, dass diese üblicherweise viel stärker auf die Informationen der Patientinnen und Patienten angewiesen sind, um sie adäquat beraten und aufklären zu können.

Informationen über die verschriebenen Arzneimittel lassen sich zentral und für alle involvierten Fachpersonen und die Patientin bzw. den Patienten speichern und aktualisieren. Durch den Zugriff auf diese Informationen können potenzielle Wechselwirkungen zwischen verschiedenen Arzneimitteln besser erkannt und geeignete Massnahmen ergriffen werden, um Komplikationen zu verhindern.

Grundsätzlich wäre durch das EPD bereits heute ein einfacher Zugang zu Patientendaten möglich. Das elektronische Patientendossier ist heute jedoch noch weit von einer flächendeckenden Umsetzung entfernt. Daher kann der beschriebene Wirkungsmechanismus heute noch nicht realisiert werden. Der Gesetzgeber strebt aber eine bessere Abdeckung mit dem elektronischen Patientendossier an.¹⁷ Ein Medikationsplan liesse sich ggf. im Rahmen dieser Bestrebungen auf freiwilliger Basis flächendeckend einführen.

Umsetzungsvariante: Einschränkung auf Apotheken

In den Fachgesprächen wurde eine alternative Regulierungsausgestaltung angesprochen: Das Anrecht auf einen Medikationsplan könnte auf die Abgabe und Anwendung – ohne Verschreibung – der Arzneimittel eingeschränkt werden. In Kantonen ohne Selbstdispensation würden somit Apothekerinnen und Apotheker die Erstellung und Aktualisierung des Medikationsplanes übernehmen, um die Ärzteschaft zu entlasten. Sieben der befragten Fachpersonen unterstützen diese Regulierungsvariante voll oder mit Vorbehalten. Für die Regulierungsvariante spricht die Ausbildung der Apothekerinnen und Apotheker (5 Nennungen), welche auf die Wirkung von Arzneimitteln spezialisiert sind.

Gegen diese Regulierungsvariante wurden die folgenden Gründe genannt: Die Verantwortung soll bei der Hausärztin oder beim Hausarzt sein (4 Nennungen). Zudem vergrössere sich die Problematik, dass den Apotheken nicht die vollständigen Krankenakten vorliegen würden (2 Nennungen) und sie ausschliesslich Informationen zu den Arzneimitteln, die in dieser Apotheke abgegeben wurden, abrufen könnten (3 Nennungen). Als Bedingung für die Übertragung dieser Kompetenz auf die Apotheken wird von drei Expertinnen und Experten genannt, dass die Rückkopplung zur verschreibenden Ärztin oder zum verschreibenden Arzt weiterhin gewährleistet bleiben muss.

Zwischenfazit

Die bestehenden vorgeschriebenen Sorgfalts-, Rechenschafts-, Dokumentations- und Aufklärungspflichten decken die vorgeschlagenen Normen in materieller Hinsicht bereits ab. Damit Patientinnen und Patienten ihr Recht auf Aufklärung und Rechenschaft seitens der behandelnden Personen auch wirklich wahrnehmen, bedarf es besserer Information. Auch der Einsatz des elektronischen Patientendossiers entfaltet noch nicht die gewünschte Wirkung. Das elektronische Patientendossier ist heute noch weit von einer flächendeckenden Umsetzung entfernt. Dieses Defizit wird mit der laufenden EPDG-Revision angegangen. Der Medikationsplan könnte als (freiwilliger) Teil des EPD eingeführt werden. Diese möglichen Handlungsalternativen lassen sich ohne

¹⁷ Mit der umfassenden Revision des EPDG soll die Verbreitung des elektronischen Patientendossiers gestärkt werden. Bei Abgabe des vorliegenden Berichts befand sich die Vorlage zur EPDG-Revision in der Vernehmlassung.

Gesetzesanpassung umsetzen. Die alternative Regelung betreffend Einschränkung des Anrechts auf Abgabe und Anwendung der Arzneimittel war in den Fachgesprächen umstritten.

4.3 Auswirkungen auf die einzelnen gesellschaftlichen Gruppen

Die untersuchte Vorlage wirkt sich auf verschiedene gesellschaftliche Gruppen in unterschiedlichem Umfang aus. Basierend auf den Fachgesprächen und auf der Dokumentenanalyse beschreiben wir nachfolgend im Einzelnen, welche Wirkungen zu erwarten sind. Um die Relevanz der Auswirkungen einzuordnen, präsentieren wir in Tabelle 3 zunächst ein Mengengerüst der betroffenen Akteursgruppen. Wo immer möglich versuchen wir, Betroffene im weiteren Sinne so einzugrenzen, dass nur Akteure abgebildet sind, die tatsächlich in relevantem Umfang von der vorgeschlagenen Gesetzesrevision tangiert werden (Betroffene im engeren Sinne). Vielfach ist dies aber aufgrund mangelnder Datenverfügbarkeit nicht möglich.

Tabelle 3: Mengengerüst Relevante Akteursgruppen

Akteursgruppe	Betroffen im weiteren Sinne	Betroffen im engeren Sinne
Patientinnen und Patienten	Gesamtbevölkerung	6.4 Mio. Personen, welche im Jahr 2021 mindestens ein Arzneimittel bezogen haben ¹⁸
Spitäler	276 Spitäler und Kliniken (Stand 2021) ¹⁹	
Ärztinnen und Ärzte	40'002 Ärztinnen und Ärzte davon sind 17'922 im Spitalsektor und 21'440 im Praxissektor tätig ²⁰	38'168 Ärztinnen und Ärzte, die regelmässig Arzneimittel verschreiben ²¹
Apothekerinnen und Apotheker	22'212 Beschäftigte (davon 27 % Apothekerinnen) ²² , 1'819 öffentliche Apotheken ²³	
Drogistinnen und Drogisten	Ca. 4'300 Beschäftigte	

¹⁸ Helsana (2022), Helsana-Report: Arzneimittel, Kosten auf Rekordhoch, online verfügbar unter: <https://perma.cc/F8AH-EQJ5>, S. 119.

¹⁹ BAG (2023), Kennzahlen der Schweizer Spitäler 2021, online verfügbar unter: <https://perma.cc/84GM-S7HL>; BAG (2023), Statistik der obligatorischen Krankenversicherung, online verfügbar unter: <https://perma.cc/DW2J-V87G>, S. 1.

²⁰ FMH (2023), FMH-Ärzttestatistik 2022, online verfügbar unter: <https://perma.cc/PJ5B-CRZU>.

²¹ Ausschluss folgender Fachrichtungen: Pathologie, Radiologie, Arbeitsmedizin, Rechtsmedizin, physische Medizin und Rehabilitation, Prävention und Gesundheitswesen.

²² Die beiden grössten Gruppen der übrigen Beschäftigten sind Pharma-Assistentinnen (42 %) und Lernende (14 %).

²³ pharmaSuisse – Schweizer Apothekerverband (2021), Fakten und Zahlen, Schweizer Apotheken 2021, online verfügbar unter: <https://perma.cc/LS2Z-MPZB>, S. 9, 15.

Akteursgruppe	Betroffen im weiteren Sinne	Betroffen im engeren Sinne
	Ca. 500 Drogerien ²⁴	
Spitex/Pflege ²⁵	71'575 Pflegefachfrauen und -männer im Spital ²⁶ 59'176 Beschäftigte bei der Spitex ²⁷ 67'286 (VZÄ) Pflegefachfrauen und -männer in Alters- und Pflegeheimen ²⁸	
Anbieter von Primärsystemen	Ca. 60 Unternehmen, die KIS, PIS, AIS und/oder Informationssysteme für Drogerien oder die Spitex anbieten.	Ca. 40 Unternehmen ²⁹
Versicherer	50 Unternehmen ³⁰	

4.3.1 Patientinnen und Patienten

Patientinnen und Patienten profitieren gemäss den befragten Fachpersonen von einer Stärkung des Anrechts auf einen Medikationsplan: Die Gesetzesänderung erhöhe die Patientensicherheit, biete einen besseren Überblick über die einzunehmenden Arzneimittel und schaffe so die Grundlage, die Adhärenz zu erhöhen und Fehleinnahmen zu vermindern. Auf der anderen Seite profitieren Patientinnen und Patienten von einer erhöhten Behandlungsqualität, da ihre behandelnden medizinischen Fachpersonen besser informiert sind.

Der Nutzen eines Medikationsplan sei grösser, je vollständiger der Plan ist. Zur Vollständigkeit eines Medikationsplans trägt auch die Patientin oder der Patient selbst bei, indem sie oder er die medizinischen Fachpersonen offen über sämtliche Arzneimittel informiert, die eingenommen werden. Die in der neuen Motion Stöckli (vgl. Unterkapitel 4.1.1) geforderte Option, dass Patientinnen und Patienten den Zugriff auf den Plan oder die Ansicht auf gewisse Arzneimittel für einzelne medizinische Fachpersonen einschränken können, erschwert das Ziel eines vollständigen

²⁴ Schweizerischer Drogistenverband (2022), Die Drogerie, Deshalb braucht es die Drogerie, online verfügbar unter: <https://perma.cc/TR4B-FUQH>, S. 6, 17.

²⁵ Für detailliertere Zahlen nach Ausbildungsstufe, siehe Obsan (2021) Gesundheitspersonal in der Schweiz – Nationaler Versorgungsbericht 2021, online verfügbar unter: <https://perma.cc/G6YV-TYM5>.

²⁶ BAG (2023), Kennzahlen der Schweizer Spitäler 2021, online verfügbar unter: <https://perma.cc/84GM-S7HL>, S. 9.

²⁷ Spitex Schweiz (2022), Zahlen und Fakten, online verfügbar unter: <https://perma.cc/JUC2-L5BR>.

²⁸ BFS (2022), Beschäftigung und Berufe im Gesundheitsbereich, online verfügbar unter: <https://perma.cc/7SRW-QLY9>.

²⁹ Betroffen sind Unternehmen, welche noch keinen Medikationsplan anbieten, der die Anforderungen des Austauschformats «Medication Card document» erfüllt. Dies trifft zu auf 20 der 31 Unternehmen, welche die Online-Befragung beantwortet haben. Falls es keine systematischen Verzerrungen in der Teilnahmewahrscheinlichkeit gegeben hat, wären somit rund 40 der 60 Unternehmen betroffen.

³⁰ BAG (2023), Statistik der obligatorischen Krankenversicherung, online verfügbar unter: <https://perma.cc/DW2J-V87G>, S.32.

Medikationsplans. Die Beurteilung der Option, einzelne Arzneimittel gewissen medizinischen Fachpersonen nicht anzeigen zu lassen, fällt in den Fachgesprächen kritisch aus (4 Nennungen). Die Patientinnen und Patienten sollen über die Datensicherheit aufgeklärt werden, da die Vollständigkeit beispielsweise in Notfallsituationen entscheidend sein kann (2 Nennungen).

Sodann können Patientinnen und Patienten den Medikationsplan nur gewinnbringend nutzen, wenn sie ihn korrekt interpretieren können. Eine möglichst intuitive Darstellung (3 Nennungen) und die adressatengerechte Aufbereitung (Einzelnennung) der Daten sind laut Fachpersonen eine wichtige Bedingung hierfür. In der Rolle der erklärenden Person sehen die Expertinnen und Experten die verschreibende oder abgebende Person (5 Nennungen). Sollte ein Medikationsplan ohne Erklärung nicht verständlich sein, wäre dies keine zielführende Entwicklung, so eine Meinung in den Fachgesprächen.

Im Rahmen der Digital Trend Survey 2022 der FMH wurde die Bevölkerung zu Ihrer Kenntnis von digitalen Dienstleistungen zur Nachsorge befragt. Der grossen Mehrheit der Bevölkerung (80 %) ist das Anrecht auf einen Medikationsplan nicht bekannt.³¹

4.3.2 Medizinische Fachpersonen

Das Anrecht auf einen Medikationsplan wirkt sich bei den medizinischen Fachpersonen auf bestehende Arbeitsprozesse und Verantwortlichkeiten aus. Der Aufwand für medizinische Fachpersonen ist abhängig davon, zu welchem Zeitpunkt und von wem ein Medikationsplan erstellt bzw. aktualisiert werden soll. Insgesamt geht die Mehrzahl der befragten Fachpersonen davon aus, dass ein Medikationsplan mit einer zusätzlichen Arbeitsbelastung einhergeht (7 Nennungen). Zwei Personen rechnen mit einer Entlastung, zwei geben an, dass die Beurteilung abhängig von der konkreten Ausgestaltung ist.

Acht Expertinnen und Experten sind der Meinung, dass alle Medizinalpersonen die Verantwortung für diejenigen Arzneimittel übernehmen müssen, die sie verschreiben. Die Hauptverantwortung wird von vier Expertinnen und Experten dem Hausarzt zugeschrieben und drei befragte Personen erachten es als wichtig, dass grundsätzlich eine Person im Lead ist. Die Zusammenarbeit zwischen den medizinischen Fachpersonen wird sich nach Einschätzung der Expertinnen und Experten tendenziell zum Positiven verändern (ohne Einschränkung: 4 Nennungen; abhängig von der konkreten Ausgestaltung: 3 Nennungen; keine Verbesserung: 2 Nennungen). Als Prämissen für eine Verbesserung wurden unter anderem die Vollständigkeit des Medikationsplans und die Definition eines standardisierten Formats genannt. Gegen eine Verbesserung spricht, dass die Möglichkeiten, einen Medikationsplan zu erstellen und zu aktualisieren, bereits heute bestehen. Auch sei die Wirkung auf die Vermeidung von Doppel- oder Fehlmedikationen sowie eine Verbesserung der Patientenversorgung beschränkt, tangiere aber nicht die Zusammenarbeit.

Spitäler

Können Fehlmedikationen durch einen Medikationsplan reduziert werden, könnten Spitäler weniger Hospitalisierungen verzeichnen, die auf eine Fehlmedikation zurückzuführen sind. Die Umsetzung der neuen Regulierungen in bestehende Prozesse in den Spitälern sollte im Rahmen von

³¹ FMH (2022), Digital Trends Survey 2022, online verfügbar unter: <https://perma.cc/UN9N-Q9ZE>, S. 17.

Qualitätsbemühungen überprüft werden. Im Zusammenhang dieser Umsetzung können für die Spitäler Investitionskosten anfallen, abhängig von der Implementierung des Medikationsplans in ihre bisher verwendeten Informationssysteme und Prozesse.

Ärztinnen und Ärzte

Ärztinnen und Ärzte werden durch die neue Regelung potenziell mehr Medikationspläne erstellen und aktualisieren müssen. Beides ist mit zeitlichem Aufwand verbunden. Der Aufwand für die erstmalige Erstellung eines Medikationsplans und der damit verbundenen Anamnese wird von einer Interviewperson auf bis zu 30–40 Minuten geschätzt. Dieser hohe zeitliche Aufwand kann damit begründet werden, dass bei einem Erstkontakt ein erheblicher Aufwand anfallen kann, die aktuelle Medikation abzufragen und -klären (insbesondere bei älteren Patientinnen und Patienten). Für die Aktualisierung des Plans würden einige Minuten benötigt werden (3 Nennungen).

Besonders im ambulanten Bereich sind die Grundversorger auf Berichte von Spezialistinnen oder Spezialisten oder Spitälern angewiesen. Aktuell komme es in der Zusammenarbeit mehrerer medizinischer Fachpersonen zu Verzögerungen beim Datenaustausch, beispielsweise nach einem Spitalaufenthalt. Bei Rückfragen seitens Patienten fehle es der Hausärztin oder dem Hausarzt an einer Informationsgrundlage. Mit einem Medikationsplan sollen Informationen zur Medikation zeitnaher und vollständiger beim Grundversorger (Hausärztin oder Hausarzt) vorliegen. Im stationären Bereich profitieren Ärztinnen und Ärzte davon, dass sie insbesondere bei einem Spital- eintritt weniger Abklärungen treffen müssen, wenn die vollständige Medikation einer Patientin oder eines Patienten in einem standardisierten Medikationsplan erfasst ist.

Die Anfangsinvestitionen für die erforderliche digitale Infrastruktur würden im ambulanten Bereich besonders hoch ausfallen, so die befragten Expertinnen und Experten. Dabei ist jedoch zu beachten, dass einige der ambulant tätigen Medizinalpersonen nicht über eine ausreichend digitalisierte Infrastruktur verfügen und dadurch gewisse Berufspflichten nicht mehr erfüllen können. So führt z.B. ein Viertel der ambulant tätigen Ärzteschaft die Krankengeschichte ihrer Patientinnen und Patienten nach wie vor auf Papier.³² Es gibt aber auch Ärztinnen und Ärzte, welche bereits heute mit einem Medikationsplan arbeiten: Im Jahr 2022 haben 11 % der ambulant tätigen Ärzteschaft bereits einen elektronischen Medikationsplan angeboten (wobei unklar ist, ob sie den Medikationsplan standardmässig oder nur in gewissen Fällen erstellen).³³ Für sie wird die Gesetzesänderung keinen oder nur einen geringen Investitionsaufwand bedeuten.

Apothekerinnen und Apotheker

Apotheken sind im Rahmen ihrer Sorgfaltspflichten bereits heute dazu angewiesen, bei der Abgabe von Arzneimitteln allfällige Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln der Patientin oder des Patienten zu überprüfen. Dabei sind Apothekerinnen und Apotheker auf Informationen der Patientinnen und Patienten angewiesen. In der Regel liegen ihnen nur Informationen über diejenigen Arzneimittel vor, welche die Person bereits in ihrer Apotheke gekauft hat. Die

³² FMH (2022), Digital Trends Survey 2022, online verfügbar unter: <https://perma.cc/UN9N-Q9ZE>, Seite 38.

³³ FMH (2022), Digital Trends Survey 2022, online verfügbar unter: <https://perma.cc/UN9N-Q9ZE>, S. 17.

Gesetzesänderung kann folglich dazu führen, dass die Apotheken vollständigere und aktuellere Medikationspläne erhalten.

Apotheken werden unter dem Anrecht auf einen Medikationsplan auch in der Pflicht stehen, einen solchen Plan erstellen und aktualisieren zu können. Da die meisten Informationssysteme der Apotheken bereits über die Option verfügen, einen (mit den technischen Anforderungen kompatiblen) Medikationsplan zu bearbeiten, ist von geringen Investitionskosten auszugehen (vgl. Unterkapitel 4.5).

Drogistinnen und Drogisten

Drogerien sind im Bereich der Selbstmedikation, Komplementärmedizin, Gesundheits- und Schönheitspflege tätig.³⁴ Die Auswirkungen der Gesetzesänderung auf die Drogistinnen und Drogisten sind davon abhängig, welche Arzneimittel auf dem Medikationsplan aufgelistet werden sollen und welche Anforderungen an die verantwortlichen Personen gelten. Die Aufgaben der Drogistinnen und Drogisten können sich deshalb von einer reinen Anwendung eines Medikationsplans als Informationsinstrument bis hin zur Erstellung und Aktualisierung eines Medikationsplanes erweitern. Die Verantwortlichkeiten müssen in diesem Bereich noch festgelegt werden.

Mögliche Herausforderungen zeigen sich demzufolge im Bereich der Vergütung und beim Erstellen des Medikationsplans. Gemäss einer der befragten Fachpersonen muss beachtet werden, dass Drogerien nicht nach KVG abrechnen können und potenzielle Kosten selbst tragen müssten, soweit sie nicht anderweitig abgegolten werden. Weiter kann die Aufnahme von individualisierten Mischungen auf den Medikationsplan durch Standardisierungen von Einträgen (z.B. Zugriff auf einen Katalog) erschwert werden.

Spitex/Pflege

Ein Medikationsplan bietet der Spitex und dem Pflegepersonal einen besseren Überblick und mehr Informationen zur Medikation einer Patientin oder eines Patienten. Für das Pflegepersonal der Spitex stellt ein Medikationsplan laut Expertenaussagen in den Fachgesprächen im besten Fall eine Entlastung dar, da weniger individuelle Abklärungen bei den verordnenden Fachpersonen getätigt werden müssten. Viele ambulante Pflegedienste und stationäre Pflegeabteilungen nutzen heute für die Betreuung ihrer Patientinnen und Patienten bereits einen Medikationsplan (siehe Unterkapitel 4.3.3).

In den Fachgesprächen wurde die Frage diskutiert, inwieweit die Spitex Kompetenzen und Verantwortlichkeiten im Bereich des Medikationsplans erhalten soll. Der Hintergrund dieser Frage ist, dass die Spitex eine zentrale Rolle in der Pflege von älteren Menschen einnimmt. Sie verschafft sich einen Überblick über alle Verordnungen und tätigt Abklärungen. Beispielsweise zeigt eine Studie, dass die Spitex oft nur unzureichende Informationen über die Medikation einer Person vorfindet, wenn sie die Person nach einem Spitalaufenthalt zum ersten Mal besuchen.³⁵ Fünf Fachpersonen äussern sich grundsätzlich positiv über den Vorschlag, dass auch der Spitex

³⁴ Schweizerischer Drogistenverband (2023), Gesundheit als Anspruch und Beruf, online verfügbar unter: <https://perma.cc/4P2L-4AQ6>.

³⁵ Meyer-Masseti/Hofstetter/Hedinger-Grogg/Meier/Guglielmo (2018), Medication-related problems during transfer from hospital to home care: baseline data from Switzerland, in: *Int J Clin Pharm* 2018/40, online verfügbar unter: <https://doi.org/10.1007/s11096-018-0728-3>.

gewisse Kompetenzen übertragen werden sollen. Dabei könnte es sich um den Zugang zum Medikationsplan (2 Nennungen) oder das Kommentieren des Medikationsplans (4 Nennungen) handeln. Unterschiedliche Ansichten gibt es bei der Beurteilung, ob ein vollständiger Medikationsplan ohne Interaktionscheck besser sei als ein möglicherweise unvollständiger Medikationsplan, der auf Interaktionen geprüft wurde. Gegen die Übertragung von Kompetenzen auf die Spitex spricht die weniger umfassende Ausbildung der betroffenen Fachpersonen, die beispielsweise nicht zu einem Interaktionscheck befähigt sind. Im Idealfall soll der Medikationsplan bereits bei den verschreibenden Fachpersonen erstellt und aktualisiert werden, damit die Spitex den Plan nur noch befolgen muss.

Eine Gesetzesanpassung zu «Advanced Practitioner» im Rahmen eines Pilotprojekts im Kanton Waadt erlaubt es Pflegefachpersonen mit einem Abschluss in MSc in Nursing, gewisse Arzneimittel zu verschreiben. Solche neuen Rollen von Pflegefachpersonen können das ärztliche Personal entlasten und sollten bei der Zuschreibung von Verantwortlichkeiten bezüglich des Medikationsplans mitgedacht werden.³⁶

4.3.3 Anbieter von Primärsystemen

Ein Anrecht auf einen digitalen Medikationsplan seitens der Patientinnen und Patienten führt dazu, dass medizinische Fachpersonen eine Softwarelösung benötigen, welche Medikationspläne erstellen, einlesen, modifizieren und exportieren kann. Anbieter von Primärsystemen haben somit einen starken Anreiz, eine entsprechende Funktion anzubieten.

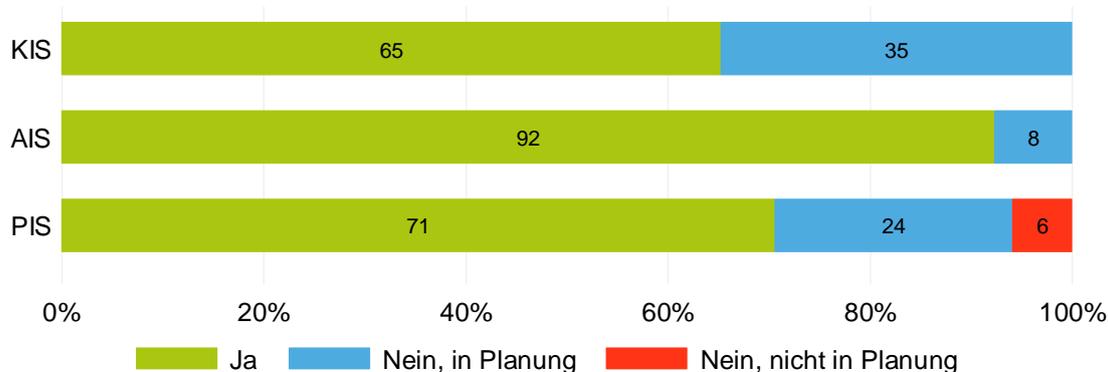
Bereits heute sind die meisten Primärsysteme in der Lage, Medikationspläne zu erstellen, einzu-lesen, zu modifizieren und zu exportieren. Abbildung 1 zeigt, dass zwei Drittel der in Spitälern verwendeten KIS dazu in der Lage sind; bei Apotheken und Arztpraxen liegt der Anteil jeweils noch höher. Nur 6 % der Anbieter von Informationssystemen für Arztpraxen planen aktuell keine Integration von Medikationsplänen. Auch bei Spitex und Pflegeheimen ist die Integrationsfähigkeit überwiegend bereits gegeben (siehe Tabelle 5 in Anhang A).

Weiter müssen Anbieter von Primärsystemen die vorgeschriebenen Austauschformate und Standards einhalten (vgl. Unterkapitel 4.5) und Schnittstellen zur Interoperabilität gewährleisten. Die Gewährleistung des Datenschutzes und wie dieser den Patientinnen und Patienten vermittelt werden kann, ist ein wichtiger Punkt beim Medikationsplan und wurde in sechs Fachgesprächen angesprochen und diskutiert.

³⁶ Für weitere Informationen zum Berufsprofil der Pflegefachpersonen mit erweiterten Kompetenzen, vgl. Schlunegger/Aeschlimann/Zumstein-Shaha (2022), PRiMA – Advanced Practice Nurse in der Primärversorgung, Evaluation im Auftrag von Gesundheitsförderung Schweiz, online verfügbar unter: <https://perma.cc/BXG4-2Z9J>; unimedsuisse (2022), Arbeitspapier zur Entwicklung eines Berufsprofils «Nurse Practitioner», online verfügbar unter: <https://perma.cc/UTX3-UD8Y>.

Abbildung 1: Medikationsplan bereits heute im Informationssystem

Kann das Produkt, das Sie den Gesundheitseinrichtungen anbieten, bereits heute einen Medikationsplan einlesen, modifizieren und exportieren?



Anmerkungen: Befragt wurden die Anbieter von Klinikinformationssystemen («KIS»), die Anbieter von Informationssystemen für Apotheken («AIS») sowie die Anbieter von Praxisinformationssysteme («PIS») für Arztpraxen im ambulanten Bereich. Die Antworten wurden mit dem Marktanteil der Anbieter gewichtet. Bei den PIS beträgt die dargestellte Summe aufgrund von Rundungsdifferenzen 101 %. Anzahl Antworten: 7 KIS, 6 AIS und 14 PIS. Quelle: Online-Befragung.

4.3.4 Versicherer

Die Auswirkungen auf die Versicherer sind insbesondere abhängig davon, ob und wie der entstehende Mehraufwand vergütet wird.³⁷ Sechs Fachpersonen waren der Meinung, dass die Aufwände für Erstellung und Aktualisierung des Medikationsplans zusätzlich abgegolten werden müssen. Als Grund für die Anpassung der Vergütung werden von den Fachpersonen die Investitionen in die Infrastruktur (4 Nennungen) und die «Überlastung» bestehender Tarifpositionen (2 Nennungen) genannt. Zudem wurde das Argument geäußert, dass die Schaffung einer neuen Tarifposition dazu beiträgt, die zusätzlichen Arbeitsschritte zur Erstellung und Aktualisierung eines Medikationsplanes «sichtbar» zu machen – dadurch erhöhe sich die Transparenz gegenüber den Versicherern.

Bei einer effizienten und zielführenden Umsetzung der Motion muss dies für die Versicherer unter dem Strich nicht unbedingt eine Kostenzunahme bedeuten. Den höheren Kosten der Erstellung und Aktualisierung stehen kostensparende Entwicklungen, wie z.B. weniger Hospitalisationen aufgrund von Fehlmedikation, gegenüber.³⁸

³⁷ Bei der Beurteilung der Vergütung gilt es zu beachten, dass Drogerien nicht über die OKP abrechnen und deshalb potenzielle Mehrkosten grösstenteils selbst tragen müssten, sofern keine anderweitige Vergütung implementiert wird.

³⁸ Gemäss der Stiftung Patientenschutz Schweiz erfolgen jährlich 20'000 Hospitalisationen aufgrund von Fehlmedikationen (siehe Kunz, Medikamente: Wenn Pillen töten statt heilen, in: Luzerner Zeitung vom 12. November 2015, online verfügbar unter: <https://perma.cc/LS6D-3HBF>). Der Autorenschaft der vorliegenden Studie sind keine Zahlen bekannt, wie viele dieser Hospitalisationen auf Wechselwirkungen zurückzuführen und damit vom Medikationsplan primär tangiert sind.

4.3.5 Bilanz der Auswirkungen

In Tabelle 4 stellen wir die vorgängig diskutierten Auswirkungen übersichtsartig dar. Es sind hier vorrangig Auswirkungen abgebildet, welche die überwiegende Mehrheit der befragten Expertinnen und Experten so bestätigt hat oder welche aus anderen Gründen unstrittig sind.

Den Hauptnutzen eines Medikationsplans sehen fünf der befragten Fachpersonen in einer besseren Übersicht für Patientinnen und Patienten sowie in einer verbesserten Zusammenarbeit zwischen den medizinischen Fachpersonen. Sodann lassen sich Wechselwirkungen vermindern, was auch medizinischen Fachpersonen hilft (zwei der befragten Personen sahen den Mehrwert nur auf Seite der Patienten, drei sahen ihn nur auf Seiten der medizinischen Fachpersonen).

Tabelle 4: Übersicht Auswirkungen auf Akteursgruppen

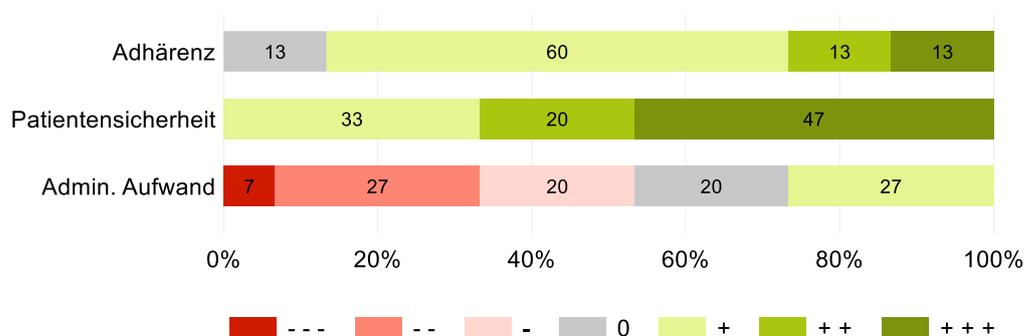
Akteursgruppe	Auswirkungen
Anbieter von Primärsystemen (KIS, PIS, AIS etc.)	<ul style="list-style-type: none"> – Implementierung eines Medikationsplans – Gewährleistung einer Schnittstelle für Zwecke der Interoperabilität – Unterstützung eines einheitlichen Austauschformates (z.B. «Medication Card document») – Gewährleistung des Datenschutzes
Apothekerinnen und Apotheker	<ul style="list-style-type: none"> – Erstellen und Aktualisieren von Medikationsplänen – Potenziell besserer Überblick über die Medikation einer Patientin oder eines Patienten
Ärztinnen und Ärzte	<ul style="list-style-type: none"> – Erstellen und Aktualisieren von Medikationsplänen – Potenziell besserer Überblick über die Medikation einer Patientin oder eines Patienten
Drogistinnen und Drogisten	<ul style="list-style-type: none"> – Erstellen und Aktualisieren von Medikationsplänen
Patientinnen und Patienten	<ul style="list-style-type: none"> – Potenziell Verringerung des Risikos von Fehlmedikation – Potenziell Verringerung des Risikos unerwünschter Interaktionen zwischen Wirkstoffen – Besserer Überblick und Information zur eigenen Medikation – Erhöhung der Adhärenz
Spitäler	<ul style="list-style-type: none"> – Überwachung der Prozesse – Weniger Hospitalisierungen aufgrund von geringerem Fehlmedikations-Risiko
Spitex/Pflege ³⁹	<ul style="list-style-type: none"> – Besserer Überblick und Information zur Medikation einer Patientin/ eines Patienten – Weniger Abklärungen und Rückfragen bei Ärzteschaft notwendig
Versicherer	<ul style="list-style-type: none"> – Mehrkosten bei Kostenübernahme für Erstellung und Aktualisierung der Medikationspläne – Kosteneinsparpotenzial durch geringeres Fehlmedikations-Risiko

In der Gesamtbeurteilung (siehe Abbildung 2) wird deutlich, dass die Mehrzahl der befragten Expertinnen und Experten von einer Verbesserung der Adhärenz und der Patientensicherheit

³⁹ Für detailliertere Zahlen nach Ausbildungsstufe, siehe Obsan (2021) Gesundheitspersonal in der Schweiz – Nationaler Versorgungsbericht 2021, online verfügbar unter: <https://perma.cc/G6YV-TYM5>.

ausgeht. Demgegenüber meinen aber über die Hälfte der befragten Personen, dass sich der administrative Aufwand vergrössern wird.

Abbildung 2: Gesamtbeurteilung Akteursgruppen



Anmerkungen: «+++» steht für eine starke Verbesserung, «0» steht für keine Veränderung und «- - -» steht für eine starke Verschlechterung. Bei Adhärenz und administrativem Aufwand beträgt die dargestellte Summe aufgrund von Rundungsdifferenzen 99 % bzw. 101 %. *Quelle:* Fachgespräche (N=15).

4.4 Auswirkungen auf die Gesamtwirtschaft

Die Gesetzesänderung hat Auswirkungen auf die Digitalisierung des Gesundheitssystems. Die geplante Massnahme setzt die Primärsoftwareanbieter (Unterkapitel 4.3.1) und die medizinischen Fachpersonen besonders im ambulanten Bereich (Unterkapitel 4.3.2) unter Druck, die neuen digitalen Standards zu erfüllen. Die digitale Entwicklung, die durch die Einführung eines Medikationsplans angestossen wird, wird von zwei Fachpersonen aber auch als Chance gesehen. Eine unbeabsichtigte Auswirkung dieses Digitalisierungsdrucks besteht darin, dass einige der nicht digitalisierten Ärztinnen und Ärzte früher in Pension gehen und so den Fachkräftemangel verstärken könnten. Drei Fachpersonen beurteilen jedoch die Einführung eines digitalen Medikationsplans ohne ein funktionierendes EPD als nicht sinnvoll und nicht zukunftsfähig.

Wie in Unterkapitel 4.1.1 ausgeführt, birgt Polymedikation medizinische Risiken (insbesondere im Bereich Wechselwirkungen), deren Folgen zu hohen Kosten im Gesundheitssystem führen können. Eine Mehrheit der Fachpersonen ist der Meinung, dass die ausdrückliche Verankerung eines Anrechts auf einen Medikationsplan diese Risiken senken wird, wodurch Gesundheitskosten eingespart werden können. Je flächendeckender und verpflichtender der Medikationsplan eingesetzt werde, desto höher die Wirkung. Kostensenkend soll auch eine nachhaltigere Medikation wirken (3 Nennungen). Damit ist gemeint, dass durch einen Medikationsplan Arzneimittel bewusster verschrieben werden, wodurch weniger Arzneimittel abgegeben werden und so die Behandlungsqualität steigt und Kosten gespart werden können. Eine Person führte aus, dass dies insbesondere im Bereich der dauerhaft eingenommenen Arzneimittel ein Problem darstellt, da diese zu wenig oft auf ihre Notwendigkeit überprüft werden. Fehlmedikationen, die kostensparend wirken (3 Nennungen), können je nach Expertenschätzung durch die Implementierung eines Medikationsplans um 10–50 % reduziert werden.

In den Fachgesprächen wurde mehrfach erwähnt, dass die Zusammenarbeit und der Informationsfluss zwischen medizinischen Fachpersonen oft eine Herausforderung darstelle. Der Medikationsplan sei genau für diese Schnittstellen ein geeignetes Instrument (7 Nennungen). Dieses

Potenzial sei aber abhängig von der technischen Umsetzung.⁴⁰ Sieben Fachpersonen sind der Meinung, dass eine optimale Umsetzung mit der angedachten Heilmittelgesetzrevision derzeit nicht gegeben sei und die Massnahme deshalb zu Mehraufwand führen werde.

Der Medikationsplan führt gesamtwirtschaftlich zu Kosten in den Bereichen Infrastruktur und Digitalisierung. Es sind aber auch Kosteneinsparungen möglich, und zwar durch eine bessere Adhärenz der Patientinnen und Patienten, eine verminderte Fehlmedikation sowie durch eine reduzierte Abgabe von Arzneimitteln. In der Gesamtbilanz wird die digitale Umsetzung von vier Fachpersonen als entscheidender Faktor genannt, ob es gesamtwirtschaftlich zu Mehrkosten oder Kosteneinsparungen kommen wird. Die unerwünschten Auswirkungen und weiteren Herausforderungen (vgl. auch Unterkapitel 4.5) sind teilweise nicht-finanzieller Natur und schwer in der Abwägung zu berücksichtigen.

4.5 Zweckmässigkeit im Vollzug

Ob die Vorlage möglichst einfach und wirksam umgesetzt werden kann, hängt unter anderem von der Klarheit der rechtlichen Ausgestaltung, der Gewährung ausreichend langer Übergangsfristen, begleitenden Informationsdokumenten und dem Einbezug bereits existierender technischer Lösungen ab.

Standardisiertes Austauschformat

Die Nutzung eines Standards wie «Medication Card document» ist grundsätzlich geeignet, die Implementierung zu erleichtern.⁴¹ Sämtlichen Anbietern der KIS-, Spitex- und Pflegeheiminformationssystemen ist bewusst, dass für das EPD verbindliche Austauschformate zur Förderung der Interoperabilität definiert werden. Bei den Anbietern der Informationssysteme für Apotheken und Arztpraxen liegt der Anteil bei rund 90 %.

Die meisten KIS, AIS und PIS, die einen Medikationsplan integriert haben, erfüllen die Anforderungen des Austauschformats «Medication Card document» bereits (vgl. Abbildung 3). Bei den verbleibenden Anbietern der KIS und PIS ist der Medikationsplan grossmehrheitlich erst in Planung. Die Mehrheit der verbleibenden AIS-Anbieter hat bereits einen Medikationsplan, der den Anforderungen des Medication Card document aber noch nicht entspricht, wobei dies in Planung sei. Diese Zahlen stehen im Einklang mit einer Umfrage der Berner Fachhochschule.⁴²

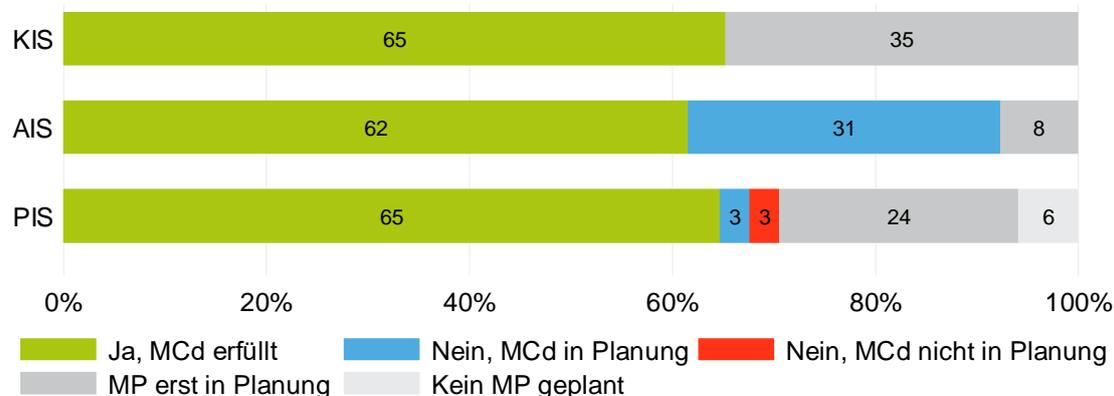
⁴⁰ Diese Erkenntnis deckt sich mit der Fallstudie von Bugnon et al. (2021) zu einem Pilotprojekt in der Schweiz. Die Integration eines Medikationsplans in bestehende Informationssysteme und Prozesse wird darin als entscheidenden Erfolgsfaktor beurteilt. Bugnon/Geissbuhler/Bischoff/Bonnabry/von Plessen (2021), Improving primary care medication processes by using shared electronic medication plans in Switzerland: lessons learned from a participatory action research study, in: JMIR Form Res 2021/5(1:e22319), online verfügbar unter: <https://doi.org/10.2196/22319>.

⁴¹ Ab 1. Juni 2023 wird mit Inkraftsetzung des revidierten Anhangs 4 EPDV-EDI das erste Austauschformat der eMedikation festgelegt, das ermöglicht, Medikationsdaten für einen Medikationsplan nach national einheitlichen Vorgaben in einem definierten strukturierten Format («Medication Card document») im elektronischen Patientendossier (EPD) abzulegen. Das Austauschformat des eMedikationsplans ist im Einklang mit dem Standard «Medication Card document».

⁴² Ilosvay/Ressnig/Valeri/Wälti (2021), FHIR® in der Schweiz, online verfügbar unter: <https://perma.cc/F5PG-M8QF>.

Abbildung 3: Erfüllung der Anforderungen des «Medication Card document»

Erfüllt Ihr Produkt [der Medikationsplan (MP)] die Anforderungen an das Austauschformat «Medication Card document» (MCd) bereits?



Anmerkungen: Befragt wurden die Anbieter von Klinikinformationssystemen («KIS»), die Anbieter von Informationssystemen für Apotheken («AIS») sowie die Anbieter von Praxisinformationssysteme («PIS») für Arztpraxen im ambulanten Bereich. Die Antworten wurden mit dem Marktanteil der Anbieter gewichtet. Bei den AIS und PIS beträgt die dargestellte Summe aufgrund von Rundungsdifferenzen 101 %. Anzahl Antworten: 7 KIS, 6 AIS und 14 PIS. Quelle: Online-Befragung.

Die Anbieter der Informationssysteme für Pflegeheime, welche einen Medikationsplan integriert haben, erfüllen die Anforderungen des «Medication Card document» bereits. Bei den Anbietern von Spitex-Informationssystemen gibt es einen Anbieter, der die Anforderungen nicht erfüllt und dies auch nicht plant (vgl. Tabelle 6 in Anhang A).

Umfang des Medikationsplans

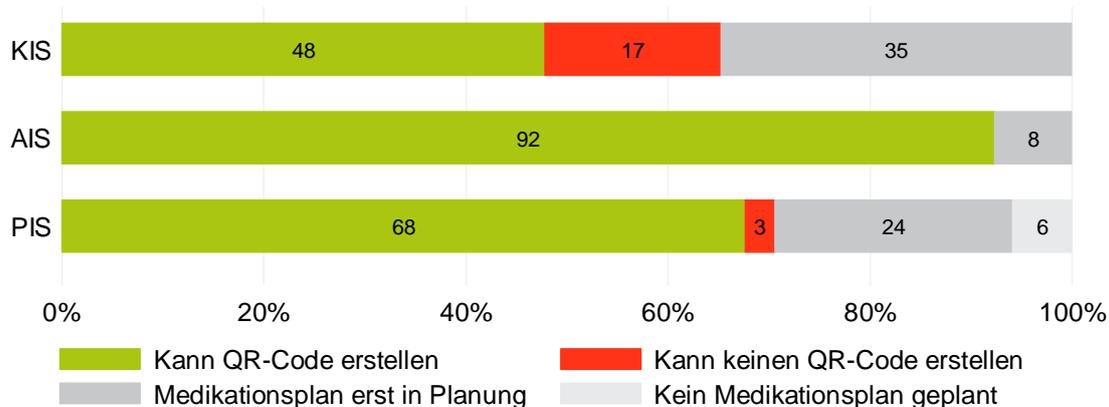
Die Mehrzahl der befragten Expertinnen und Experten plädiert dafür, dass ausnahmslos alle Arzneimittel (Kategorien A, B, D und E) auf einem Medikationsplan aufgeführt werden sollen (6 Nennungen). Zwei Personen können sich Ausnahmen für die Kategorien D und E vorstellen. Zwei Personen halten es für sinnvoll, die Aufnahmespflicht abhängig von der Regelmässigkeit der Einnahme zu machen.

Übermittlungswege

Sofern Patientinnen oder Patienten und/oder Ärztinnen oder Ärzte nicht über Zugang zur EPD-Infrastruktur verfügen, stellt sich die Frage nach dem geeigneten Übermittlungsweg. Sechs der befragten Expertinnen und Experten können sich eine Abgabe des Medikationsplans an die Patientinnen und Patienten auf Papier vorstellen, wobei der ausgedruckte Medikationsplan einen QR-Code enthalten soll, sodass eine weitere medizinische Fachperson ihn wieder elektronisch einlesen kann. Kritisch ist hier allerdings, dass sich so die Aktualität des Medikationsplans nicht überprüfen lässt. Bei den meisten Informationssystemen, die bereits einen Medikationsplan integriert haben, ist es möglich, einen QR-Code auf einem Medikationsplan zu erstellen (vgl. Abbildung 4).

Abbildung 4: Verbreitung QR-Code

Kann mit Ihrem Produkt ein QR-Code auf einem Medikationsplan erstellt und mittels externer Geräte (z. B. Smartphone oder Barcode-Scanner) eingelesen werden?



Anmerkungen: Befragt wurden die Anbieter von Klinikinformationssystemen («KIS»), die Anbieter von Informationssystemen für Apotheken («AIS») sowie die Anbieter von Praxisinformationssysteme («PIS») für Arztpraxen im ambulanten Bereich. Die Antworten wurden mit dem Marktanteil der Anbieter gewichtet. Bei den PIS beträgt die dargestellte Summe aufgrund von Rundungsdifferenzen 101 %. Anzahl Antworten: 7 KIS, 6 AIS und 14 PIS. Quelle: Online-Befragung.

Von den Spitex-Informationssystemen, welche die Online-Befragung ausgefüllt haben und einen Medikationsplan integriert haben, können vier eher kleine Anbieter einen QR-Code erstellen, während der Anbieter mit dem grössten Marktanteil noch keinen QR-Code erstellen kann. Bei den Anbietern von Systemen für Pflegeheime sind die Antworten gemischt (vgl. Tabelle 7 in Anhang A).

Die Anbieter der Informationssysteme wurden weiter gefragt, wie sie die Praktikabilität der QR-Code Lösung für die Schnittstelle zwischen digital und Papier beurteilen. 17 Anbieter erachten den QR-Code als gute Lösung, die restlichen 14 Anbieter gaben an, die Praktikabilität hänge von der technischen Spezifikation ab und könne ohne genauere Informationen nicht beurteilt werden.

Weitere mögliche Übermittlungswege: Drei Personen sprechen sich für die PIN-geschützte Speicherung des Medikationsplan auf der Versichertenkarte aus, eine Person für eine Übertragung mittels Health Info Net (HIN). Insgesamt ist die Mehrheit der befragten Personen der Meinung, dass die Übermittlung des Medikationsplans auch ohne Anbindung an das elektronische Patientendossier möglich sein sollte (7 ja, 3 nein).

Weitere Herausforderungen

In zwei Fachgesprächen wurde die Ausgestaltung der neuen Aufgaben im Bereich der behördlichen Aufsicht diskutiert: Die Umsetzung des Medikationsplans soll für medizinische Fachpersonen bewilligungsrelevant und entsprechende Sanktionen formuliert werden. Eine Überprüfung der Umsetzung könnte durch Inspektionen bei Apotheken mit einem geringen Mehraufwand verbunden sein. Mit dem «Medication Card document» wurde auch bereits ein erster Schritt in Richtung einheitliche Standards gemacht, die von den Behörden, laut einer weiteren Fachperson, vorgeschrieben werden müssen.

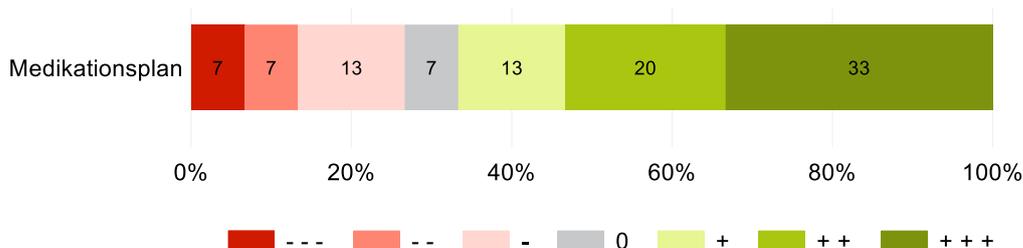
Zusätzlich wurden in den Fachgesprächen die folgenden Punkte hervorgehoben:

- Durch den Medikationsplan soll keine Parallelstruktur zum EPD entwickelt werden. Die Umsetzung des EPDs soll bei der Implementierung des Medikationsplans mitgedacht werden.
- Der Medikationsplan könne die Verwechslungsgefahr zwischen Rezept und Medikationsplan erhöhen.
- Es bestehe das Risiko, dass durch die angedachte Freiwilligkeit zu wenige Medikationspläne ausgestellt werden, so dass es in der Praxis zu keiner Änderung gegenüber dem Status quo kommt.

5. Fazit

Polymedikation ist insbesondere bei älteren Personen weit verbreitet. Durch die ausdrückliche Verankerung des Rechts auf einen Medikationsplan soll die Patientensicherheit bei den betroffenen Personen erhöht werden. In den Fachgesprächen war man sich einig, dass das Anrecht auf einen Medikationsplan tatsächlich dazu beiträgt, die Patientensicherheit zu stärken. Kritisch wurde vor allem der administrative Aufwand betrachtet, den eine entsprechende Gesetzesänderung nach sich zieht. Unter Berücksichtigung aller diskutierten Aspekte wird die ausdrückliche Verankerung eines Anrechts auf einen Medikationsplan von 66 % als Verbesserung im Vergleich zum Status quo beurteilt (vgl. Abbildung 5). Mehrfach wurde aber betont, dass die Wirkung stark von der konkreten Umsetzung und vom Grad der Digitalisierung der medizinischen Fachpersonen abhängig sei.

Abbildung 5: Gesamtbeurteilung Medikationsplan



Anmerkungen: «+++» steht für eine starke Verbesserung, «0» steht für keine Veränderung und «---» steht für eine starke Verschlechterung. *Quelle:* Fachgespräche (N=15).

A. Weitere Auswertungen

A.1 Informationssysteme der Spitex und von Pflegeheimen

Tabelle 5: Medikationsplan bereits heute im Informationssystem, Spitex und Pflegeheime

Anbieter	Ja	In Planung	Nicht in Planung
Spitex (Marktanteil ≤ 20 %)	4	0	1
Spitex (Marktanteil > 20 %)	1	0	1
Pflegeheime (Marktanteil ≤ 20 %)	1	1	1
Pflegeheime (Marktanteil > 20 %)	3	0	0

Tabelle 6: Medikationsplan erfüllt Anford. an Medication Card document, Spitex/Pflegeh.

Anbieter	Ja	In Planung	Nicht in Planung	Hat noch keinen Medikationsplan
Spitex (Marktanteil ≤ 20 %)	3	0	1	1
Spitex (Marktanteil > 20 %)	1	0	0	1
Pflegeheime (Marktanteil ≤ 20 %)	1	0	0	2
Pflegeheime (Marktanteil > 20 %)	3	0	0	0

Tabelle 7: Verbreitung QR-Code, Spitex und Pflegeheime

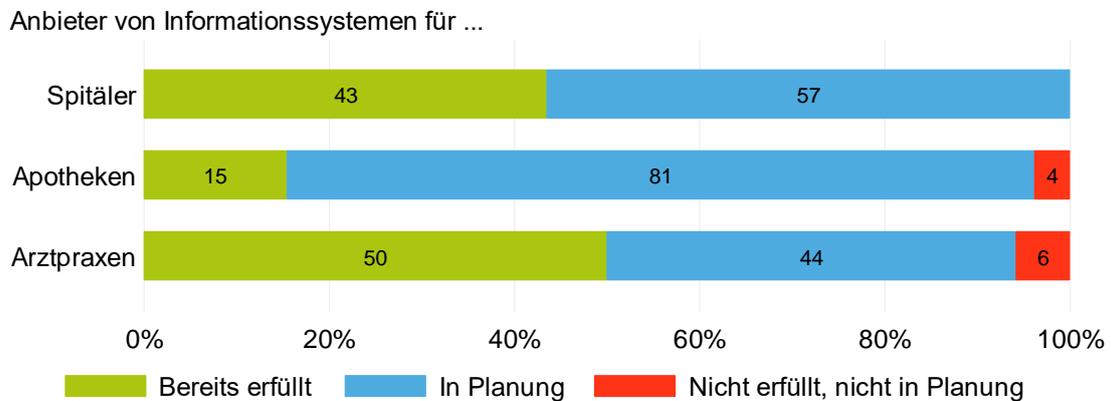
Anbieter	Kann QR-Code erstellen	Kann keinen QR-Code erstellen
Spitex (Marktanteil ≤ 20 %)	4	0
Spitex (Marktanteil > 20 %)	0	1
Pflegeheime (Marktanteil ≤ 20 %)	1	0
Pflegeheime (Marktanteil > 20 %)	2	1

A.2 HL7 FHIR Standard

Das Austauschformat «Medication Card document» basiert auf dem sogenannten HL7 FHIR Standard. Knapp die Hälfte der KIS und PIS verwendet nicht nur beim Medikationsplan, sondern im Allgemeinen strukturierte Daten in Form vom technischen Format FHIR (vgl. Abbildung 6). Bei den Apotheken ist es hingegen so, dass die meisten Informationssysteme den HL7 FHIR Standard noch nicht im Allgemeinen verwenden, dies aber planen.

Abbildung 6: Verbreitung HL7 FHIR Standard

Das Austauschformat «Medication Card document» basiert auf dem sogenannten HL7 FHIR Standard. Verwendet Ihr Produkt im Allgemeinen strukturierte Daten in Form vom technischen Format FHIR?



Anmerkungen: Die Antworten wurden mit dem Marktanteil der Anbieter gewichtet. Anzahl Antworten: 7 KIS, 6 AIS und 14 PIS. *Quelle:* Online-Befragung.

Bei den Informationssystemen der Spitex und den Pflegeheimen ist der HL7 FHIR Standard noch weniger verbreitet, er wird von rund der Hälfte der befragten Unternehmen erfüllt (vgl. Tabelle 3).

Tabelle 8: HL7 FHIR Standard erfüllt, Spitex und Pflegeheime

Anbieter	Ja	In Planung	Nicht in Planung
Spitex (Marktanteil ≤ 20 %)	2	0	3
Spitex (Marktanteil > 20 %)	2	0	0
Pflegeheime (Marktanteil ≤ 20 %)	1	1	1
Pflegeheime (Marktanteil > 20 %)	2	0	1

B. Übersicht Fachgespräche

Tabelle 9: Übersicht Fachgespräche

Akteursgruppe	Verband/Vertretene Institution	Fachperson	Funktion
Apothekerinnen und Apotheker	Kantonsapothekervereinigung	Dr. Stephan Luterbacher	Vorstand, Kantonsapotheker Kanton Luzern
	Kantonsapothekervereinigung	Marie-Christin Grouzmann	Vorstand, Kantonsapothekerin Kanton Waadt
	pharmaSuisse	Dr. Ulrich Schaefer	Vorstand
	GSASA - Schweizerischer Verein der Amts- und Spitalapotheker	Dr. Monika Lutters	Vorstandsmitglied, Ressort Informationssysteme; Chefapothekerin KSA
Ärztinnen und Ärzte	FMH - Berufsverband der Schweizer Ärztinnen und Ärzte	Dr. Yvonne Gilli	Präsidentin, Leiterin Politik und Kommunikation
	IG eMediplan	Prof. Dr. Sven Streit	Co-Präsident, Hausarzt, BIHAM Universität Bern
	pädiatrie schweiz	Dr. Philipp Jenny	Präsident; Praxispädiater
	mfe - Verband für die politischen Anliegen der Haus- und Kinderärzte	Dr. Michael Bagattini	Vorstandsmitglied; Ressort Informatics & eHealth
Drogistinnen und Drogisten	Schweizerischer Drogistenverband	Andrea Ullius	Mitglied der Geschäftsleitung, Leiterin Politik und Branche
Patientinnen und Patienten	Stiftung Patientensicherheit Schweiz	Dr. Annemarie Fridrich	Geschäftsleiterin
Spitäler	Universitäre Medizin Schweiz	Dr. Sabine Thomas	Stv. Geschäftsführerin; Wissenschaftliche Mitarbeiterin
Spitex/Pflege	SBK ASI – Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner	Maria Rosa Joller	Fachverantwortung Finanzierung
	Spitex	Esther Bättig	Wissenschaftliche Mitarbeiterin

Akteursgruppe	Verband/Vertretene Institution	Fachperson	Funktion
			Grundlagen und Entwicklung; Fokus Pflegeprozesse und pflegfachliche Themen
Versicherer	curafutura	Dr. Andreas Schiesser	Projektleiter Pharma und Arzneimittel
	santésuisse	Marianne Eggenberger Furer; Patrick Walter	Projektleiterin Arzneimittel/HTA; Projektleiter Arzneimittel

C. Fragebögen

C.1 Fragebogen Online-Befragung

Medikationsplan

Ausgangslage: Neu sollen Patientinnen und Patienten ein Anrecht haben, einen elektronischen oder gedruckten Medikationsplan zu erhalten, sofern sie drei oder mehr Arzneimittel gleichzeitig einnehmen (Umsetzung der Motion Stöckli 18.3512). Die Medikationspläne sollen elektronisch auf den IT-Systemen (Primärsystemen) der Gesundheitseinrichtungen erstellt und verwaltet werden. Der Medikationsplan kann der Patientin oder dem Patienten elektronisch übermittelt oder auf Papier ausgehändigt werden.

Frage 1: Kann das Produkt, das Sie den Gesundheitseinrichtungen anbieten, bereits heute einen Medikationsplan einlesen, modifizieren und exportieren?

- Ja.
- Nein, aber ist in Planung.
- Nein, und es ist derzeit nicht in Planung.

Frage 2: Ab 1. Juni 2023 wird mit in Kraftsetzung von Ausgabe 2 Anhang 4 EPDV-EDI das erste Austauschformat der eMedikation aufgenommen, das ermöglicht, Medikationsdaten für einen Medikationsplan nach national einheitlichen Vorgaben in einem definierten strukturierten Format (Medication Card document) im elektronischen Patientendossier (EPD) abzulegen.

Ist Ihnen bewusst, dass für das EPD verbindliche Austauschformate zur Förderung der Interoperabilität definiert werden?

Ergänzender Hinweis: Das Austauschformat vom eMediplan ist im Einklang mit dem Standard "medication card document".

- Ja
- Nein

Frage 3: Erfüllt Ihr Produkt die Anforderungen an dieses Austauschformat (Medication Card document) bereits?

Ergänzender Hinweis: Falls Sie das Austauschformat vom eMediplan implementiert haben, wird der Standard "medication card document" automatisch erfüllt.

- Ja, unser Produkt erfüllt diese Anforderungen bereits.
- Nein, aber es ist in Planung/Entwicklung, dass auch unser Produkt diese Anforderungen erfüllt.
- Nein, und es ist nicht in Planung.

Frage 4: Das Austauschformat Medication Card document basiert auf dem sogenannten HL7 FHIR Standard. Verwendet Ihr Produkt im Allgemeinen strukturierte Daten in Form vom technischen Format FHIR?

- Ja.
- Nein, aber ist in Planung.
- Nein, und es ist nicht in Planung.

Frage 5: Um eine Schnittstelle zwischen digital und Papier anzubieten, wird in der Motion die Umsetzung mittels eines **QR-Codes** gefordert. Kann mit Ihrem Produkt ein QR-Code auf einem Medikationsplan erstellt und mittels externer Geräte (z. B. Smartphone oder Barcode-Scanner) eingelesen werden?

- Ja
- Nein

Frage 6: Wie beurteilen Sie die Praktikabilität dieser QR-Code Lösung?

- Ich finde das eine gute Lösung für diese Schnittstelle.
- Ich finde das **keine** gute Lösung für diese Schnittstelle.
- Die Praktikabilität hängt von der technischen Spezifikation ab und kann ohne genauere Informationen nicht beurteilt werden.

Frage 7: Wo sehen Sie die grösste Herausforderung bei der Integration eines *interoperablen* Medikationsplans in Ihrem Produkt?

- Wir sehen keine Probleme.
- Einheitliches Dokumentformat (elektronisch, Papier) des Medikationsplans
- Übermittlung
- Standardisiertes Austauschformat des Medikationsplans
- Fehlende Rechtssicherheit bezüglich der Standards
- Datenschutz von personalisierten Daten
- Organisation der Datenablage (zentral/dezentral)
- Autorisierung (Wer hat Zugriff auf die Daten?)
- Authentifizierung (Wie hat man Zugriff auf die Daten?)
- Fehlende finanzielle Anreize
- Zu kleine Nachfrage auf dem Markt
- Weitere: _____

Frage 8: Wie hoch schätzen Sie die Entwicklungskosten, damit ein Medikationsplan von Ihrer Softwarelösung eingelesen, modifiziert und exportiert werden kann?

Frage 9: Wie wird sich der Preis ihres Produkts durch die Entwicklung eines Medikationsplans verändern?

- Preis steigt.
- Preis bleibt constant.
- Preis sinkt.
- Weiss nicht.

Frage 10: Gibt es zusätzliche Hindernisse bei der Entwicklung, Implementierung und Übermittlung eines Medikationsplans in Ihrer Softwarelösung?

Über Sie

Frage 1: In welchen Bereichen sind Sie tätig?

- KIS für Spitäler
- Informationssystem für Apotheken
- Informationssystem für Arztpraxen
- Informationssystem für Spitex-Organisationen
- Informationssystem für Drogerien
- Informationssystem für Pflegeheime
- Weitere:: _____

Frage 2: Wie hoch schätzen Sie Ihren Marktanteil in den von Ihnen angegebenen Bereichen?

	0– 10 %	11– 20 %	21– 30 %	31– 40 %	41– 50 %	51– 60 %	61– 70 %	71– 80 %	81– 90 %	91– 100 %
KIS für Spitäler	<input type="radio"/>									
Informationssystem für Apotheken	<input type="radio"/>									
Informationssystem für Arztpraxen	<input type="radio"/>									
Informationssystem für Spitex-Organisationen	<input type="radio"/>									
Informationssystem für Drogerien	<input type="radio"/>									
Informationssystem für Pflegeheime	<input type="radio"/>									

Frage 3: Möchten Sie noch weitere Anmerkungen machen?

C.2 Gesprächsleitfaden Fachgespräche

1. Einstieg

Frage 1: Zur Ausgangslage: Inwieweit gibt es heute bei Patientinnen und Patienten mit Poly-medikation Probleme? Was sind typische Situationen? Wie häufig tritt diese Problematik auf?

Frage 2: Inwieweit ist ein Medikationsplan geeignet, um diesen Problemen zu begegnen?

Frage 3: Wie oft werden Medikationspläne bereits heute verlangt und ausgestellt?

Frage 4: Welche Hindernisse bestehen heute beim Erstellen / Übermitteln / Anwenden von Medikationsplänen?

Frage 5: Bereits heute gibt es eine Pflicht für Ärztinnen und Apotheker, eine Medikationsanamnese durchzuführen, wenn sie ein Arzneimittel verschreiben / abgeben.

- Wie reagieren Medizinfachpersonen heute, wenn Sie ein Arzneimittel verschreiben / abgeben möchten, das eine Wechselwirkung mit einem anderen Arzneimittel der Patientin hat?
- Inwieweit würde der Medikationsplan die Zusammenarbeit verschiedener Medizinfachpersonen verändern?

2. Rollen und Verantwortlichkeiten

Frage 6: Eine Möglichkeit wäre, dass der Medikationsplan noch nicht bei der Verschreibung, sondern erst bei der Abgabe erstellt wird. In den Kantonen ohne Selbstdispensation wären die Apotheken davon betroffen. Dies hat verschiedene Vorteile (u.a. Entlastung von Ärzten, Kompetenzerweiterung von Apotheker, die ja ohnehin die Spezialisten im Bereich Arzneimittel sind). Inwieweit begrüssen Sie diese Idee? Worin sehen Sie auch Nachteile?

Frage 7: Wer soll für die Vollständigkeit und Aktualität des Medikationsplans verantwortlich sein? In Kantonen mit Selbstdispensation: Darf eine Augenärztin eine Änderung bei einem Arzneimittel anbringen, das die Hausärztin verschrieben hat? Bspw. wenn die Patientin sagt, dass sie es nicht mehr nimmt (verfrühter Abbruch durch die Patientin selbst)?

Frage 8: Polymedikation betrifft v.a. ältere Menschen. Würden Sie es begrüssen, wenn auch die Spitex den Auftrag erhalten würde, den Medikationsplan zu aktualisieren?

3. Unterschied zwischen den beiden Motionen Stöckli

Die bereits angenommene Motion 18.3512 von Herrn Ständerat Stöckli fordert, dass Patientinnen und Patienten, welche mehr als drei Arzneimittel nehmen müssen, ein Anrecht auf einen Medikationsplan haben. Derzeit wird im Parlament bereits eine Verschärfung davon, die «neue» Motion Stöckli 21.3294 behandelt: Sie fordert, dass medizinische Fachpersonen *verpflichtet* werden, einen Medikationsplan zu erstellen. Zudem soll *jede* Medikation in einem Medikationsplan erfasst werden; somit entfällt die Restriktion auf Patientinnen und Patienten, welche mindestens *drei* Arzneimittel einnehmen müssen. Zudem soll per Gesetz oder Verordnung vorgeschrieben werden, dass bei Abgabe oder Anwendung von Arzneimitteln mit dem Potenzial für Risiken und

unerwünschten Arzneimittelwirkungen einen Medikationsabgleich durchzuführen und zu dokumentieren ist.

Frage 9: Wie beurteilen Sie die Verschärfung, dass neu eine *Verpflichtung* (statt einem Anrecht seitens der Patientin) gelten soll?

- Kosten-Nutzen bzgl. Patientensicherheit?
- Aufwand für die Ärztin / Apothekerin?
- Wie könnte man es regeln, wenn eine Patientin **aus Datenschutzgründen explizit** kein Medikationsplan (oder: keine Aktualisierung des Medikationsplans bei einem bestimmten Arzneimittel) möchte?
- Weitere Vor-/Nachteile?

Frage 10: Wie beurteilen Sie die Verschärfung, dass neu bereits ab *einem* (statt ab drei) Arzneimittel ein Medikationsplan erstellt werden muss?

Frage 11: Wie beurteilen Sie die Verschärfung, dass neu eine Pflicht zu einem *Medikationsabgleich* bei Abgabe oder Anwendung von Arzneimitteln gelten soll? Ändert sich damit in der Praxis etwas?

4. Ausnahmen

Frage 12: Soll es für bestimmte Arzneimittel Ausnahmen geben, sodass sie nicht im Medikationsplan aufgeführt werden müssen? Bspw. nach Arzneimittelkategorie?

Bemerkung: Motion Stöckli 18.3512 spricht nur von «systemischen Arzneimitteln», Motion Stöckli 21.3294 von «Arzneimittel der Abgabekategorien A bis D mit dem Potenzial für Risiken und unerwünschten Arzneimittelwirkungen».

5. Regelung im EPDG

Frage 13: Eine alternative Regulierungsmöglichkeit wäre, den Medikationsplan im Rahmen des EPDG zu regeln. Welche Vor- und Nachteile sehen Sie in dieser Alternative?

6. Übermittlung

Frage 14: Welche Übermittlungswege sind in den folgenden Fällen am geeignetsten?

- Patient und Arzt haben ein EPD (auch wenn man den Medikationsplan nicht im EPDG, sondern im HMG reguliert, könnte das EPD zur Übermittlung des Medikationsplans genutzt werden)
- Patient hat ein EPD, Arzt aber nicht
- Arzt hat ein EPD, Patient aber nicht
- Beide haben kein EPD

7. Rolle der Patientinnen und Patienten

Frage 15: Sehen Sie den Hauptnutzen des Medikationsplans eher in der Vermeidung von Wechselwirkungen oder in der besseren Übersicht über alle einzunehmenden Arzneimittel für die Patientinnen und Patienten?

Frage 16: Es gibt eine Studie, die zeigt, dass Medikationspläne für Patientinnen und Patienten oft schwer verständlich sind. Braucht es Massnahmen, um den Medikationsplan den Patientinnen und Patienten zu erklären? Wer könnte dies übernehmen?

Frage 17: Stellt der Medikationsplan für die Medizinfachpersonen grundsätzlich eher eine Entlastung oder eher ein Mehraufwand dar?

8. Kosten und Vergütung

Frage 18: Gerne würden wir einschätzen, ob es durch den Medikationsplan zu einem Mehraufwand seitens der medizinischen Fachpersonen kommt.

- Wie verändert sich der Aufwand pro Patient/in im Durchschnitt?
- Wie viele Personen wären total von einem Medikationsplan betroffen?
- Wie viele Personen haben bereits heute einen Medikationsplan?

Wie soll der Mehraufwand der betroffenen Akteure vergütet werden? Braucht es Ihrer Meinung nach neue Tarifpositionen?

Frage 19: Welche Kostenwirkung erwarten Sie für das Schweizer Gesundheitssystem? (Kosten der neuen Pflicht vs. Einsparungen durch Vermeidung von Fehlmedikation).

Kann man der Anteil der Patient/innen, bei dem durch den Medikationsplan eine Fehlmedikation vermieden werden kann, abschätzen?

9. Stakeholderspezifische Frage (Frage 20)

IG eMediplan: Sind Ihnen vergleichbare Erfahrungen im Ausland bekannt?

FMH / pharmaSuisse: Haben Sie eine Liste von Primärsoftwareanbietern (idealerweise mit Kontaktperson), die wir in der kurzen Online-Befragung befragen dürften?

10. Abschluss

Frage 21: Unter Berücksichtigung aller genannten Aspekte: Wie schätzen Sie die Auswirkungen des Medikationsplans hinsichtlich der folgenden Dimensionen ein?

Skala: +++ (starke Verbesserung), ++, +, 0, -, --, --- (starke Verschlechterung)

- Therapietreue (Adhärenz) der Patientinnen und Patienten
- Patientensicherheit
- Administrativer Aufwand des Gesundheitspersonals
- Attraktivität des Apothekerberufs (falls die Apotheken zuständig wären)

Frage 22: Sehen Sie potenzielle weitere Folgen, die wir bisher noch nicht angesprochen haben?

Frage 23: Wie beurteilen Sie, unter Berücksichtigung aller Aspekte, die vorgeschlagene Änderung im Vergleich zum Status quo?

Skala: +++ (starke Verbesserung), ++, +, 0, -, --, --- (starke Verschlechterung)

