



Zusammenarbeit Ärztinnen und Ärzte mit Apothekerinnen und Apothekern

Bericht des Regierungsrates zur Umsetzung der Motion 260-2024 Herren-Brauen (Ross-häusern, Die Mitte)

Bericht des Regierungsrates

Datum RR-Sitzung:	12. August 2026
Geschäftsnummer:	2026.GSI.626
Direktion:	Gesundheits-, Sozial- und Integrationsdirektion
Klassifizierung:	Nicht klassifiziert

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis.....2

1. **Abkürzungsverzeichnis.....3**

2. **Auftrag Grosser Rat: Motion 260-2024 Herren-Brauen 3**

3. **Ausgangslage.....4**

4. **Weitere parlamentarische Vorstösse im gleichen Bereich.....5**

4.1 Postulat 092-2024 de Meuron.....5

4.2 Motion 310-2025 Gerber 5

5. **Prozess: Erarbeitung Lösungsvorschläge mit Ärzte- und Apothekerschaft.....6**

6. **Lösungsvorschläge zur Weiterentwicklung der Rahmenbedingung für die Zusammenarbeit.....7**

6.1 Selbstdispensation und Beteiligung an Notfallversorgung 7

6.2 Anzahl Apotheken für Ablehnung Selbstdispensation 8

6.3 Übergangsfrist.....10

6.4 Definition Erstversorgung.....10

6.5 Ausnahmeregelung 11

6.6 Aufgaben und Rollen im geteilten Kompetenzbereich.....11

6.7 Medikation in Pflegeheimen.....12

7. **Würdigung durch den Regierungsrat 13**

7.1 Änderung Selbstdispensation 13

7.1.1 Positionierung Regierungsrat.....15

7.2 Änderung Erstversorgung 16

7.3 Änderung Abgabepflicht von Rezepten für den Bezug von Arzneimitteln 16

7.4 Weiteres Vorgehen 16

1. **Abkürzungsverzeichnis**

AKB	Apothekerverband des Kantons Bern
BEKAG	Aerztegesellschaft des Kantons Bern
BIHAM	Berner Institut für Hausarztmedizin, Universität Bern
EV EPG	<u>Einführungsverordnung vom 9. Dezember 2015 zur eidgenössischen Epidemien-gesetzgebung (BSG 815.122)</u>
GesG	Gesundheitsgesetz vom 2. Dezember 1984 (BSG 811.01)
GesV	<u>Verordnung vom 24. Oktober 2001 über die beruflichen Tätigkeiten im Gesund-heitswesen (BSG 811.111)</u>
GSI	Gesundheits-, Sozial- und Integrationsdirektion des Kantons Bern
HMG	<u>Bundesgesetz vom 15. Dezember 2000 über Arzneimittel und Medizinprodukte (Heilmittelgesetz, SR 812.21)</u>
VBHK	Verein Berner Haus- und Kinderärzt:innen

2. **Auftrag Grosser Rat: Motion 260-2024 Herren-Brauen**

Die Zusammenarbeit zwischen der Ärzteschaft und Apothekerinnen und Apothekern war Gegenstand von zwei parlamentarischen Vorstössen. In der Wintersession 2024 wurde die Motion 193-2024 Hügli (Münchenbuchsee, SP), «Selbstdispensation (direkte Medikamentenabgabe in der Arztpraxis) wieder ohne Einschränkungen ermöglichen – Hausarztmedizin stärken» zurückgezogen. In der Frühjahrsession 2025 wurde daraufhin die Motion 260-2024 Herren-Brauen (Rosshäusern, die Mitte), «Im Interesse einer guten Grundversorgung: Zusammenarbeit der Ärzte und Apotheker gemäss der Gesundheitsstrategie/integrierten Versorgung klären» vom Grossen Rat gemäss Antrag des Regierungsrats angenommen. Mit der M 260-2024 wird der Regierungsrat beauftragt:

1. Mit den Spitzen der Ärzte- und Apothekerschaft sind innert sechs Monaten Lösungen zu erarbeiten, um die Rahmenbedingungen, wie in der Gesundheitsstrategie/integrierten Versorgung vorgesehen, zu klären und so die Zusammenarbeit beider Partner mit Blick auf das Wohl der Patienten zu verbessern.
2. Insbesondere ist die Selbstdispensation gemäss den Bedürfnissen der Regionen zu flexibilisieren und unter Berücksichtigung der Wahlfreiheit für die Patienten zu erwägen.
3. Es sind Synergiepotentiale aufzuzeigen, damit die Zusammenarbeit der genannten Akteure in den Regionen gestärkt werden kann.
4. Daraus resultierende nötige Gesetzgebungsprozesse sind zügig anzugehen.

Als Selbstdispensation wird die uneingeschränkte Abgabe von Arzneimitteln durch die Ärzteschaft an ihre Patientinnen und Patienten auch ausserhalb der Erstversorgung verstanden. Im Gesundheitsgesetz (GesG)¹ ist die Selbstdispensation in Artikel 32 als Ermächtigung zur Führung einer Privatapotheke geregelt. Nicht zur Selbstdispensation gehört die Abgabe von Arzneimitteln durch Ärztinnen und Ärzte in Notfällen, bei Hausbesuchen und im Rahmen der Erstversorgung.

¹ Gesundheitsgesetz vom 2. Dezember 1984 (GesG; BSG 811.01)

3. Ausgangslage

Der Regierungsrat verweist auf die in seiner Antwort auf die M 193-2024 aufgezeigte Ausgangslage:

In den 1970er Jahren kam es in städtischen Gebieten, wo Apotheken leicht erreichbar waren, zunehmend zu einem Konflikt zwischen der Apotheker- und der Ärzteschaft, da die ärztliche Medikamentenabgabe uneingeschränkt möglich war. Im Kanton Bern trat 1984 schliesslich ein neues Gesundheitsgesetz in Kraft, in welchem auch die Selbstdispensation (SD) geregelt wurde. Diese heute immer noch gültige Regelung stellt einen Kompromiss dar, der einen über viele Jahre dauernden Streit in dieser Frage schlichtete.

In den 1990er Jahren gab es erneut Bestrebungen, die Selbstdispensation einerseits noch stärker zu regulieren und andererseits zu liberalisieren, ohne dass sich diese Vorhaben durchsetzen konnten. Die von der Ärzte- und Apothekerschaft zum Teil geführten Abstimmungskämpfe hinterlassen bis heute Spuren in der Zusammenarbeit der beiden Berufsgruppen.

In den vergangenen zehn Jahren ist es gelungen, das Verhältnis zu verbessern und gemeinsame Projekte umzusetzen, wie z. B. der gemeinsame Lehrstuhl am Berner Institut für Hausarztmedizin BIHAM und der dadurch stark auf Interprofessionalität ausgerichtete neue Masterstudiengang Pharmazie an der Universität Bern.

Aktuelle Regelung der ärztlichen Medikamentenabgabe

Die ärztliche Medikamentenabgabe ist in der Schweiz kantonal geregelt. Während sie in den Westschweizer Kantonen, dem Tessin, Basel-Stadt und Aargau nur in Ausnahmefällen erlaubt ist, ist sie in vielen Deutschschweizer Kantonen weit verbreitet.

Im Kanton Bern herrscht eine Mischform:

- Ärztinnen und Ärzte dürfen mit entsprechender Bewilligung des Kantons in Ortschaften, in denen die Notfallversorgung mit Medikamenten nicht durch mindestens zwei öffentliche Apotheken abgedeckt ist, eine Privatapotheke betreiben und so die eigenen Patientinnen und Patienten uneingeschränkt mit Medikamenten versorgen. Entfällt durch eine Apothekengründung die Voraussetzung zur Führung einer Privatapotheke, so wird der Ärztin oder dem Arzt für die Liquidation der bestehenden Privatapotheke ein Zeitraum von zehn Jahren eingeräumt.
- Auch ohne Bewilligung zur Führung einer Privatapotheke dürfen Ärztinnen und Ärzte Medikamente zur Erstversorgung, bei Hausbesuchen und in Notfällen direkt an die Patientinnen und Patienten abgeben.

Versorgungslage aus Sicht der Patientinnen und Patienten

In ländlichen Regionen des Kantons Bern ist sowohl die hausärztliche Versorgung als auch die Arzneimittelversorgung zunehmend unter Druck. Patientinnen und Patienten sind auf beide Angebote angewiesen. Im Alltag bekunden Patientinnen und Patienten aber immer mehr Mühe, einen Hausarzt oder eine Hausärztin zu finden. Bei Schliessungen von Apotheken in ländlichen Regionen wird auch der Zugang zur Arzneimittelversorgung für die Bevölkerung aufwändiger und die Notfallversorgung wird unter Umständen geschwächt. Als niederschwellige Anlaufstellen sind Apotheken auch neben der Versorgung mit ärztlich verschriebenen Arzneimitteln für die Bevölkerung von grosser Bedeutung.

Die bestehende Mischform der ärztlichen Medikamentenabgabe hat sich im Kanton Bern im Grundsatz bewährt. In Ortschaften mit mindestens zwei Apotheken besteht die Einschränkung, dass Selbstdispensation nicht erlaubt ist. In diesem Fall sind die Apothekerinnen und Apotheker

auch verpflichtet, Notfalldienst zu leisten. Das Verbot der Selbstdispensation in solchen grösseren Ortschaften soll dort einen Anreiz für die Eröffnung und das Weiterführen von mehreren Apotheken schaffen, welche die Gesundheitsversorgung zusammen mit den vorhandenen Arztpraxen sicherstellen sollen. Diese Einschränkung stellt auf der anderen Seite einen Anreiz für Ärztinnen und Ärzte dar, ihre Tätigkeit in kleineren Ortschaften aufzunehmen, wo die Selbstdispensation erlaubt ist und nur wenige öffentliche Apotheken die Versorgung mit Arzneimitteln (sowie die Notfallversorgung) sicherstellen. Diese Regelung erlaubt die Selbstdispensation in grossen Teilen des Kantons Bern.

Somit gilt im Kanton Bern eine abgestufte Versorgung der Bevölkerung mit Arzneimitteln. In Ortschaften mit höchstens einer Apotheke wird die Abgabe der Arzneimittel der Ärzteschaft erlaubt. In Ortschaften mit mindestens zwei Apotheken ist die Arzneimittelabgabe der Ärzteschaft auf die Erstversorgung eingeschränkt.

4. Weitere parlamentarische Vorstösse im gleichen Bereich

Die Zusammenarbeit zwischen den beiden Berufsgruppen wird auch in weiteren parlamentarischen Vorstössen thematisiert:

4.1 Postulat 092-2024 de Meuron

Am 28. November 2024 wurde das Postulat 092-2024 de Meuron (Thun, GRÜNE), «Stopp mit den Medikamenten Cocktails in Altersheimen – Gefordert ist ein würdiger Umgang mit Betagten und das Vermeiden einer unnötigen Polymedikation» im Grossen Rat angenommen. In seiner Antwort auf das Postulat weist der Regierungsrat darauf hin, dass die zuständige Gesundheits-, Sozial- und Integrationsdirektion (GSI) prüft, zusammen mit Unisanté Lausanne und dem Berner Institut für Hausarztmedizin (BIHAM) auf Basis des Projektes «Simple ID» eine Analyse der Situation im Kanton Bern durchzuführen und gegebenenfalls ein Pilotprojekt zu starten. Das Projekt Simple ID hat zum Ziel, den Einsatz von (ungeeigneten) Medikamenten bei Bewohnerinnen und Bewohnern in Alters- und Pflegeheimen dauerhaft zu reduzieren. Als Massnahme wurden im Rahmen eines bereits durchgeführten Forschungsprojekts in den Kantonen Waadt und Freiburg interprofessionelle Interventionen wie Qualitätszirkel und Medikationsüberprüfung getestet.

4.2 Motion 310-2025 Gerber

Am 24. November 2025 wurde die Motion 310-2025 Gerber (Schüpfen, Die Mitte), «Förderung interprofessioneller Austauschstage für die Ärzte- und Apothekerschaft» eingereicht. Mit der Motion soll der Regierungsrat wie folgt beauftragt werden:

1. Es sollen die notwendigen Rahmenbedingungen geschaffen werden, damit Ärztinnen und Ärzte sowie Apothekerinnen und Apotheker während einem bis zwei Tagen Einblicke in die praktischen Tätigkeiten der jeweils anderen Berufsgruppe erhalten können. Es ist zu klären und festzulegen, zu welchem Zeitpunkt der Aus- bzw. Weiterbildung solche interprofessionellen Austauschstage umsetzbar sind. Es wäre auch denkbar, ein Tandem zwischen einer Fachärztin/einem Facharzt und einer Offizinapothekerin/einem Offizinapotheker in Betracht zu ziehen.
2. Weiter sollen die Bedingungen des Austausches festgelegt sowie ein Pilotprojekt gestartet und finanziert werden.

3. Die Austauschtage sollen bewertet und darauf basierend soll geprüft werden, ob diese eine gute Grundlage für weitere Kooperationen zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung im Kanton Bern bilden könnten (z. B. Qualitätszirkel).

In der Sommersession 2026 wurde die M 310-2025 von Grossen Rat als Postulat angenommen.

5. Prozess: Erarbeitung Lösungsvorschläge mit Ärzte- und Apothekerschaft

Die GSI hat drei Runde Tische und fünf vorbereitende Arbeitsbesprechungen mit den involvierten Verbänden organisiert und moderiert, um gemeinsam Lösungen im Sinne der M 260-2024 zu erarbeiten. Teilgenommen haben die Aerztegesellschaft des Kantons Bern (BEKAG), der Apothekerverband des Kantons Bern (AKB) und der Verein Berner Haus- und Kinderärzt:innen (VBHK). Am ersten Runden Tisch haben zudem die beiden Spitalverbände diespitäler.be und der Verband der Privatspitäler des Kantons Bern (VPSB) teilgenommen, bevor sie sich zum Berner Spitalverband zusammengeschlossen haben. Die Interessen der Spitalverbände wurden ab den Arbeitsbesprechungen der ersten Runde durch die BEKAG vertreten.

Am ersten Runden Tisch wurde neben einer allgemeinen Auslegeordnung der Prozess mit Runden Tischen und Arbeitsbesprechungen festgelegt. An den Arbeitsbesprechungen sollte die jeweilige Problematik vertieft und Elemente möglicher Lösungsvorschläge diskutiert werden. Am Runden Tisch sollten die Ergebnisse aus den Arbeitsbesprechungen konsolidiert und verabschiedet werden.

Als Vorbereitung des zweiten Runden Tisches wurden Arbeitsbesprechungen zu folgenden drei Themenbereichen durchgeführt: Selbstdispensation, Rollen und Aufgaben von Apothekerinnen und Apothekern sowie Ärztinnen und Ärzten im geteilten Kompetenzbereich (Kompetenzerweiterung Apothekerinnen und Apothekern) und Medikation in Pflegeheimen.

In der ersten Arbeitsbesprechung diskutierten die Akteure, mögliche Anpassungen an der Selbstdispensation (Erhöhung der Anzahl Apotheken von 2 auf 3, ab der in einer Ortschaft keine Selbstdispensation mehr möglich ist und gleichzeitige Reduktion der Übergangsfrist von 10 auf 5 Jahre) den Vorständen der Verbände zur Stellungnahme vorzulegen. Insbesondere der AKB wies in dieser ersten Arbeitsbesprechung darauf hin, dass seine Mitglieder einen solchen Kompromiss wohl nicht akzeptieren würden. Die Vorstände von BEKAG und VBHK erklärten sich bereit, den Kompromiss weiterzuverfolgen und zeigten sich überzeugt, dass es gelingt, für diesen Kompromiss auch eine Mehrheit der Mitglieder zu gewinnen.

Der Vorstand des AKB liess am zweiten Runden Tisch mitteilen, dass er den Vorschlag ablehnt. Bevor eine Weiterverfolgung möglich sei, müsse eine vertiefte Diskussion zu den Auswirkungen geführt werden. Daher wurden zwei weitere Arbeitsbesprechungen im Oktober und November 2025 durchgeführt, in deren Rahmen der AKB die Erhöhung der Anzahl Apotheken unverändert ablehnte. Da der Lösungsvorschlag ausgeschlossen wurde, hat die GSI auf eine vertiefte Analyse der Auswirkungen verzichtet.

Zum Bedauern der GSI führten auch die Besprechungen im Oktober und November 2025 zu keiner Weiterentwicklung der Thematik der Selbstdispensation. Aus diesem Grund konnte nicht, wie in der Motion gefordert, innerhalb von sechs Monaten Lösungen gefunden werden.

6. Lösungsvorschläge zur Weiterentwicklung der Rahmenbedingung für die Zusammenarbeit

In den Arbeitsbesprechungen der ersten Runde wurden Elemente diskutiert, die einen Einfluss auf die Rahmenbedingungen der Zusammenarbeit der beiden Berufsgruppen haben. Dabei wurde geprüft, inwiefern eine Anpassung im Sinne der kantonalen Gesundheitsstrategie sinnvoll ist.

In den Arbeitsgruppen wurden folgende Anpassungen als mögliche Elemente eines Lösungsvorschlags diskutiert:

- Selbstdispensation soll künftig in Ortschaften möglich sein, in denen die Notfallversorgung mit Arzneimitteln nicht **durch mindestens drei (geltendes Recht: zwei)** öffentliche Apotheken gewährleistet ist. Die Übergangsfrist soll neu fünf Jahre betragen. Dies sowohl in Ortschaften, in denen neu Selbstdispensation möglich ist aber auch bei einer Eröffnung einer Apotheke, falls danach neu drei Apotheken in der betroffenen Ortschaft die Notfallversorgung gewährleisten und die Selbstdispensation nicht mehr möglich ist. Von einer solchen Änderung betroffen wären diejenigen Ortschaften, in denen heute genau zwei öffentliche Apotheken bestehen (Aarberg, Gstaad, Herzogenbuchsee, Huttwil, Laupen, Meiringen, Urtenen-Schönbühl und Moosseedorf, St-Imier, Tramelan und Zollikofen).
- Im Sinne der Erstversorgung soll die Abgabe von Arzneimitteln **für abschliessende Therapien von maximal einem Monat** möglich sein (bisher: bei Erstversorgung).
- Sollte absehbar eine zusätzliche Therapie über den ersten Monat hinaus notwendig sein, muss der Arzt oder die Ärztin dem Patienten oder der Patientin eine **Verschreibung dafür abgeben**.
- **Ausnahmemöglichkeiten:** Die GSI kann Selbstdispensation auf Antrag und bei Vorliegen von wichtigen Gründen sowie nach Anhörung einer paritätischen Kommission erlauben, auch wenn die Anzahl Apotheken in einer Ortschaft die Selbstdispensation eigentlich ausschliesst.

Der AKB hat in der Vorbereitung auf eine Arbeitsbesprechung in Form eines Berichtes auf mögliche weitere Elemente der Zusammenarbeit zwischen den Berufsgruppen (wie beispielsweise der Ausbau regionaler Qualitätszirkel, Medikamentenmanagement in Pflegeheimen, Apotheken als Anlaufstellen für einfache medizinische Fälle) verwiesen. Dagegen hat die Ärzteschaft im Rahmen der Arbeitsbesprechung darauf hingewiesen, dass vor einer Klärung der Frage der Selbstdispensation weitere Diskussionen zu Kooperationen nicht zielführend seien. Die Ärzteschaft hat zudem darauf verwiesen, dass sie die interprofessionelle Zusammenarbeit im Kanton Bern immer massgeblich unterstützt und gefördert hat, so auch zum Beispiel die Schaffung eines interdisziplinären Instituts für Hausarztmedizin (BIHAM) an der Universität Bern.

6.1 Selbstdispensation und Beteiligung an Notfallversorgung

Aktuelle Rechtsgrundlage

Artikel 30a Absatz 2 GesG

²In Ortschaften mit mindestens zwei öffentlichen Apotheken sind deren Inhaberinnen und Inhaber verpflichtet, die Notfallversorgung mit Heilmitteln zu gewährleisten.

Artikel 30b Absatz 1 GesG

¹Für die Organisation des ambulanten Notfalldienstes sind die Berufsverbände der Berufsgruppen nach Artikel 30a verantwortlich.

Artikel 32 Absatz 1 Buchstabe a GesG

¹Die zuständige Stelle der Gesundheits-, Sozial- und Integrationsdirektion ermächtigt zur Führung einer Privatapotheke

a Ärztinnen und Ärzte in Ortschaften, in denen die Notfallversorgung mit Arzneimitteln nicht durch mindestens zwei öffentliche Apotheken gewährleistet ist;

Gemäss aktuellem Wortlaut der gesetzlichen Bestimmung wird die Bewilligung für Privatapotheken an Ärztinnen und Ärzte dann vergeben, wenn die Notfallversorgung mit Arzneimitteln in einer Ortschaft nicht durch mindestens zwei öffentliche Apotheken gewährleistet ist. Im Umkehrschluss kann davon ausgegangen werden, dass sich die Ärztinnen und Ärzte, die gemäss Artikel 32 GesG eine Bewilligung zum Führen einer Privatapotheke erhalten haben, auch an der Notfallversorgung mit Arzneimitteln beteiligen. Zudem muss gemäss eidgenössischer Heilmittelgesetzgebung sichergestellt sein, dass Patientinnen und Patienten von Ärztinnen und Ärzten mit einer entsprechenden Bewilligung die Freiheit haben, die Arzneimittel auf Wunsch auch bei einer Apotheke beziehen zu können.

Der Verweis von Artikel 32 GesG auf die Notfallversorgung erschliesst sich nur in Verbindung mit Artikel 30a Absatz 2 GesG. Die Regelung der Notfalldienste erfolgt in Artikel 30a bis 30d GesG und wird von den jeweiligen Verbänden organisiert. Gemäss Einschätzung aller teilnehmenden Verbände wäre eine Beteiligung der Privatapotheken am ambulanten Notfalldienst nicht sinnvoll. Ärztinnen und Ärzte (insbesondere in speziellen Fachgebieten, oder im Bereich Pädiatrie etc.) haben für die Behandlung in Arztpraxen oder im Rahmen des allgemeinen ambulanten ärztlichen Notfalldienstes nur ein reduziertes Sortiment an Arzneimitteln zur Verfügung und sind nicht über den AKB organisiert, der für die Koordination der Notfalldienste der Apotheken zuständig ist.

Die aktuelle Bestimmung in Artikel 32 GesG zur Bewilligung der Selbstdispensation stellt eine irreführende Verbindung zur Notfallversorgung her. Es ist zwar richtig, dass in Ortschaften mit zwei Apotheken deren Inhaberinnen und Inhaber verpflichtet sind, Notfalldienst zu gewährleisten. Wenn in einer Ortschaft jedoch nur eine öffentliche Apotheke existiert, kann die Selbstdispensation die fehlende Notfallversorgung nicht kompensieren.

6.2 Anzahl Apotheken für Ablehnung Selbstdispensation

Aktuelle Rechtsgrundlage

Artikel 32 Absatz 1 Buchstabe a GesG

¹Die zuständige Stelle der Gesundheits-, Sozial- und Integrationsdirektion ermächtigt zur Führung einer Privatapotheke

a Ärztinnen und Ärzte in Ortschaften, in denen die Notfallversorgung mit Arzneimitteln nicht durch mindestens zwei öffentliche Apotheken gewährleistet ist;

Der AKB lehnt eine Erhöhung der Anzahl Apotheken von zwei auf drei, ab der eine Selbstdispensation nicht mehr möglich ist, ab. In den zehn Ortschaften² mit zwei Apotheken vermutet der AKB eine existenzielle Gefährdung der betroffenen Apotheken, sollte neu Selbstdispensation zugelassen werden. Der Ersatz einer öffentlichen Apotheke durch eine Privatapotheke einer

² Aarberg, Gstaad, Herzogenbuchsee, Huttwil, Laupen, Meiringen, Urtenen-Schönbühl und Mosseedorf, St. Imier, Tramelan, Zollikofen. Gemäss Art. 32 Abs. 1 Bst. a GesG ist für die Prüfung der Ermächtigung zum Führen einer Privatapotheke das Gebiet der Ortschaft, nicht jenes der Gemeinde ausschlaggebend.

Arztpraxis würde aufgrund des weniger breiten Angebots zu einer Verschlechterung der Verfügbarkeit von Arzneimitteln führen. Zudem würde die Schliessung einer öffentlichen Apotheke dazu führen, dass die Inhaberinnen und Inhaber der verbleibenden Apotheke nicht mehr zum Notfalldienst verpflichtet wären. Somit könnte dies nach Auffassung des AKB zu einer Einschränkung der Notfallversorgung mit Arzneimitteln in den betroffenen Regionen führen. Öffentliche Apotheken hätten ein deutlich breiteres Angebot als Privatapotheken in Arztpraxen und würden somit eine bessere Versorgung der Bevölkerung sicherstellen. In den Augen des AKB ist eine Erhöhung der Anzahl Apotheken, ab der keine Selbstdispensation bewilligt werden darf, nur dann sinnvoll, wenn die Patientinnen und Patienten nachweislich davon profitieren. Dieser Nachweis liege gemäss AKB nicht vor. Der AKB geht zudem davon aus, dass die Ausweitung der Selbstdispensation keinen positiven Effekt auf die Hausarztdichte hat, sondern vielmehr mit einem negativen Effekt in ländlichen Regionen gerechnet werden müsse. So sei damit zu rechnen, dass Hausärztinnen und Hausärzte eher in grösseren Ortschaften (regionale Zentren) ihre Tätigkeit aufnehmen, falls dort die Selbstdispensation nach einer Erhöhung der massgeblichen Anzahl Apotheken neu möglich wäre. Somit würden stärker abgelegene Ortschaften durch die Hausarztmedizin schlechter abgedeckt.

Bezüglich der seitens des AKB ins Feld geführten existenziellen Gefährdung von Apotheken, sofern Selbstdispensation in den betreffenden Ortschaften neu zugelassen würde, weist die Ärzteschaft darauf hin, dass von den 21 Schliessungen von Apotheken in den letzten zehn Jahren nur drei in Ortschaften erfolgten, in denen die Selbstdispensation genutzt wurde; eine kausale Verbindung sei aber auch bei diesen drei Schliessungen nicht sicher. Mit Sicherheit könne jedoch eine Verbindung der Selbstdispensation mit der Schliessung in den anderen 18 Fällen ausgeschlossen werden. Die Selbstdispensation würde somit nicht zu einer ökonomischen Gefährdung der Apotheken führen, sondern die Schaffung von zusätzlichen Abgabestellen von Arzneimitteln würde die Wahlfreiheit und das Versorgungsangebot für die Bevölkerung stärken. Gemäss Auffassung von BEKAG und VBHK würde die Zulassung der Selbstdispensation in den genannten zehn Ortschaften das (Weiter)Führen von Hausarztpraxen begünstigen, die ansonsten gar nicht eröffnet oder auf eine Nachfolgerin oder einen Nachfolger übertragen werden könnten. Eine Reduktion der Übergangsfrist befürworten die Vertreter der Ärzteschaft nur in Verbindung mit der Erhöhung der Anzahl Apotheken.

Im Übrigen verweisen beide Seiten auf wissenschaftliche Studien, welche die Auswirkungen der Selbstdispensation auf die Apothekendichte sowie die Medikamentenkosten untersuchen, jeweils aber zu unterschiedlichen Ergebnissen gelangen. In der Antwort des Regierungsrats auf die zurückgezogene M 193-2024 wurde die kontroverse Faktenlage der Vor- und Nachteile der Selbstdispensation ausführlich dargestellt.

6.3 Übergangsfrist

Aktuelle Rechtsgrundlage

Artikel 52 Absatz 3 GesG

³Fallen die Bewilligungsvoraussetzungen für eine bestehende Privatapotheke nach Inkrafttreten dieses Gesetzes durch die Eröffnung einer weiteren öffentlichen Apotheke weg, so ist der Arzt ebenfalls zur Weiterführung während längstens zehn Jahren berechtigt.

Beide Seiten erachten eine Übergangsfrist von fünf Jahren als gerechtfertigt. Diese Zeit reicht gemäss Einschätzung der Leistungserbringer, um Arzneimittellager abzubauen und einen Weiterverkauf von Arzneimitteln oder der für die Aufbewahrung notwendigen Geräte zu organisieren. Die Vertretung der Ärzteschaft unterstützt die Reduktion der Übergangsfrist jedoch nur, wenn gleichzeitig die Anzahl Apotheken, ab der die Selbstdispensation nicht erlaubt ist, erhöht würde. Diese Ablehnung wird nicht inhaltlich begründet. Die Verkürzung der Übergangsfrist stellt in den Augen der Ärzteschaft eine Verschlechterung der für sie gültigen Bedingungen dar, die kompensiert werden soll.

6.4 Definition Erstversorgung

Aktuelle Rechtsgrundlage

Artikel 75 Absatz 6 der Gesundheitsverordnung (GesV)³: Verschreibung, Abgabe und Anwendung von Heilmitteln

⁶Als Erstversorgung im Sinne von Artikel 31 Absatz 2 GesG gilt in der Regel die einmalige Abgabe der kleinsten Originalpackung eines Präparats.

Im Grundsatz sind sich die Vertreterinnen und Vertreter bei der Anpassung der Definition der Erstversorgung einig. Ist bereits bei der Ausstellung der Verordnung einer Therapie klar, dass die kleinste Originalverpackung eines Präparats (heutige Regelung der Erstversorgung) für den Abschluss der Therapie nicht ausreicht, soll die verschreibende Ärztin oder der verschreibende Arzt die Arzneimittel für die ganze Therapie abgeben können, solange diese nicht länger als einen Monat dauert. Die Überprüfung einer solchen Vorgabe stellt jedoch die Aufsichtsbehörde vor neue Herausforderungen. So ist für die Aufsicht nicht direkt ersichtlich, was als «abschliessende Therapie von maximal einem Monat» gelten darf. Aktuell sind die Lieferanten von Arzneimitteln verpflichtet, dem kantonalen Gesundheitsamt zu melden, sobald ein Arzt oder eine Ärztin Packungen von Medikamenten kauft, die grösser als die kleinste Originalpackung eines Präparats sind und er oder sie keine Bewilligung zur Selbstdispensation hat. Damit dieser Aufsichtsprozess beibehalten werden kann, soll der Bezug von Grosspackungen weiterhin Ärztinnen und Ärzten mit Selbstdispensation vorbehalten bleiben. Ärztinnen und Ärzte, die Medikamente nur im Rahmen der Erstversorgung abgeben dürfen, könnten neu mehrere kleinste Originalverpackung eines Präparats für Therapien mit einer Dauer von maximal einem Monat gleichzeitig abgeben.

Unbestritten ist auch, dass die Ärztinnen und Ärzte die Verschreibungen auf Wunsch abgeben müssen, damit die Patientinnen und Patienten gemäss eidgenössischer Heilmittelgesetzgebung die Wahlfreiheit haben, ob sie die weiteren notwendigen Arzneimittel in einer Apotheke oder bei

³ Verordnung vom 24. Oktober 2001 über die beruflichen Tätigkeiten im Gesundheitswesen (Gesundheitsverordnung; GesV; BSG 811.111)

der verschreibenden Ärztin respektive dem verschreibenden Arzt beziehen. Diesbezüglich ist jedoch keine weitere Regulierung notwendig.

6.5 Ausnahmeregelung

Einig waren sich die Vertreterinnen und Vertreter, dass die GSI von den starren Regeln der Zulassung der Selbstdispensation in Einzelfällen abweichen können soll. Dies soll bei Vorliegen wichtiger Gründe, insbesondere aus Versorgungsgründen, und unter angemessener Berücksichtigung der Bedürfnisse der Regionen möglich sein.

In der Diskussion hat sich gezeigt, dass die Vertretung der Apothekerinnen und Apotheker eine Ausnahmeregelung nur dann unterstützt, wenn die Ausnahmen in beide Richtungen möglich sind. Dies würde bedeuten, dass Selbstdispensation erlaubt werden kann, obschon die Voraussetzungen nicht erfüllt sind, aber auch dass die Selbstdispensation nicht erlaubt werden muss, obschon die Voraussetzungen erfüllt sind. Die Ärzteschaft teilt diese Auffassung. Weiter haben die Vertreterinnen und Vertreter keine Präzisierung der «wichtigen Gründe» vorgeschlagen, sondern die Meinung vertreten, dass die zuständige Behörde die Ausnahmebestimmung im Einzelfall nach pflichtgemäsem Ermessen auslegen und anwenden soll. Der zwischenzeitlich eingebrachte Vorschlag, dass wichtige Gründe von einer paritätisch zusammengesetzten Kommission beurteilt werden soll, wurde aufgrund des in der Einzelfallbeurteilung zu erwartenden Patts zwischen den Stimmen der Ärzteschaft und jener der Apothekerinnen und Apotheker wieder verworfen.

Die Einführung einer Regelung, mit der aus wichtigen Gründen Ausnahmen bewilligt werden können, könnte mit einem neuen Artikel 32 Absatz 3 GesG umgesetzt werden.

6.6 Aufgaben und Rollen im geteilten Kompetenzbereich

Aktuelle Rechtsgrundlage

Artikel 19 Absatz 2 GesV (Tätigkeit der Apothekerinnen und Apotheker)

*²Mit entsprechenden Bewilligungen des GA sind sie zusätzlich berechtigt, kapillare Blutentnahmen durchzuführen sowie bei Personen, die das 16. Lebensjahr vollendet haben und kein impfspezifisches Gesundheitsrisiko wie insbesondere Schwangerschaft, Immunschwächen und Autoimmunkrankheiten aufweisen, ohne ärztliche Verschreibung die folgenden Impfungen vorzunehmen: **

- a * Impfungen gegen Grippe,*
- b * Impfungen gegen Frühsommer-Meningoenzephalitis (FSME),*
- c * Impfungen gegen Hepatitis A, Hepatitis B sowie Hepatitis A und B,*
- d * Impfungen gegen Diphtherie, Tetanus, Pertussis und Polio,*
- e * Impfungen gegen Covid-19,*
- f * weitere Impfungen gemäss schweizerischem Impfplan.*

Die Diskussion über Aufgaben im geteilten Kompetenzbereich wurde auf die damals laufende Revision der Gesundheitsverordnung (GesV) verschoben. Zudem ist in Zusammenhang mit der

«Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG)⁴: Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2» mit weiteren Anpassungen der nationalen Rechtsgrundlage zu rechnen.

Mit der Änderung des KVG und der GesV können die Apothekerinnen und Apotheker zusätzliche Tätigkeiten ausführen und teilweise gegenüber der obligatorischen Krankenversicherung abrechnen. Diese Kompetenzerweiterung wurde von allen teilnehmenden Verbänden unterstützt:

- Impfung: Neu sind die Apothekerinnen und Apotheker berechtigt, bei Vorliegen einer entsprechenden Bewilligung auch Impfungen gegen Diphtherie, Tetanus, Pertussis, Polio, sowie weitere Impfungen gemäss Schweizer Impfplan vorzunehmen.
- Blutentnahme: Kapillare Blutentnahme in Apotheken sind weiterhin möglich.

In Bezug auf die venöse Blutentnahme in Apotheken haben die Vertreterinnen und Vertreter nicht dieselben Standpunkte vertreten. Die Vertretung der Ärzteschaft lehnte diese ab. Entsprechende Analysen sollen nur basierend auf einer medizinischen Indikation durchgeführt werden. Die venöse Blutentnahme in Apotheken wurde demnach nicht in die revidierte GesV aufgenommen.

Die Teilnehmenden haben darauf hingewiesen, dass die Zusammenarbeit der beiden Berufsgruppen im Alltag in der Regel gut funktioniert und sie sich gegenseitig gut unterstützen. In diesem Zusammenhang wird auf die seit 2020 etablierte Doppelprofessur Pharmazie und Medizin am Berner Institut für Hausarztmedizin (BIHAM) verwiesen. Zudem prüft die GSI in Zusammenhang mit der Bearbeitung des P 092-2024, ob ein interprofessionelles Projekt mit Ärztinnen und Ärzten, Pflegepersonal und Apothekerinnen und Apothekern auf Basis des Projekts «Simple-ID» auch im Kanton Bern durchgeführt werden kann. Die Vertretung der Apothekerinnen und Apotheker hat dennoch darauf hingewiesen, dass in Fällen, in denen Patientinnen oder Patienten die Arzneimittel direkt beim behandelnden Arzt oder bei der behandelnden Ärztin beziehen, die Patientinnen oder Patienten oft keinen Zugriff auf die Rezepte haben. Dies erschwere die Unterstützung bei Ferienabwesenheiten der behandelnden Ärztinnen oder Ärzte.

Einigkeit herrschte darüber, dass die Kompetenzerweiterungen der Apothekerinnen und Apotheker nicht weiter im Rahmen der Runden Tische behandelt werden sollen.

6.7 Medikation in Pflegeheimen

An der Arbeitsbesprechung zu Medikation in Pflegeheimen hat neben den bereits involvierten Verbänden auch der Verband der Berner Pflegeheime (Curaviva BE) teilgenommen. Im Bereich der Medikation stehen die Pflegeheime vor der Herausforderung, dass in Einzelfällen Heimärztinnen und Heimärzte nur dann die heimärztliche Versorgung übernehmen möchten, wenn sie auch die Versorgung mit Arzneimitteln im Pflegeheim übernehmen können. Ebenfalls haben Heimärztinnen und Heimärzte in Einzelfällen angekündigt, die heimärztliche Versorgung nicht mehr sicherzustellen, sollten die Pflegeheime zu einem Angebot der Verblisterung von Medikamenten durch Apotheken wechseln. Von Seiten der Ärzteschaft wird moniert, dass ebenfalls in Einzelfällen Patientinnen und Patienten dazu gedrängt wurden, trotz langjähriger Beziehung zu einem Hausarzt oder einer Hausärztin mit dem Pflegeheimeintritt zu einem Heimarzt oder einer Heimärztin zu wechseln.

⁴ Bundesgesetz vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG; SR 832.10)

In der Arbeitsbesprechung wurde ersichtlich, dass keine wesentlichen Differenzen zwischen der Position der Verbände bestehen. Die Verbände haben darauf hingewiesen, dass die beschriebene Problematik nur in Einzelfällen auftritt. Sie stehen für die Unterstützung ihrer Mitglieder bei der Bearbeitung lokaler Herausforderungen zur Verfügung. Dabei wird sowohl die Freiheit der Patientinnen und Patienten, ihren Hausarzt oder ihre Hausärztin zu wählen, aber auch die Wahlfreiheit der Pflegeheime in Bezug auf die Arzneimittelversorgung (über den Heimarzt/die Heimarztin oder über eine öffentliche Apotheke z. B. mit dem Angebot von Blister-Lösungen) von den Verbänden als Grundlage anerkannt.

7. Würdigung durch den Regierungsrat

Der Regierungsrat stellt fest, dass sich die Teilnehmenden an den Runden Tischen nicht auf eine Weiterentwicklung des bestehenden Mischsystems der Selbstdispensation einigen konnten. Die Diskussionen haben gezeigt, dass trotz grosser Anstrengung und guter Erfahrung aus der interprofessionellen Zusammenarbeit weiterhin ein Graben zwischen den Berufsgruppen bezüglich Selbstdispensation besteht. Dem Regierungsrat ist es ein Anliegen, dass in diesem Bereich Planungssicherheit besteht und eine dauerhafte Lösung zur Normalisierung der Situation und schlussendlich zur guten Versorgung der Bevölkerung beitragen kann. Gleichzeitig unterstreicht der Regierungsrat die Bedeutung der erfolgreichen Zusammenarbeit etwa bei der Doppelprofessur am Berner Institut für Hausarztmedizin. Er begrüsst zudem Initiativen zur Stärkung der interprofessionellen Zusammenarbeit wie etwa den Ausbau regionaler Qualitätszirkel, Projekte im Bereich Medikamentenmanagement in Pflegeheimen oder die Stärkung interprofessioneller Netzwerke.

7.1 Änderung Selbstdispensation

Aus Sicht Regierungsrat gibt es zur Anpassung der Selbstdispensation grundsätzlich folgende Varianten.

Variante 1

Die aktuellen Vorgaben werden beibehalten.

Vorteile:

- Das im Grundsatz bewährte Mischsystem wird beibehalten.

Nachteile:

- Es erfolgt keine Weiterentwicklung des Systems, obschon die medizinische Versorgung im Wandel ist, und auch eine Weiterentwicklung des Systems mit der vorliegenden M 260-2024 gefordert wird.

Variante 2

Die aktuellen Vorgaben werden beibehalten.

Zusätzlich erhält das Gesundheitsamt die Möglichkeit, in **begründeten Ausnahmefällen** eine Selbstdispensation zu bewilligen, auch wenn die Bedingungen dafür nicht erfüllt sind.

Ausschlaggebend für die Beurteilung der begründeten Ausnahmefälle soll die medizinische Versorgung und die Versorgung mit Arzneimitteln sein. In touristischen Regionen ist zu berücksichtigen, dass Touristinnen und Touristen in der Regel keinen Zugang zu einer Hausärztin resp. einem Hausarzt haben.

Zudem soll die bestehende **Übergangsfrist** von aktuell zehn Jahren auf fünf Jahre reduziert werden.

Vorteile:

- Das bewährte Mischsystem wird beibehalten.
- Da auf eine Erhöhung der Anzahl Apotheken für den Ausschluss der Selbstdispensation verzichtet wird, ist es folgerichtig, die Ausnahmeregelung im Vergleich zu Variante 3 nur einseitig, zugunsten der Ärztinnen und Ärzte, festzulegen. Dies erleichtert die Anwendung der Ausnahmeregelung.
- Die Flexibilisierung des Systems erlaubt der Bewilligungsbehörde, auf lokale Ansprüche zu reagieren und verhindert ein Ausnützen des Systems.
- Die Hausärztinnen und Hausärzte haben in Ausnahmefällen in zusätzlichen Ortschaften Möglichkeiten zur Selbstdispensation, in welchen diese aktuell nicht möglich ist.

Nachteil:

- Es erfolgt nur eine geringe Weiterentwicklung des Systems, obschon die medizinische Versorgung im Wandel ist, und auch eine Weiterentwicklung des Systems mit der vorliegenden M 260-2024 gefordert wird.

Variante 3

Die **Anzahl Apotheken**, ab der in einer Ortschaft keine Selbstdispensation mehr möglich ist, wird von zwei auf drei erhöht. Zusätzlich erhält das Gesundheitsamt die Möglichkeit, **in begründeten Ausnahmefällen** eine Selbstdispensation zu bewilligen, auch wenn die Bedingungen dafür nicht erfüllt sind. Es kann jedoch auch auf eine Bewilligung verzichtet werden, obschon die Anforderungen eigentlich erfüllt sind.

Ausschlaggebend für die Beurteilung der **begründeten Ausnahmefälle** soll die medizinische Versorgung und die Versorgung mit Arzneimittel sein. In touristischen Regionen ist zu berücksichtigen, dass Touristinnen und Touristen in der Regel keinen Zugang zu einer Hausärztin oder einem Hausarzt haben.

Zudem soll die bestehende **Übergangsfrist** von aktuell zehn Jahren auf fünf Jahre reduziert werden.

Vorteile:

- Das bewährte Mischsystem wird beibehalten.
- Die Erhöhung der Anzahl Apotheken für den Ausschluss der Selbstdispensation entspricht einer moderaten Weiterentwicklung des bestehenden Systems. Die Flexibilisierung des Systems erlaubt der Bewilligungsbehörde, auf lokale Ansprüche zu reagieren und verhindert ein Ausnützen des Systems.
- Die Hausärztinnen und Hausärzte haben in zusätzlichen Ortschaften Möglichkeiten zur Selbstdispensation, in welchen diese aktuell nicht möglich ist.

Nachteile:

- Die Anwendung der Ausnahmeregeln muss in der Bewilligungspraxis etabliert werden und stellt ein Potenzial für künftige Konflikte zwischen Ärzte- und Apothekerschaft dar.
- Das Kerngeschäft der Apotheken wird konkurrenziert.
- Die zweiseitige Ausnahmeregelung führt zu zusätzlicher juristischer Unsicherheit. Somit könnten im ganzen Kantonsgebiet Anträge zur Zulassung oder Nicht-Zulassung der Selbstdispensation gestellt werden.

Variante 4

Selbstdispensation ist auf dem ganzen Kantonsgebiet ohne Einschränkung erlaubt.

Vorteil:

Reduktion der Komplexität der Regulierung.

Nachteile:

- Durch die Gleichbehandlung in allen Ortschaften gibt es weniger Anreize für Hausärztinnen und Hausärzte, in eher abgelegenen Ortschaften ihre berufliche Tätigkeit aufzunehmen.
- Für die Apotheken entfällt der Anreiz des Monopols im Bereich der Medikamentenabgabe in eher abgelegenen Ortschaften.

Variante 5

Selbstdispensation ist auf dem ganzen Kantonsgebiet ausserhalb der Erstabgabe nicht erlaubt.

Vorteil:

- Reduktion der Komplexität der Regulierung.

Nachteile:

- Durch die Gleichbehandlung in allen Ortschaften gibt es weniger Anreize für Hausärztinnen und Hausärzte, in eher abgelegenen Ortschaften ihre berufliche Tätigkeit aufzunehmen.
- Für die Apotheken entfällt der Anreiz des Monopols im Bereich der Medikamentenabgabe in eher abgelegenen Ortschaften.

7.1.1 Positionierung Regierungsrat

Die Diskussion hat gezeigt, dass die starre Anwendung der geltenden Regel in Einzelfällen zu problematischen Situationen führen kann (Gefährdung der Notfallversorgung mit Arzneimitteln bei Bewilligung der Selbstdispensation oder Reduktion der Standortattraktivität durch Genehmigung von Selbstdispensation). Daher erachtet der Regierungsrat die Einführung einer Ausnahmeregelung als zielführend. Weicht die zuständige Behörde von den Bestimmungen ab, muss der Entscheid auf einer Beurteilung der medizinischen Versorgung und der Versorgung mit Arzneimitteln beruhen. Es können aber auch andere Aspekte berücksichtigt werden, wie die direkte wirtschaftliche oder personelle Abhängigkeit von zwei Apotheken, oder spezielle Bedürfnisse in touristischen Regionen, in denen Touristinnen und Touristen keinen Zugang zu Hausarztpraxen, jedoch zu Apotheken haben.

Daher befürwortet der Regierungsrat die Umsetzung von Variante 2 in Bezug auf die Selbstdispensation.

Der Regierungsrat weist darauf hin, dass die für die Aufsicht zuständige Stelle zudem prüfen wird, wie mögliche Differenzen in der Aufsicht für öffentliche Apotheken und Privatapotheken im Bereich der Lagerung von Arzneimitteln harmonisiert werden können. Patientinnen und Patienten müssen sich auch im Fall der Selbstdispensation auf identische Qualität verlassen können, wie wenn sie die Arzneimittel in einer öffentlichen Apotheke beziehen.

Im Bereich der interprofessionellen Zusammenarbeit ist es dem Regierungsrat ein Anliegen, dass keine Hürden bestehen, die Wahlfreiheit der Patientinnen und Patienten sichergestellt wird und sie in Situationen der Selbstdispensation über die Rezepte verfügen.

Die interprofessionelle Zusammenarbeit ist auch im Bereich Arzneimittelversorgung in Pflegeheimen von grosser Bedeutung. Die Prozesse in diesem Bereich gilt es weiter zu optimieren. Eine unkoordinierte Versorgung kann zu Schnittstellenproblemen führen und die korrekte Arzneimittelversorgung gefährden.

7.2 **Änderung Erstversorgung**

Der Regierungsrat empfiehlt dem Grossen Rat, die von allen Verbänden begrüsst neue Definition der Erstversorgung im Gesetz zu verankern. Arzneimittelabgaben dürfen somit im Rahmen einer abschliessenden Therapie von maximal einem Monat durch den behandelnden Arzt oder Zahnarzt oder durch die behandelnde Ärztin oder Zahnärztin erfolgen. Die Versorgung soll zudem auf mehrmalige Abgabe der kleinsten Originalpackungen eines Präparats begrenzt werden. Bei einer Umsetzung von Variante 4 würde eine Änderung der Definition der Erstabgabe hinfällig.

Die Referenz auf die kleinste Originalpackung ist aufgrund des Controllings sinnvoll. So dürfen Ärztinnen und Ärzte ohne Selbstdispensation nach wie vor keine Grosspackungen beziehen. Die Zulassung der Abgabe von mehreren kleinsten Originalpackungen erlaubt hingegen eine Therapie abzuschliessen, bei der bereits zum Zeitpunkt der Verordnung klar ist, dass dies mit einer kleinsten Originalpackung nicht möglich ist.

Umsetzung: Die Definition der Erstversorgung ist in Artikel 75 Absatz 6 der Gesundheitsverordnung (GesV) festgehalten. Diese müsste entsprechend geändert werden.

7.3 **Änderung Abgabepflicht von Rezepten für den Bezug von Arzneimitteln**

Der Regierungsrat empfiehlt dem Grossen Rat, eine neue Pflicht im Gesundheitsgesetz (GesG) aufzunehmen, die verschreibende Ärztinnen und Ärzte verpflichtet, im Falle von Selbstdispensation die Rezepte für den Bezug der Arzneimittel den Patientinnen und Patienten auszuhändigen. Die Patientinnen und Patienten müssen jedoch gemäss Artikel 26 des Heilmittelgesetzes (HMG)⁵ auch auf die Verschreibung verzichten können.

Der Regierungsrat geht davon aus, dass sich die Situation mit der Etablierung von E-Rezepten entschärfen wird. Mit E-Rezepten sollen sowohl die Patientinnen und Patienten als auch die behandelnden Ärztinnen und Ärzte direkten Zugriff auf die Rezepte haben können.

7.4 **Weiteres Vorgehen**

Der Regierungsrat wird gemäss der Beratung im Grossen Rat und gemäss allfälligen Planungs-erklärungen Gesetzesanpassungen beantragen oder Verordnungsanpassungen beschliessen. Die zu ändernden Normen sind in Kapitel 6 bei den jeweiligen Diskussionspunkten erwähnt.

⁵ Bundesgesetz vom 15. Dezember 2000 über Arzneimittel und Medizinprodukte (Heilmittelgesetz; HMG; SR 812.21)