



patientensicherheit schweiz
sécurité des patients suisse
sicurezza dei pazienti svizzera
patient safety switzerland

Ergebnisbericht an pharmaSuisse

Medikationssicherheit bei Spitaleintritt:

Offizin-Apotheken als Informationsquelle bei Erstellung der prästationären Medikationsliste

Januar 2016

Chantal Zimmermann

Dr. Katrin Gehring



Inhalt

EXECUTIVE SUMMARY	4
1 HINTERGRUND	6
2 METHODISCHES VORGEHEN	7
2.1 DATENERHEBUNG.....	7
2.2 AUSWAHL DER APOTHEKEN.....	8
2.3 DATENANALYSE.....	9
2.4 ONLINE-FRAGEBOGEN.....	9
3 ERGEBNISSE	10
3.1 AKTUELLER STAND: OFFIZIN-APOTHEKEN ALS INFORMATIONSQUELLE?.....	10
3.1.1 Kontaktaufnahme der Spitäler mit den Offizin-Apotheken.....	10
3.1.2 Annahmen möglicher Gründe für die geringe Kontaktaufnahme.....	12
3.1.3 Weiterleiten von Informationen an die Spitäler.....	13
3.1.4 Fazit.....	14
3.2 IN DEN OFFIZIN-APOTHEKEN VORLIEGENDE INFORMATIONEN.....	14
3.2.1 Eröffnen eines Dossiers.....	15
3.2.2 Angaben zum Kunden.....	15
3.2.3 Angaben zu den behandelnden Ärzten.....	15
3.2.4 Angaben zur aktuellen Medikation.....	16
3.2.5 Medikationshistorie.....	17
3.2.6 Angaben zur Therapietreue.....	18
3.2.7 Vollständigkeit der Informationen.....	19
3.2.8 Fazit.....	23
3.3 WEITERLEITEN VON INFORMATIONEN AN DIE SPITÄLER.....	24
3.3.1 Rechtlicher Rahmen.....	24
3.3.2 Sender und Empfänger bei der Weiterleitung der Informationen.....	25
3.3.3 Nützliche Informationen in geeigneter Form.....	26
3.3.4 Informationskanal.....	26
3.3.5 Austausch von Informationen via eHealth.....	26
3.3.6 Fazit.....	29
3.4 INTERDISZIPLINÄRE ZUSAMMENARBEIT AN DER SCHNITTSTELLE APOTHEKE - SPITAL.....	29
3.4.1 Problemfelder.....	29
3.4.2 Lösungsvorschläge.....	33
3.4.3 Fazit.....	36
4 ZUSAMMENFASSUNG UND AUSBLICK	37
5 LITERATUR	39
ANHANG	41



Ergebnisbericht

Dank: Wir danken dem Schweizerischen Apothekerverband pharmaSuisse für die massgebliche Finanzierung des Projekts. Auch bedanken wir uns bei allen Offizin-Apothekerinnen und Offizin-Apothekern, die sich zu einem Interview bereit erklärt haben, für die interessanten Gespräche. Ein weiteres Dankeschön geht an Lea Brühwiler, klinische Apothekerin am Kantonsspital Baden und Doktorandin an der Universität Basel, für ihre Bereitschaft, zwei unserer Fragen in ihre Online-Befragung im Rahmen ihrer Dissertation aufzunehmen.

Hinweise zum Bericht: Aus Gründen der Vereinfachung wird nur für die befragten Apothekerinnen und Apotheker eine systematische Nennung der weiblichen und männlichen Sprachform verwendet. Für alle weiteren Personengruppen steht die männliche Form, die beide Geschlechter einbezieht.



Executive Summary

Es ist bekannt und wissenschaftlich belegt, dass Schnittstellen zwischen Behandlungssektoren das Gefahrenpotential für Patienten in Bezug auf die Medikationssicherheit erhöhen. Internationale Studien zeigen, dass sich die Durchführung eines systematischen Medikationsabgleichs als Vorgehensweise bewährt, um die Anzahl Medikationsfehler und potentiell unerwünschter Arzneimittelereignisse an Behandlungsschnittstellen zu senken. Ein grundlegendes Element des systematischen Medikationsabgleichs bildet die Erhebung einer bestmöglichen Medikationsanamnese bei Spitaleintritt, die in Form einer vollständigen und aktuellen prästationären Medikamentenliste abgelegt wird. Sie dient als Basis für alle weiteren Verordnungen. Für die Erhebung einer bestmöglichen Medikationsanamnese wird die Berücksichtigung von mindestens zwei Informationsquellen empfohlen, wovon der Patient in der Regel die eine ist. Da die Offizin-Apotheken über Medikationsinformationen ihrer Kunden verfügen ist davon auszugehen, dass sie als weitere Informationsquelle bei Spitaleintritt ihrer Kunden beigezogen werden könnten. Über die aktuelle Nutzung und das mögliche Potential der Offizin-Apotheken als Informationsquelle ist bislang wenig bekannt. Das übergeordnete Ziel dieses Projekts ist daher die Exploration der Rolle und Möglichkeiten von Offizin-Apotheken als Informationsquelle bei der Erhebung der bestmöglichen Medikationsanamnese bei Spitaleintritt.

Methoden

Um dieses Ziel zu erreichen, wurden anhand eines semistrukturierten Interviewleitfadens elf Einzelinterviews mit Offizin-Apothekerinnen und -Apothekern in sechs verschiedenen Kantonen geführt. Diese qualitative Erhebungsmethode eignet sich für die explorative Bearbeitung eines neuen Themenfeldes und stellte somit eine bevorzugte Methode dar, um ein umfassendes Bild zur Rolle der Offizin-Apotheken im Zusammenhang mit der Medikationsanamnese bei Spitaleintritt zu erhalten. Zu diesem Zweck wurden die befragten Apotheken anhand folgender Kriterien ausgewählt: Sprachregion, (keine) ärztliche Medikamentenabgabe, Lage (Stadt/Land), Zugehörigkeit zu einer Kette/Gruppierung und schliesslich Erfahrungen mit eHealth-Projekten. Alle Interviews wurden persönlich geführt, auf Tonband aufgezeichnet und im Anschluss inhaltsanalytisch ausgewertet, wobei die Gesprächsinhalte aus den verschiedenen Interviews systematisiert und kategorisiert wurden.

Ergebnisse

Aus den Ergebnissen geht hervor, dass Offizin-Apotheken aktuell nicht oder nur in Ausnahmen als Informationsquellen für die Erhebung der Medikationsanamnese bei Spitaleintritt eines Patienten genutzt werden, obwohl sie durchaus über nützliche Informationen zur Medikation ihrer Kunden verfügen. So zeigen die Ergebnisse, dass die befragten Apothekerinnen und Apotheker systematisch Informationen zur Medikation von Rezept- und Stammkunden erfassen und elektronisch festhalten. Diese Informationen beinhalten Angaben zum Kunden, zu den behandelnden Ärzten, zur aktuellen Medikation (verschriebene und zusätzliche Medikamente, Interaktionen) und zur Medikationshistorie. Zusätzlich dokumentieren die befragten Apothekerinnen und Apotheker je nach Situation Informationen zur Therapietreue ihrer Kunden (Schwierigkeiten mit den Medikamenten, Verdacht auf falsche oder missbräuchliche Bezüge, Vorlieben/Gewohnheiten). Die befragten Apothekerinnen und Apotheker vermuten den Hauptgrund für die geringe Kontaktaufnahme seitens der Spitäler darin, dass in erster Linie die Hausärzte als Informationsquellen genutzt werden, aber auch, dass in den Spitälern wenig über die Funktionsweise und Möglichkeiten von Offizin-Apotheken bekannt ist.

Obwohl in der Apotheke viele Informationen zusammenlaufen, vermuten die befragten Apothekerinnen und Apotheker, dass ihre Informationen unvollständige Angaben enthalten könnten. Aus Sicht der befragten Apothekerinnen und Apotheker sind Informationslücken auf unvollständige oder unklare Rezepte, einen erschwerten Informationsfluss zwischen Apotheken und Spitälern/Hausärzten, eine eingeschränkte Auskunftsfähigkeit/ Auskunftsbereitschaft der Patienten sowie den Bezug von Medikamenten an verschiedenen Verkaufsstellen zurückzuführen. Dennoch scheint eine Vielzahl der Offizin-Apotheken über eine grosse Menge relevanter Informationen zur Medikation ihrer Stammkundschaft zu verfügen. Vor allem in Gebieten ohne ärztliche Medikamentenabgabe wird der Anteil der Stammkundschaft, über den vollständige oder nahezu vollständige Informationen zur Medikation vorliegen, als sehr hoch eingeschätzt.



Da die befragten Offizin-Apothekerinnen und -Apotheker aktuell kaum Informationen an die Spitäler weiterleiten, gäbe es bei einem vermehrten Einbezug der Apotheken als Informationsquelle aus Sicht der befragten Apothekerinnen und Apotheker Klärungsbedarf. Welche Informationen sind für die Spitäler nützlich und in welcher Form? Wie sollen sie weitergeleitet werden? Welche Informationen dürfen und sollen sie genau weiterleiten, welche nicht? Ein verbesserter Informationsaustausch in Form von eHealth wird von den befragten Apothekerinnen und Apothekern grundsätzlich befürwortet, jedoch mit einigen kritischen Einwänden.

Übergeordnet scheint von den Interviewpartnerinnen und Interviewpartnern eine geringe Anerkennung der Apothekerinnen und Apotheker als gleichwertige Fachpersonen im Gesundheitswesen wahrgenommen zu werden, was mitunter als möglicher Grund gesehen wird, weshalb sie nicht als Informationsquelle genutzt werden. Zudem gehen sie von einem mangelnden Bewusstsein über das Potenzial von Offizin-Apotheken seitens der Spitäler aus. Auch geht aus den Interviews hervor, dass in den Spitälern geringe Kenntnisse über die Funktionsweise von Offizin-Apotheken vorzuliegen scheinen, und umgekehrt. Als Möglichkeiten für eine verbesserte interdisziplinäre Zusammenarbeit sehen die befragten Apothekerinnen und Apotheker unter anderem einen systematischen Einbezug der Offizin-Apotheken in die Abläufe der Spitäler, eine Standardisierung hinsichtlich der Weiterleitung von Informationen bei Ein- und Austritt sowie einen vermehrten Aufbau und/oder Nutzen von gemeinsamen Austauschgefässen (z.B. Qualitätszirkel).

Die Ergebnisse zeigen des Weiteren auf, dass sich die Schnittstellenproblematik zwischen Offizin-Apothek und Spital nicht nur auf den Spitaleintritt beschränkt, sondern für die Apothekerinnen und Apotheker insbesondere bei Spitalaustritt von Bedeutung ist. Diesbezüglich gehen aus den Ergebnissen beispielsweise Probleme mit Spitalaustrittsrezepten und eine unzureichende Berücksichtigung der prästationären Medikation bei Spitalaustritten hervor, was die Relevanz der Durchführung eines systematischen Medikationsabgleich sowohl bei Spitalein-, als auch bei Spitalaustritt nochmals verdeutlicht.

Fazit

Die in den Offizin-Apotheken zusammenlaufenden Informationen zur Medikation von Kunden enthalten unter anderem relevante Angaben von verschiedenen behandelnden Ärzten und wichtige Hinweise zur Therapietreue, die den Hausärzten vermutlich nicht immer bekannt sind. Insbesondere über ihre Stammkunden scheinen die befragten Apothekerinnen und Apotheker gut Bescheid zu wissen. Aus den Ergebnissen geht hervor, dass sie über Informationen verfügen können, die bei einem Spitaleintritt für die Erstellung einer vollständigen prästationären Medikationsliste berücksichtigt werden müssten. Zudem sprechen die leichte Erreichbarkeit und der rasche Zugriff auf die Informationen für eine vermehrte Einbindung der Offizin-Apotheken als Informationsquellen.

Trotz der vorhandenen Informationen lässt sich aus den Ergebnissen weiter ableiten, dass in den Offizin-Apotheken nicht klar identifizierbare Informationslücken vorliegen können. Das heisst, dass die befragten Apothekerinnen und Apotheker nicht wissen, ob und welche Informationen ihnen fehlen. Welche Informationslücken genau bestehen, welche Rolle die Selbstdispensation dabei spielt und/oder welche anderen Gründe es gibt, müsste weiter untersucht werden.

Abschliessend ist festzustellen, dass die befragten Apothekerinnen und Apotheker grundsätzlich bereit wären, vermehrt bei dem Prozess der bestmöglichen Medikationsanamnese bei Spitaleintritt mitzuwirken. Dabei sehen sie ihre Rolle im Prozess des systematischen Medikationsabgleichs nicht nur als Sender von Informationen bei Spitaleintritt, sondern auch als Empfänger von Informationen bei Spitalaustritt. So schliesst sich der Kreis, denn den Offizin-Apotheken liegen nützliche Informationen für die Spitäler bei Spitaleintritt vor, während die Spitäler über wichtige Informationen für die Apotheken bei Spitalaustritt verfügen. Es kann davon ausgegangen werden, dass ein vermehrter und systematischer Informationsaustausch zwischen den Offizin-Apotheken und den Spitälern einen relevanten Nutzen im Prozess des systematischen Medikationsabgleichs bringen und somit die Medikationssicherheit an den Versorgungsschnittstellen verbessern würde. Dazu braucht es für beide Seiten Klarheit in den Bereichen Datenschutz und Informationsweiterleitung (welche Information wann auf welchem Weg und in welcher Form), eine Integration des Prozesses in die betrieblichen Abläufe sowie eine gegenseitige Anerkennung von Kompetenzen, Möglichkeiten und Limiten.



1 Hintergrund

Für Patienten gehören Übergänge zwischen Behandlungssektoren, wie beispielsweise ein Spitaleintritt oder das Verlassen des Spitals, zu den potentiell gefährlichen Phasen hinsichtlich der Medikationssicherheit. So kann es zum Beispiel zu unbeabsichtigten Auslassungen oder Verdoppelungen von Medikamenten kommen. Verschiedene Studien zeigen diesbezüglich einen Handlungsbedarf auf (1-3). Um Medikationsfehler und potentiell unerwünschte Arzneimittelereignisse an Behandlungsschnittstellen zu reduzieren, wird die Durchführung eines systematischen Medikationsabgleichs empfohlen (4). Ein solches Vorgehen verringert gemäss internationaler Studien (5-7) die Medikationsfehler an Schnittstellen und wird nun auch in der Schweiz mit dem Pilotprogramm „progress! Sichere Medikation an Schnittstellen“ von Patientensicherheit Schweiz im Rahmen der Qualitätsstrategie des Bundes gefördert und umgesetzt. Zentrales Element des systematischen Medikationsabgleichs bildet die Durchführung einer bestmöglichen Medikationsanamnese beim Spitaleintritt eines Patienten. Hierbei werden alle verordneten und nicht verordneten Medikamente und Präparate einschliesslich der entsprechenden Informationen zu Dosierung, Darreichungsform und Einnahmemodus erfasst, die ein Patient zum Zeitpunkt des Spitaleintritts nimmt. Die bestmögliche Medikationsanamnese, die in Form einer prästationären Medikationsliste dokumentiert wird, bildet die Basis für alle weiteren Medikationsverordnungen, vom Eintritt bis zum Austritt eines Patienten. Entsprechend wird ihr besondere Bedeutung zugemessen. Fehler bei der Erhebung der prästationären Medikation oder beim Medikationsabgleich können sich über den gesamten Spitalaufenthalt bis hin zum Austritt und darüber hinaus fortsetzen, womit in der Folge auch die Offizin-Apotheken konfrontiert sind.

Um eine korrekte und vollständige Medikationsanamnese zu erheben, empfehlen die verschiedenen internationalen Programme zum systematischen Medikationsabgleich (8-10) sowie das nationale Pilotprogramm progress! Sichere Medikation an Schnittstellen (4) die Verwendung von mindestens zwei Informationsquellen. Erst die Nutzung und der Abgleich mehrerer Informationsquellen ermöglicht es, umfassende und konsolidierte Informationen zur aktuellen Medikation eines Patienten zu erhalten. Neben der systematischen Befragung von Patienten oder deren Angehörigen können als weitere Informationsquellen mitgebrachte Medikamente oder selbst geführte Medikationslisten dienen, sowie Informationen und Dokumente von weiteren stationären Einrichtungen, niedergelassenen Ärzten und Offizin-Apotheken. In diversen Ländern (z.B. Kanada, Niederlande, Frankreich) werden Offizin-Apotheken bereits als zentrale Quelle standardmässig genutzt und spielen somit eine wichtige Rolle bei der Erhebung der prästationären Medikation. Allerdings existieren in diesen Ländern oftmals andere Grundvoraussetzungen, wie beispielsweise ein zentrales Verordnungssystem oder eine standardisierte elektronische Krankenakte.

Bislang ist wenig über die Möglichkeiten und das Potential der Nutzung der verschiedenen Informationsquellen in Zusammenhang mit dem systematischen Medikationsabgleich bekannt. Häufig fokussieren Studien auf die Wirkung des systematischen Medikationsabgleichs hinsichtlich der Reduktion von Arzneimitteldiskrepanzen, wobei der Nutzung der verschiedenen Informationsquellen eine nebengeordnete Rolle zukommt. Studien, die direkt oder indirekt Hinweise zur Nutzung und Bedeutung von Informationsquellen liefern, stammen beispielsweise von Gleason et al (11). Hier konnte gezeigt werden, dass Patienten, die bei Spitaleintritt eine persönliche Medikationsliste bei sich hatten, ein geringeres Risiko für Medikationsfehler aufwiesen, sofern diese Informationen von den Klinikern adäquat genutzt und validiert wurden. Eine Studie aus der Schweiz konnte deutlich Diskrepanzen zwischen verschiedenen Informationsquellen aufzeigen, wie beispielsweise zwischen Arztbrief und Medikationsliste (12). In einer Studie aus den Niederlanden (6) wurden bei der Erstellung der bestmöglichen Medikationsanamnese explizit drei Quellen genutzt (das Patientengespräch, mitgebrachte Medikamente und Dokumentationen aus der Offizin-Apotheke), um den Effekt des systematischen Medikationsabgleichs auf Medikationsfehler zu untersuchen. Es wurde leider nicht analysiert, wie hilfreich die einzelnen Quellen für die Reduktion von Medikationsfehlern bei Spitaleintritt waren.

Über die Rolle, die Offizin-Apotheken im Prozess des systematischen Medikationsabgleichs bei Spitaleintritt spielen, liegt unseres Wissens bislang keine systematische Untersuchung vor. Dies obwohl Apotheken durchaus als relevante Informationsquelle bei der Erhebung der bestmöglichen Medikationsanamnese bei Spitaleintritt genutzt werden könnten. Wie die Ergebnisse aus dem Apothekenmonitor 2014 (13) zeigen, werden Apotheken häufig im Sinne einer Stammapotheke genutzt. 80% der befragten Personen gaben an, dass sie meistens die gleiche Apo-



theke aufsuchen. Demzufolge könnten die Offizin-Apotheken in diesen Fällen über wertvolle Informationen zur aktuellen Medikation von Patienten verfügen, beispielsweise in Form von elektronischen Kundendossiers. Um die bestehende Wissenslücke zu schliessen, führte Patientensicherheit Schweiz ein Projekt mit dem übergeordneten Ziel durch, die Rolle und die Möglichkeiten der Offizin-Apotheken als Informationsquelle für die Erhebung der bestmöglichen Medikationsanamnese bei Spitaleintritt von Patienten explorativ zu erheben. Anhand des so entstandenen Wissens kann beschrieben werden, welchen Beitrag Offizin-Apotheken für eine Stärkung der Patientensicherheit bei Eintritt von Patienten ins Spital aktuell leisten, beziehungsweise darüber hinaus noch leisten können. Konkret wurde der Fokus auf folgende Fragen gelegt:

- Wie häufig und in welchen Fällen werden die Apotheken von Spitalern kontaktiert, um Auskunft zum Medikationsregime von Patienten zu erhalten? Welche Informationen werden dann erfragt? Wie werden Informationen an die Spitäler übermittelt?
- Welche Aufgaben könnten Offizin-Apotheken generell beim Medikationsabgleich im Spital übernehmen? Welche Aufgaben übernehmen sie bereits, welche noch nicht?
- Welche fördernden Faktoren und welche Barrieren gibt es für einen effizienten und erfolgreichen Informationsaustausch zwischen Spital und Offizin-Apotheke im Rahmen des systematischen Medikationsabgleichs?

Im vorliegenden Bericht werden Vorgehen und Ergebnisse des Projekts dargestellt.

2 Methodisches Vorgehen

Um ein möglichst facettenreiches Bild der aktuellen Situation sowie des Potentials von Offizin-Apotheken als Informationsquelle bei Spitaleintritt zu erhalten, wurde ein qualitatives Forschungsdesign gewählt.

2.1 Datenerhebung

Die Daten wurden anhand von halbstrukturierten Einzelinterviews mit elf Offizin-Apothekerinnen und Apothekern unterschiedlicher Erfahrungshintergründen aus verschiedenen Regionen der Deutschschweiz und der Romandie erhoben. Die Gespräche dauerten durchschnittlich je eine Stunde und wurden persönlich bei den Apothekerinnen und Apothekern vor Ort geführt. Die Gespräche orientierten sich an einem semistandardisierten Gesprächsleitfaden, der anhand eines Expertengesprächs und der bestehenden Literatur erarbeitet wurde. Er war in folgende drei Themenblöcke unterteilt:

A Zusammenarbeit mit den Spitalern (aktuelle Praktiken, Erfahrungen)

B Vorhandene Informationen zur Medikation (Erfassung, Dokumentation, Weiterleitung)

C Vision (Wünsche/Vorstellungen bezüglich zukünftiger Rolle und bezüglich interdisziplinärer Zusammenarbeit)

Die Erhebung der Daten mittels eines halbstrukturierten Interviewleitfadens garantiert einerseits die systematische Bearbeitung der relevanten Fragestellungen. Andererseits lässt ein solches Vorgehen Raum für eine individuelle, auf die Teilnehmenden und die Situation angepasste Gesprächsführung sowie für neue Aspekte, die im Laufe des Interviews zu Tage treten. Diese qualitative Erhebungsmethode eignet sich für die explorative Bearbeitung eines neuen Themenfeldes und stellte somit eine bevorzugte Methode dar, um ein umfassendes Bild zur Rolle der Offizinen im Zusammenhang mit der Medikationsanamnese bei Spitaleintritt zu erhalten (14). Alternativ zu den Einzelinterviews wurde die Datenerhebung anhand von Fokusgruppendifkussionen in Erwägung gezogen, die sich ebenfalls gut für ein exploratives Vorgehen eignet. Da der Zeitrahmen des Projekts eng gesteckt war und die Datenerhebung auf die Sommerperiode fiel, wurde aus zeitlichen und organisatorischen Gründen zu Gunsten der Einzelinterviews entschieden. Die Daten aus den geführten Gesprächen stellen die Grundlage des vorliegenden Berichts dar. Um die Vertraulichkeit zu gewährleisten, wurden die Gespräche anonymisiert.



2.2 Auswahl der Apotheken

Ziel der geführten Interviews war es, einen möglichst breiten und vielfältigen Einblick in die aktuellen und möglichen Rollen und Praktiken der Offizin-Apotheken als Informationsquelle für eine bestmögliche Medikationsanamnese bei Spitaleintritt ihrer Kunden zu erhalten. Zu diesem Zweck wurden die Apotheken, in denen die Interviewpartnerinnen und -Partner arbeiten, systematisch nach den im Folgenden beschriebenen Kriterien ausgewählt. Die Anzahl und Selektion der Apotheken entlang dieser Kriterien entspricht nicht der nationalen Verteilung. Die Berücksichtigung der einzelnen Kriterien geschah folglich nicht mit dem Anspruch an Repräsentativität, sondern mit dem Ziel einer grösstmöglichen Vielfalt (vgl. Anhang).

Sprachregion

Um die unterschiedlichen Sprachregionen zu berücksichtigen, wurden die Interviews in insgesamt sechs Kantonen geführt, vier aus der Deutschschweiz (BE, BS, SO, ZH) und zwei aus der Romandie (FR, VD). Aufgrund fehlender Sprachkompetenzen konnte das Tessin leider nicht berücksichtigt werden.

Selbstdispensation

Da die gesetzlichen Strukturen der Medikationsabgabe die Praktiken in den Offizin-Apotheken rund um Medikationsinformationen beeinflussen können, wurden zwei Kantone mit uneingeschränkter Selbstdispensation (SO, ZH), ein Kanton mit Mischsystem (BE) sowie drei Kantone mit einem Verbot der ärztlichen Medikationsabgabe (BS, FR, VD) berücksichtigt.

Lage

Aufgrund des potentiell unterschiedlichen Kundenstammes (Stammkundschaft, Durchlaufkundschaft) wurde bei der Auswahl der Apotheken darauf geachtet, dass sich diese in ihrer Lage unterscheiden. Besucht wurden zwei Zentrumsapotheken und zwei Quartierapotheken in Grossstädten, eine Apotheke in der Agglomeration, vier Apotheken in Kleinstädten sowie zwei Apotheken auf dem Land.

Ketten/Gruppierungen

Aus dem Geschäftsbericht 2014 des Schweizerischen Apothekerverbandes pharmaSuisse (15) lässt sich entnehmen, dass im Jahr 2014 rund ein Drittel der Offizin-Apotheken Ketten angehörten und rund zwei Drittel unabhängig waren, beziehungsweise sich in Gruppierungen organisieren. Die Organisationsform der Apotheke kann allenfalls Alltagspraktiken beeinflussen. Daher wurde bei der Auswahl ebenfalls diesbezüglich auf eine möglichst grosse Diversität geachtet. Am Projekt teilgenommen haben Apotheken drei verschiedener Ketten und zwei Gruppierungen sowie unabhängige Apotheken ohne Anschluss an eine Gruppierung.

Erfahrungen mit eHealth-Projekten

Die Entwicklungen im eHealth-Bereich werden längerfristig in den Alltag des Gesundheitswesens Einzug halten. In einigen Kantonen werden bereits eHealth-Projekte durchgeführt, bei denen Offizin-Apotheken eine zentrale Rolle spielen. Um diese Erfahrungen im vorliegenden Projekt einfließen zu lassen, wurden solche eHealth-Projekte bei der Wahl der Apotheken berücksichtigt.

Der Kontakt zu den befragten Apothekerinnen und Apothekern wurde über verschiedene Kanäle hergestellt. So wurden bestehende Kontakte von Patientensicherheit Schweiz dazu genutzt, Empfehlungen für Interviewpartnerinnen und -Partner zu erhalten. Weiter wurden kantonale Apothekerverbände kontaktiert, die bei der Vermittlung von Interviewpartnerinnen und -Partnern behilflich waren. Zudem wurden einige Apothekerinnen und Apotheker ohne vermittelnde Person direkt telefonisch angefragt, ob sie zu einem Interview bereit wären. Anhand einer Liste der teilnehmenden Apotheken, die übersichtlich die oben genannten Auswahlkriterien aufzeigte, konnte bei der Rekrutierung gezielt eine möglichst ausgewogene Berücksichtigung entlang der Auswahlkriterien stattfinden.



2.3 Datenanalyse

Alle Gespräche wurden im Ton aufgezeichnet und im Anschluss inhaltsanalytisch ausgewertet, um die Gesprächsinhalte aus den verschiedenen Interviews zu systematisieren und kategorisieren (16). Dies geschah anhand einer inhaltlichen Strukturierung, die sich an den Themenkategorien des Gesprächsleitfadens orientierte. Ergänzend dazu wurden induktive Kategorien gebildet, die zusätzliche aus den Gesprächen hervorgehende Themenfelder erfassten. Die Inhalte der verschiedenen Kategorien wurden verglichen und Gemeinsamkeiten sowie Unterschiede herausgearbeitet. Dabei wurde der jeweilige Kontext des Interviews berücksichtigt, beispielsweise die Regelung der ärztlichen Medikamentenabgabe im Kanton der jeweiligen Apotheke. Im Anschluss daran wurden die Kategorien thematisch geordnet, beschreibend dargestellt und interpretiert (14). Fälle oder Aussagen, die sich von der Mehrheit oder von den zu erwartenden Ergebnissen unterschieden, wurde in diesem Prozess eingeschlossen. Dies einerseits, um die Bestätigung vorbestehender Annahmen durch eine interessensgeleitete selektive Perspektive zu vermeiden. Andererseits, um neue oder unbekannte Aspekte aufzunehmen. Bei der Interpretation wurde die Verwicklung in übergeordnete gesellschaftliche oder politische Prozesse berücksichtigt, jedoch nicht ausführlich analysiert.

2.4 Online-Fragebogen

Ergänzend zu den Daten aus den geführten Interviews konnten im Rahmen der Dissertation von Lea Brühwiler, klinische Apothekerin am Kantonsspital Baden und Doktorandin an der Universität Basel, zwei Fragen in einer nationalen Online-Umfrage an alle bei pharmaSuisse registrierten Verwalter von Offizin-Apotheken (n=1348) versandt werden. Drei Wochen nach einem ersten Versand im August 2015 mit 126 erreichten Antworten wurde ein Reminder verschickt, wonach die totale Anzahl Antworten n=194 betrug und einer Rücklaufquote von 14.4% entsprach. Aufgrund des eher geringen Rücklaufs sind die Ergebnisse vorsichtig zu interpretieren. In Bezug auf die Form der Medikationsabgabe (Selbstdispensation SD, Mischform MF, keine Selbstdispensation NSD) stimmt die Verteilung der Stichprobe (n=194), verglichen mit dem Geschäftsbericht des Schweizerischen Apothekerverbandes 2014 (15), ungefähr mit der nationalen Verteilung überein, wobei in der Stichprobe NSD-Gebiete tendenziell untervertreten sind.

Folgende zwei Fragen mit vorgegebenen Antwortmöglichkeiten wurden in der Umfrage in Bezug auf die vorliegende Thematik gestellt:

Frage 1: Wie oft wird Ihre Apotheke schätzungsweise von Spitälern kontaktiert, um Informationen zu der aktuellen Medikation eines Patienten zu erhalten?

- täglich (mind. 1x pro Tag)
- wöchentlich (mind. 1x pro Woche)
- monatlich (mind. 1x pro Monat)
- vierteljährlich (mind. 1x pro Vierteljahr)
- jährlich (mind. 1x pro Jahr)
- nie oder fast nie

Für die Auswertung der ersten Frage wurden die Kategorien wie folgt zusammengefasst:

- Regelmässig bis häufig = täglich oder wöchentlich
- Manchmal = monatlich
- Selten bis nie = vierteljährlich oder jährlich oder nie/fast nie

Frage 2: Für wie viele Stammkunden hat Ihre Apotheke schätzungsweise vollständige oder nahezu vollständige Angaben zu den verordneten Medikamenten dokumentiert?

- | | | | | |
|----------------------------------|-------------------------------|------------------------------|-------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Keine/fast keine
(0 – ca. 5%) | Rund ein Viertel
(Ca. 25%) | Rund die Hälfte
(Ca. 50%) | Rund Dreiviertel
(Ca. 75%) | Alle/fast alle
(95% und mehr) |



Dieses quantitative Vorgehen erlaubte es, Indikatoren zur Häufigkeit der Kontaktaufnahme sowie der geschätzten Vollständigkeit von Medikationsinformationen der Stammkundschaft auf nationaler Ebene zu erheben. Die erhobenen quantitativen Daten wurden deskriptiv ausgewertet. Es wurden keine statistischen Tests durchgeführt. Die Ergebnisse wurden im vorliegenden Bericht zur Ergänzung und Illustration einzelner Aspekte aus den geführten Einzelinterviews verwendet.

Der vorliegende Ergebnisbericht basiert in erster Linie auf den geführten Einzelinterviews.

3 Ergebnisse

In einem ersten Teil der Ergebnispräsentation wird im Kapitel „Aktueller Stand: Offizin-Apotheken als Informationsquelle?“ die heutige Situation der Offizin-Apotheken als Informationsquelle bei Spitaleintritten ihrer Kunden beleuchtet. Dabei wird gezeigt, wie häufig, in welchen Fällen und weshalb Offizin-Apotheken aktuell von Spitälern (nicht) kontaktiert werden, und unter welchen Bedingungen sie Informationen weiterleiten. Im zweiten Kapitel „In den Offizin-Apotheken vorliegende Informationen“ wird dargestellt, über welche Medikationsinformationen der Kunden die befragten Offizin-Apotheken verfügen, wie sie diese erheben und festhalten, und wie vollständig sie diese einschätzen. Im Anschluss daran werden im Kapitel „Weiterleiten von Informationen an die Spitäler“ Faktoren in Bezug auf Zugang und Weiterleitung von Informationen herausgearbeitet, die Unklarheiten auf gesetzlicher wie auch auf praktischer Ebene zum Vorschein bringen. Abschliessend illustriert das letzte Kapitel „Interdisziplinäre Zusammenarbeit an der Schnittstelle Apotheke - Spital“ Problemfelder und mögliche Lösungsvorschläge aus der Sicht der befragten Apothekerinnen und Apotheker hinsichtlich einer guten Zusammenarbeit mit den Spitälern über Disziplinen und Schnittstellen hinweg.

Hinweis für den Leser: Wörtliche Zitate aus den geführten Interviews werden kursiv mit seitlichem Einzug ohne Anführungszeichen dargestellt. Aus Gründen der Anonymisierung werden die befragten Apothekerinnen und Apotheker mit einem Buchstaben gekennzeichnet. Eine Aufschlüsselung dieser Pseudonyme nach den Auswahlkriterien zeigt die Tabelle im Anhang.

3.1 Aktueller Stand: Offizin-Apotheken als Informationsquelle?

Um zu erfahren, wie die aktuelle Situation in Bezug auf die Zusammenarbeit und den Informationsaustausch zwischen Spitälern und Offizin-Apotheken beim Eintritt von Patienten ins Spital aussieht, wurde mit den Interviewpartnerinnen und -Partnern diskutiert, wie häufig und in welchen Fällen Spitäler die Apotheken kontaktieren, und welche Informationen dann erfragt und weitergeleitet werden.

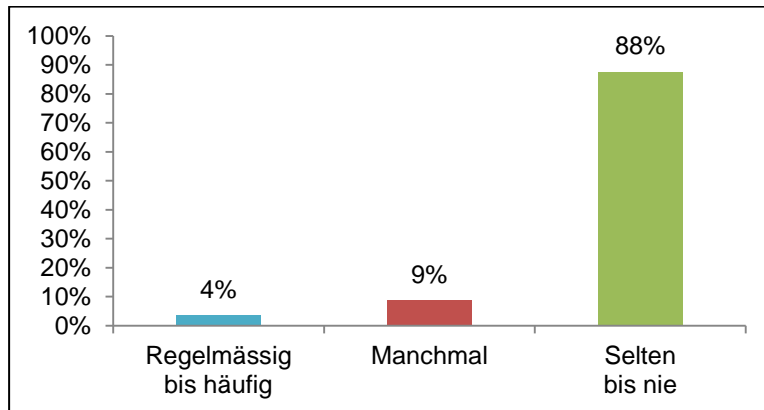
3.1.1 Kontaktaufnahme der Spitäler mit den Offizin-Apotheken

Von den befragten Apothekerinnen und Apothekern geben rund Dreiviertel an, gar nie oder äusserst selten von Spitälern kontaktiert und um Informationen zur Medikation eines Kunden gefragt zu werden.

Null Komma null Prozent. Ich erhielt in meinem Leben noch nie einen Telefonanruf von irgendjemandem, der von mir Informationen wollte. (Apothekerin F)

In 20 Jahren etwa zweimal. (Apothekerin J)

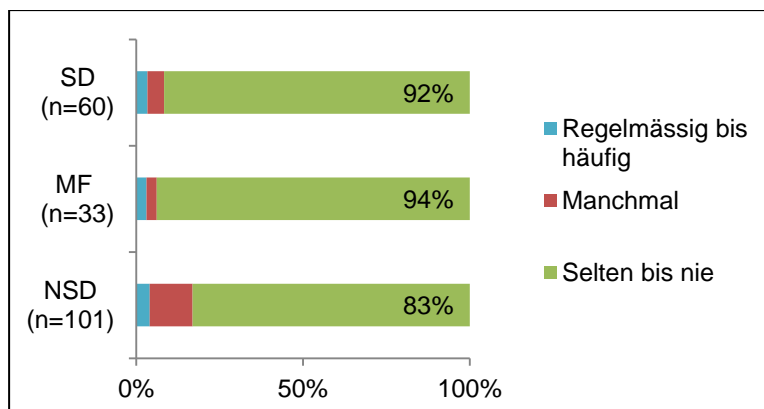
Diese Aussagen werden von den Ergebnissen aus der Online-Umfrage bestätigt, wie Abb. 1 illustriert. Eine übertragende Mehrheit von fast 90% der befragten Apothekerinnen und Apotheker gibt an, selten bis nie von Spitälern kontaktiert zu werden. Eine zu vernachlässigende Minderheit von Apotheken wird regelmässig bis häufig kontaktiert.



Ergebnisse aus dem Online-Fragebogen;
Stichprobe n=194;
Regelmässig bis häufig = täglich oder wöchentlich
Manchmal = monatlich (mind. 1x pro Monat)
Selten bis nie = vierteljährlich und/oder jährlich und/oder nie/fast nie

Abb. 1: Häufigkeit der Kontaktaufnahme durch Spitäler

Weder die Lage der Apotheke (Stadt/Land), noch das Gebiet (NSD, MF, SD) scheinen gemäss den Interviewpartnerinnen und -Partnern bezüglich der Kontaktaufnahme eine Rolle zu spielen. Auch diese Ergebnisse werden von den Resultaten aus der Online-Befragung gestützt, wonach eine deutliche Mehrheit der Apotheken von den Spitälern nicht als Informationsquelle genutzt wird, unabhängig davon, ob sie sich in einem Kanton mit oder ohne ärztliche Abgabe befindet (s. Abb. 2).



Ergebnisse aus dem Online-Fragebogen
Stichprobe n=194
Regelmässig bis häufig = täglich oder wöchentlich
Manchmal = monatlich (mind. 1x pro Monat)
Selten bis nie = vierteljährlich und/oder jährlich und/oder nie/fast nie

Abb. 2: Häufigkeit der Kontaktaufnahme durch Spitäler nach Gebiet

In den Einzelinterviews zeigt sich, dass nur zwei der befragten Apothekerinnen und Apotheker selten – weniger als einmal pro Monat – von Spitälern kontaktiert werden. Eine der Apothekerinnen ist in einer Zentrumsapotheke in einem SD-Gebiet tätig, die andere in einer Apotheke in der Agglomeration in einem Nicht-SD-Gebiet.

Werden die in den Einzelinterviews befragten Apothekerinnen und Apotheker kontaktiert, auch wenn es selten ist, so geschieht dies in folgenden Fällen:

a) Spezialfälle

- Bei einem nicht ansprechbaren Patienten
- Bei einem Patienten, von dem bekannt ist, dass er Zuhause Medikamente sammelt und selber Dosierungen ändert
- Bei einem Methadonbezüger
Dort ist es für das Spital wahrscheinlich klar, dass wir ein bisschen eine engere Betreuung haben als bei einem normalen Patienten. Und ja, das sind dann manchmal auch etwas schwierige Fälle von der Medikation her. (Apothekerin G)

b) Unklarheiten bei der Medikation

Bei einem Patienten, bei dem Unklarheiten bezüglich seiner Dosierung bestehen und der nicht in der Lage ist, über seine Medikation Auskunft zu geben.



c) Fehlende Informationsquellen

Bei Patienten, bei denen keine anderen Informationen zugänglich sind.

Da hatten sie kein Dossier und keine Übersicht und nichts. Sie wussten nicht, was er nimmt. (Apothekerin J)

Wenn es sich um Patienten handelt, die sehr viele Medikamente haben, und sie nicht genau wissen, was er effektiv hat, und sie die Information auf keine andere Art herausfinden. Wir sind am Ende der Kette. (Apothekerin H)

d) Spitaleintritte von Heimpatienten

Nur ein einziger der befragten Apotheker gibt an, von Spitälern häufig bei Eintritt von Patienten kontaktiert zu werden, um Informationen zu deren aktueller Medikation zu erfahren. Dabei handelt es sich um Spitaleintritte von Heimpatienten aus Alters- und Pflegeheimen, die von der Apotheke beliefert werden. Dieser Fall liegt in einem SD-Gebiet, wo sich der Apotheker sehr für eine gute Zusammenarbeit mit stationären Leistungserbringern engagiert. In den von ihm belieferten Heimen findet keine ärztliche Abgabe statt. Die Medikamente werden ausschliesslich von der betreffenden Apotheke geliefert.

e) Fehlende Arzneimittel

Eine der befragten Apothekerinnen ist in einer Offizin-Apotheke tätig, die einem Spital Medikamente liefert. Im Fall fehlender Arzneimittel bei Spitaleintritt eines Patienten wird die Apotheke vom Spital kontaktiert, damit sie die entsprechenden Medikamente nachliefert.

3.1.2 Annahmen möglicher Gründe für die geringe Kontaktaufnahme

Auf die Frage, aus welchen Gründen die Offizin-Apotheken so selten als Informationsquelle beigezogen werden, äussern die befragten Apothekerinnen und Apothekern folgende Vermutungen:

a) Hausarztpraxis als erste Informationsquelle

Unabhängig vom Gebiet geht die Hälfte der befragten Apothekerinnen und Apotheker davon aus, dass sie von den Spitälern nicht kontaktiert werden, weil diese die Informationen bei den Hausärzten einholen. Zwei der Interviewpartnerinnen und -Partner sind in SD-Gebieten tätig und erklären sich diese Vorgehensweise damit.

Ich denke mir, wenn sie etwas wissen müssen, gehen sie über den Hausarzt. Wir sind in einem SD-Gebiet, das heisst Selbstdispensation, das heisst die Ärzte geben selber ab. (Apothekerin F).

Jedoch teilen zwei weitere Interviewpartnerinnen aus einem Mischkanton (nur Erstabgabe durch den Hausarzt) und zwei Interviewpartner aus einem NSD-Gebiet ebenfalls die Annahme, dass Medikationsinformationen beim Hausarzt eingeholt und die Offizin-Apotheken deshalb nicht kontaktiert werden.

b) Nicht an Apotheken denken

Weiter gehen einige Apothekerinnen und Apotheker davon aus, dass die Spitälern die Offizin-Apotheken schlichtweg vergessen. Auf diesen Punkt wird in Abschnitt 3.4.1 ausführlicher eingegangen.

c) Wahrnehmung der Apothekerinnen und Apotheker

Manche Interviewpartnerinnen und -Partner erklären sich die seltene/fehlende Kontaktaufnahme seitens der Spitälern damit, dass die Apothekerinnen und Apotheker nicht als gleichwertige Partner im Gesundheitswesen betrachtet werden, das heisst nicht als Fachpersonen, sondern in erster Linie als Geschäftsleute (vgl. 3.4.1). Umgekehrt könnte nach Aussage eines befragten Apothekers die zurückhaltende Nutzung der Apotheken als Informationsquelle auch davon herrühren, dass die Apothekerinnen und Apotheker als eine Art Bedrohung empfunden werden.

Ich verstehe rational nicht, wieso nicht auf unsere Informationen zurückgegriffen wird. Wir sind bereit sie zur Verfügung zu stellen, gratis. Vielleicht hat es mit Ängsten zu tun, mit Gefühlen von Machtverlust oder so, ich weiss es nicht. (Apotheker D)

d) Bedenken bezüglich Informations-/Datenmanagement

Ein befragter Apotheker berichtet, die Spitälern hätten Bedenken geäussert, die Informationen in ihr Dokumentationssystem zu integrieren beziehungsweise die Angst, dass dabei Fehler entstehen könnten, die wiederum Risiken



hervorrufen würden. Diese Erklärung wurde von den Spitälern an den Apotheker herangetragen, der sich für eine vermehrte Zusammenarbeit einsetzt. Derselbe Apotheker ergänzt, dass aus seiner Sicht die Ressourcen in den Spitälern zu knapp seien, um die Daten zu verarbeiten.

Keine der befragten Personen äusserte als mögliche Erklärung für die seltene Kontaktaufnahme seitens der Spitäler einen Mangel an nützlichen Informationen.

3.1.3 Weiterleiten von Informationen an die Spitäler

In den berichteten Einzelfällen leiten die betreffenden Apothekerinnen und Apotheker Informationen zur Medikation (z.B. bei Unklarheiten) eines Patienten telefonisch oder per Fax weiter, einige auch per Mail. Ein Interviewpartner gibt an, nichts telefonisch weiterzuleiten, sondern nur schriftlich im Ausdruck per Fax. Eine Apothekerin sagt, es habe Fälle gegeben, in denen sie die Informationen nicht weitergegeben hätte. Sie könne sich jedoch an kein konkretes Beispiel mehr erinnern.

Folgende Voraussetzungen müssen für die befragten Apothekerinnen und Apotheker erfüllt sein, damit sie in den seltenen Fällen von Anfragen bereit sind, die erfragten Informationen weiter zu leiten:

a) Mit dem Einverständnis oder im Interesse der Patienten

Alle Interviewpartnerinnen und -Partner sind sich einig, dass die Patienten grundsätzlich mit der Weiterleitung von Informationen einverstanden sein sollten. Im Zweifelsfall stehe jedoch das Interesse des Patienten über dem Datenschutz.

Wenn der Patient sein Einverständnis nicht geben kann, dann gibt es die Möglichkeit, wenn es in seinem Interesse ist oder anzunehmen ist, dass es in seinem Interesse ist, dass man gegen das Datenschutzgebot verstossen kann. (Apotheker A)

Dies ist für die befragten Apothekerinnen und Apotheker dann gegeben, wenn der Patient nicht ansprechbar ist und das Spital wissen muss, welche Medikamente er nimmt, insbesondere wenn es sich um lebensnotwendige Medikamente handelt.

Da müssen sie wissen, dass er das hat, dann würden wir wohl nicht so darüber nachdenken, was man darf und was nicht und einfach handeln. (Apothekerin G)

Weiter beschreibt eine Apothekerin die Situation eines Kunden, der über ein ungenügendes Verständnis in Bezug auf seine Medikation verfügt und einen selbstgefährdenden Umgang mit Medikamenten zeigt. In diesem Fall steht für die Apothekerin die Sicherheit des Kunden an erster Stelle.

Und da zuerst sein Einverständnis zu erfragen, das ist noch schwierig. Also wir machen es schon, aber es ist in dem Sinn nicht so relevant, weil mit dem Patienten kann man gar nicht so gut kommunizieren, weil er das Verständnis nicht unbedingt hat. Eigentlich ist es zu seinem Vorteil, wenn wir ihn genau kontrollieren. Das kann sonst lebensgefährlich werden, wenn er das Falsche kombiniert. (Apothekerin C)

b) Identifikation des Empfängers als medizinische Fachperson

Als zweites Kriterium für die Weiterleitung von Medikationsinformationen des Patienten an ein Spital wird genannt, dass der Informationsempfänger eine medizinische Fachperson sein muss. In diesem Punkt sind sich die befragten Apothekerinnen und Apotheker nicht einig. Einige geben Informationen nur an Ärzte weiter, andere auch an Pflegefachpersonen. Weiter muss sich die anrufende Person klar als medizinische Fachperson identifizieren können.

Es muss für uns natürlich völlig klar sein, wer anruft. (Apothekerin G)

Dies ist im Fall von telefonischen Anrufen jedoch nicht immer eindeutig.

Wir würden nicht Auskunft geben, wenn uns etwas komisch vorkäme. Aber das ist so ein Bauchgefühl. Das ist noch schwierig zu sagen in welcher Situation ganz genau. (Apothekerin G)

Also da muss ich blind vertrauen. Wenn ein Anruf kommt, identifizieren sie sich als Person. Sie nennen ihren Namen, wer sie sind, woher sie kommen. In dem Fall sehen wir es auch an der Telefonnummer, und dann übermitteln wir das auch in der Regel. (...) Aber es gibt keine Kontrollprozesse, das haben wir für uns nicht definiert. Das ist wirklich rein im Ermessen. (Apotheker I)



Ein Interviewpartner gibt zudem an, dass er bei einer schriftlichen Weiterleitung eine Bestätigung vom Empfänger für den Erhalt der Informationen erhalten möchte, um sicher zu gehen, dass die Information an den richtigen Ort gelangt ist.

3.1.4 Fazit

Abgesehen von einer Ausnahme kontaktieren Spitäler die befragten Offizin-Apotheken selten bis nie, um Informationen zur Medikation eines eingetretenen Patienten zu erheben. Bei den berichteten Fällen handelt es sich um Einzelfälle. Die erfragten Informationen zur aktuellen Medikation werden in diesen Fällen telefonisch, per Fax oder per Mail von den Apotheken an die Spitäler weitergeleitet. Die Kontaktaufnahme scheint unabhängig von Lage und Gebiet der Apotheke überall gering oder nicht existent zu sein. Es kann deshalb daraus geschlossen werden, dass die Apotheken von den Spitälern bei der Medikationsanamnese kaum oder gar nicht als Informationsquellen genutzt werden.

Ein Hauptgrund dafür könnte aus Sicht der befragten Apothekerinnen und Apotheker die Nutzung von Hausarztpraxen als erste Informationsquelle sein. Zudem gehen einige der Interviewpartnerinnen und -Partner davon aus, dass die Apothekerinnen und Apotheker beim Erheben der Medikation im Spital vergessen oder nicht als gleichwertige Fachpersonen wahrgenommen werden. Ein einziger Apotheker berichtet von einer häufigen Kontaktaufnahme seitens der Spitäler. Diese Zusammenarbeit scheint auf das persönliche Engagement und den Beziehungsaufbau des betreffenden Apothekers zurückzuführen zu sein.

Des Weiteren geht aus den Gesprächen hervor, dass der Prozess der Informationsweiterleitung in manchen Punkten aus Sicht der befragten Apothekerinnen und Apotheker nicht klar geregelt ist:

- *Datenschutz:* Die Einschätzung, ab wann im Interesse des Patienten ohne dessen Einverständnis Informationen zu seiner Medikation weitergeleitet werden können, scheint im Ermessen der betreffenden Apothekerinnen und Apotheker zu liegen.
- *Empfänger von Informationen:* Die befragten Personen sind sich darüber einig, dass sie Informationen zur Medikation eines Patienten nur an medizinische Fachpersonen weiterleiten. Unstimmigkeit herrscht darüber, wer alles als medizinische Fachperson gilt. Auch scheint es für die Apotheken schwierig zu sein, die Empfänger von Informationen zweifelsfrei als medizinische Fachpersonen identifizieren zu können. Hier besteht ihres Wissens keine klare Vorgabe, sie müssen auf ihr Bauchgefühl vertrauen.
- *Informationskanal:* Die Weiterleitung der Informationen erfolgt auf verschiedenen Kanälen, wobei manche der befragten Apothekerinnen und Apotheker nur schriftlich Auskunft geben (Fax, Mail), manche lieber telefonisch (vgl. 3.3).

Aus den Ergebnissen geht hervor, dass unter den befragten Apothekerinnen und Apothekern unterschiedliche Einschätzungen in Bezug auf den rechtlichen Rahmen bestehen. Es scheint einen Graubereich zu geben, was wann erlaubt ist und was nicht.

Zusammenfassend lässt sich aus den Gesprächen ableiten, dass Offizin-Apotheken aktuell nicht oder nur in Ausnahmen als Informationsquellen für die Erhebung einer vollständigen und aktuellen Medikationsanamnese bei Spitaleintritt eines Patienten beigezogen werden. Es findet keine systematische Weiterleitung von Informationen der Offizin-Apotheken an die Spitäler statt.

3.2 In den Offizin-Apotheken vorliegende Informationen

Um zu eruieren, welche Aufgaben die Offizin-Apotheken bei der Erstellung einer bestmöglichen Medikationsanamnese eines hospitalisierten Patienten übernehmen können, stellt sich die Frage, welche Informationen sie zur Verfügung haben, die den Spitälern bei der Erhebung der Medikation eines Patienten dienlich wären. Im folgenden Kapitel werden die Ergebnisse zu folgenden Fragen dargestellt:

- Bei welchen Kunden erfassen und dokumentieren die befragten Offizin-Apotheken Informationen?
- Welche Informationen erfassen und dokumentieren sie?
- Wie vollständig sind die erfassten Informationen?



3.2.1 Eröffnen eines Dossiers

Gemäss den befragten Apothekerinnen und Apothekern wird immer ein Patientendossier eröffnet, wenn ein Kunde ein Rezept einlöst.

Erfasst wird jeder Kunde namentlich, der ein Medikament bezieht, das anhand eines Rezepts abgegeben wird. Ab dem ersten Rezept, das er bei uns einlöst, wird er erfasst. Dann läuft alles darüber. (Apotheker A)

Kauft ein Kunde in der Apotheke Medikamente ohne Rezept, wird er nicht automatisch registriert. Dennoch werden auch für Kunden ohne Rezepte Patientendossiers erstellt. Dies geschieht dann, wenn die Kunden eine Kundenkarte wünschen. In der Folge werden die Informationen der entsprechenden Kunden via Kundenkarte erfasst. Häufig verfügen Rezeptkunden auch über eine Kundenkarte.

Also bei uns, wenn ein Kunde ein Rezept hat, dann müssen wir ein Dossier anlegen. Und die meisten Leute, die bei uns ein Dossier haben, sind Stammkunden. Oder nicht einmal unbedingt Stammkunden, aber diejenigen, die doch häufiger kommen, die haben eine Kundenkarte. Und da kommen alle Sachen, die ein Kunde zusätzlich kauft, auf seinen Namen auf diese Karte. (Apothekerin B)

Die Kundeninformationen werden also in Form von Dossiers pro Kunde elektronisch festgehalten.

Aus den Gesprächen geht des Weiteren hervor, dass die befragten Offizin-Apotheken einen grossen Anteil an Stammkunden haben. So schätzen die befragten Apothekerinnen und Apotheker von Landapotheken, Quartier- und Agglomerationsapotheken in Grossstädten sowie Zentrumsapotheken in Kleinstädten ihren Anteil von Stammkunden auf 65% bis 90%. Lediglich in den Zentrumsapotheken der Grossstädte liegt der geschätzte Anteil an Stammkunden unter der Hälfte, das heisst bei ungefähr einem Drittel der Kunden. Der von den befragten Apothekerinnen und Apothekern geschätzte hohe Anteil an Stammkunden zeigt sich übereinstimmend mit den Ergebnissen des Apothekenmonitors 2014, der in einer nationalen Umfrage zeigt, dass 80% der befragten Personen über 18 Jahre (n=1209) eine Offizin-Apotheke im Sinne einer Vertrauensapotheke nutzen (13).

In den folgenden Abschnitten wird dargestellt, welche Informationen in den Patientendossiers dokumentiert werden, die für die Medikationsanamnese bei einem Spitaleintritt nützlich sein könnten. Aus den geführten Gesprächen lassen sich diesbezüglich folgende dokumentierte Informationen darstellen:

- Angaben zum Kunden
- Angaben zu den behandelnden Ärzten
- Angaben zur aktuellen Medikation
- Angaben zum bisherigen Verlauf der Medikation (Medikationshistorie)
- Angaben zur Therapietreue

3.2.2 Angaben zum Kunden

Grundsätzlich erfassen alle befragten Apothekerinnen und Apotheker Name, Adresse und Krankenkasse eines Stammkunden oder eines Rezeptkunden. Eine Apothekerin erwähnt, dass bei ihnen im Dossier zusätzlich die Kontaktangaben von den wichtigsten Bezugspersonen festgehalten werden. Ergänzt werden die Informationen bei allen Interviewpartnerinnen und -Partnern durch weitere Angaben zur Person, wie beispielsweise Allergien/Unverträglichkeiten, Schwangerschaft/Stillzeit, Grunderkrankungen (nur mit Patienteneinverständnis), Messwerte (Blutdruck, etc.) und erfolgte oder geplante Spitalaufenthalte. Umfang und Detaillierungsgrad dieser Angaben scheinen sich je nach Kultur und Kundschaft der Apotheke zu unterscheiden.

3.2.3 Angaben zu den behandelnden Ärzten

Löst ein Kunde ein Rezept in einer der befragten Offizin-Apotheken ein, wird neben dem Rezept auch der verschreibende Arzt erfasst. Den Apotheken liegen also folgende Informationen vor, die prinzipiell unter Berücksichtigung des Datenschutzes genutzt werden könnten.

Dann kann man in einer Übersicht die ganzen Medikamente von jedem Arzt ausdrucken, welcher Arzt was verordnet hat und wann es bezogen worden ist. (Apotheker A)



Wir wissen, wenn sie zu Spezialisten gehen, zum Augenarzt, vielleicht noch zu einem Psychiater, wir haben die Übersicht. Ich weiss nicht, ob die Hausärzte darüber immer informiert werden. Wir können die Inputs geben, zu welchen Spezialisten sie gehen. (Apothekerin J)

In diesem Zusammenhang wird ersichtlich, dass die Offizin-Apotheken je nach Situation über relevante Informationen verfügen, die dem Hausarzt möglicherweise nicht bekannt sind.

Man muss mehrere Quellen haben, und der Hausarzt ist sicher eine wichtige Quelle, denn er weiss, was er verschrieben hat. Aber dann kann es natürlich sein, dass der Patient zu drei oder vier verschiedenen Ärzten geht, was er dann dem Hausarzt nicht immer erzählt. (Apothekerin E)

Der Patient kann zu fünf verschiedenen Ärzten gehen, und ich sage Ihnen, das ist Gang und Gäbe. Und ich bin die einzige, die es sieht. Dann hat zum Beispiel ein Kunde auch noch ein Dauerrezept für Schlafmittel von einem anderen Arzt als seinem Hausarzt. Und das sehe ich dann. (Apothekerin F)

Das heisst, wenn ein Patient eine Stammapotheke hat, laufen dort die Informationen über alle behandelnden Ärzte zusammen. Die Apotheke verfügt so über Informationen, die der Hausarzt nicht zwingend hat und wird somit zu einer Informationsquelle mit relevanten Angaben, die theoretisch genutzt werden könnten und für eine vollständige Medikationsanamnese von Bedeutung wären.

3.2.4 Angaben zur aktuellen Medikation

Die befragten Apotheken verfügen nebst den Angaben zur Person und den behandelnden Ärzten über Informationen zur aktuellen Medikation ihrer Kunden, vorausgesetzt diese haben ein Dossier oder eine Kundenkarte. Aus den Interviews lassen sich folgende erfasste Angaben zur aktuellen Medikation ableiten:

a) Verschriebene Medikamente

Die befragten Apothekerinnen und Apotheker halten alle Medikamente fest, die ein Kunde anhand eines Rezeptes bezieht, unabhängig davon, ob es sich dabei um ein verschreibungspflichtiges Medikament handelt oder nicht. Sie erfassen das Rezept, sowie die Bezugsmenge, das Bezugsdatum und die Dosierungen. Die Posologie wird von den befragten Apothekerinnen und Apothekern meistens festgehalten. Sie ist zum Beispiel anhand der gespeicherten Dosierungsetiketten und/oder der Dosierungshinweise auf den Rezepten ersichtlich. Letztere sind gemäss einem Drittel der befragten Apothekerinnen und Apotheker nicht immer vollständig (vgl. 3.2.7). Die Rezepte werden von Hausärzten, Spezialisten oder bei einem Spitalaustritt vom zuständigen Spitalarzt ausgestellt. Hat ein Kunde mehrere Rezepte, die er in der gleichen Apotheke einlöst, laufen in der entsprechenden Apotheke Informationen zusammen, die allfällige Unklarheiten oder Fehler zu Tage fördern (vgl. 3.4.1).

Manchmal kommen Kunden über längere Zeit und beziehen Medikamente vom Spitalrezept. Das sind zum Teil sehr hoch dosierte Medikamente. (...) Wir haben ganz sicher Spitalrezepte, von denen die Hausärzte nichts wissen. Oder von dem der Arzt nicht weiss, dass es der Patient noch immer so nimmt. Und dann kommt häufig dazu: Das ist das Spitalrezept, das ist das Rezept vom Hausarzt, und dann nehmen sie beides. (Apothekerin F)

In solchen Situationen übernehmen Offizin-Apothekerinnen und -Apotheker wichtige Abgleichfunktionen. Sie klären ab, welche Rezepte aktuell gelten und halten Änderungen entsprechend fest (vgl. 3.2.5). Dies scheint systematisch durch die Überprüfung des Rezepts auf Ungereimtheiten sowie durch das Abgleichen der verschriebenen Arzneimittel mit dem elektronischen Patientendossier (Medikamenten-Check, Bezugs-Check) zu geschehen (17).

Schlussendlich machen wir den Medikationsabgleich. (Apothekerin E)

Nebst den eingelösten Rezepten erfassen die Apotheken nach Möglichkeit auch Verschreibungen, von denen die Kunden das Rezept bringen, die Medikamente aber nicht (alle) in der Apotheke beziehen. Dies scheint vor allem in SD-Gebieten vorzukommen, wo der Hausarzt Medikamente abgeben kann, aber nicht immer alle am Lager hat.

Zum Beispiel wenn der Hausarzt die Medikamente selber abgibt, sehe ich das nicht, ausser ich habe ein Rezept, das ich erfasse, obwohl ich es nicht abgebe. Das machen wir viel mit Spitalrezepten. Der Kunde kommt und sagt zum Beispiel: „Ich brauche nur das und das.“ Dann gebe ich aber alles ein. (Apothekerin F)



Es ist anzunehmen, dass Apotheken in SD-Gebieten zur vollständigen Erfassung der Medikamente vermehrt von den Auskünften der Patienten abhängen, da nicht alle Rezepte in den Apotheken eingelöst werden. Diese Annahme wird unter 3.2.7 weiter ausgeführt und begründet.

b) Zusätzlich genommene Medikamente

Aus den Interviews geht hervor, dass Kunden, die ein Rezept einlösen, in der Regel gefragt werden, ob sie noch weitere Medikamente nehmen. Die Angaben der Kunden werden zusätzlich zum Rezept im System erfasst, wenn dies als relevant erachtet wird. Aus den Aussagen der befragten Apothekerinnen und Apotheker wird ersichtlich, dass dabei Qualität und Vollständigkeit der Angaben einerseits von der Apothekerin und deren Beziehung zum Patienten abhängen, andererseits vom Patienten selber und dessen Auskunftswille und/oder Auskunftsfähigkeit.

Manchmal muss man geschickt vorgehen, um zu den Informationen zu kommen. Zum Beispiel werden Augentropfen bei Glaukom-Patienten häufig vergessen wenn man fragt, ob sie noch andere Medikamente nehmen. (Apothekerin C)

c) Gekaufte Medikamente

Die Interviewpartnerinnen und -Partner erfassen zudem alle Käufe, die ein Kunde in der Apotheke tätigt, sofern er ein Dossier hat. Diese beinhalten neben Kosmetika je nach Situation relevante Over-the-counter (OTC) – Arzneimittel oder pflanzliche Präparate.

d) Interaktionen

Dank der elektronischen Dokumentation verfügen alle befragten Apothekerinnen und Apotheker über ein Programm, welches ihnen Interaktionen zwischen den aktuell erfassten Medikamenten ihrer Kunden anzeigt. Kommt beispielsweise ein Kunde in die Apotheke und kauft ein OTC-Präparat, das mit einem seiner Rezeptmedikamente interagiert, sehen die Apothekerinnen und Apotheker dies und reagieren entsprechend. Das ist bezüglich der Patientensicherheit eine relevante Information. Es kann davon ausgegangen werden, dass nur ein kleiner Anteil von Arztpraxen ein solches Programm hat, da gemäss einer repräsentativen Studie (18) gerade 35% der niedergelassenen Ärzte in der Schweiz im Jahr 2013 über eine elektronische Krankengeschichte verfügten. Die Apotheken halten hier eine weitere Abgleichfunktion inne, die sinnvollerweise in die Medikationsanamnese bei Spitaleintritt einfließen sollte.

Dadurch, dass wir jeden Kunden erfassen, erfassen wir auch, was sie privat kaufen. Das heisst, jeder Kauf, den der Kunde macht, also nur wenn wir ihn kennen, wird unter seinem Namen erfasst. Das heisst, wenn er ein Aspirin kauft, auf dem Rezept aber Marcoumar hat, dann merkt man das und dann weist man den Kunden darauf hin. (Apothekerin E)

Zusätzlich zur aktuellen Medikation verfügen die befragten Apothekerinnen und Apotheker aufgrund der elektronischen Dokumentation ebenfalls über die Medikationshistorie eines Patienten ab dem Zeitpunkt, an dem das entsprechende Dossier eröffnet wurde.

3.2.5 Medikationshistorie

Gemäss den befragten Apothekerinnen und Apothekern ist in jedem Patientendossier die Medikationshistorie in chronologischer Abfolge ersichtlich. Das heisst, es ist erfasst, seit wann und wie regelmässig ein Patient ein Medikament bezieht und wer es verordnet hat. Zudem sind alle Änderungen der Medikation nachvollziehbar (Medikament pausiert, gestoppt, durch ein anderes ersetzt, Anpassung der Dosisstärke oder des Einnahmemodus). Die vorgenommenen Änderungen werden nach Möglichkeit begründet, Unklarheiten oder Rücksprachen mit dem Arzt in einer Kommentarzeile beim entsprechenden Medikament oder in einem Freitextfenster festgehalten. Die Offizin-Apotheken verfügen demnach über wertvolle Informationen für eine prästationäre Medikationsliste.

Im Dossier finden Sie die ganze Historie, wenn ein Medikament gestoppt wurde, warum es gestoppt wurde, wann es gestoppt wurde, ob es durch ein anderes ersetzt wurde, was der Grund war, etc. Wir machen das systematisch und wir versuchen, soviel Informationen wie möglich zu haben. (Apothekerin H)

Wenn Anpassungen stattfinden, wenn zum Beispiel ein Medikament nur noch zweimal statt dreimal genommen werden muss, wird das notiert und vielleicht geschrieben „BD messen“ oder „auf Nebenwirkungen achten“. Das wird alles registriert, zum Beispiel in der pharmazeutischen Akte



„Substitution abgelehnt vom Arzt“ oder „vom Patient“ oder „aus medizinischen Gründen keine Substitution“. Das können wir alles statistisch abrufen in unserem System. (Apotheker I)

Zusammenfassend sind die von den befragten Offizin-Apothekerinnen und -Apothekern dokumentierten Angaben zur Medikationshistorie folglich aus drei Gründen relevant für eine bestmögliche Medikationsanamnese bei Spital-eintritt: Erstens wegen Informationen zu möglichen Interaktionen, zweitens bei Unklarheiten bezüglich der Aktualität von Rezepten und drittens für die Nachvollziehbarkeit von Änderungen in der Medikationstherapie.

3.2.6 Angaben zur Therapietreue

Eine Kernaufgabe von Apothekerinnen und Apothekern ist die Beratung und Unterstützung ihrer Kunden in Bezug auf die Handhabung und Einnahme der verordneten Medikamente. Entsprechend verfügen sie über Informationen zur Therapietreue ihrer Kunden. Die Mehrheit der befragten Apothekerinnen und Apotheker berichtet, dass sie je nach Situation, also nicht systematisch, in ihren Dossiers Angaben dazu festhalten. Diese werden in einer Kommentarzeile beim entsprechenden Medikament oder in einem Freitextfeld dokumentiert. Ein Apotheker berichtet von einem neu eingeführten Computerprogramm, das eine Compliance-Übersicht des jeweiligen Patienten anzeigen kann. Anhand verschiedenfarbiger Balken lässt sich ablesen, was der Patient nicht, zu wenig oder zu häufig bezieht.

a) Schwierigkeiten mit den Medikamenten

Einige der interviewten Apothekerinnen und Apotheker vermuten, dass bei ihnen die Hemmschwelle für die Patienten niedriger sei gewisse Dinge anzusprechen als beim Hausarzt, wie beispielsweise Bedenken oder selbst vorgenommene Änderungen in Bezug auf Medikamente. Ob und inwieweit solche Informationen dokumentiert werden scheint sowohl im Ermessen der Apothekerinnen und Apotheker zu liegen, als auch vom Qualitätsmanagementsystem (QMS) der jeweiligen Apotheken(-Kette/-Gruppierung) abhängig zu sein. Folgende Zitate illustrieren die Problematik im Umgang mit Schwierigkeiten bei der Medikation seitens der Patienten sowie seitens der befragten Apothekerinnen und Apotheker.

Oft wissen wir mehr als der Arzt, sei es dass sie gewisse Sachen nicht einnehmen, was der Arzt nicht so weiss, und wo wir dann natürlich sagen: „Es wäre schon gut, Sie würden den Arzt informieren.“ „Oh nein, dieses Diuretikum, da muss ich immer sofort auf die Toilette.“ (...) Je nachdem schreiben wir das auch in dieses Blop-Up [Kommentarfenster], damit wir da gezielt nachfragen können: „Wie steht das nun mit Ihrem Diuretikum, nehmen Sie das noch immer nicht ein oder haben Sie das dem Arzt gesagt, dass Sie das nur alle drei Tage statt jeden Tag einnehmen?“ (...) Ich denke die Schwelle ist niedriger beim Apotheker zu sagen: „Das nehme ich nicht so wie ich sollte.“ (Apothekerin B)

Es gibt gewisse Ärzte, zu denen haben die Leute vielleicht nicht so viel Vertrauen. Und dann erzählen sie uns schon mal gewisse Dinge, die sie dem Arzt so nicht zu sagen wagen (...). „Das habe ich einfach abgesetzt“, solche Sachen. (...) Ob wir es festhalten kommt ein bisschen drauf an. Häufig schon. Das können wir dann einfach nur als Zusatzkommentare festhalten. Für die Dosierung, die sie einnehmen, können wir nur das eingeben, was als „richtig“ gilt, was als aktuell gilt. Wir können einem Rezept nur eine Information, also eine Dosierung zuordnen. Die Dosierungsetikette wird dann auch so ausgedruckt. Und da sollte nach unserer Regel das draufstehen, was der Arzt verschrieben hat. Und wenn es der Patient anders nimmt, dann können wir das da nicht systematisch erfassen. Aber wir können einen Zusatzkommentar eingeben. Wir arbeiten relativ viel mit Zusatzkommentaren. (Apothekerin G)

Aus den Zitaten wird ersichtlich, dass ein fehlender Informationsaustausch an der Schnittstelle zwischen Ärzten und Apotheken zu Fehler führen kann. Dies bedeutet für die Patienten ein Gefahrenpotential, da die Apotheken allenfalls über relevante Informationen zur Adhärenz verfügen, die dem Arzt nicht bekannt sind. Ebenfalls illustrieren die Zitate gut, dass offizielle Informationen wie beispielsweise Verordnungen oder Dosierungsetiketten, nicht immer der tatsächlichen Situation entsprechen, zum Beispiel wenn die verschriebene Dosierung vom Patienten nicht eingehalten wird. Es geht zudem aus den Gesprächen hervor, dass aufgrund der niedrigeren Hemmschwelle die Apothekerinnen und Apotheker diejenigen Fachpersonen sind, die am ehesten über Schwierigkeiten beim Einhalten der Therapie der Kunden Bescheid wissen.



b) Verdacht auf falsche oder missbräuchliche Bezüge

Manchmal sehen sich die interviewten Apothekerinnen und Apotheker mit Situationen konfrontiert, in denen ein Verdacht auf Medikamentenmissbrauch oder auf riskantes Fehlverhalten entsteht. Hier scheinen sie eine wichtige Kontrollfunktion zu übernehmen. Informationen dazu werden nicht systematisch, sondern je nach Situation festgehalten.

Es gibt zum Beispiel einen Patienten, da müssen wir sehr gut darauf achten, dass er nicht Zuhause Medikamente hortet. Der ändert selber Dosierungen und lässt sich die Medikamente in einer anderen Apotheke ausstellen etc. Das wird dann heikel. Da haben wir mit dem Spital abgemacht, dass sie demjenigen Patienten kein Rezept mehr geben, sondern das Rezept direkt an uns faxen. (Apothekerin C)

Das sind dann schon so Themen wo man mal fragt: "Ja, jetzt sind Sie doch gerade erst hier gewesen (...). Wie nehmen Sie das überhaupt? Ist das überhaupt korrekt?" Und dann gibt es schon Fälle, wo man mit dem Arzt Rücksprache nimmt, wenn etwas hinten und vorne nicht stimmt, wie einer das bezieht. Und man versucht dann das auch möglichst zu dokumentieren. Also ob jemand in die Ferien geht und deswegen früher kommt, oder ob jemand es verloren hat und deshalb nochmals kommt, oder ob er es einfach gänzlich anders nimmt, als es der Arzt sagt. (Apothekerin E)

c) Vorlieben / Gewohnheiten

Nicht nur Schwierigkeiten bei der Medikation sind ein zentrales Element der Therapietreue, sondern auch Gewohnheiten und bevorzugte Praktiken. Je nach Situation können Informationen diesbezüglich bei einem Spitaleintritt in Bezug auf eine bestmögliche Medikationsanamnese von Bedeutung sein. So berichtet eine Apothekerin, dass sie gewisse Vorlieben der Kunden notiert. Zusätzlich ist aus der Dokumentation ersichtlich, ob die Apotheke für Kunden Wochendosettes richtet.

Alles, was für die Medikation wichtig ist, wird notiert. Zum Beispiel war für eine Kundin die Grösse wichtig, sie wollte die kleinste Grösse. Also kann man das den Ärzten auch weiterleiten und sagen, geben sie möglichst kleine Tabletten, die grossen wird sie nicht schlucken. (...) Das sind nützliche Informationen, gleichzeitig sehr persönlich, aber nützlich für die Betreuung, für eine kompetente und schnelle Behandlung. (Apothekerin H)

3.2.7 Vollständigkeit der Informationen

Im Rahmen der Informationserfassung und -Dokumentation stellt sich nicht nur die Frage, über welche Kunden welche Informationen festgehalten werden, sondern auch, inwiefern diese Informationen vollständig sind. Dies scheint von verschiedenen Faktoren abzuhängen. Zum einen spielen die Aufgaben und Pflichten der jeweiligen Fachpersonen sowie der rechtliche Rahmen eine Rolle. Wer hat Zugang zu welchen Informationen? Was dürfen/müssen Apothekerinnen und Apotheker wissen, was nicht? Offizin-Apotheken verfügen traditionsgemäss über keine Angaben zu den Diagnosen ihrer Kunden. Nach Aussagen der Interviewpartnerinnen und Interviewpartner sind Diagnosen Sache des Arztes, der auch gegenüber den Apothekerinnen und Apothekern aufgrund der ärztlichen Schweigepflicht scheinbar nicht berechtigt ist, Auskunft zu den Diagnosen eines Patienten zu geben. In manchen Fällen erfahren die Apothekerinnen und Apotheker eine Diagnose von ihrem Kunden oder können sie anhand der Medikation herleiten. In der Regel verfügen sie jedoch über keine Informationen zu den Diagnosen ihrer Kunden.

Der Arzt darf uns ja keine Diagnosen nennen, also das wissen wir nicht. Es gibt zwar schon Fälle, wo man das austauscht, aber dann eben zum Wohl vom Patienten, aber das weiss ich dann einfach, das ist nirgends notiert oder so. (Apothekerin E)

Hingegen geht aus den Aussagen der befragten Apothekerinnen und Apotheker hervor, dass sie dazu verpflichtet sind bei Kunden, die ein Rezept einlösen, systematisch zu fragen, welche Medikamente sie sonst noch nehmen. Dort hängt die Informationslage von der Auskunftsfähigkeit und Bereitschaft der Kunden ab. Kauft ein Kunde nicht rezeptpflichtige Arzneimittel oder Kosmetika, wird er nicht automatisch gefragt, welche Medikamente er darüber hinaus nimmt.

Wenn jemand eine neue Kundenkarte eröffnet, fragen wir nicht systematisch nach, was er sonst noch alles nimmt. Es kommen ja auch Leute, um nur Kosmetika zu kaufen. Dann fragen wir nicht, was sie noch alles für Medikamente nehmen. (Apothekerin B)



Zum andern hängt die Vollständigkeit der Informationen von den Dokumenten und/oder den Personen ab, welche die Informationen liefern. Woher erhalten die Apothekerinnen und Apotheker die Informationen? Wie verlässlich sind diese Quellen? Aus den Gesprächen geht hervor, dass die Informationen in den Offizin-Apotheken im Wesentlichen auf folgenden zwei Quellen basieren: Rezepte/Arzt und Kunde.

a) Rezepte/Informationen vom Arzt

Eine erste Informationsquelle für die Apothekerinnen und Apotheker stellen die Rezepte der Ärzte dar. Diese werden nicht immer gleich vollständig ausgefüllt. Rund ein Drittel der befragten Apothekerinnen und Apotheker berichtet, dass die Dosierungshinweise auf den Rezepten nicht immer vollständig notiert werden. Entsprechend würden dann manche Angaben fehlen.

Aber wir haben natürlich auch das Problem, gewisse Hausärzte schreiben immer nur: "Nach Verordnung". Da wissen wir auch nicht genau, wieviel der Patient nimmt. Von gewissen Medikamenten habe ich gar keine Dosierung. Man sieht es dann nur an den Abständen an, wie häufig sie kommen. Und wir können die Dosierung natürlich nur von denen weitergeben, von denen wir sie auch wissen. (Apothekerin E)

Weiter geht aus den Interviews hervor, dass die befragten Apothekerinnen und Apotheker oft nicht erfahren, wenn Medikamente gestoppt werden. Bei Unklarheiten wird der Arzt in der Regel kontaktiert und die Informationen entsprechend festgehalten.

b) Kundengespräche

Eine ganz wichtige Informationsquelle stellt für die befragten Apothekerinnen und Apotheker der Kunde dar. Die Vollständigkeit der Angaben scheint stark von dessen Aussagen abzuhängen. Gerade in Gebieten mit ärztlicher Medikamentenabgabe erhalten die Offizin-Apothekerinnen und -Apotheker weniger systematisch schriftliche Informationen, da Rezepte nicht automatisch bei ihnen eingelöst werden, und scheinen daher umso mehr auf die Aussagen ihrer Kunden angewiesen zu sein, wie folgendes Zitat illustriert.

Ich habe viel Infos, und trotzdem habe ich nicht viel. Ich habe viel Infos, weil die Leute mit mir reden, und weil ich die Leute sehr gut kenne. Aber gleichzeitig habe ich fast nur das. Das heisst, ich muss mich darauf verlassen können. (Apothekerin F)

Aus den Interviews geht hervor, dass die Kunden oft nicht in der Lage sind, genau über jedes ihrer Medikamente Auskunft zu geben. Gerade wenn es Veränderungen in der Therapie gibt, beispielsweise nach einem Spitalaufenthalt.

Die Medikamente werden dann im Spital häufig umgestellt und dann heisst es zum Beispiel... Also jetzt hatte ich gerade so einen Fall, der hatte vorher Blutdruckmedikamente. Als er zurückkam, war eines nicht mehr auf der Liste, zwei andere waren anders dosiert, eines war neu, sonst haben auch noch Dosierungen gewechselt, und das ist für den Patienten sehr schwierig. Dann kommen sie und sagen: "Also das und das habe ich noch Zuhause." Das ist ja gut und recht, dass sie das noch haben, aber wenn die Dosierung eine andere ist, dann wissen sie das häufig nicht. (Apothekerin E)

Neben der Auskunftsfähigkeit scheint auch die Auskunftsbereitschaft der Kunden ein zentrales Element für die Vollständigkeit der Angaben zu sein. Bei Rezeptbezügen fragen die interviewten Apothekerinnen und Apotheker systematisch nach, welche zusätzlichen Medikamente die Patienten nehmen. Rund die Hälfte der befragten Personen berichtet über Fälle, in denen ein Patient gewisse Informationen nicht Preis geben wollte. Dies geschehe jedoch nicht häufig.

Einerseits hat der Kunde eine gewisse Mündigkeit, also er kann eigentlich beziehen was er will, wenn es legal ist. Aber wir (...) müssen auch schauen, ob sich das überhaupt verträgt mit seiner Gesundheit oder mit den Problemen, die er hat oder eben mit anderen Medikamenten. Ich verstehe aber auch, wenn sie nicht eine Viertelstunde hier stehen und immer die gleichen Fragen beantworten wollen. Für uns ist es manchmal ein bisschen schwierig, denn wir stehen mittendrin zwischen dem Gesetz, das klare Vorgaben macht, und dem Kunden, der das gar nicht will. (...) Und dann merkt man relativ schnell, ob ein Kunde bereit ist, uns Auskunft zu geben oder nicht. Also ich hatte auch schon den Fall wo sie sagten, sie hätten gerne ein Aspirin, aber ohne Roman dazu. (Apothekerin E)



Weiter spielt es für die Vollständigkeit der Angaben eine Rolle, was die Apothekerinnen und Apotheker von den mitgeteilten Informationen festhalten und was nicht. Aus den Interviews geht hervor, dass vertrauliche Angaben, beispielsweise in Bezug auf die Therapietreue, nicht systematisch festgehalten werden. Es liegt im Ermessen der Apothekerinnen und Apotheker, ob sie dazu eine Notiz machen. Wenn es sich um bekannte Stammkunden handelt, verfügen die befragten Apothekerinnen und Apotheker häufig über implizites Wissen, welches nirgends dokumentiert ist. Es scheint auch Aufgabe der Apothekerinnen und Apotheker zu sein, die Informationen zu filtern und je nach Situation festzuhalten, was sie als relevant erachten.

Es kommt darauf an, wie gravierend es ist. Wir kennen die Leute halt so gut, dass wir vieles im Kopf wissen. Man lernt die Leute zum Teil sehr gut kennen. Es entsteht sicher sehr viel informelles Wissen, dessen sind wir uns wahrscheinlich nicht so bewusst. (Apothekerin G)

Wir notieren vertrauliche Informationen eher nicht über das, was die Leute über ihre Krankheit erzählen. Sonst werden wir noch zu Sekretärinnen. Irgendwo muss man auch aufhören. (Apothekerin H)

c) Kundenverhalten

Die Vollständigkeit der vorhandenen Medikationsinformationen in einer Apotheke wird auch vom Verhalten der Kunden beeinflusst, das heisst von seiner Treue gegenüber einer Stammapotheke. Gemäss einer befragten Apothekerin ist ein Patientendossier bezüglich der Medikation eines Patienten dann komplett, wenn er alle Medikamente in der gleichen Apotheke holt. Es ist naheliegend, dass dies für Passantenkunden selten bis nie der Fall ist. Im Interesse der Spitäler dürften daher vor allem die Stammkunden liegen. Wie bereits im Kapitel 3.2 illustriert wurde, verfügen Offizin-Apotheken über einen hohen Anteil an Stammkunden. Dies sei insbesondere für Patienten mit chronischen Erkrankungen wichtig.

Ältere Leute sind eher treuere Kunden. Wenn man jung ist und von Zeit zu Zeit mal ein Antibiotikum braucht, dann verstehe ich, dass das keine Rolle spielt. Aber wenn man chronisch krank ist, auch als junge Person, lohnt es sich, eine Vertrauensapotheke zu haben, damit alle Auskünfte am selben Ort sind. (Apothekerin H)

Es gibt verschiedene Stellen, wo Patienten ihre Medikamente und Arzneimittel beziehen können, wie beispielsweise bei SD-Ärzten, in Offizin-Apotheken, in Versandapotheken, teilweise in Drogerien und in Läden wie Migros oder Coop, die auch Vitaminpräparate verkaufen. Tätigen die Patienten manche Einkäufe an einem anderen Ort als in ihrer Stammapotheke, fehlt der Apotheke die entsprechende Information.

Häufig, wenn wir mit Versandapotheken oder SD-Ärzten zusammenarbeiten, dann haben wir nichts zum Nachvollziehen. Also wenn wir dann eine Notfallabgabe machen müssen, können wir es nicht nachvollziehen. (Apotheker A)

Kauft ein Kunde alle Medikamente und Präparate in der gleichen Apotheke, so verfügt diese über vollständige Informationen zur Medikation. Die befragten Apothekerinnen und Apotheker nennen folgende Vermutungen, warum Kunden nicht immer alle Medikamente und Arzneimittel bei ihnen beziehen.

- In Gebieten, wo Ärzte Medikamente abgeben dürfen, holen die Kunden nur diejenigen Medikamente in der Apotheke, die der Hausarzt nicht hat.
- Wenn die Kunden zu einem Spezialisten gehen, lösen sie das Rezept aus praktischen Gründen in der nächstgelegenen Apotheke ein, nicht unbedingt in ihrer Stammapotheke.
- Wenn der Kunde beispielsweise nach einem Spitalaustritt seine Medikamente nicht selber holt, sondern Angehörige das für ihn übernehmen, gehen sie vielleicht nicht in die Stammapotheke.
- Bei gewissen Medikamenten gehen die Kunden aus Gründen der Anonymität absichtlich nicht in ihre Stammapotheke.

Es gibt bestimmte Sachen, die sie nicht hier kaufen wollen, gerade weil es so eng ist, Potenzmittel zum Beispiel. (Apothekerin F)

Dann gibt es noch die speziellen Medikamente, die man vielleicht lieber nicht dort holt, wo man einen schon kennt, die, die ein bisschen Missbrauchspotential haben zum Beispiel. (Apothekerin E)



Es gibt also viele Faktoren, warum die Medikationsinformationen in einer Apotheke nicht komplett sind. Der Patient spielt dabei eine zentrale Rolle. Er entscheidet, wo er seine Einkäufe tätigt und wem er welche Informationen mitteilt.

Die befragten Apothekerinnen und Apotheker unterscheiden sich in ihrer Einschätzung bezüglich der Vollständigkeit der Dossiers ihrer Stammkunden erheblich. Während die eine Apothekerin sagt, sie könne von keinem der Patienten sagen, sie wisse alles (Apothekerin E), erzählt ein anderer Apotheker, er habe von allen seinen Stammkunden vollständige Informationen (Apotheker I).

Also man erfährt immer wieder von Leuten, die an zwei Orten hingehen. Ich könnte von keinem Patienten sagen, ich weiss alles. Ich kann es annehmen weil ich davon ausgehe, vom Verhältnis das man zueinander hat, und daher wie häufig sie kommen und was sie nehmen, aber beweisen kann ich das nicht. (Apothekerin E)

Eine befragte Apothekerin aus einem SD-Kanton schätzt, dass sie bei maximal der Hälfte ihrer Stammkunden über vollständige oder nahezu vollständige Informationen verfügt. Die restlichen Schätzungen über den Anteil von Stammkunden, über den vollständige oder nahezu vollständige Medikationsinformationen vorliegen, bewegen sich zwischen 75% und 90%, also bei einem beträchtlichen Teil der Stammkunden. Anhand der Antworten der interviewten Apothekerinnen und Apotheker ist nicht ersichtlich, ob die Selbstdispensation einen Einfluss auf die geschätzte Vollständigkeit der Patientendossiers hat.

Die Zahlen aus der Online-Befragung (vgl. 2.4) zeigen, dass auch schweizweit von den Apothekerinnen und Apothekern die Vollständigkeit der Medikationsinformationen bei einem Grossteil der Stammkundschaft als vollständig oder nahezu vollständig eingeschätzt wird. Rund ein Drittel der an der Umfrage teilgenommenen Apothekerinnen und Apotheker schätzt die Medikationsinformationen sogar bei über 95% ihrer Stammkundschaft als vollständig oder nahezu vollständig ein. Rund ein Viertel der Apothekerinnen und Apotheker geht davon aus, bei Dreivierteln ihrer Stammkunden über vollständige oder beinahe vollständige Medikationsangaben zu verfügen. Zusammengefasst schätzt also mehr als die Hälfte (57%) der Umfrageteilnehmerinnen und -Teilnehmern die Medikationsinformationen bei Dreivierteln oder mehr ihrer Stammkunden als vollständig oder beinahe vollständig ein (s. Abb. 3).

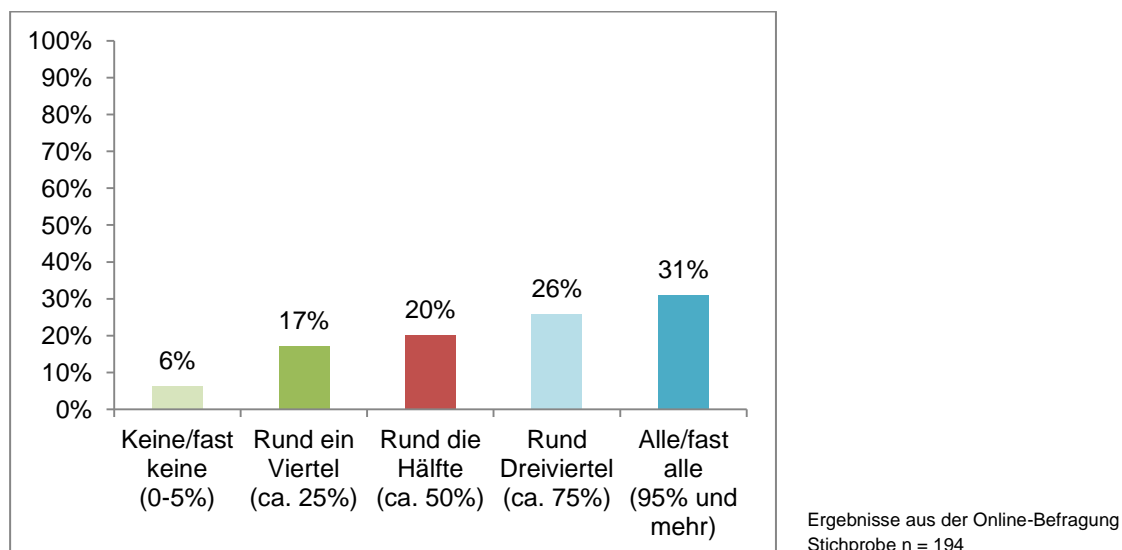


Abb. 3: Einschätzung der Apothekerinnen und Apotheker zum Anteil der Stammkunden mit vollständigen oder nahezu vollständigen Medikationsinformationen an allen Stammkunden

Die Ergebnisse der Online-Befragung zeigen zudem, dass die Einschätzung der Apothekerinnen und Apotheker je nach Gebiet (SD, MF, NSD) stark variiert (s. Abb. 4). So schätzt eine klare Mehrheit von über 80% der befragten Apothekerinnen und Apotheker in NSD-Gebieten die Informationen bei einem Grossteil (75% und mehr) ihrer Stammkundschaft als vollständig oder nahezu vollständig ein, während lediglich etwas mehr als 10% der Apothe-

kerinnen und Apotheker in SD-Gebieten davon ausgehen, vollständige oder nahezu vollständige Informationen über einen Grossteil ihrer Stammkunden vorliegen zu haben. Immerhin geht rund ein Viertel der Apothekerinnen und Apotheker in SD-Gebieten davon aus, bei ca. der Hälfte ihrer Stammkunden über vollständige oder nahezu vollständige Medikationsangaben zu verfügen.

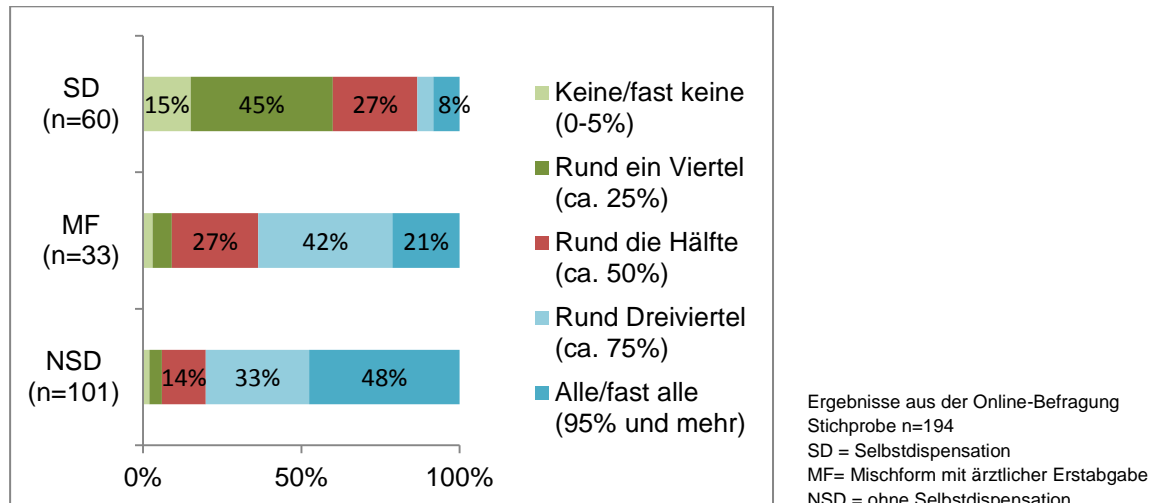


Abb. 4: Einschätzung der Apothekerinnen und Apotheker zum Anteil der Stammkunden mit vollständigen oder nahezu vollständigen Medikationsinformationen an allen Stammkunden, nach Gebiet

Die Unterschiede bezüglich der geschätzten Vollständigkeit der Medikationsinformationen in den verschiedenen Gebieten (SD, MF, NSD) lassen sich vermutlich damit erklären, dass Apothekerinnen und Apotheker in NSD-Gebieten systematischer zu Informationen kommen, da Arztrezepte nur in Apotheken eingelöst werden können. Hingegen erhalten Apothekerinnen und Apotheker in SD-Gebieten Medikationsinformationen nicht systematisch und sind daher abhängiger von den Aussagen und vom Verhalten ihrer Kunden, wie im obigen Abschnitt bereits zum Ausdruck kommt.

3.2.8 Fazit

Offizin-Apothekerinnen und -Apotheker erfassen und dokumentieren systematisch Informationen zur Medikation von Rezept- und Stammkunden. Diese Informationen beinhalten Angaben zum Kunden, zu den behandelnden Ärzten, zur aktuellen Medikation (verschriebene Medikamente, zusätzlich genommene Medikamente, gekaufte Medikamente, Interaktionen zwischen den Medikamenten) und zur Medikationshistorie. Weiter erfassen sie je nach Situation mehr oder weniger systematisch Informationen zur Therapietreue ihrer Kunden (Schwierigkeiten mit den Medikamenten, Verdacht auf falsche oder missbräuchliche Bezüge, Vorlieben/Gewohnheiten). Das heisst, Offizin-Apotheken übernehmen bereits einen ersten Schritt für eine bestmögliche Medikationsanamnese im Rahmen des systematischen Medikationsabgleichs, indem sie Informationen zur Medikation sammeln und dokumentieren. Dabei wird ersichtlich, dass Apothekerinnen und Apotheker über Informationen verfügen können, die dem Hausarzt möglicherweise nicht bekannt sind, wie beispielsweise Rezepte unterschiedlicher Ärzte oder abweichendes Verhalten beim Nehmen der verordneten Medikamente. Apotheken könnten folglich relevante Informationen zur bestmöglichen Medikationsanamnese bei einem Spitaleintritt ihrer Kunden beitragen. Dennoch vermuten die befragten Apothekerinnen und Apotheker, dass ihre Informationen aufgrund unvollständiger Angaben seitens der Ärzte oder der Kunden Lücken aufweisen können. Im Allgemeinen scheint eine Vielzahl der Offizin-Apotheken über eine grosse Menge an Informationen zu ihrer Stammkundschaft zu verfügen. Vor allem in NSD-Gebieten wird der Anteil der Stammkundschaft, über den vollständige oder nahezu vollständige Informationen zur Medikation vorliegen, als sehr hoch eingeschätzt. Immerhin verfügen auch rund 40% der Apotheken in SD-Gebieten schätzungsweise bei mindestens der Hälfte oder mehr ihrer Stammkunden über vollständige oder nahezu vollständige Informationen zur Medikation, wie aus der Online-Befragung hervorgeht. Daraus lässt sich schliessen, dass Offizin-Apotheken insbesondere in Bezug auf ihre Stammkundschaft eine wichtige Informationsquelle wären.



Des Weiteren geht aus den Ergebnissen hervor, dass die befragten Apothekerinnen und Apotheker bereits eine zentrale Rolle im Prozess des Medikationsabgleichs übernehmen. Bei unklaren, unvollständigen, widersprüchlichen und/oder doppelten Verordnungen, bei nicht verschriebenen Medikationsbezügen sowie bei Fehlverhalten der Kunden nehmen sie eine Kontroll- und Abgleichfunktion ein und klären ab, welche Verordnung bzw. welche Medikation aktuell gilt. Sie halten Veränderungen im Medikationsverlauf fest und begründen diese in Kommentarzeilen oder Freitextfenstern, wobei die Kommentare je nachdem Hinweise Diskrepanzen mit den aktuell verschriebenen Medikamenten enthalten können.

Für einen effizienten und erfolgreichen Informationsaustausch braucht es im Vorfeld einen Prozess der Informationssammlung und -dokumentation. Als Barrieren oder hindernde Faktoren für eine vollständige Informationssammlung können zusammengefasst folgende Punkte abgeleitet werden:

- Widersprüchliche, unklare, unvollständige und doppelte Rezepte
- Erschwerter Informationsfluss zwischen Apotheken und Spitälern/Hausärzten aufgrund gesetzlicher Einschränkungen (Berufsgeheimnis)
- Selbstdispensation als Hindernis für vollständige Medikationsangaben in den Offizin-Apotheken
- Eingeschränkte Auskunftsfähigkeit oder eingeschränkter Auskunftswille der Patienten
- Bezug der Medikamente an verschiedenen Verkaufsstellen

Als fördernde Faktoren bei der Informationssammlung können folgende Punkte abgeleitet werden:

- Klare gesetzliche Vorgaben beim Einlösen von Rezepten (Systematisches Erfassen)
- Elektronische Patientendossiers zum Erfassen der Informationen
- Elektronische Programme zum Erkennen von Interaktionen
- Vertrauensbeziehung zu den Kunden
- Niederschwelliger Zugang für die Kunden
- Verhalten von Kunden, indem sie die Offizin-Apotheke als Stammapotheke nutzen

3.3 Weiterleiten von Informationen an die Spitäler

Würden Offizin-Apotheken vermehrt als Informationsquelle genutzt, wäre das Thema der Informationsweitergabe zentral. Wer dürfte was und wie weiterleiten? Welche Bedingungen müssten für die Apotheken erfüllt sein, damit sie Informationen effizient unter Berücksichtigung des Datenschutzes weiterleiten können? Im Kapitel 3.1 wurden bereits zwei Voraussetzungen beschrieben, die aktuell in den seltenen Fällen von Informationsweiterleitung an die Spitäler für die Apotheken erfüllt sein müssen (Mit dem Einverständnis/Im Interesse der Patienten, Identifikation des Empfängers als medizinische Fachperson). Die im folgenden Kapitel dargestellten Aspekte der Weiterleitung von Informationen an Spitäler beziehen sich auf die Vorstellung eines zukünftig systematischen Einbezugs von Offizin-Apotheken als Informationsquelle bei Spitaleintritt und dienen als Ergänzung zur aktuellen Situation.

3.3.1 Rechtlicher Rahmen

Welche Informationen die befragten Apothekerinnen und Apotheker bei einer vermehrten Anfrage den Spitäler weiterleiten würden, hängt vom rechtlichen Rahmen ab. Da die Offizin-Apotheken momentan selten bis nie als Informationsquelle genutzt werden, haben sich die meisten der befragten Apothekerinnen und Apotheker bisher nicht mit der Thematik der Weiterleitung von Informationen ans Spital auseinandergesetzt. Aus den Aussagen zu schliessen orientieren sich die Interviewpartnerinnen und -Partner in ihren Antworten am aktuellen Informationsaustausch mit den Hausärzten. Dabei wird erneut die Grauzone zwischen Datenschutz und Informationspflicht im Interesse des Patienten ersichtlich (vgl. 3.1.3). Folgende zwei Zitate illustrieren, dass sich die Einschätzungen der befragten Apothekerinnen und Apotheker hinsichtlich der Weiterleitung von Informationen betreffend des rechtlichen Rahmens unterscheiden und ungleiche Beurteilungen darüber bestehen, wann welche Informationen an wen weitergeleitet werden dürften.

Der rechtliche Rahmen ist gesetzt (...). Wir unterstehen alle dem Gesundheitsgesetz, wir haben nichts voreinander zu verbergen. Da braucht es keinen zusätzlichen Rahmen. (...) Ich glaube, es braucht keine Einwilligung des Patienten. Weil wir tauschen uns mit anderen Berufsgruppen des Gesundheitswesens aus, und ich hätte keine Kenntnisse, dass man nicht... Also wenn man einen



PMC macht und intimere Sachen erfährt, da braucht man die Einwilligung des Patienten, um den Bericht des PMC dem Arzt weiterzuleiten. Aber der Austausch unter Professionellen, wir unterstehen alle dem Berufsgeheimnis, also es ist unter Professionellen, und es ist zum Wohl des Patienten. Die Professionellen, das sind die Ärzte, das können die Pflegefachpersonen sein. (Apothekerin H)

Aber wenn es nun so Vorgaben gäbe, dass man das jetzt neu so machen würde, dass bei einem Eintritt ins Spital die Apotheke auch ihre Mitteilungen macht, dann wären wir schon bereit, das zu machen, das ist so. Der Datenschutz muss aber geregelt sein, das steht bei uns an hoher Stelle. (...) Also dort wo der Patient ist, der Arzt, das Spital, die Apotheke, müssten die einander eigentlich etwas sagen dürfen. Also das ist manchmal, finde ich, schon ein bisschen komisch, wenn man da nichts weiss. Aber das ist immer ein bisschen eine Grauzone: Was darf ich dem Arzt sagen oder was darf der Arzt mir sagen. (...) das müsste schon klar geregelt sein, was muss man, was darf man, und was nicht. (Apothekerin E)

Gleichzeitig geht aus den Zitaten hervor, dass die Apothekerinnen und Apotheker einen gewissen Ermessensspielraum brauchen, um der Situation angepasste Entscheidungen treffen zu können. Wann steht der Datenschutz an erster Stelle und wann soll er zum Wohl des Patienten missachtet werden? Welche Informationen sind in der vorliegenden Situation relevant?

Die Frage ist, was darf ich weitergeben. In einem Notfall kann ich schnell das Dossier des Kunden aufmachen und dem Arzt sagen: „Aktuell hat er das und das und das.“ Dann ist es etwas anderes, dann können sie den Patienten nicht fragen und ich muss sagen, was er hat. Das ist für mich eigentlich klar, also einem Arzt gegenüber. Einfach Medikationen, und das was ich über den Kunden weiss, was in dieser Situation wichtig ist. Vielleicht nicht, dass er zum Beispiel vor zwei Jahren Antidepressiva genommen hat und jetzt nicht mehr, dann würde ich ihm das nicht auf die Nase binden, ausser der Arzt ruft aus der Psychiatrie an, dann wäre das vielleicht relevant für ihn zu wissen. (Apothekerin F)

Informationen aus Zusatzkommentaren, zum Beispiel wenn ein Patient ein Medikament anders nimmt als verschrieben, würden wir je nach Fall schon weitergeben. Das kommt darauf an. Wenn zum Beispiel ein Patient ein Medikament seit Jahren anders nimmt, als es der Arzt verschrieben hat, dann würden wir das schon weiterleiten. Je nachdem besprechen wir es auch mit den Ärzten. Ich denke nicht, dass es für den Patienten ein Nachteil ist, wenn wir gewisse Sachen "tratschen", sondern ich denke, dass dadurch der Patient sicherer betreut wird. (Apothekerin G)

Dabei scheint vergessen zu gehen, dass die Rechtsgrundlage nicht nur dem Interesse der Patienten dient, sondern auch einen Schutz für die betreffende Fachperson bietet. Wenn diese für das Wohl eines Patienten den Bereich des Rechtsschutzes verlässt, kann dies rechtliche Konsequenzen mit sich bringen. Das scheint aktuell nicht vordergründig zu sein, sollte aber im Fall einer systematischen Einbindung der Offizin-Apotheken als Informationsquelle berücksichtigt werden.

3.3.2 Sender und Empfänger bei der Weiterleitung der Informationen

Ein weiterer Bereich mit bestehenden Unklarheiten scheint bei der Frage zu bestehen, wer Sender und wer Empfänger von Informationen sein soll/darf. Die befragten Apothekerinnen und Apotheker sind sich einig: In ihrer Apotheke würde die Weiterleitung von Informationen in der Verantwortung der Apothekerinnen und Apothekern liegen, nicht bei den Pharmaassistentinnen. Ein Teil der Interviewpartnerinnen und -Partner findet, der Informationsaustausch müsste ausschliesslich zwischen Apothekerinnen/Apothekern und Ärzten stattfinden, während andere auch die Pflegefachpersonen als Austauschpartner einbeziehen würden.

Infos weitergeben, aber immer zwischen Apotheker und Arzt. Also ich lasse nie eine Assistentin mit dem Arzt verhandeln, beziehungsweise in einem solchen Fall mit einer solchen Medikation kommt es auch nicht in Frage, dass ich das mit einer Pflegefachfrau bespreche, das läuft zwischen Arzt und Apotheker. Das habe ich auch als interne Regel. (Apothekerin C)

Für eine Apothekerin wäre der Empfänger von weitergeleiteten Informationen bei einem systematischen Einbezug der Apotheken eher abhängig von den Abläufen im Spital als von seinem fachlichen Hintergrund.

Schlussendlich denke ich, wenn das Spital da eine gut funktionierende Struktur hat, wo die Informationen auch weitergeleitet werden, käme das für uns wahrscheinlich nicht so drauf an, wer dies nun ist. Momentan ist es ja so, dass wir mit den Ärzten diskutieren, telefonisch. (Apothekerin G)



Sie ergänzt, dass bei einem standardisierten Vorgehen wie bei einem geplanten Spitaleintritt die Informationsweiterleitung beispielsweise auch an die Patientenaufnahme gehen könnte. Wirklich geregelt scheint der Prozess momentan nirgends zu sein.

Für mich ist klar, wem ich Infos weiterleiten würde und wem nicht. Aber das ist meines Wissens nirgends klar geregelt. (Apothekerin J)

3.3.3 Nützliche Informationen in geeigneter Form

Inwiefern die Spitäler bei einer Eintrittsanamnese von den Informationen der Offizin-Apotheken profitieren könnten, hängt einerseits vom Inhalt, andererseits auch von der Darstellung der Information ab. Die Computerprogramme der Apothekerinnen und Apotheker sind auf deren Bedürfnisse angepasst, nicht auf diejenigen der Spitalärzte. Ziel der bestmöglichen Medikationsanamnese ist das Erstellen einer prästationäre Medikationsliste mit Präparatnamen/Wirkstoff, Dosis, Darreichungsform und Einnahmemodus (4). Es ist anzunehmen, dass dazu in erster Linie Medikationslisten oder Therapiepläne dienlich sind, die übersichtsartig die aktuelle Medikation des jeweiligen Patienten auflisten. Ob die Offizin-Apotheken Therapiepläne automatisch erstellen können, hängt von ihren Computerprogrammen ab. Die Hälfte der befragten Apotheker berichtet, dass sie keine Medikamentenpläne automatisiert erstellen können. Sie würden zwar über alle Informationen verfügen, müssten diese aber zusammensuchen und von Hand zum Beispiel in einer Excel-Tabelle zusammenfügen.

Also wenn ich jetzt für diese Patientin einen Therapieplan ausdrucken will, dann geht das nicht. Es zeigt die Liste der Historie ohne Posologie, das ist nicht sehr sexy. Wir sind daran, das zu entwickeln. (Apotheker D)

Wir haben die Übersichten im Computer, dort sehen wir die Abstände, wie häufig bezieht jemand etwas. Aber dann müssen wir auch die Dosierung nachschauen gehen, wieviel nimmt er. Das ist schon noch schwierig, aber das ist also eine Sache der Programmierung, denke ich. (...) Aber was man sicher könnte wäre, dass man von Hand eine Liste zusammenstellt, was nimmt der Patient momentan alles, und die dann rauslässt und dann hintendran schreibt, Morgen, Mittag, Abend oder so. (Apothekerin E)

Gemäss Aussagen derjenigen Apothekerinnen und Apotheker, die für ihre Kunden oder Altersheime Dosette richten oder blistern, existieren entsprechende Programme bereits.

Wir könnten per Knopfdruck ein Dosierungsschema ausdrucken. Wir geben das selten ab, weil sie meistens schon eines haben vom Arzt. (Apothekerin B)

3.3.4 Informationskanal

Da die Kundeninformationen in Form von elektronischen Dossiers pro Kunde gespeichert werden, sind sie in doppelter Weise leicht zugänglich: Elektronisch und gezielt nach Patient. Da die Interviewpartnerinnen und -Partner alle mit elektronischen Dokumentationssystemen arbeiten, wäre für sie die Weiterleitung der Informationen auf diversen Wegen möglich. Die Informationen könnten nach Aussagen der befragten Apothekerinnen und Apotheker auf elektronischem Weg, als Ausdruck schriftlich oder telefonisch weitergeleitet werden. Was das bevorzugte Medium zur Weiterleitung der Informationen betrifft, gehen die Meinungen auseinander. Während die einen Apothekerinnen und Apotheker aufgrund des schnellen Informationsaustausches und der Möglichkeit zur Diskussion ein Telefonat bevorzugen, finden andere die schriftliche Weiterleitung per Mail oder Fax am einfachsten. Dabei ist zu beachten, dass bei einer telefonischen Weiterleitung von Medikationsangaben, wie beispielsweise genauen Dosierungen, zur Sicherheit eine Rückbestätigung der Informationen empfohlen wird (19). Eine Apothekerin findet, die Weiterleitung von Informationen ersetze die Diskussion und somit ein Telefonat nicht. Eine Interviewpartnerin fände die Weiterleitung per eCard am wünschenswertesten, worauf im nächsten Abschnitt vertiefter eingegangen wird. Die Weiterleitung der Informationen müsste also auch hinsichtlich der Informationskanäle geklärt werden. Auffällig ist, dass der Patient als Informationsübermittler nie explizit genannt wird.

3.3.5 Austausch von Informationen via eHealth

Grundsätzlich äussern sich alle befragten Apothekerinnen und Apotheker offen und positiv gegenüber einem eHealth-System, in dem Patienteninformationen für verschiedene Leistungserbringer elektronisch zugänglich sind. Sie würden den einfacheren Zugang zu den Informationen begrüßen und sähen darin nicht nur eine Erleichterung



für ihre Arbeit, sondern auch einen Vorteil für die Patienten hinsichtlich der Medikationssicherheit, da alle beteiligten Berufsgruppen Zugriff zu den Informationen hätten. Im Fall einer eCard oder ähnlich wäre zudem für die Apothekerinnen und Apotheker nachvollziehbar, was ein Patient nimmt. Dies ist aktuell nicht immer gewährleistet.

Wenn es elektronische Dossiers gäbe, wenn das endlich kommen würde, dann könnte man dort sehen, ah ja, er hat das gehabt und er muss das weiternehmen. (Apotheker A)

Die Informationen würden an einem Ort zusammenfließen, wie ein befragter Apotheker berichtet, dessen Apotheke an einem eHealth Pilotprojekt teilnimmt.

Im Moment haben wir mehrere Informationsquellen und jeder hat seine kleinen Notizen, (...). Und die Idee davon ist, alles an einem Ort zusammenzubringen. (Apotheker K)

So würde ein gemeinsames elektronisches Dossier den Apothekerinnen und Apothekern erlauben, dem Arzt direkt Informationen zurückzumelden. Einen Vorteil sieht derselbe Apotheker daher in einer Verbesserung der interdisziplinären Zusammenarbeit.

Die Idee ist schon die Kollaboration. Das heisst, dass wir weiterhin, vielleicht noch mehr als vorher, mit dem Arzt reden, was er verschrieben hat, was er dem Patienten gibt und was verändert wird, mit einer Plattform, die das vereinfacht. (Apotheker K)

Auch für die Spitäler wäre dies aus Sicht des Apothekers ein Vorteil, weil sie so einfach die Informationen über die Medikation eines Patienten erhalten würden und diese bei Spitalaustritt wieder beziehen könnten, um die Austrittsmedikation mit der prästationären Medikation abzugleichen.

Obwohl die Apothekerinnen und Apotheker ein intersektorales elektronisches Informationssystem grundsätzlich begrüßen würden, äussern sie sich zu gewissen Aspekten kritisch. Einige haben bereits Erfahrungen mit eHealth-Projekten gesammelt und berichten, wo es hapert. Folgende Schwierigkeiten werden befürchtet oder wurden schon erfahren.

a) Datenschutz

Eine Schwierigkeit wird im Bereich des Datenschutzes gesehen.

Ich denke, das kann für den Patienten sehr wertvoll sein. Aber da müsste man dann wirklich die Datenschutzfragen gut lösen können. Da sehe ich ein bisschen die Schwierigkeit. (Apothekerin G)

Es zeigt sich, dass die Frage des Datenschutzes im Bereich eHealth von den befragten Apothekerinnen und Apothekern kontrovers eingeschätzt wird. Während sich eine der befragten Apothekerinnen eine gewisse Lockerung wünschen würde, findet eine weitere, Datenschutz sei das oberste Gebot. Wieviel Mitspracherecht der Patient konkret haben sollte, scheint ein heikler Punkt zu sein.

Vom Datenschutz her müsste dann eigentlich der Patient sagen, wer zu was Zugang hat. Dass der Patient die Einwilligung gibt, ist wesentlich. Irgendwie ist dieses „Big brother is watching you“ schon ein Thema. Klar ist es so, je mehr Daten da sind, desto weniger schaut man sie an. Aber es sollte schon eine Limite geben. Der Patient sollte entscheiden können. (Apothekerin C)

Und ob dann der Patient entscheiden kann, wer was sieht, und wie sinnvoll es dann ist, wie er entscheidet. Ich finde das schwierig. Denn manche wollen ihre eigenen Züglein fahren. Manche spielen auch die Ärzte gegeneinander aus und beziehen etwas da, etwas hier. Und mit einer eCard würde dem ein Ende gesetzt werden. Mein kritischer Punkt ist, was der Patient entscheiden kann. Der Patient kann ja dann entscheiden, wer welche Daten anschauen kann. Und ich finde das ja schon auch wichtig. Ich möchte ja auch nicht, dass mein Kniespezialist sieht, dass ich gerne Kinder hätte und keine haben kann. Das ist sehr privat. Handkehrum, wieso sollte ich von meinem Zahnarzt ein Antibiotika erhalten, auf das ich allergisch bin, und ich hab vergessen ihm das zu sagen. (Apothekerin F)

Einig sind sich die befragten Apothekerinnen und Apotheker darin, dass bei eDossiers die Frage des Datenschutzes geregelt sein muss. Damit hat man sich im Kanton Fribourg im Rahmen des Projekts „Vernetztes Pharmazeutisches Dossier“ („Dossier pharmaceutique partagé“) auseinandergesetzt und sich nach einem längeren Prozess mit den Datenschutzbeauftragten auf folgende Lösung geeinigt. Die Patienten müssen eine Einverständniserklärung für den Zugang zu ihrer Medikationshistorie unterzeichnen. Ersichtlich ist die Medikation der letzten zwölf



Monate. Jeder Leistungserbringer braucht eine Autorisierung des Patienten. Kann sich der Patient nicht an den Autorisierungscode erinnern oder ist es ein Notfall und er ist nicht ansprechbar, kann die Fachperson ohne Code auf das Dossier zugreifen, wobei eine automatische Nachricht an den Patienten geschickt wird die besagt, an welchem Datum wer aus welchem Grund ohne seine Einwilligung auf sein Dossier zugegriffen hat. Auf diese Art wird das Dilemma „Mit Einverständnis des Patienten – Im Interessen des Patienten“ im Rahmen von eHealth gelöst.

b) Bereitschaft der Patienten

Es ist klar, dass in der Diskussion um eHealth und Datenschutz den Patienten eine zentrale Rolle zukommt. Ohne die Bereitschaft der Patienten funktioniert eHealth nicht. Die Apothekerinnen und Apotheker schätzen diesbezüglich ihre Kundschaft unterschiedlich ein, rechnen aber mit einer gewissen Skepsis.

Bei unserer Kundschaft könnte es ein bisschen schwierig werden, weil wir viele wirklich ganz alte Leute haben im Quartier, weil sie sich das nicht vorstellen können. Entweder wäre es ihnen egal, weil sie sich den Gefahren nicht bewusst wären, oder sie wären vielleicht eher widerstrebend. Und dann haben wir hier auch recht viele eher alternative Leute, die dem kritisch gegenüberstehen würden. (Apothekerin G)

Also ich glaube die Begeisterung wäre nicht gross, aber sie wären auch nicht negativ eingestellt. Ich glaube, es wäre ihnen etwas egal. (Apotheker A)

c) Bereitschaft und technische Ausrüstung der Leistungserbringer

Nebst dem Datenschutz und der Bereitschaft der Patienten scheint eine weitere Schwierigkeit bei der Umsetzung von eHealth die geringe Bereitschaft mancher Leistungserbringer zu sein, sich entsprechend auszurüsten. Die Mehrheit der befragten Apothekerinnen und Apotheker sieht ein zentrales Problem für eine erfolgreiche Implementierung von eHealth bei der Ärzteschaft.

Ich glaube, die Ärzte kommen ein bisschen unter Druck mit dem Patientendossier. Damit das eingeführt werden kann, müssen die Ärzte mitmachen. Die Apotheker sind da weiter, die meisten Apotheker könnten das ausführen. Das wäre für uns keine Frage, da mitzumachen. Ich glaube, dort kommt nun der politische Druck, und dort müssten die Ärzte aufrüsten. (Apothekerin B)

Eine Apothekerin berichtet über ihre Erfahrungen mit eRezepten:

Wir könnten diese Rezepte mit dem Code eigentlich einlesen, wir haben dieses System, das würde laufen. Wir haben nur leider die Ärzte nicht, die es verschreiben. (Apothekerin B)

Auch in den Spitälern wird bei der Implementierung des Pharmazeutischen Dossiers im Kanton Fribourg über technische Schwierigkeiten bei der Umsetzung auf der Ebene der Informatik berichtet.

d) Umgang mit Informationen

Ein weiterer genannter kritischer Aspekt betrifft den Umgang mit Informationen. Ein vermehrter Zugang zu Informationen erfordere auch eine Selektion, wenn die Informationsmenge zu gross werde. Der selektive Umgang mit einer grossen Menge an Informationen steht in einem gewissen Widerspruch zum geäusserten Wunsch nach einem verbesserten Zugang zu mehr schriftlichen Informationen. Eine Apothekerin äussert ihre Bedenken diesbezüglich wie folgt:

Es braucht nicht allzu viele medizinische Informationen, aber über die Medikation. Das wäre schon noch gut. Oder zum Beispiel auch, warum man ein Arzneimittel abgesetzt hat. Was auch wichtig ist, dass es vielleicht nicht zu viel Information ist, also zusammengefasste Informationen. In der Zusammenfassung kann eine Vereinfachung stattfinden, die irreführend sein kann, die falsche Schwerpunkte setzt. (...) Jemand mit weniger Erfahrung verliert sich vielleicht in den Informationen. Dann ist es unter Umständen besser, so wie wir es jetzt haben, mit dem Rezept. (Apothekerin C)

e) Kommunikation

Was der Zugang zu mehr Informationen mit einem elektronischen Dossier scheinbar nicht zu ersetzen vermag, ist die direkte Kommunikation. Diese scheint sowohl für die interdisziplinären Beziehungen als auch für die Patientenbeziehung relevant zu sein.



Die Informationen im Pharmazeutischen Dossier sind nur über die Medikamente der letzten zwölf Monate. (...) Das ersetzt einen Anruf nicht. Ich verstehe nicht, wieso man nicht miteinander spricht. (Apothekerin H)

Kommunikation und eine saubere Erklärung an den Einzelnen über seine Medikation ist vielleicht fast noch wichtiger als der lückenlose Zugang zu ganz vielen Daten. Kommunikation ist das A und O. Eine klare, unmissverständliche, sachliche und fachliche Kommunikation. (Apothekerin C)

3.3.6 Fazit

Aus Sicht der befragten Apothekerinnen und Apotheker wären im Fall eines vermehrten Einbezugs als Informationsquelle in Bezug auf das Weiterleiten folgende Aspekte hinderlich beziehungsweise unklar:

- *Rechtlicher Rahmen:* Die Ergebnisse zeigen, dass unter den befragten Apothekerinnen und Apothekerinnen uneinheitliche Einschätzungen in Bezug auf den Datenschutz existieren, z.B. an wen Informationen genau weitergeleitet werden dürfen (Wer zählt als Medizinalperson?) oder in welchen Situationen und bei welchen Informationen das Berufsgeheimnis gilt bzw. gebrochen werden darf/soll. Es scheint ein rechtlicher Graubereich zu existieren, der sowohl zum Wohl der Patienten als auch zum Schutz der Apothekerinnen und Apotheker bekannt und klar sein müsste.
- *Nützliche Informationen:* Es scheint ebenfalls nicht ganz klar zu sein, welche Informationen für die Spitäler nützlich wären und in welcher Form. Therapieübersichten können nur von einem Teil der befragten Apothekerinnen und Apotheker automatisiert ausgestellt werden. Eine manuelle Zusammenstellung wäre grundsätzlich immer möglich, wobei berücksichtigt werden müsste, dass ein solches Vorgehen eine gewisse Fehleranfälligkeit aufweist.
- *eHealth:* eHealth würde grundsätzlich als wünschenswerte Form des Informationsaustauschs angesehen. Schwierigkeiten werden in folgenden Bereichen gesehen: Klären von Datenschutzfragen, Bereitschaft der Patienten zum Mitmachen, Bereitschaft der Leistungserbringer zum Mitmachen (technische Ausrüstung, Einbezug des Personals an der Basis), Selektion der Informationen (Rolle des Patienten, Rolle der Fachpersonen, Datenumfang)

Förderlich für einen effizienten Informationsaustausch scheinen folgende Aspekte zu sein:

- Entsprechende technische Ausrüstung und Computerprogramme
- Eine systematische elektronische Patientendokumentation
- Eine gute Beziehung sowie eine gezielte und sachliche Kommunikation zwischen den unterschiedlichen Leistungserbringern und mit den Patienten

3.4 Interdisziplinäre Zusammenarbeit an der Schnittstelle Apotheke - Spital

Sollen die Apothekerinnen und Apotheker vermehrt in den Prozess der bestmöglichen Medikationsanamnese bei Spitaleintritt einbezogen werden, ist eine interdisziplinäre Zusammenarbeit über Schnittstellen hinweg unerlässlich. Die befragten Apothekerinnen und Apotheker scheinen diesbezüglich Bedarf und Verbesserungspotential zu erkennen.

Ich denke das ist heute das Problem, die ganzen Schnittstellen zwischen den Versorgern. Da könnte man noch vieles optimieren, davon bin ich überzeugt. (Apothekerin G)

In den folgenden Abschnitten wird illustriert, wovon diese interdisziplinäre Zusammenarbeit an der Schnittstelle zwischen Offizin-Apotheke und Spital aus Sicht der befragten Apothekerinnen und Apotheker abhängt, und wie sie verbessert werden könnte.

3.4.1 Problemfelder

Wie bereits im Kapitel 3.1 bei den vermuteten Gründen für die geringe Kontaktaufnahmen seitens der Spitäler zum Vorschein kommt, fühlen sich die befragten Offizin-Apothekerinnen und Apotheker ungenügend berücksichtigt und anerkannt. Aufgrund der Aussagen scheint es, dass dem eine Beziehung zu Grunde liegt, die sich für eine konstruktive interdisziplinäre Zusammenarbeit als wenig förderlich erweist.



a) Apotheken als gleichwertige Partner im Gesundheitswesen

Aus den Gesprächen wird deutlich, dass die Mehrheit der befragten Apothekerinnen und Apotheker sich im Gesundheitswesen nicht als gleichwertige Partner anerkannt fühlt. Die Aussagen beziehen sich in erster Linie auf das Verhältnis mit den Ärzten, wobei nicht klar zwischen Hausärzten und Spitalärzten unterschieden wird. Grundsätzlich wird unabhängig vom Gebiet (SD/MF/NSD) der Eindruck geäußert, von den Ärzten vorwiegend als Geschäftsleute oder als ausführende Instanz von Verordnungen betrachtet zu werden, und nicht als gleichwertige Fachpersonen mit akademischem Abschluss.

Was wir auch diskutierten, dass wir auch immer noch als Geschäftsleute betrachtet werden, eher als Geschäftsleute denn als Wissenschaftler. Ich glaube, es ist das. Weil wir Medikamente verkaufen. (...) Für sie sind die Apotheker, so denke ich, noch häufig diejenigen, die die Verordnungen ausführen, aber ohne sie zu hinterfragen. Schlussendlich haben sie wohl ein bisschen Mühe anzuerkennen, dass wir fünf Jahre studiert haben und Fortbildungen machen. (Apothekerin H)

(...) denn Im Normalfall bin ich vom Arzt her nur Befehlsempfängerin. (Apothekerin F)

Aus den Gesprächen geht hervor, dass es aus Sicht der befragten Apothekerinnen und Apotheker mehr Anerkennungen bräuchte.

Es müsste auch klar sein, dass wir ein anerkannter Leistungserbringer sind. (Apothekerin G)

Das geäußerte Bedürfnis nach Anerkennung drückt sich auf zwei Ebenen aus. Zum einen wird eine partnerschaftliche Beziehung mit den Ärzten gewünscht, zum andern bedeutet Anerkennung auch die finanzielle Vergütung von Dienstleistungen.

Nun wird es ein politischer Entscheid. Will man die Apotheker weiterhin als medizinische Fachpersonen im Gesundheitssystem behalten, dann müssen ihre Leistungen bezahlt werden. Sie können sich nicht nur über den Verkauf von Medikamenten finanzieren. (Apotheker D)

Ein partnerschaftliches Verhältnis mit den Ärzten komme schlussendlich auch den Patienten zu Gute, wie die eine Apothekerin berichtet, die eine gute Zusammenarbeit mit den Hausärzten erlebt.

Es ist noch speziell in diesem Quartier, dass wir ein sehr gutes Verhältnis zu unseren Ärzten haben. Das ist nicht an vielen Orten so. Also wir arbeiten hier auch sehr eng zusammen. Es ist ein bisschen wie ein Dorf hier, alle kennen einander. Es entsteht eine gewisse Vertrauensebene und eine gute Zusammenarbeit. Da haben wir hier sicher gewisse Vorteile. Dadurch, dass es nicht ein Gegeneinander ist, können wir die Patienten besser betreuen. Das ist auch ein Vorteil für den Patienten. (Apothekerin G)

Gleichzeitig macht das Zitat deutlich, dass eine solche Zusammenarbeit eher die Ausnahme als die Regel darstellt. Die entsprechende Apothekerin führt dies auf das persönliche Engagement ihres Vorgesetzten zurück. Man könnte an dieser Stelle einwenden, dass das Verhältnis zu den Hausärzten nichts mit der Zusammenarbeit mit den Spitalärzten zu tun hat. Doch die mangelnde Anerkennung der Apothekerinnen und Apotheker als Berufsgruppe im Gesundheitswesen scheint stark von diesem Verhältnis geprägt zu werden und einen Einfluss auf die Zusammenarbeit mit den Spitälern zu haben. So entstand die Beziehung des einzigen Apothekers, der über eine gute Zusammenarbeit mit den Spitälern berichtet, ebenfalls aufgrund seines persönlichen Engagements.

Daran habe ich persönlich mehrere Jahre lang gearbeitet. Und wenn ich mal eine Frage habe und auf Station anrufe, dann weiss man, wer ich bin. Das ist das, was ich immer erreichen wollte. Wir sind keine Nebenspieler, sondern wir sind Vollplayer. (Apotheker I)

In den Interviews werden also zwei Situationen guter Zusammenarbeit explizit erwähnt, einmal mit Hausärzten, einmal mit Spitalärzten. In beiden Fällen wird die gute Zusammenarbeit auf das persönliche Engagement der Apotheker zurückgeführt. Dennoch scheinen gewisse Prozesse für eine Verbesserung der Beziehung zwischen den Apotheken und den Spitälern auch auf übergeordneter Ebene im Gang zu sein.

Früher hatte man viel mehr Hemmungen, in ein Spital anzurufen und etwas nachzufragen. Das ist heute nicht mehr so. Also die wissen, dass wir von ihnen profitieren können und sie von uns. (Apothekerin B)



b) Mangelndes Bewusstsein in den Spitälern

Für eine bestmögliche Medikationsanamnese bei Spitaleintritt eines Patienten wird die Verwendung von mindestens zwei Quellen empfohlen (4). Eine davon können die Offizin-Apotheken sein. Dafür müssen sie von den Spitälern als Informationsquelle er- und anerkannt werden, was bis dahin noch nicht der Fall zu sein scheint. Wie in Kapitel 3.1 illustriert wird, werden die Offizin-Apotheken aktuell nicht oder nur selten in den Prozess der Eintrittsanamnese einbezogen. Einige der befragten Apothekerinnen und Apotheker vermuten, dass sich das spitalärztliche Personal nicht über die Existenz oder zumindest nicht über die Informationskapazität von Offizin-Apotheken bewusst ist.

Sie denken nicht an uns. Das ist die Gewohnheit der Praxis. Sie haben diesen Reflex nicht im Spital. Sie wissen vielleicht nicht, was wir machen. Sie wissen nicht, welche Informationen wir alle haben und was wir alles machen können. (Apothekerin H)

Es ist nicht etwas, was die Spitäler gewohnt sind zu machen. Sie meinen wahrscheinlich, sie haben alle Informationen, die sie brauchen, entweder vom Arzt oder vom Patient. (Apotheker K)

Ein Apotheker aus einem NSD-Gebiet berichtet, er habe mit dem medizinischen Chef des Spitalnetzwerkes in seinem Kanton gesprochen, weil die Offizin-Apotheken bei Austritten von Patienten aus dem Spital immer wieder Probleme hätten (vgl. 3.4.1).

Und er umgekehrt sagte, im Spital hätten sie beim Eintritt der Patienten Probleme bei der Medikationsanamnese. Das ist ein bekanntes Problem. Er sagte: "Wir haben grosse Schwierigkeiten, die Hausärzte zu kontaktieren um zu wissen, was sie verordnet haben." Ich fragte, ob sie nie an die Stammapotheke gedacht hätten und er sagte, nein, das sei ihnen nie in den Sinn gekommen. Und ich sagte ihm: "Der Stammapotheker hat effektiv die Daten der Hausärzte und der Spezialisten der Spitäler" und da merkte ich, dass er etwas erkannte. Tatsächlich denkt man in den Spitälern nicht an die öffentlichen Apotheken. (Apotheker D)

Sowohl die Anerkennung der Offizin-Apotheken als Partner, als auch das Erkennen ihrer Existenz und ihrer Möglichkeiten, scheinen zentrale Voraussetzungen für eine gute Zusammenarbeit zwischen Apotheken und Spitälern zu bilden. Es ist anzunehmen, dass beide Aspekte mit übergeordneten Entwicklungen in Zusammenhang stehen.

Es ist eine ganze Mentalität, die sich ändern muss. (Apothekerin H)

c) Gegenseitige Kenntnisse der Abläufe

Nebst den übergeordneten Faktoren wie fehlendes Bewusstsein und mangelnde Anerkennung wird im konkreten Praxisalltag der Mangel an Kenntnissen über die Abläufe der jeweiligen Gegenseite als Problemfeld erkannt. Einige Interviewpartnerinnen und -Partner erwähnen in den Gesprächen immer wieder den Eindruck, die Spitäler wüssten nicht, wie eine Offizin-Apotheke funktioniert. Umgekehrt stellt sich heraus, dass die befragten Offizin-Apothekerinnen und Apotheker ihrerseits eher über geringe Kenntnisse zum Spitalgeschehen verfügen.

Das Spital ist wie eine eigene Welt. Die schaffen mit ihren Sachen, und alles was rundherum ist - keine Ahnung. Und ich dummerweise auch nicht von ihrem. Ich kenne ihre Abläufe nicht, sie meine nicht. Das müsste man verbessern. (Apothekerin F)

Der Fokus der Gespräche mit den Apothekerinnen und Apothekern lag auf der Thematik der Medikationsanamnese bei Spitaleintritt eines Patienten. Es war jedoch auffallend, dass fast alle Interviewpartnerinnen und Interviewpartner im Verlauf der Gespräche unaufgefordert über Schwierigkeiten und Probleme bei Spitalaustritten berichteten. Es kann daher davon ausgegangen werden, dass die Offizin-Apothekerinnen und -Apotheker von der Schnittstellenproblematik insbesondere bei Spitalaustritt betroffen sind. Daher wird dieser Aspekt im folgenden Abschnitt im Sinne einer weiterführenden Reflexion aufgenommen, obwohl er nicht direkt zur Beantwortung der vorliegenden Fragestellung von Bedeutung ist. Indirekt besteht jedoch zweifelsohne ein Zusammenhang zwischen der aktuellen Informationslage in den Offizin-Apotheken und dem Spitalaustrittsprozedere, da Austrittsrezepte eine zentrale Informationsquelle der Apotheken darstellen. Wie bereits ersichtlich wurde, sehen sich die Spitäler beim Spitaleintritt mit ähnlichen Problemen konfrontiert, wie die Apothekerinnen und Apotheker beim Spitalaustritt.

Beim Austritt sehen wir halt wirklich, dass viele Fehler und Unsicherheiten entstehen. Und von daher denke ich, dass dies beim Eintritt wahrscheinlich gleich ist, nur muss nachher das Spital damit dealen, und nicht wir. Da denke ich, ist es schon wichtig, dass man da Fortschritte erzielt. (Apothekerin G)



Folgende Problempunkte werden in Bezug auf Spitalaustritte von Patienten beschrieben.

d) Austrittsrezepte

Eine Hauptschwierigkeit, die von den befragten Apothekerinnen und Apotheker immer wieder genannt wird, stellen die Austrittsrezepte von Spitälern dar. Sie werden oft als unleserlich, unvollständig, unklar oder widersprüchlich erlebt.

Und was auch noch wichtig wäre ist, dass das auf Computer oder Schreibmaschine geschrieben ist. Oft müssen wir sehr detektivisch sein, was das nun heissen könnte. (Apothekerin E)

(...) dass die Spitäler eine möglichst komplette Austrittsverordnung machen, also dass sie aufschreiben, was der Patient aktuell nehmen muss und ausdrücklich vermerken, der Rest ist gestoppt. (Apotheker A)

Ebenfalls werden Schwierigkeiten bezüglich Austrittsrezepten beschrieben, auf denen Arzneimittel oder Verbandsmaterialien verordnet sind, die nicht im Sortiment der Offizin-Apotheke vorhanden und daher nicht an Lager sind.

Es ist vielmehr bei Spitalaustritt, wo wir die Spitäler kontaktieren müssen. Wir machen ziemlich viele Telefonate beim Austritt, weil wir unklare Austrittsrezepte haben. Wieso kann nicht der Arzt oder die Pflege vorher kurz anrufen und uns informieren über die Austrittsmedikation und die Verbände etc. Aber das kommt nie vor. (...) Und sie sind sich manchmal nicht bewusst, dass eine Offizin-Apotheke keine Spitalapotheke ist und nicht das gleiche Sortiment hat. (Apothekerin H)

e) Mangelnde Berücksichtigung der prästationären Medikation

Des Weiteren geht aus den Gesprächen hervor, dass bei Austrittsverordnungen die Medikation, die ein Patient vor dem Spitaleintritt genommen hat, zu wenig berücksichtigt wird.

Und beim Spital muss ich ehrlich sagen, verstehe ich manchmal nicht, was die da überhaupt machen. Also, ob die überhaupt eine Ahnung davon haben, was der Patient vorher genommen hat. Und warum stellen sie nun plötzlich etwas um, ist das überhaupt sinnvoll. Also wie gesagt, was viel passiert, ist, dass wir uns bemühen und dem Patienten erklären, was alles umgestellt wurde, danach geht der Patient zwei Wochen später zum Hausarzt und der stellt es wieder um auf das, was früher war. (Apothekerin E)

Klassisch ist derjenige der Generika. Also dass sie im Spital alles umstellen und der Patient am Schluss mehrfach dasselbe schluckt, weil er nicht weiss, dass es das gleiche ist. (Apothekerin G)

Hier stellt sich die Frage, inwiefern solche Probleme von einer unvollständigen oder unkorrekten Medikationsanamnese bei Spitaleintritt abhängen.

f) Ungenügende Informationen an Apothekerinnen und Apotheker und Patienten

Hand in Hand mit unvollständigen Austrittsrezepten geht der Eindruck der befragten Apothekerinnen und Apotheker, schlecht informiert zu werden beim Spitalaustritt ihrer Kunden. Ihren Berichten zu Folge werden sie nicht über Medikationsänderungen in Kenntnis gesetzt, und die Patienten wüssten oft auch zu wenig Bescheid, um Auskunft zu geben. Ebenfalls würden ihnen die Informationen zum weiteren Vorgehen fehlen, beispielsweise wann der nächste Besuch beim Hausarzt geplant sei.

Also ich bin überzeugt es passieren sehr viele Fehler mit diesen Spitalaustrittsrezepten, weil die Leute danach nicht mehr verstehen: „Was habe ich überhaupt noch Zuhause?“ (...) Und wir werden ja gar nicht informiert und der Patient nur zum Teil, oder er hat es wieder vergessen, das kann auch sein. (Apothekerin E).

Ich möchte gerne, dass sie die Medikamente genau verschreiben. Dann möchte ich wissen, wann ist der Kunde wieder beim Arzt, wieviel muss ich ihm mitgeben. Häufig wissen die Patienten nichts. (Apothekerin F)

g) Schwierige Erreichbarkeit der Spitalärzte

Ist für die befragten Apothekerinnen und Apotheker bei einem Austritt etwas unklar, stellt für sie die schwierige Erreichbarkeit des zuständigen Spitalarztes eine weitere Schwierigkeit dar.



Mit den Spitälern ist es noch schwierig, gerade mit dem xxx-Spital, da hat man häufig keine Ansprechperson. (Apothekerin E)

Es ist auch schwierig, wenn wir eine Nachfrage haben bei einem Austritt, weil wir den zuständigen Arzt dann nie erreichen. (...) Das ist sicher ein Stück weit auch vom System her so gegeben und schwierig zu ändern. (Apothekerin G)

3.4.2 Lösungsvorschläge

Die befragten Apothekerinnen und Apotheker sehen viel Verbesserungspotential und zeigen konkrete Möglichkeiten auf, wie die interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen Spitälern und Apotheken verbessert werden könnte.

a) Systematischer Einbezug der Apotheken und Standardisierung von Prozessen

Um die Zusammenarbeit mit den Spitälern in Bezug auf die Weiterleitung von Informationen bei Spitalertritt zu fördern, schlagen einige Apothekerinnen und Apotheker einen systematischen Einbezug der Stammapotheken beim Eintrittsprocedure vor.

Man müsste beim Eintritt nebst den anderen Angaben auch systematisch nach der Stammapothek fragen. Denn wenn man diese Angaben hat, dann kann man eine Fülle von Informationen haben. Das ist eine Veränderung. Man erkennt, dass es auch Apotheker gibt, und dass diese nützliche Informationen haben. (Apotheker D)

Da gäbe es schon viele Möglichkeiten. Zum Beispiel wenn ein Patient ins Spital kommt, wird das vom Arzt mitgegeben, und wo ist seine Apotheke? Und man liefert das auch gleich mit, damit das Spital die Information hat und der Patient unterschreibt vielleicht noch, dass es in Ordnung ist und dann können sie dort weiterschauen und Rücksprache mit uns nehmen, wenn der Patient einverstanden ist. (Apothekerin B)

Aus den Gesprächen geht hervor, dass die befragten Apothekerinnen und Apotheker sich als Ansprechpartner sehen würden, der gut erreichbar wäre und schnell Informationen zur Verfügung stellen könnte. Weiter zeigt sich, dass einige der befragten Apothekerinnen und Apotheker nicht nur Informationen zur Patientenmedikation, sondern auch gerne ihr Fachwissen zur Verfügung stellen würden.

Ich glaube wichtig ist wirklich, dass bei den Spitälern die Einsicht kommt, dass das wichtig ist und dass die Apotheken wirklich eine einfache Anlaufstelle sind wo man vielleicht nicht alle Informationen, aber sehr viele Informationen sehr schnell erhält. (...) Als Ansprechpartner für die Spitäler hätten wir auch gute Grundlagen. (Apotheker A)

Also sicher, dass wir auch miteinbezogen werden. Dass die Medikation, wenn ein Arzt etwas ausstellt, dass wir einen Blick darauf werfen können, dass wir mitreden können, im Sinne von einen Input geben und unser Knowhow einfließen lassen können. (Apotheker I)

Zudem würden sich die befragten Apothekerinnen und Apotheker klare Vorgaben sowie ein strukturiertes Vorgehen in Bezug auf ihre Rolle, Aufgaben und Pflichten als Informationsquelle bei einem Spitalertritt wünschen (vgl. 3.3).

Vorgaben von gewissen Prozessen, also eben das klar ist, was dürfen wir, auf welchem Weg dürfen wir Informationen weitergeben, an wen dürfen wir sie weitergeben, aber auch wenn es beim Spitalertritt ein klares Prozedere gäbe wo wir wüssten, wenn eine Patient ins Spital geht, braucht er das und das. (Apothekerin G)

Was wir jetzt zum Beispiel erleben ist, dass die einen [Patienten] sagen: "Sie müssen mir noch das Dosette richten, damit ich es mitnehmen kann". Die andern sagen: "Ich muss alle Medikamente in einem Sack mitnehmen." Die dritten sagen: "Ich darf gar nichts mitnehmen", wenn sie einen Spitalübertritt haben. Also wir hören da die verschiedensten Sachen und können uns dann auch nicht so recht vorstellen, wie das im Spital dann genau funktioniert. So gesehen, ja, wenn es so etwas wie eine einheitliche Regelung gäbe, damit wir zum Beispiel wüssten, wir müssen eine Liste erstellen, wenn sie einen Übertritt machen, wir müssen ihnen alles in einen Sack packen und kontrollieren, dass alles da ist, dann wäre das sicher interessant, das zu machen. (Apothekerin G)

Ebenfalls wird eine gewisse Standardisierung des Austrittsprozesses hinsichtlich der Information an die Apotheken vorgeschlagen.



Oder was auch schwierig ist, dann kommen sie aus dem Spital, es wurde auf etwas Ähnliches aber nicht das Gleiche umgestellt, dann haben sie plötzlich ein Esomeprazol und ein Omeprazol verordnet, wir wissen dann nicht genau, was nun gilt. Und wenn da das Prozedere ein bisschen standardisiert werden könnte und man wüsste, die Informationen gehen hier, hier und hier hin, v.a. auch an uns, dann wäre das sehr hilfreich. (Apothekerin G)

b) Austauschgefässe: Qualitätszirkel, Arbeitsgruppen

Einige der befragten Apothekerinnen und Apotheker berichten von positiven Erfahrungen mit Qualitätszirkeln, entweder mit Hausärzten und/oder mit Heimärzten. Diese Zirkel scheinen nicht nur einen fachlichen Austausch zu fördern, sondern auch die gegenseitige Wertschätzung.

Bei uns gibt es in unserem Quartier mit drei Apotheken und den Hausärzten Qualitätszirkel. Das ist ein sehr wertvolles Instrument, das trägt sicher auch dazu bei, warum wir hier eine so gute Kommunikation haben. Aber die Spitäler sind da gar nicht eingebunden. Das fördert schon den gegenseitigen Respekt, weil man sieht was der andere für Probleme hat. Man könnte ja oft diese Probleme leicht lösen, wenn man dann wüsste, was das Problem des andern ist. (Apothekerin G)

Ein Arzt sagte mir: „Seit wir diese Qualitätszirkel machen, ist das für mich die beste Weiterbildung.“ (Apotheker D)

Es stellt sich die Frage, aus welchen Gründen noch keine Qualitätszirkel mit Spitalärzten bestehen, wenn die Erfahrungen mit Heim- und Hausärzten so positiv sind. Es werden zwei Vermutungen genannt. Einerseits brauche es nach Aussage eines Apothekers die Bereitschaft von beiden Seiten. Diese ist, so die Wahrnehmung des befragten Apothekers, von der regionalen Kultur und Politik beeinflusst. Andererseits wird von einer weiteren Interviewpartnerin die praktische Umsetzbarkeit mit den Spitälern angezweifelt.

Wieso kommen bei uns keine Qualitätszirkel zustande? Weil es braucht immer zwei. Wissen Sie, wir können uns Mühe geben, wir können Top-Dossiers zusammenstellen, aber wenn die andere Partei denkt..., dann bringt's nicht viel. Vor allem wenn die andere Partei denkt: "Da gebe ich etwas ab von meiner Seele.", oder. Sie möchten nicht, dass wir ihnen in die Karten schauen. Es braucht immer zwei. (...) Das ist der Grund, warum das bei uns nicht zustande kommt. Das hängt natürlich auch von der Politik jedes einzelnen Kantons ab. Der Gesundheitsdirektor, auf welcher Seite steht er? Unterstützt er uns, oder wird er von der anderen Seite lobbyiert?“ (Apotheker I)

Qualitätszirkel funktionieren gut im ambulanten Bereich und mit den Heimen. Mit den Spitalärzten, das ist zu gross. (Apothekerin H)

Dieselbe Apothekerin berichtet, dass sie für onkologische Patienten orale Zytostatika richten. Für eine möglichst reibungslose Zusammenarbeit würde sie sich nun mit den Spitalonkologen austauschen. Es könnte also sinnvoll sein, Qualitätszirkel oder andere Austauschgefässe zwischen Spitalärzten und Offizin-Apothekerinnen und -Apothekern auf eine bestimmte Zielgruppe zu beschränken.

Jetzt versuchen wir es sachte mit den Onkologen, mal sehen was das gibt. Wenn sie mit uns in Kontakt sind, sind sie nicht unzufrieden. Sie sehen unsere Kompetenzen. (Apothekerin H)

Ein Apotheker berichtet über eine Arbeitsgruppe Schnittstellen vom Apothekerverband aus. Diese Arbeitsgruppe habe eher den Spitalaustritt zum Ziel. Die Gruppe sei mit den Spitälern im Austausch. Die Austrittsthematik sei gut aufgenommen worden. Hingegen würden sich die Spitäler aus ablauftechnischen Gründen eher zurückhaltend zeigen wenn es darum gehe, von den Apotheken Informationen der Patienten zu erhalten. Die Apotheken würden nun verschiedene Module anbieten, von denen die Spitäler auswählen könnten.

Wir hoffen, dass die Spitäler so flexibler darauf reagieren können. Zu grosse Ablaufveränderungen haben sie jeweils nicht so gerne. Zum Teil haben sie schon von Abteilung zu Abteilung unterschiedliche Systeme. (Apotheker A)

Aus dem Gespräch geht hervor, dass solche Veränderungen Zeit brauchen und schrittweise stattfinden müssen.

d) Einbezug von klinischen Pharmazeutinnen und Pharmazeuten

Eine Bindegliedfunktion zwischen Spital und Offizin-Apothekere könnten die klinischen Pharmazeutinnen übernehmen. Eine Apothekerin berichtet über eine Mitarbeiterin in ihrer Apotheke, die auch als klinische Pharmazeutin im Spital tätig ist. Die befragte Apothekerin empfindet den Wissensaustausch mit dieser Mitarbeiterin als Bereiche-



rung und kann vom anderen Blickwinkel ihrer Kollegin profitieren. Deshalb würde sie eine vermehrte und systematische Einbindung der klinischen Pharmazeutinnen bei Prozessen, die sowohl Spitäler als auch Offizin-Apotheken betreffen, begrüßen. Auch eine weitere Interviewpartnerin sieht darin das Potential zur Verbesserung der interdisziplinären Zusammenarbeit.

Und dort sieht man einen enormen Fortschritt in der klinischen Pharmazie. Das ist etwas, was sich sehr entwickelt momentan, wo zum Beispiel die Apotheker auf die Abteilung gehen und die Ärzte beraten in der Medikation. Das gab es vor zehn Jahren so noch nicht. Das wäre sicher gut wenn das noch mehr einfließen würde, auch in die Apotheke. (...) Und dort gäbe es dann so Berührungspunkte, wo man miteinander zu tun hat. (Apothekerin B)

Es ist anzunehmen, dass der Einbezug klinischer Pharmazeutinnen und Pharmazeuten in die Spitalprozesse nicht nur den gegenseitigen interdisziplinären Austausch fördert, sondern auch die Anerkennung für das Wissen der Apothekerinnen und Apotheker, auch ausserhalb des Spitals.

e) Integrieren in Aus-/Weiterbildung

Als weiterer Ansatz zur Verbesserung der interdisziplinären Zusammenarbeit wird mehrfach die Einbindung der Thematik in die Aus- und Weiterbildungsprogramme der Ärzte und Apotheker genannt. Es werden verschiedene Varianten erwähnt:

- Eintägiger Besuch der angehenden Ärzte in einer Offizin-Apotheke zum Erlangen von Kenntnissen über deren Funktionsweise, Abläufe und Möglichkeiten

Also bei den Studenten in der Ausbildung ansetzen, das hilft. Und wenn es Praktikanten gibt bei den Ärzten, dann sollen sie einen Tag zu uns kommen, damit sie sich bewusst sind, was wir machen. Wir hatten einmal einen und er war sehr erstaunt darüber, was wir alles tun können. (Apothekerin H)

- Interprofessionelle Weiterbildungen, wo sich Vertreter der verschiedenen Berufsgruppen kennen lernen und austauschen
- Spitalinterne Schulungen der Ärzte über die Abläufe, Möglichkeiten und Grenzen der Offizin-Apotheken

Manchmal habe ich den Eindruck, dass die Ärzte in den Spitälern wenig Ahnung davon haben, wie eine öffentliche Apotheke funktioniert. (...) Was haben die etwa für ein Sortiment? Rein die Vorstellungen, wie das überhaupt geht, und die Abläufe, die man dort hat und was man vorher wissen müsste. (...) Also die müssten in dem auch geschult werden von Seiten den Spitals. (Apothekerin E)

Als möglicher Lösungsansatz für eine Verbesserung der Schnittstellenproblematik Spital – Apotheke bei Spitalaustritt eines Patienten schlagen die befragten Apothekerinnen und Apotheker Folgendes vor:

f) Fax oder Anruf vor Austritt

Ein grosses Anliegen der befragten Apothekerinnen und Apotheker ist es, vor Austritt eines Patienten über die aktuelle Medikation informiert zu werden. Dies wäre beispielsweise möglich, indem sie vor Austritt vom Spitalpersonal telefonisch informiert oder das Rezept per Fax erhalten würden.

Wir würden uns wünschen, dass sie uns vor Austritt ein Fax schicken, weil wir manchmal die Medikamente nicht an Lager haben oder es Sachen gibt, die noch abgeklärt werden müssen. Das ist für den Patienten sehr mühsam, wenn wir die Abklärungen erst machen können, wenn er da ist. Unser grosses Interesse wäre also, dass wir den Austrittsfax vorher erhalten, damit wir diese Abklärungen machen können, bevor der Patient hier ist. (Apotheker A)

In einzelnen Spitälern wird dies bereits versuchsweise praktiziert. Zwei Apotheker berichten über gute Erfahrungen damit, während eine dritte Apothekerin erzählt, es gäbe noch Verbesserungsbedarf, da die Angaben nicht immer korrekt seien.

Austrittsrezepte im Voraus faxen, aber richtig: Dreimal hat es geklappt, zweimal war es falsch, weil die Patientin länger blieb. Wir haben alles vorbereitet. Als sie dann kam, waren die Informationen nicht mehr aktuell. (Apothekerin F)



Wir arbeiten sehr eng mit verschiedenen Altersheimen zusammen. (...) Wenn jetzt eine Patientin vom Spital nach Hause geht, dann wissen sie, dass wir die Apotheke sind, die diese Patientin betreut. Dann faxt uns das Spital das Austrittsrezept direkt. (...) Das funktioniert sehr gut. (Apotheker I)

g) Zugriff auf ein elektronisches Patientendossier

Wie im Kapitel 3.3.5 ausgeführt wird, sehen einige der befragten Apothekerinnen und Apotheker eine Verbesserungsmöglichkeit für die interdisziplinäre Zusammenarbeit in einem elektronischen Patientendossier, auf das die verschiedenen Berufsgruppen Zugriff hätten. Würden die Spitalärzte das Dossier dazu nutzen, das Spitalaustrittsrezept eines Patienten mit seiner prästationären Medikation im elektronischen Dossier abzugleichen und zu dokumentieren, wären diese Informationen für die Apothekerinnen und Apotheker abrufbar. So könnten viele Unklarheiten bei Spitalaustritten verhindert werden.

Ich glaube, das ist etwas, was wir einfach brauchen, dass es ein elektronisches Dossier gibt, und dass alle in dasselbe Dossier reinkommen. (...) Wir müssen etwas bauen, was es noch nicht gibt, aber was es schon längst geben sollte. (Apotheker K)

3.4.3 Fazit

Aus den geführten Interviews mit den Offizin-Apothekerinnen und -Apothekern zeichnen sich zwei Ebenen ab, die für eine interdisziplinäre Zusammenarbeit über die Schnittstelle Apotheke-Spital hinweg zentral zu sein scheinen. Zum einen handelt es sich um eine übergeordnete Ebene, bei der es grundsätzlich um die Stellung der Apothekerinnen und Apotheker im Gesundheitswesen geht, die sich auch auf die interdisziplinäre Zusammenarbeit niederzuschlagen scheint. Dabei wird deutlich, dass eine partnerschaftliche Beziehung zwischen Apotheker- und Ärzteschaft die Basis für eine Zusammenarbeit bildet und daher auch beim Einbezug von Offizin-Apotheken als Informationsquellen bei einem Spitaleintritt von Patienten relevant ist. Zum anderen spielt die konkrete Umsetzung der interdisziplinären Zusammenarbeit im Praxisalltag eine wichtige Rolle. Zusammengefasst gehen aus den Gesprächen mit den Offizin-Apothekerinnen und -Apothekern also drei Problemfelder in Bezug auf die interdisziplinäre Zusammenarbeit bei Spitaleintritt an der Schnittstelle Apotheke – Spital hervor: Mangelnde Anerkennung der Apothekerinnen und Apotheker als gleichwertige Fachpersonen im Gesundheitswesen, mangelndes Bewusstsein der Existenz und Möglichkeiten von Offizin-Apotheken seitens der Spitäler sowie mangelnde gegenseitige Kenntnisse der Abläufe. Die Ergebnisse zeigen des Weiteren auf, dass sich die Schnittstellenproblematik zwischen Offizin-Apotheke und Spital nicht nur auf den Spitaleintritt beschränkt, sondern für die Apothekerinnen und Apotheker insbesondere bei Spitalaustritt von Bedeutung ist. Zusammengefasst zeigen die Interviews diesbezüglich vier Problemfelder auf: Probleme mit Austrittsrezepten (unleserlich, unvollständig, unklar, widersprüchlich), unzureichende Berücksichtigung der prästationären Medikation, eine ungenügende Weiterleitung von relevanten Informationen und schliesslich die schwierige Erreichbarkeit der zuständigen Spitalärzte. Daraus lässt sich ableiten, dass zu wenig institutionalisierte Strukturen bestehen, die eine Zusammenarbeit zwischen Ärzteschaft und Apothekerschaft stärken, oder dass solche Strukturen zu wenig genutzt werden. Dieser Aspekt müsste weiterführend untersucht werden.

Folgende fördernde Faktoren und Lösungsvorschläge für eine verbesserte interdisziplinäre Zusammenarbeit aus Sicht der befragten Apothekerinnen und Apotheker werden aus den Ergebnissen ersichtlich:

- Systematischer Einbezug der Apotheken und Standardisierung von Prozessen (bei Ein- und Austritt)
- Austausch- und Fortbildungsgefässe, wie beispielsweise Qualitätszirkel
- Einbezug der Klinischen Pharmazeuten und Pharmazeutinnen
- Integration der Schnittstellenproblematik in Aus- und Weiterbildung
- Fax des Austrittsrezepts/Telefonat an die Offizin-Apotheken vor dem Austritt der Patienten
- Zugriff ein gemeinsames elektronisches Dossier
- Persönliches Engagement



4 Zusammenfassung und Ausblick

Zusammengefasst zeigen die Ergebnisse, dass Offizin-Apotheken bisher äusserst selten als Informationsquelle für eine bestmögliche Medikationsanamnese bei Spitaleintritt berücksichtigt werden, unabhängig davon, wo sie sich befinden. Dies obwohl sie durchaus über nützliche Informationen verfügen. Es wird ersichtlich, dass in den Offizin-Apotheken viele Informationen über die Patienten und ihre Medikation zusammenlaufen, insbesondere bei Stammkunden. Die Informationen können Angaben beinhalten, die dem Hausarzt möglicherweise nicht bekannt sind, wie beispielsweise Verordnungen weiterer behandelnder Ärzte oder abweichendes Verhalten der Kunden in Bezug auf die Therapietreue. Daher wären die Informationen für eine vollständige Medikationserhebung im Sinne einer bestmöglichen Medikationsanamnese bei Spitaleintritt wichtig.

Gleichzeitig geht aus den Ergebnissen hervor, dass die befragten Apothekerinnen und Apotheker Lücken in ihren Informationen vermuten, die beispielsweise auf unvollständige Rezepte oder auf Medikamentenbezüge in anderen Apotheken zurückgeführt werden können. Sie scheinen jedoch nie genau zu wissen, ob und welche Angaben fehlen. Welche Informationslücken vorhanden sind, wie sie sich je nach Gebiet mit oder ohne Selbstdispensation unterscheiden und worauf sie zurückzuführen sind wäre ein Aspekt, der weiter untersucht werden müsste. Gemäss der Einschätzung der Apothekerinnen und Apotheker liegen insbesondere in Gebieten ohne ärztliche Medikationsabgabe (NSD) bei einem Grossteil der Stammkunden vollständige oder nahezu vollständige Medikationsinformationen vor. Daraus lässt sich schliessen, dass insbesondere Offizin-Apotheken in NSD-Gebieten für die Spitäler als Informationsquelle von Interesse wären.

Das vorliegende Projekt konzentrierte sich in seiner Fragestellung auf die Erhebung einer bestmöglichen Medikationsanamnese im Rahmen des systematischen Medikationsabgleichs bei Spitaleintritt. Die befragten Apothekerinnen und Apotheker gehen davon aus, dass die Spitäler die Informationen zur Medikation von eingetretenen Patienten in erster Linie bei den Hausärzten beziehen. Für eine bestmögliche Medikationsanamnese wird im Prozess des systematischen Medikationsabgleichs empfohlen, mindestens zwei Informationsquellen zu verwenden (4). Die geringe systematische Nutzung der Offizin-Apotheken als Informationsquelle wirft die Frage auf, ob und inwieweit in den Spitälern der empfohlene Prozess für eine bestmögliche Medikationsanamnese unter der Berücksichtigung von mindestens zwei Informationsquellen umgesetzt wird.

Des Weiteren geht aus den Interviews hervor, dass sich die Schnittstellenproblematik Offizin-Apotheke – Spital bei Spitaleintritt nicht losgelöst vom Spitalaustritt untersuchen lässt. Die Ergebnisse machen deutlich, dass die befragten Apothekerinnen und Apotheker insbesondere bei Spitalaustritt von der Schnittstellenproblematik betroffen sind. Daher kann vermutet werden, dass die Offizin-Apotheken auch bei Spitalaustritten nicht systematisch in die Spitalprozesse eingebunden werden. Die Ergebnisse zeigen auf, dass relevante und nützliche Informationen zwischen Spital und Offizin-Apotheke in beiden Richtungen ungenügend fließen. Daraus lässt sich schliessen, dass im Prozess des systematischen Medikationsabgleichs von Spitaleintritt bis zum Spitalaustritt Verbesserungsbedarf besteht.

Die befragten Apothekerinnen und Apotheker sehen ihre Rolle in diesem Prozess einerseits als leicht zugänglichen Ansprechpartner für die Spitäler, der sowohl relevante Informationen zur Medikation eines Patienten liefern, als auch einen fachlichen Input geben könnte. In diesem Sinne wären sie eine Informationsquelle für eine bestmögliche Medikationsanamnese bei Spitaleintritt. Andererseits sehen die befragten Apothekerinnen und Apotheker ihre Rolle im Prozess des systematischen Medikationsabgleichs als Informationsempfänger mit Abgleichfunktion bei Spitalaustritt. Hier schliesst sich der Kreis. Die Apotheken verfügen über nützliche Informationen für die Spitäler bei Spitaleintritt, während die Spitäler nützliche Informationen für die Apotheken bei Spitalaustritt innehaben.

Unklare Abläufe und mangelnde gegenseitige Kenntnisse erschweren eine gute Zusammenarbeit. Das heisst, bevor ein effizienter Informationsaustausch in Bezug auf die Medikation von Patienten entstehen kann, braucht es gegenseitige Kenntnisse über die Abläufe und Bedürfnisse der Gegenseite. Beispielsweise geht aus den Aussagen der befragten Apothekerinnen und Apothekern hervor, dass für sie nicht klar ist, welche Informationen in wel-



cher Form bei einem Spitaleintritt für die Spitäler von Nutzen wären. Umgekehrt scheint in den Spitälern nur wenig Bewusstsein über die Funktionsweise und Möglichkeiten von öffentlichen Apotheken zu herrschen. Daraus kann geschlossen werden, dass zu wenig institutionalisierte Strukturen bestehen, die eine Zusammenarbeit und den Austausch zwischen Spital und Apotheke stärken, oder dass solche Strukturen zu wenig genutzt werden. Dieser Aspekt müsste weiterführend untersucht werden.

Aus den Ergebnissen geht hervor, dass bei den befragten Offizin-Apothekerinnen und -Apothekern grundsätzlich die Bereitschaft vorhanden ist, vermehrt beim Prozess des systematischen Medikationsabgleichs im Spital mitzuwirken. Dabei wird ersichtlich, dass es auf verschiedenen Ebenen Anpassungen braucht, damit die Offizin-Apotheken optimal als Informationsquellen von den Spitalern genutzt werden könnten und umgekehrt. Wie aus dem obigen Abschnitt hervorgeht, müssten die Bedürfnisse auf beiden Seiten geklärt werden: Wer braucht welche Information wann und in welcher Form? Welche technischen Voraussetzungen sind nötig, damit diese Informationen möglichst effizient weitergeleitet werden können? Inwiefern gibt es Unklarheiten in Bezug auf den rechtlichen Rahmen? Die Ergebnisse machen deutlich, dass bezüglich der Weiterleitung von Informationen uneinheitliche Einschätzungen seitens der Apothekerinnen und Apothekern in Bezug auf den Datenschutz existieren. Es ist anzunehmen, dass diese Unstimmigkeiten auf die aktuelle Situation mit einem geringen Erfahrungswert hinsichtlich der Weiterleitung von Informationen an die Spitäler zu erklären ist. Dennoch bleibt die Frage offen, inwiefern die uneinigen Einschätzungen eine Folge von unklaren oder ungenügenden Regelungen im rechtlichen Rahmen bei einem systematischen Einbezug der Offizin-Apotheken als Informationsquellen sind, und inwieweit die rechtliche Vorgaben diesbezüglich zwar vorhanden und klar wären, aber den Apothekerinnen und Apothekern zu wenig bekannt sind. Des Weiteren braucht es aus Sicht der Apothekerinnen und Apothekern in den Spitälern eine Standardisierung der Prozesse bei Ein- und Austritt von Patienten in Bezug auf die Rolle der Offizin-Apotheke einerseits als Informationsquelle, andererseits als Informationsempfängerin. Zu guter Letzt geht aus den Ergebnissen hervor, dass die befragten Apothekerinnen und Apothekern als gleichwertige Partner im Gesundheitswesen anerkannt werden möchten, was schlussendlich auch eine finanzielle Vergütung für ihre Dienstleistungen beinhalten würde.

Eine letzte weiterführende Überlegung bezieht sich auf die Rolle der Patienten im Prozess des systematischen Medikationsabgleichs bei Spitaleintritt. Die Ergebnisse zeigen, dass die Informationslage in den Apotheken sowohl von den Gesprächen mit den Kunden (Auskunfts-fähigkeit, Auskunfts-wille), als auch von deren Verhalten (Medikamentenkäufe) abhängt. Zudem wird für eine bestmögliche Medikationsanamnese bei Spitaleintritt das Gespräch mit den Patienten als Hauptinformationsquelle empfohlen (4). Es stellt sich die Frage, inwiefern die Patienten dazu ermächtigt werden könnten, selber einen aktiveren Beitrag zu ihrer Medikationssicherheit an Schnittstellen zu leisten.

Zusammengefasst zeigen die Ergebnisse, dass Offizin-Apotheken von den Spitalern kaum als Informationsquelle für eine bestmögliche Anamnese genutzt werden, obwohl sie über relevante Informationen verfügen. Die befragten Apothekerinnen und Apothekern wären grundsätzlich bereit, vermehrt bei dem Prozess mitzuwirken, wenn die Abläufe geregelt und die Apotheken auch beim Spitalaustrittsprozess mit einbezogen werden.



5 Literatur

- (1) Tam VC, Knowles SR, Cornish PL, Fine N, Marchesano R, Etchells EE. Frequency, type and clinical importance of medication history errors at admission to hospital: a systematic review. *CMAJ* 2005 Aug 30;173(5):510-5.
- (2) Hardmeier B, Braunschweig S, Cavallaro M, Roos M, Pauli-Magnus C, Giger M, et al. Adverse drug events caused by medication errors in medical inpatients. *Swiss Med Wkly* 2004;134(45-46):664-70.
- (3) Grandjean C, von Gunten V, Marty S, Meier P, Beney J. De l'anamnèse d'entrée à l'ordonnance de sortie: continuité des traitements médicamenteux des patients hospitalisés dans un hôpital régional suisse [Continuity of care of hospitalised patients in a Swiss regional hospital: from medication history on admission to discharge treatment]. *Journal de Pharmacie Clinique* 2009;28(3):151-6.
- (4) Stiftung Patientensicherheit Schweiz. Der systematische Medikationsabgleich im Akutspital. Empfehlungen im Rahmen des nationalen Pilotprogramms progress! Sichere Medikation an Schnittstellen. 2015. Available from: URL: <http://www.patientensicherheit.ch/de/publikationen/Infomaterial-Schriften-B-cher.html>
- (5) Kwan JL, Lo L, Sampson M, Shojania KG. Medication Reconciliation During Transitions of Care as a Patient Safety Strategy. A Systematic Review. *Ann Intern Med* 2013 Mar 5;158(5_Part_2):397-403.
- (6) van den Bemt PM, van der Schrieck-de Loos EM, van der Linden C, Theeuwes AM, Pol AG, The Dutch CBO WHO High 5s Study Group. Effect of medication reconciliation on unintentional medication discrepancies in acute hospital admissions of elderly adults: a multicenter study. *J Am Geriatr Soc* 2013;61(8):1262-8.
- (7) Mueller SK, Sponsler KC, Kripalani S, Schnipper JL. Hospital-based medication reconciliation practices: A systematic review. *Arch Intern Med* 2012 Jun 25;172(14):1057-69.
- (8) Institute for Safe Medication Practices Canada. Medication Reconciliation (MedRec). 2014 [cited 2014 Jun 19]. Available from: URL: <http://www.ismp-canada.org/medrec/>
- (9) World Health Organization. Action on Patient Safety - High 5s. 2014 [cited 2014 Sep 22]. Available from: URL: <http://www.who.int/patientsafety/implementation/solutions/high5s/en/>
- (10) MARQUIS - Overview. 2012 [cited 2013 Oct 24]. Available from: URL: http://www.hospitalmedicine.org/Content/NavigationMenu/QualityImprovement/QIResourceRooms2/MARQUIS/Medication_Reconcili.htm
- (11) Gleason K, McDaniel M, Feinglass J, Baker D, Lindquist L, Liss D, et al. Results of the Medications At Transitions and Clinical Handoffs (MATCH) Study: An Analysis of Medication Reconciliation Errors and Risk Factors at Hospital Admission. *J Gen Intern Med* 2010 May 1;25(5):441-7.
- (12) Frei P, Huber LC, Simon RW, Bonani M, Luscher TF. Insufficient medication documentation at hospital admission of cardiac patients: a challenge for medication reconciliation. *Journal of Cardiovascular Pharmacology* 2009;54(6):497-501.
- (13) gfs.bern. Apothekenmonitor 2014. Dienstleistungen ja - aber nicht um jeden Preis. 2014 [cited 2014 Sep 24]. Available from: URL: http://www.pharmasuisse.org/data/Oeffentlich/de/Themen/Apothekenmonitor/pharmaSuisse_WIK.pdf
- (14) Silverman D. Doing qualitative research. 3rd edition ed. London: SAGE publications Ltd; 2010.



Ergebnisbericht

- (15) pharmaSuisse. Schweizerischer Apothekerverband Geschäftsbericht. 2014. Available from: URL: http://www.pharmasuisse.org/data/Oeffentlich/de/Jahresberichte/GB2014_phS_D_Doppelseiten.pdf
- (16) Mayring P. Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. 10., neu ausgestattete Auflage ed. Weinheim und Basel: Beltz Verlag; 2008.
- (17) pharmaSuisse. Schweizer Apotheken 2014. Was steckt drin und was hängt dran? 2014. Available from: URL: http://www.pharmasuisse.org/data/Oeffentlich/de/Publikationen/Statistikbrosch%C3%BCre/Zahlen_und_Fakten_de_WEB.pdf
- (18) Djalali S. Status quo der IT-Nutzung in Schweizer Arztpraxen. Wer eHealth sucht, findet einen Haufen Papier. Schweizerische Ärztezeitung 2015;96(43):1575-8.
- (19) Stiftung Patientensicherheit Schweiz. Quick-Alert Nr. 33. Die richtige Kommunikation von Verordnungen und Befunden am Telefon. 2014. Available from: URL: <http://www.patientensicherheit.ch/de/publikationen/Quick-Alerts.html>



Anhang

Übersicht der teilnehmenden Apothekerinnen und Apotheker

Bezeichnung der Interviewpartnerinnen und -Partner	Lage der Apotheke	Mit oder ohne ärztliche Medikamentenabgabe
Apotheker A	Aussenquartier Grossstadt	NSD
Apothekerin B	Zentrum Grossstadt	NSD
Apothekerin C	Zentrum Grossstadt	SD
Apotheker D	Kleinstadt	NSD
Apothekerin E	Kleinstadt	MF
Apothekerin F	Land	SD
Apothekerin G	Aussenquartier Grossstadt	MF
Apothekerin H	Agglomeration	NSD
Apotheker I	Kleinstadt	SD
Apothekerin J	Land	SD
Apotheker K	Kleinstadt	NSD

NSD: Nicht Selbstdispensation

MF: Mischform mit Erstabgabe durch den Arzt

SD: Selbstdispensation