Aargauische Volksinitiativen "Ja zur ärztlichen Medikamentenabgabe" und "Miteinander statt Gegeneinander"

Sehr geehrte Frau Präsidentin
Sehr geehrte Damen und Herren

Der Staatskanzlei sind am 12. April 2011 die Unterschriftenbogen der Volksinitiative "Ja zur ärztlichen Medikamentenabgabe" mit 7'994 gültigen Unterschriften eingereicht worden.

Die Initiative hat folgenden Wortlaut:

§ 44 des Gesundheitsgesetzes (GesG; SAR.301.100) vom 20. Januar 2009 sei wie folgt neu zu fassen:

¹ Ärztinnen und Ärzten sowie Zahnärztinnen und Zahnärzten ist die unmittelbare Anwendung sowie in Notfällen und bei Hausbesuchen die Abgabe von Arzneimitteln gestattet.

² Ärztinnen und Ärzte können mit Bewilligung des zuständigen Departements eine Privatapotheke führen.

³ Das zuständige Departement erteilt die Bewilligung, wenn die fachgerechte Lagerung, Überwachung und Abgabe der Arzneimittel gewährleistet ist.

⁴ Inhaberinnen und Inhaber einer Privatapotheke dürfen Arzneimittel lediglich für den eigenen Praxisbedarf abgeben. Der Handverkauf oder die Belieferung von Wiederverkäuferinnen und -verkäufern ist verboten.

Der Staatskanzlei sind am 27. September 2011 die Unterschriftenbogen der Volksinitiative "Miteinander statt Gegeneinander" mit 51'405 gültigen Unterschriften eingereicht worden.

Die Initiative hat folgenden Wortlaut:

Die Verfassung des Kantons Aargau wird wie folgt geändert:

§ 41 Abs. 7 (neu):

Der Kanton fördert eine kostengünstige integrierte Grundversorgung mit niederschwelligem Zugang zu medizinischer Versorgung durch optimale Zusammenarbeit zwischen Hausärzten, Apothekern und weiteren Angehörigen der Gesundheitsberufe.

§ 41, Abs. 8 (neu): Die Versorgung mit Medikamenten erfolgt grundsätzlich durch die Apotheker. Ärzte können Medikamente im Notfall sowie in unmittelbarer Anwendung an Patienten abgeben und dort eine Privatapotheke führen, wo in zumutbarer Distanz keine Apotheke verfügbar ist.

Wir unterbreiten Ihnen Bericht und Antrag zu den beiden Volksinitiativen zur Beschlussfassung.

Zusammenfassung

Mit Beschluss vom 29. Februar 2012 hat der Regierungsrat im Hinblick auf die Prüfung durch den Grossen Rat gemäss § 65 Abs. 1 der Verfassung des Kantons Aargau (Kantonsverfassung, KV) festgestellt, dass die beiden Initiativen den Formvorschriften entsprechen und daher in formeller Hinsicht als zustande gekommen zu erklären sind. Weiter steht das Bundesrecht den vorgeschlagenen Änderungen nicht entgegen. Die Regelungsvorschläge erweisen sich denn auch als normativ geeignet, die bisherige Regelung zur Selbstdispensation (SD) zu ersetzen respektive die verfassungsmässigen Grundsätze für das Gesundheitswesen entsprechend zu ergänzen.

Die Frage, ob und in welchem Umfang die ärztliche SD gestattet werden soll, ist seit langem politisch äusserst umstritten. Den Kantonen steht es denn auch grundsätzlich frei, ob sie auf ihrem Gebiet die SD teilweise oder vollumfänglich zulassen möchten. Im Kanton Aargau gilt aktuell das SD-Verbot mit einem sogenannten Erlaubnisvorbehalt, indem Ärztinnen und Ärzte die Bewilligung zur Führung einer Privatapotheke erhalten können, "wenn die rasche und für jedermann mögliche Versorgung mit Arzneimitteln nicht durch eine öffentliche Apotheke einer nahe gelegenen Ortschaft gewährleistet ist" (§ 44 Abs. 2 Gesundheitsgesetz [GesG] vom 20. Januar 2009).

Die Würdigung der in der Botschaft dargestellten, möglichen Modellformen der SD zeigt, dass sich in der Abwägung der Vor- und Nachteile, die den einzelnen Leistungserbringern, den Patientinnen und Patienten und dem Kanton Aargau als Garant der Versorgungssicherheit bei der jeweiligen Präferenz für das eine oder andere Modell erwachsen, heterogene Verhältnisse ergeben. Letztlich ist nicht um die Feststellung herum zu kommen, dass keines der synoptisch dargestellten Modelle den Ansprüchen an eine mit Blick auf die unterschiedlichen Interessenlagen ausgewogene und in Bezug auf eine zukunftsweisende integrierende Lösung zu genügen vermag. Dabei ist nicht isoliert auf die Frage der Medikamentenabgabe beziehungsweise des Abgabeorts zu fokussieren, sondern angesichts der fortschreitenden Integration und Vernetzung im Gesundheitswesen insbesondere auch auf die Frage des Medikamentenmanagements in der Behandlungskette der Patientinnen und Patienten sowie in der Interaktion der Leistungserbringer. Entsprechend sieht der Regierungsrat keine gültige Präferenz für eines der aufgezeigten Modelle. Keines wird sowohl dem Anliegen der beiden Initiativkomitees als auch den Anforderungen an funktionierende integrierte Versorgungssysteme gerecht. Damit verbunden ist die Aussage, dass der Status quo bei der Medikamentenabgabe grundsätzlich ein System darstellt, welches für die Bürgerinnen und Bürger beziehungsweise Patientinnen und Patienten sowohl in Bezug auf die Versorgungssicherheit als auch mit Blick auf die Qualität der Leistungserbringung funktioniert. Vor diesem Hintergrund erachtet der Regierungsrat denn auch die von der Apothekerschaft geforderte Verankerung der Regelung der SD auf der starren Stufe der Verfassung als nicht sinnvoll.

Gestützt auf diese Ausführungen erweist sich deshalb die Ablehnung der beiden Initiativen, also die Beibehaltung der geltenden Regelung, sowohl sachlich als auch politisch als der richtige Weg. Es erscheint nicht zielführend, den beiden Volksinitiativen einen Gegenvorschlag gegenüberzustellen, der den Rahmen der von den Initiativkomitees lancierten Begehren bewusst sprengt, ohne sich auf die Unterstützung von Ärzte- und Apothekerschaft abstützen zu können. Entsprechend wird beantragt, die beiden Volksinitiativen ohne Gegenvorschlag zur Ablehnung zu empfehlen.

Inhaltsverzeichnis

1. Rechtsgrundlagen	5
2. Formelle Prüfung	5
2.1 Initiative "Ja zur ärztlichen Medikamentenabgabe".....	5
2.2 Initiative "Miteinander statt Gegeneinander".....	6
3. Materielle Prüfung	7
3.1 Initiative "Ja zur ärztlichen Medikamentenabgabe".....	7
3.2 Initiative "Miteinander statt Gegeneinander".....	8
4. Ausgangslage	10
4.1 Aktuelle Situation	10
4.1.1 Argumentation der Initiative "Ja zur ärztlichen Medikamentenabgabe".....	11
4.1.2 Argumentation der Initiative "Miteinander statt Gegeneinander".....	11
4.2 Rechtliche Rahmenbedingungen.....	12
4.2.1 Generelles.....	12
4.2.2 Heilmittel- und Betäubungsmittelgesetzgebung.....	13
4.2.3 Wirtschaftsfreiheit.....	13
4.2.4 Rechtsgleichheit.....	14
4.3 Andere Kantone und Ausland.....	14
4.4 Kostenvergleich.....	15
4.5 Rechtliche Auswirkungen bei einer Annahme der Initiativen.....	17
4.5.1 Initiative "Ja zur ärztlichen Medikamentenabgabe".....	17
4.5.2 Initiative "Miteinander statt Gegeneinander".....	17
4.5.3 Problematik eines doppelten JA.....	17
4.6 Totales Selbstdispensationsverbot.....	17
4.7 Selbstdispensationsverbot mit Erlaubnisvorbehalt.....	19
4.7.1 System gemäss geltendem Recht.....	19
4.7.2 Kilometer-Klausel.....	20
4.7.3 In Gemeinden ohne Apotheken.....	21
4.7.4 Zur Förderung der Grundversorger-Praxen (in genereller Form).....	22
4.7.5 Zur Förderung der Grundversorger-Praxen in Verbindung mit der aktuell bestehenden "Zeitregel".....	23
4.8 Freigabe der Selbstdispensation mit Einschränkungen	24
4.9 Vollständige Freigabe der Selbstdispensation.....	25
4.10 Würdigung der Modelle	27
4.10.1 Synoptische Darstellung.....	27
4.10.2 Fazit.....	29
5. Durchführung eines Runden Tisches mit Vertretungen des Aargauischen Apothekerverbands und des Aargauischen Ärzteverbands	29
6. Gesamtbeurteilung	30
7. Weiteres Vorgehen; Zeitplan	31
A n t r a g :	31

1. Rechtsgrundlagen

Gemäss § 64 der Verfassung des Kantons Aargau (Kantonsverfassung, KV) können 3'000 Stimmberechtigte das Begehren auf Totalrevision der Verfassung oder auf Ergänzung, Änderung und Aufhebung einzelner Verfassungsbestimmungen oder eines Gesetzes stellen. Volksinitiativbegehren werden als allgemeine Anregung oder, sofern sie nicht die Totalrevision der Verfassung verlangen, als ausgearbeitete Vorlage eingereicht. Der Grosse Rat hat, gestützt auf § 65 Abs. 1 KV, bei der Behandlung eines Volksinitiativbegehrens vorweg zu prüfen, ob dasselbe den Formvorschriften nachkommt, dem Bundesrecht nicht widerspricht und, soweit es sich auf Gesetzesrecht bezieht, mit dem kantonalen Verfassungsrecht im Einklang steht. Genügt es einem Erfordernis nicht, ist es als ungültig zu erklären. Gemäss § 57 des Gesetzes über die politischen Rechte (GPR) vom 10. März 1992 muss das Initiativbegehren zudem den Erfordernissen der Einheit der Form und der Materie genügen.

Nach § 65 Abs. 3 KV und § 59 Abs. 1 GPR kann der Grosse Rat einem Volksinitiativbegehren einen ausgearbeiteten Gegenvorschlag oder einen Gegenvorschlag in Form der allgemeinen Anregung gegenüberstellen (Kommentar EICHENBERGER, N 17 ZU § 65). In diesem Fall haben die Stimmberechtigten gleichzeitig in einer Hauptabstimmung über die Initiative und in einer Eventualabstimmung über den Gegenvorschlag zu entscheiden.

2. Formelle Prüfung

2.1 Initiative "Ja zur ärztlichen Medikamentenabgabe"

Nach Vorprüfung des Titels und der formellen Erfordernisse an ein Initiativbegehren gemäss § 51 GPR durch die Staatskanzlei erfolgte die Publikation des Initiativtexts der Volksinitiative "Ja zur ärztlichen Medikamentenabgabe" in der Amtsblattausgabe vom 10. Januar 2011. Mit der Einreichung der Unterschriftenlisten bei der Staatskanzlei am 12. April 2011 ist die Frist gemäss § 54 Abs. 1 GPR eingehalten.

Die Volksinitiative genügt den Formvorschriften von § 50 Abs. 2 GPR. Die Unterschriftenliste ist mit einem Titel und einer Begründung versehen, enthält das Datum der Veröffentlichung (10. Januar 2011), weist eine vorbehaltlose Rückzugsklausel auf, führt die Namen und Adressen von sechs Personen des Initiativkomitees an und enthält auch den Hinweis auf die Strafbestimmungen der Art. 281 und 282 des Schweizerischen Strafgesetzbuchs (StGB) vom 21. Dezember 1937 in rechtsgenügender Fassung. Unter Berücksichtigung der bereits bei der Kontrolle in den Gemeinden als ungültig abgestrichenen Unterschriften ist die vorliegende Initiative mit 7'994 gültigen Unterschriften im Kanton Aargau stimmberechtigter Bürgerinnen und Bürgern eingereicht worden. Die nötige Unterschriftenzahl von 3'000 ist damit erreicht.

Mit Beschluss vom 29. Februar 2012 hat der Regierungsrat im Hinblick auf die Prüfung durch den Grossen Rat gemäss § 65 Abs. 1 KV festgestellt, dass die Volksinitiative "Ja zur ärztlichen Medikamentenabgabe" den Formvorschriften entspricht und daher in formeller Hinsicht als zustande gekommen zu erklären ist.

Die Volksinitiative "Ja zur ärztlichen Medikamentenabgabe" sieht vor, die heute in § 44 des Gesundheitsgesetzes (GesG) vom 20. Januar 2009 enthaltene Regelung zur Abgabe und Anwendung von Arzneimitteln durch Ärztinnen und Ärzte sowie Zahnärztinnen und Zahnärzte durch eine rechtssetzerisch vollständig ausformulierte und formell somit ohne weiteres umsetzbare Bestimmung zu ersetzen. Das Volksinitiativebegehren ist demzufolge vollständig in der Form der ausgearbeiteten Vorlage gemäss § 64 Abs. 2 KV ausgefertigt worden, das heisst das Erfordernis der Einheit der Form ist eingehalten. Ebenso bezieht sich das Volksinitiativebegehren auf einen einheitlichen Regelungsgegenstand (Medikamentenversorgung). Das Gebot der Einheit der Materie gemäss § 64 Abs. 2 KV bleibt somit ebenfalls gewahrt.

2.2 Initiative "Miteinander statt Gegeneinander"

Nach Vorprüfung des Titels und der formellen Erfordernisse an ein Initiativbegehren gemäss § 51 GPR durch die Staatskanzlei erfolgte die Publikation des Initiativtexts der Volksinitiative "Miteinander statt Gegeneinander" in der Amtsblattausgabe vom 6. Juni 2011. Mit der Einreichung der Unterschriftenlisten bei der Staatskanzlei am 27. September 2011 ist die Frist gemäss § 54 Abs. 1 GPR eingehalten.

Die Volksinitiative genügt den Formvorschriften von § 50 Abs. 2 GPR. Die Unterschriftenliste ist mit einem Titel und einer Begründung versehen, enthält das Datum der Veröffentlichung (6. Juni 2011), weist eine vorbehaltlose Rückzugsklausel auf, führt die Namen und Adressen von sieben Personen des Initiativkomitees an und enthält auch den Hinweis auf die Strafbestimmungen der Art. 281 und 282 StGB in rechtsgenügender Fassung. Unter Berücksichtigung der bereits bei der Kontrolle in den Gemeinden als ungültig abgestrichenen Unterschriften ist die vorliegende Initiative mit 51'405 gültigen Unterschriften im Kanton Aargau stimmberechtigter Bürgerinnen und Bürgern eingereicht worden. Die nötige Unterschriftenzahl von 3'000 ist damit erreicht.

Mit Beschluss vom 29. Februar 2012 hat der Regierungsrat im Hinblick auf die Prüfung durch den Grossen Rat gemäss § 65 Abs. 1 KV festgestellt, dass die Volksinitiative "Miteinander statt Gegeneinander" den Formvorschriften entspricht und daher in formeller Hinsicht als zustande gekommen zu erklären ist.

Die Volksinitiative "Miteinander statt Gegeneinander" sieht vor, die in § 41 KV bereits enthaltenen Regelungen zum Aufgabenbereich "Gesundheitswesen" mit zwei neuen, rechtssetzerisch vollständig ausformulierten und formell somit ohne weiteres umsetzbaren Bestimmungen zu ergänzen. Das Volksinitiativbegehren ist demzufolge vollständig in der Form der ausgearbeiteten Vorlage gemäss § 64 Abs. 2 KV ausgefertigt worden, das heisst das Erfordernis der Einheit der Form ist eingehalten. Ebenso bezieht sich das Volksinitiativbegehren auf einen einheitlichen Regelungsgegenstand (Förderung eines niederschweligen Zugangs zu medizinischer Versorgung durch optimale Zusammenarbeit von Angehörigen der Gesundheitsberufe im Allgemeinen sowie entsprechende Regelung der Versorgung mit Medikamenten im Besonderen). Das Gebot der Einheit der Materie gemäss § 64 Abs. 2 KV bleibt somit ebenfalls gewahrt.

3. Materielle Prüfung

3.1 Initiative "Ja zur ärztlichen Medikamentenabgabe"

Der gemäss Volksinitiative neu formulierte § 44 GesG weist einige Abweichungen gegenüber dem aktuell geltenden Recht auf:

neu formulierter § 44 GesG	geltender § 44 GesG
<p>¹ Ärztinnen und Ärzten sowie Zahnärztinnen und Zahnärzten ist die unmittelbare Anwendung sowie in Notfällen und bei Hausbesuchen die Abgabe von Arzneimitteln gestattet.</p> <p>² Ärztinnen und Ärzte können mit Bewilligung des zuständigen Departements eine Privatapotheke führen.</p> <p>³ Das zuständige Departement erteilt die Bewilligung, wenn die fachgerechte Lagerung, Überwachung und Abgabe der Arzneimittel gewährleistet ist.</p> <p>⁴ Inhaberinnen und Inhaber einer Privatapotheke dürfen Arzneimittel lediglich für den eigenen Praxisbedarf abgeben. Der Handverkauf oder die Belieferung von Wiederverkäuferinnen und -verkäufern ist verboten.</p>	<p>¹ Ärztinnen und Ärzten sowie Zahnärztinnen und Zahnärzten ist die unmittelbare Anwendung sowie in Notfällen die Abgabe von Arzneimitteln gestattet.</p> <p>² Die zuständige Behörde kann Ärztinnen und Ärzten die Führung einer Privatapotheke in Ortschaften ohne öffentliche Apotheke bewilligen, wenn die rasche und für jedermann mögliche Versorgung mit Arzneimitteln nicht durch eine öffentliche Apotheke einer nahe gelegenen Ortschaft gewährleistet ist.</p> <p>³ Patientinnen und Patienten dürfen bei der Ausübung ihres Rechts auf freie Wahl der zugelassenen Arzneimittelabgabestelle nicht beeinflusst werden.</p>

Die neu formulierte Bestimmung enthält unter anderem Regelungen zur Abgabe und Anwendung von Arzneimitteln durch Ärztinnen und Ärzte sowie Zahnärztinnen und Zahnärzte. Damit sieht sie Ausführungsbestimmungen zu § 41 Abs. 2 KV vor, wonach der Kanton Voraussetzungen für eine angemessene medizinische Versorgung der Bevölkerung zu schaffen hat. Die vorgeschlagene neue Norm fügt sich dabei systematisch gut in den bestehenden Aufbau des Gesundheitsgesetzes ein, soll sie doch die bisherige zum selben Regelungsgegenstand bestehende Bestimmung ersetzen. Aus rechtsstufenbezogener und gesetzssystematischer Sicht ist die vorgeschlagene Neufassung von § 44 GesG, welche sich zumindest teilweise auch am Aufbau und Wortlaut der geltenden Bestimmung orientiert, somit nicht zu beanstanden. Dies gilt, auch wenn der vorgeschlagenen Neuformulierung des Paragraphen – ohne korrigierenden Eingriff bei der Umsetzung – die im Gesundheitsgesetz sonst übliche, aber grundsätzlich nicht zwingende Überschrift (Marginalie) fehlen würde. So lässt sich die vorgeschlagene Bestimmung auch ohne Überschrift problemlos umsetzen, weshalb die Gültigkeit der Vorlage nicht in Frage zu stellen ist. Dementsprechend spielt es auch keine Rolle, ob es sich hierbei um ein blosses rechtssetzerisches Versehen handelte oder seitens der Initiantinnen und Initianten die klare Absicht bestand, die heutige Überschrift "Ärztinnen und Ärzte; Zahnärztinnen und Zahnärzte" beizubehalten.

Aus inhaltlicher Sicht ist im Weiteren festzustellen, dass die vorgeschlagene Gesetzesänderung auch in keinem Widerspruch zum Bundesrecht steht (vgl. § 65 Abs. 1 KV). So betrifft sie einen Gegenstand (Gesundheitswesen), der nicht in den ausschliesslichen Zuständigkeitsbereich des Bundes fällt (Art. 118 ff. Bundesverfassung [BV]). Dementsprechend verlangt Art. 37 Abs. 3 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) vom 18. März 1994 von den Kantonen ausdrücklich, dass sie bestimmen, unter welchen Voraussetzungen Ärztinnen und Ärzte mit einer kantonalen Bewilligung zur Führung einer Apotheke den zugelassenen Apothekerinnen und Apothekern gleichgestellt sind, und dass bei dieser Regelung insbesondere die Zugangsmöglichkeiten der Patientinnen und Patienten zu einer Apotheke zu berücksichtigen sind. Ergänzend sieht sodann Art. 24 Abs. 1 des Bundesgesetzes über Arzneimittel und Medizinprodukte (Heilmittelgesetz, HMG) vom 15. Dezember 2000 vor, dass verschreibungspflichtige Arzneimittel – neben Apothekerinnen und Apothekern – auch durch weitere Medizinalpersonen entsprechend den (kantonalen) Bestimmungen über die Selbstdispensation (SD) abgegeben werden dürfen. Gestützt hierauf hat der Kanton Aargau die SD heute nur sehr eingeschränkt zugelassen (§ 44 Abs. 1 GesG), das heisst Ärztinnen und Ärzten ist nur die unmittelbare Anwendung und die Abgabe von Arzneimitteln in Nottfällen gestattet. Die zuständige Behörde kann Ärztinnen und Ärzten jedoch bereits nach geltendem Recht das Führen einer Privatapotheke in Ortschaften ohne öffentliche Apotheke bewilligen, wenn die rasche und für jedermann mögliche Versorgung mit Arzneimitteln nicht durch eine öffentliche Apotheke einer nahe gelegenen Ortschaft gewährleistet ist (§ 44 Abs. 2 GesG). Die vorliegende Volksinitiative beabsichtigt nun, die bisher nur sehr eingeschränkt mögliche SD im Rahmen der bundesrechtlichen Vorgaben (Festlegen der Bewilligungsvoraussetzungen zur Führung einer Privatapotheke) zu lockern. Damit will sie nach eigenem Bekunden den Patientinnen und Patienten die freie Wahl ermöglichen, ihre Medikamente in einer Apotheke, über eine Versandapotheke oder in ihrer Arztpraxis beziehen zu können. Ärztinnen und Ärzte sollen Medikamente allerdings ausschliesslich an ihre Patientinnen und Patienten abgeben dürfen (vgl. Unterschriftenbogen). Nach dem Gesagten steht das Bundesrecht einer entsprechenden Änderung des Gesundheitsgesetzes grundsätzlich nicht entgegen. Zudem ist die vorgeschlagene Regelung normativ auch geeignet, die bisherige Regelung zur SD zu ersetzen.

3.2 Initiative "Miteinander statt Gegeneinander"

Bei einer Änderung von § 41 KV im Sinne der Volksinitiative würde dessen Neufassung gegenüber der aktuell geltenden Bestimmung wie folgt ergänzt werden:

neu formulierter § 41 KV	geltender § 41 KV
¹ Der Kanton trifft im Zusammenwirken mit den Gemeinden und Privaten Vorkehren zur Erhaltung und Wiederherstellung der Gesundheit.	¹ Der Kanton trifft im Zusammenwirken mit den Gemeinden und Privaten Vorkehren zur Erhaltung und Wiederherstellung der Gesundheit.
² Er schafft Voraussetzungen für eine angemessene medizinische Versorgung der gesamten Bevölkerung. Er fördert die häusliche Krankenpflege.	² Er schafft Voraussetzungen für eine angemessene medizinische Versorgung der gesamten Bevölkerung. Er fördert die häusliche Krankenpflege.
³ Er fördert und beaufsichtigt die medizinischen Anstalten. Er kann eigene Einrichtungen schaffen.	³ Er fördert und beaufsichtigt die medizinischen Anstalten. Er kann eigene Einrichtungen schaffen.

neu formulierter § 41 KV	geltender § 41 KV
<p>⁴ Er unterstützt die Forschung sowie die Aus- und Weiterbildung des Medizinalpersonals.</p> <p>⁵ Er überwacht und koordiniert das Medizinalwesen.</p> <p>⁶ Er fördert Turnen und Sport.</p> <p>⁷ Der Kanton fördert eine kostengünstige integrierte Grundversorgung mit niederschwelligem Zugang zu medizinischer Versorgung durch optimale Zusammenarbeit zwischen Hausärzten, Apothekern und weiteren Angehörigen der Gesundheitsberufe.</p> <p>⁸ Die Versorgung mit Medikamenten erfolgt grundsätzlich durch die Apotheker. Ärzte können Medikamente im Notfall sowie in unmittelbarer Anwendung an Patienten abgeben und dort eine Privatapotheke führen, wo in zumutbarer Distanz keine Apotheke verfügbar ist."</p>	<p>⁴ Er unterstützt die Forschung sowie die Aus- und Weiterbildung des Medizinalpersonals.</p> <p>⁵ Er überwacht und koordiniert das Medizinalwesen.</p> <p>⁶ Er fördert Turnen und Sport.</p>

Die gemäss Volksinitiative § 41 KV hinzuzufügenden Absätze 7 und 8 befassen sich zentral mit der medizinischen Versorgung der Bevölkerung. Konkret enthalten sie Regelungen zur diesbezüglichen Zusammenarbeit zwischen Angehörigen verschiedener Gesundheitsberufe, insbesondere im Bereich der Versorgung mit Medikamenten. Der Aspekt der angemessenen medizinischen Versorgung der Bevölkerung ist bereits heute Gegenstand von § 41 KV, welcher sich mit dem Aufgabenbereich "Gesundheitswesen" befasst. Demzufolge fügen sich die neuen Absätze 7 und 8 systematisch grundsätzlich gut in den bestehenden Aufbau der Kantonsverfassung ein und bilden somit keine Fremdkörper im verfassungsrechtlichen System der öffentlichen Aufgaben. Dies gilt, auch wenn die neu vorgesehenen Absätze der Sache nach eher Konkretisierungen zu § 41 Abs. 2 KV (analog zu dessen Satz 2) darstellen und deshalb aus rechtssetzungstechnischer Sicht besser in direkter Folge zu Absatz 2 des Paragraphen zu stehen kämen, und zwar aufgrund des inneren Sachzusammenhangs idealerweise in einem neuen Abs. 2^{bis} (entsprechend der heute verwendeten Formulierung etwa wie folgt: "Er fördert Die Versorgung mit Medikamenten "). Da allerdings bereits der bisherige § 41 KV Grundsätze für das Gesundheitswesen in nicht durchgehend streng systematischer Art und Weise enthält, erweist sich das einfache Hinzufügen weiterer Absätze grundsätzlich als möglich. Zu diesem Ergebnis ist auch zu gelangen, obwohl gewisse Zweifel zumindest hinsichtlich der Stufenkonformität der vorgesehenen Regelung zur Medikamentenabgabe (Abs. 8 neu) bestehen bleiben. So stellt diese Regelung bereits eine stark detaillierte Konkretisierung zu der bereits heute in § 41 Abs. 2 KV aufgeführten Aufgabe der "Schaffung von Voraussetzungen für eine angemessene medizinische Versorgung der gesamten Bevölkerung" dar, was eher für eine entsprechende Regelung auf Gesetzesstufe sprechen könnte. Dementsprechend ist eine der vorgesehenen Bestimmung sehr nahe kommende Regelung heute auch im GesG vom 20. Januar 2009 enthalten (vgl. § 44 GesG). Da die ausformulierten Verfassungsbestimmungen in ihrer Gesamtheit dem Gesetzgeber jedoch noch grössere Gestaltungsspielräume offen lassen (so insbesondere in Bezug auf die Frage der optimalen Zusammenarbeit von Angehörigen der Gesundheitsberufe ausserhalb des Bereichs der Medikamentenabgabe), bleibt der für die Verfassung typische programmatische Charakter im

Vordergrund. Aus rechtsstufenbezogener und verfassungssystematischer Sicht steht die durch die Volksinitiative vorgeschlagene Neufassung von § 41 KV somit im Einklang mit dem kantonalen Verfassungsrecht.

Aus inhaltlicher Sicht ist im Weiteren festzustellen, dass die vorgeschlagene Verfassungsänderung auch in keinem Widerspruch zum Bundesrecht steht (vgl. § 65 Abs. 1 KV). So betrifft sie einen Gegenstand (Gesundheitswesen), der nicht in den ausschliesslichen Zuständigkeitsbereich des Bundes fällt (Art. 118 ff. BV). Dementsprechend verlangt Art. 37 Abs. 3 KVG vom 18. März 1994 von den Kantonen ausdrücklich, dass sie bestimmen, unter welchen Voraussetzungen Ärztinnen und Ärzte mit einer kantonalen Bewilligung zur Führung einer Apotheke den zugelassenen Apothekerinnen und Apothekern gleichgestellt sind, und dass bei dieser Regelung insbesondere die Zugangsmöglichkeiten der Patientinnen und Patienten zu einer Apotheke zu berücksichtigen sind. Ergänzend sieht sodann Art. 24 Abs. 1 HMG vom 15. Dezember 2000 vor, dass verschreibungspflichtige Arzneimittel – neben Apothekerinnen und Apothekern – auch durch weitere Medizinalpersonen entsprechend den (kantonalen) Bestimmungen über die SD abgegeben werden dürfen. Gestützt hierauf hat der Kanton Aargau die SD heute nur stark eingeschränkt zugelassen (§ 44 Abs. 1 GesG), das heisst Ärztinnen und Ärzte ist nur die unmittelbare Anwendung und die Abgabe von Arzneimitteln in Notfällen gestattet. Die zuständige Behörde kann Ärztinnen und Ärzten jedoch bereits nach geltendem Recht das Führen einer Privatapotheke in Ortschaften ohne öffentliche Apotheke bewilligen, wenn die rasche und für jedermann mögliche Versorgung mit Arzneimitteln nicht durch eine öffentliche Apotheke einer nahe gelegenen Ortschaft gewährleistet ist (§ 44 Abs. 2 GesG). Nach dem Gesagten steht das Bundesrecht einer Aufnahme der vorgeschlagenen Verfassungsnormen in die Liste der kantonalen Grundsätze für das Gesundheitswesen nicht entgegen. Zudem sind die Regelungseinheit und der programmatische Wortlaut des Volksinitiativbegehrens normativ grundsätzlich geeignet, die verfassungsmässigen Grundsätze für das Gesundheitswesen zu ergänzen.

4. Ausgangslage

4.1 Aktuelle Situation

Das traditionelle Medikamentenabgabeverbot (Selbstdispensationsverbot [SD-Verbot]) im Kanton Aargau, welches bereits im Gesundheitsgesetz 1919, dann im Gesundheitsgesetz 1987 und schliesslich im aktuellen Gesundheitsgesetz 2009 verankert war und ist, und welches früher von den beiden betroffenen Berufsverbänden (Ärzteverband und Apothekerverband) mitgetragen wurde, ist im Verlauf des letzten Jahrzehnts wieder verstärkt zum Thema geworden. Als Folge des zunehmenden wirtschaftlichen Drucks auf alle Leistungserbringer im Gesundheitswesen ist das Interesse am Medikamentenmarkt sehr gross.

Im Aargau gilt das SD-Verbot mit einem sogenannten Erlaubnisvorbehalt, indem Ärztinnen und Ärzte die Bewilligung zur Führung einer Privatapotheke erhalten können, "wenn die rasche und für jedermann mögliche Versorgung mit Arzneimitteln nicht durch eine öffentliche Apotheke einer nahe gelegenen Ortschaft gewährleistet ist" (vgl. § 44 Abs. 2 GesG).

Die Rechtsprechung (AGVE 1993 Seite 244 f., zuletzt bestätigt in VGE 1999.00160 vom 12. September 2000 sowie RRB Nr. 2009-000724 vom 13. Mai 2009) hat diesen Passus wie folgt konkretisiert:

"Somit ist unter Wahrung der gebotenen Zurückhaltung zusammenfassend festzuhalten, dass die Vorinstanz § 32 Abs. 2 GesG richtigerweise dahingehend ausgelegt hat, eine rasche, jedermann zugängliche Medikamentenversorgung dann als gegeben zu erachten, wenn der Zeitaufwand für den einfachen Weg bei Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel nicht mehr als eine Stunde beträgt und ungefähr stündlich ein öffentliches Verkehrsmittel zur Verfügung steht. Letzteres führt insbesondere dazu, dass auch der gesamte Zeitaufwand (Hin- und Rückfahrt) zumutbar erscheinen muss."

Diese langjährige Rechtsprechung wurde in § 24 Abs. 2 der Heilmittel- und Betäubungsmittelverordnung (HBV) vom 11. November 2009 explizit verankert.

Im Kanton Aargau gibt es rund zwei Dutzend SD-Bewilligungen. Die Versorgung mit Ärzten und Apotheken präsentiert sich im Übrigen wie folgt:

- Anzahl Gemeinden mit Arztpraxen und Apotheken: 66
- Anzahl Gemeinden mit Arztpraxen/ohne Apotheke: 36 (davon 23 SD-Bewilligungen)
- Anzahl Gemeinden ohne Arztpraxis/Apotheke: ca. 100

Im Rahmen der HBV hat der Regierungsrat – gestützt auf § 40 GesG – zudem eine Regelung zur Förderung der ärztlichen Grundversorgung (Hausärzte) beschlossen, indem für die Ärztinnen und Ärzte der Grundversorgung die Voraussetzungen für die Erteilung einer SD-Bewilligung etwas weniger restriktiv angesetzt wurden. Für Arztpraxen der ärztlichen Grundversorgung sollte der zur Beschaffung der Medikamente notwendige Zeitaufwand auf eine halbe Stunde (statt einer Stunde) festgesetzt werden. Im Rahmen eines von Apothekerseite angestrebten Normenkontrollverfahrens hat das Aargauische Verwaltungsgericht die entsprechende Regelung in der HBV jedoch als mit dem übergeordneten Recht (§ 44 GesG) unvereinbar beurteilt und deren Anwendung somit untersagt.

4.1.1 Argumentation der Initiative "Ja zur ärztlichen Medikamentenabgabe"

Die Initiantinnen und Initianten kritisieren das erwähnte, in der Rechtsprechung entwickelte Kriterium, wonach Ärztinnen und Ärzte – ausser in Notfällen – keine Medikamente abgeben dürfen, wenn in einer Stunde Wegzeit mit dem öffentlichen Verkehr eine Apotheke erreichbar ist. Die Initiative will den Patientinnen und Patienten die freie Wahl ermöglichen, ob sie ihre Medikamente in einer Apotheke, über eine Versandapotheke oder in ihrer Arztpraxis beziehen wollen. Ärztinnen und Ärzte sollen Medikamente ausschliesslich an ihre eigenen Patientinnen und Patienten abgeben dürfen. Ziel ist es, die gesetzlichen Bedingungen für die Medikamentenversorgung so zu gestalten, dass die Bedürfnisse der einzelnen Patientinnen und Patienten im Vordergrund stehen und kranke, gebrechliche oder gehbehinderte Personen sicher und schnell versorgt werden können. Dabei soll es nicht um Strukturhaltung, sondern um faire Wettbewerbsbedingungen auch im Gesundheitswesen gehen.

4.1.2 Argumentation der Initiative "Miteinander statt Gegeneinander"

Die Initiantinnen und Initianten gehen davon aus, dass ein funktionierendes Gesundheitswesen die Zusammenarbeit aller Gesundheitsberufe bedingt. Nur so könne eine kostengünstige Grundversorgung zum Wohl der Patientinnen und Patienten erreicht werden. Eine verstärkte

Zusammenarbeit erhöhe erwiesenermassen auch die Qualität der medizinischen Dienstleistung. Dank integrierten Versorgungsmodellen könnten die Kosten in der Grundversorgung reduziert werden. Die Apotheke als niederschwellige Anlaufstelle helfe mit, Kosten zu sparen. Der Kanton Aargau verfüge heute über ein dichtes Apothekennetzwerk. Dieses gewährleiste in Ergänzung zum Hausarztssystem eine gute Beratung und Versorgung der Bevölkerung mit Medikamenten. Qualität und Patientensicherheit würden nur mit einer Ergänzung der Angebote von Arzt und Apotheker realisiert. Die doppelte Kontrolle durch Arzt und Apotheker garantiere die höchste Patientensicherheit. Die ärztliche Medikamentenabgabe löse das Problem des Hausärztemangels nicht. Sie gefährde aber die medizinische Grundversorgung durch die Schwächung des gut ausgebauten Apothekennetzes. Aufgrund der geografischen Verteilung der Apotheken und ihrer breiten Produktpalette sei die Versorgung der Bevölkerung mit Arzneimitteln flächendeckend sichergestellt. Dazu tragen auch der Notfalldienst ausserhalb der Öffnungszeiten und der Hauslieferservice bei. Im Fall von weniger schwerwiegenden Erkrankungen sei so auch die Selbstmedikation jederzeit möglich. Das sei echte Wahlfreiheit für den Patienten. Von der Synergie der Fachkompetenz aller Leistungserbringer profitiere die gesamte Aargauer Bevölkerung.

4.2 Rechtliche Rahmenbedingungen

4.2.1 Generelles

Das Bundesgericht hat mit seinem Urteil 2C_53/2009 vom 23. September 2011 jüngst eingehend begründet, dass Art. 37 Abs. 3 KVG vom 18. März 1994

("Die Kantone bestimmen, unter welchen Voraussetzungen Ärzte und Ärztinnen mit einer kantonalen Bewilligung zur Führung einer Apotheke den zugelassenen Apothekern und Apothekerinnen gleichgestellt sind. Sie berücksichtigen dabei insbesondere die Zugangsmöglichkeiten der Patienten und Patientinnen zu einer Apotheke.")

den Kantonen bei der Regelung der ärztlichen SD keine verbindlichen Schranken zieht, sondern sie lediglich im Sinne einer Richtungsweisung anhält, die Funktion der Apotheken bei der Medikamentenversorgung mit zu berücksichtigen.

Die Regelung der ärztlichen SD war in der Schweiz vor Erlass von Art. 37 Abs. 3 Satz 2 KVG allein Sache der Kantone. Die genannte Norm schränkt die kantonale Regelungskompetenz betreffend die Abgabe von Medikamenten im Rahmen der obligatorischen Krankenversicherung nach der bisherigen bundesgerichtlichen Rechtsprechung nicht ein, sondern hält sie nur in programmatischer Weise zur Berücksichtigung der Zugangsmöglichkeit zu einer Apotheke an. Bei Art. 37 Abs. 3 Satz 2 KVG handelt es sich nach dem Willen des Gesetzgebers folglich um eine blosse Zielnorm (2C_53/2009, Erwägung 3.5).

Die Frage, ob und in welchem Umfang die ärztliche SD zugelassen werden soll, ist seit langem politisch äusserst umstritten. Das Bundesgericht hat in der Vergangenheit mehrfach darauf hingewiesen, dass der eidgenössische Gesetzgeber beim Erlass des Heilmittelgesetzes Anlass gehabt hätte, konkrete Vorgaben für die kantonale Regelung der SD aufzustellen, da dieser Erlass – und nicht das Krankenversicherungsgesetz – der richtige Ort dafür wäre. Davon habe er aber keinen Gebrauch gemacht, sondern die Regelung der Frage ohne Einschränkung den Kantonen überlassen, was gegen eine Änderung der bisherigen Rechtslage spricht (BGE 131 I 198, Erwägung 2.5). Dieser Erwägung kommt noch mehr Gewicht zu,

nachdem der Bund eine Regelung der ärztlichen SD im Heilmittelgesetz im Jahr 2009 ins Vernehmlassungsverfahren gegeben hat, dies aber in der Folge aufgrund der kontroversen Rückmeldungen bis dato nicht weiter verfolgt hat.

Zusammenfassend steht somit fest, dass die Kantone weiterhin grundsätzlich frei sind, auf ihrem Gebiet die SD teilweise oder vollumfänglich zuzulassen.

4.2.2 Heilmittel- und Betäubungsmittelgesetzgebung

Art. 24 Abs. 1 lit. b und Art. 30 Abs. 2 HMG vom 15. Dezember 2000 stellen ebenfalls keine Vorschriften über die SD auf, vielmehr verweisen sie auf die entsprechenden Regelungen der Kantone. Im Übrigen lässt sich aus Art. 26 Abs. 1 HMG, der bei der Verschreibung und der Abgabe von Arzneimitteln die Beachtung der anerkannten Regeln der medizinischen und pharmazeutischen Wissenschaften verlangt, nicht auf ein grundsätzliches Verbot der ärztlichen SD schliessen. Die Ärzte sind aufgrund ihrer Ausbildung durchaus in der Lage, insbesondere in Notfällen Medikamente nach den erwähnten Regeln abzugeben (vgl. Art. 8 lit. c Bundesgesetz über die universitären Medizinalberufe [Medizinalberufegesetz, MedBG]). Es ist nicht einzusehen, wieso sie aufgrund einer grundsätzlichen Unzulässigkeit der ärztlichen SD in den übrigen Fällen zur Abgabe nicht befähigt sein sollten (so auch das Bundesgericht in 2C_53/2009, Erwägung 3.5). Ausserdem bedürfte ein grundsätzliches Verbot der ärztlichen SD angesichts der divergierenden Standpunkte in dieser Frage einer eindeutigen gesetzlichen Grundlage.

Anzumerken ist in diesem Zusammenhang weiter, dass der Bundesrat am 7. November 2012 die Botschaft zur Revision des Heilmittelgesetzes vom 15. Dezember 2000 an die Eidgenössischen Räte verabschiedet hat. Danach soll das Heilmittelinstitut Swissmedic jene rezeptpflichtigen Medikamente bezeichnen, welche nach einer fachlichen Beratung direkt von Apotheken an ihre Kundinnen und Kunden abgegeben werden dürfen. Drogerien sollen sämtliche nicht-rezeptpflichtige Medikamente verkaufen dürfen. Zudem soll die Transparenz über geschäftliche Verbindungen zu Pharmaunternehmen erhöht werden. Ärztinnen und Ärzte wie auch Apotheken sollen gegenüber ihren Patienten offenlegen, wenn sie geschäftliche Verbindungen zu Herstellern unterhalten. Diese vorgesehenen Änderungen des HMG haben eine Änderung der Einteilung der Medikamentenabgabekategorien zur Folge. Dies hat aber keinen Bezug zur vorliegend zu beurteilenden Frage der SD. Vielmehr handelt es sich dabei um eine reine Zuteilung von Medikamenten zu Verkaufskategorien. Zudem wird auch die Offenlegung von geschäftlichen Verbindungen unabhängig vom Abgabekanal geregelt (Art. 33 HMG).

4.2.3 Wirtschaftsfreiheit

Das Bundesgericht hat in der Vergangenheit verschiedentlich kantonale Regelungen zur ärztlichen SD auf ihre Verfassungsmässigkeit überprüft. Verbote und Einschränkungen der Medikamentenabgabe erachtete es dabei stets als zulässigen Eingriff in die Wirtschaftsfreiheit der Ärzte. Eine solche Massnahme habe zwar durchaus strukturpolitische Nebenwirkungen zugunsten der Apotheker, doch diene sie in erster Linie der optimalen Versorgung der Bevölkerung mit Medikamenten und sei auch nicht unverhältnismässig (vgl. unter anderem Urteil 2P.52/2001 vom 24. Oktober 2001; BGE 119 Ia 433, Erwägung 4). Umgekehrt ist das Bundesgericht auf Beschwerden von Apothekern, die sich gegen die Zulassung der

ärztlichen SD richteten, jeweils mangels eines rechtlich geschützten Interesses nicht eingetreten. Es erkannte, dass mit einer solchen Regelung die Wirtschaftsfreiheit der Apotheker nicht eingeschränkt werde und den Ärzten nicht etwas erlaubt werde, was den Apothekern verwehrt sei. Soweit den Ärzten nicht auch der Handverkauf von Arzneimitteln gestattet werde, bestehe kein direktes Konkurrenzverhältnis. Nach dieser Rechtsprechung erlaubt das Verfassungsrecht den Kantonen, die ärztliche Medikamentenabgabe einzuschränken; es verpflichtet sie aber nicht zu einer solchen Massnahme. Dementsprechend kommen in der Schweiz unterschiedliche Regelungen der SD vor.

4.2.4 Rechtsgleichheit

Die Rüge der vollkommenen Gleichstellung von Ärzten und Apothekern beim Medikamentenverlauf als Verstoss gegen die Rechtsgleichheit übersieht, dass der Handverkauf den Ärzten verwehrt bleibt. Somit besteht zwischen diesen beiden Berufsgruppen gar keine entsprechende Gleichheit. Im Übrigen untersagt es der Gleichbehandlungsgrundsatz den Kantonen nicht, bei den Tätigkeitsfeldern wissenschaftlicher Berufe gewisse Überschneidungen zuzulassen. Ob es wünschbar ist, die Verschreibung und Abgabe von Arzneimitteln im Sinne einer "Gewaltenteilung" im medizinischen Bereich unterschiedlichen Berufsangehörigen zuzuweisen, ist eine rechtspolitische Frage, die der Gesetzgeber zu entscheiden hat. Verfassungsrechtlich ist eine solche Ordnung nicht geboten (Urteil 2C_53/2009, Erwägung 5.4). Die Sicherstellung einer Doppelkontrolle durch Arzt und Apotheker bei der Medikamentenabgabe erscheint für sich allein auf jeden Fall nicht als ausreichender Grund für eine Einschränkung der SD (BGE 111 Ia 181, Erwägung 4b).

4.3 Andere Kantone und Ausland

Die kantonalen Regelungen sind in der Tat vielseitig.

- Selbstdispensation verboten
Basel-Stadt (in Kraft seit 1. Januar 2012), Genf, Neuenburg, Tessin und Waadt.
- Selbstdispensationsverbot mit Erlaubnisvorbehalt
Aargau, Freiburg, Jura (Erstabgabe), Wallis, Schaffhausen (über die SD-Freigabe wird am 25. November 2012 abgestimmt).
- Selbstdispensation erlaubt
Beide Appenzell, Urkantone, Basel-Landschaft, Glarus, Luzern, St. Gallen, Thurgau, Zug, Solothurn, Zürich (noch nicht vollständig umgesetzt).
- Mischformen
Bern, Graubünden. Hier gilt das Prinzip der Erstabgabe und die Bewilligungserteilung ist abhängig von der Anzahl Apotheken vor Ort und/oder in der näheren Umgebung. In Graubünden ist die SD-Bewilligung teilweise zudem an die Teilnahme am Notfalldienst gekoppelt.

In den meisten industrialisierten Ländern weltweit ist die SD gänzlich verboten oder nur in abgelegenen Gebieten erlaubt, um die Versorgung sicherzustellen.

Im Bericht der Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD) über Gesundheitssysteme ist bezogen auf die Schweiz folgendes festgehalten:

"In den meisten OECD-Ländern sind die Abgabe und der Verkauf von Arzneimitteln durch Ärztinnen und Ärzte verboten, da dies für die Ärzteschaft inverse Anreize für eine überhöhte Verschreibung von Arzneimitteln schafft."

In keinem Land Europas existiert eine uneingeschränkte SD. In einigen Ländern gibt es für abgelegene Gemeinden eine Ausnahmeerlaubnis mit restriktiven SD-Regeln, deren Einsatz an spezifische Bedingungen und Gegebenheiten geknüpft ist, analog zu gewissen Kantonen in der Schweiz. Auch die Anzahl Bewilligungsinhaber steht in keinem Verhältnis zur aktuellen Lage in der Schweiz, wo rund 70 % der Ärzte Medikamente in SD abgeben. Österreich ist vor wenigen Jahren zu einem Verbot der SD im Umkreis von 6 km zu einer Apotheke übergegangen. Die bisherige Distanzgrenze lag bei 2 km. In Grossbritannien existieren zudem neben den Ärztinnen und Ärzten die "prescribing pharmacists". Auch Apotheker und Apothekerinnen dürfen hier in bestimmten Situationen Rezepte ausstellen.

4.4 Kostenvergleich

Die Frage, welches System das kostengünstigere sei, wird seit vielen Jahren kontrovers diskutiert. Es existieren verschiedene Studien, Artikel und Statistiken, die zumeist älteren Datums sind, indes auch heute immer wieder zitiert werden und zu verschiedenen Schlussfolgerungen kommen. Während die einen Gutachten zum Schluss kommen, dass die SD auch unter Berücksichtigung der unterschiedlichen gesundheits- und sozioökonomischen Gegebenheiten günstiger sei, gelangen andere zu gegenteiligen Ergebnissen, wobei die jeweilige Gegenseite im einen wie im anderen Fall mit zahlreichen Argumenten die ihrem Standpunkt widersprechenden Gutachten zu widerlegen versucht. Ein Gutachten von neutraler Seite, das zudem alle massgeblichen Parameter (einschliesslich der Auswirkungen der leistungsorientierten Abgabe bei Leistungen der Apotheker beziehungsweise des TARMED für Leistungen der Ärzte) berücksichtigt, besteht nicht.

Die Studie Dummermuth (Andreas Dummermuth: Selbstdispensation: Der Medikamentenverkauf durch Ärzte: Vergleich und Auswirkungen unter besonderer Berücksichtigung der Kantone Aargau und Luzern, 1993) weist darauf hin, dass die Heilmittelkosten der Krankenkassen pro Einwohner im Kanton Aargau im Jahr 1991 tiefer als im Kanton Luzern waren.

Im Jahr 2001 erstellten Christian Rüfli und Adrian Vatter eine Wirkungsanalyse des KVG (Kostendifferenzen im Gesundheitswesen zwischen den Kantonen; Statistische Analyse kantonaler Indikatoren). Im Sinne einer Hypothese kommen sie zum folgenden Schluss: Je höher der Anteil der Ärzte an der Medikamentendispensation in einem Kanton beziehungsweise je niedriger die Apothekendichte in einem Kanton ist, desto niedriger sind die Kosten des Gesundheitswesens/der Krankenversicherung.

Konstantin Beck, Ute Kunze und Willy Oggier kommen im Jahr 2004 zum Schluss, dass in den SD-Kantonen nach Korrektur der sozioökonomischen Unterschiede die Medikamentenkosten höher als in den SD-Verbotskantonen sind. Entscheidend für das Studienresultat war die Tatsache, dass die Daten dem Kanton der Leistungserbringer zugeordnet wurden. Bei einer Zuweisung zum Wohnkanton der Versicherten jedoch verursacht die SD niedrigere Kosten.

Santésuisse hält im Jahr 2004 in einem Positionspapier fest, dass die verfügbaren Daten keine klare Aussage erlauben, welche der beiden Medikamentenabgabeformen die wirtschaftlichere sei. Santésuisse bevorzugt ein wettbewerblich organisiertes Gesundheitssystem, in dem kein Abgabekanal gesetzlich bevorzugt wird.

Die Studie Slembeck aus dem Jahr 2008 (Gesundheitsökonomische Analyse von Abgabe und Verkauf kassenzulässiger Medikamente durch niedergelassenen Ärzte) kommt aus gesundheitsökonomischer Sicht zum Schluss, dass der Verkauf von Medikamenten durch die Ärzteschaft infolge von Fehlanreizen strikt abzulehnen ist. Zudem verweist Slembeck auf die Studie von Beck et. al. aus dem Jahr 2004, wonach ein SD-Regime sich kostensteigernd auswirke.

Santésuisse veröffentlicht jährlich eine Tabelle der Medikamentenkosten pro versicherte Person und Kanton in der Grundversicherung. Demnach sind die Medikamentenkosten in den Kantonen mit SD grundsätzlich niedriger als in denjenigen mit SD-Verbot. Die neuste Aufstellung stammt aus dem Jahr 2010. Festzustellen ist dabei, dass die Gesundheitskosten in den Kantonen mit SD-Verbot, nämlich vorwiegend in den welschen Kantonen, ohnehin höher als in den anderen Kantonen sind.

In einem Artikel in der Neuen Zürcher Zeitung (NZZ) aus dem Jahr 2010 (Maria Trottmann, Maurus Rischatsch, Peter Zweifel: Frage der Einsparwirkungen der vom Bundesrat geplanten Massnahmen) wird die Auffassung vertreten, dass ein Verbot der SD nachweisbar die erwünschte Generikasubstitution behindern und weder die Medikamentenausgaben noch die Behandlungskosten insgesamt senken werde.

Gesundheitsökonomische Variablen (zum Beispiel die Ärztedichte, Anzahl Apotheken) und sozioökonomische Faktoren (zum Beispiel Altersstruktur, Sprache) beeinflussen die Medikamentenkosten massgeblich. Je nachdem, welche Variablen und Rahmenbedingungen Grundlage der Studien bilden, ergeben sich verschiedene und teilweise widersprüchliche Resultate. Auch die Auftraggeber haben Auswirkungen auf das Studienresultat. Ein direkter Vergleich der Studien ist aus diesem Grund kaum möglich.

Pius Gyger, Leiter Gesundheitsökonomie/Gesundheitspolitik der Helsana Versicherungen und als solcher weder der Ärzte- noch der Apothekerschaft verbunden, hat in einem Referat anlässlich der Health Insurance Days in Interlaken am 1. Juni 2010 deshalb die langjährige Kontroverse um die Kosten der SD beziehungsweise des SD-Verbots folgendermassen auf den Punkt gebracht:

"Trotz zahlreichen – widersprüchlichen – Studien gibt es keine Evidenz darüber, dass einer der Kanäle gesamtgesteuerter wäre als der andere."

Diese Einschätzung bestätigte Pius Gyger an einer am 30. April 2012 vom Departement Gesundheit und Soziales durchgeführten Veranstaltung zum Thema "Medikamentenabgabe im Kanton Aargau".

4.5 Rechtliche Auswirkungen bei einer Annahme der Initiativen

4.5.1 Initiative "Ja zur ärztlichen Medikamentenabgabe"

Bei der Annahme der Initiative der Ärzteschaft müsste neben § 44 GesG zudem die Heilmittel- und Betäubungsmittelverordnung (HBV) vom 11. November 2009 entsprechend angepasst werden. Dabei wären insbesondere Ausführungsbestimmungen zur Bewilligungserteilung zu erlassen. Zudem müsste der aktuell geltende § 24 HBV vollständig aufgehoben werden (Privatapotheke von Ärztinnen und Ärzten).

4.5.2 Initiative "Miteinander statt Gegeneinander"

Bei der Annahme der Initiative der Apothekerschaft wären auf Gesetzesstufe keine weiteren Änderungen von Nöten, da die heute in § 44 GesG statuierte Norm bereits dem entspricht, was die künftige Regelung auf Verfassungsstufe vorsteuern würde.

4.5.3 Problematik eines doppelten JA

Die beiden Volksinitiativen stehen einander inhaltlich diametral gegenüber, so dass grundsätzlich davon auszugehen ist, dass sich die informierte Stimmbürgerin beziehungsweise der informierte Stimmbürger für die eine oder andere Initiative aussprechen oder aber beide ablehnen wird. Im dennoch theoretisch möglichen Fall einer Annahme beider Initiativen (doppeltes JA) durch das Stimmvolk würde sich die Frage stellen, wie mit diesem Widerspruch umzugehen wäre. Denkbar wäre es, die den neuen Verfassungsbestimmungen ("Miteinander statt Gegeneinander") widersprechenden neuen Bestimmungen auf Gesetzesstufe ("Ja zur ärztlichen Medikamentenabgabe") aufgrund der derogatorischen Kraft des Vorrang genießenden Verfassungsrechts nicht zur Anwendung zu bringen. Mit anderen Worten würde die Initiative der Ärzteschaft trotz Annahme durch das Stimmvolk in diesem Fall nicht umgesetzt werden können. Aus demokratischer Sicht erscheint eine solche rechtliche Bevorzugung der Verfassungsinitiative jedoch als problematisch, weil der Wahl der Rechtssetzungsstufe durch die Initiantinnen und Initianten auch etwas Zufälliges anhaften kann. Zur Wahrung der Chancengleichheit zwischen den beiden Initiativen dürfte deshalb nicht auf diese rechtliche Vorrangregel abgestellt werden. Damit sich diese Frage nicht stellt, muss alles daran gesetzt werden, dass die Abstimmung ein widerspruchsfreies Ergebnis bringt.

4.6 Totales Selbstdispensationsverbot

Beschrieb

Bei einem vollständigen Verbot der SD ist es den Ärztinnen und Ärzten in keinem Fall erlaubt, ihren Patienten irgendein Arzneimittel aus der Praxis mitzugeben. Zulässig muss hingegen die Abgabe von Medikamenten aus medizinischen Gründen sein. Dazu gehört einerseits die unmittelbare Anwendung am Patienten in Ausübung der ärztlichen Tätigkeit sowie die Abgabe im Notfall. Es besteht kein Raum für spezielle SD-Bewilligungen.

Vorteile

Ein Vorteil liegt sicher in der konsequenten Trennung der Kompetenzen ("wer verschreibt, verkauft nicht"). Denn aus gesundheitsökonomischer Sicht hat die SD weder mit Liberalisierung noch mit Marktöffnung zu tun, sondern führt zu einem ärztlichen Monopol, das den

Patienten, die Patientin faktisch zur Rückkehr in die Arztpraxis zwingt, wenn ein rezeptpflichtiges Medikament wieder oder weiter benötigt wird.

Ein weiterer Vorteil besteht sicherlich in der Möglichkeit des Überblicks über die gesamte Medikation eines Patienten durch den betreuenden Apotheker beziehungsweise die betreuende Apothekerin. So kann die Therapietreue überprüft und nötigenfalls gefördert werden, Wechselwirkungen mit zusätzlich gekauften rezeptfreien Produkten können verhindert und Mehrfachverschreibungen oder Kontraindikationen mit verordneten Präparaten von weiteren durch die Patienten aufgesuchten Ärzten können erkannt und vermieden werden. Vorteilhaft ist zudem, dass durch ein Verbot der SD die vernetzte Versorgung insbesondere von chronisch kranken und polymorbiden Patienten und Patientinnen durch Einbindung aller "Team-Player" im Gesundheitswesen in die interdisziplinäre Zusammenarbeit gewährleistet bleibt.

Die Patientin beziehungsweise der Patient hat zudem die Möglichkeit

- eine Zweitmeinung zu verlangen
- allenfalls auf die Behandlung zu verzichten
- zuerst nachzusehen, ob das Medikament bereits zu Hause vorrätig ist
- den Medikamentenbezug ohne Arzttermin zu wiederholen

Ohne SD bleiben genügend Apotheken mit einem umfassenden Sortiment von 10'000–15'000 Arzneimitteln als Anlaufstellen erhalten, die ohne Voranmeldung zur Beratung und Selbstbehandlung von Bagatellerkrankungen zur Verfügung stehen und dadurch Hausarztpraxen und Notfallstationen entlasten. Ausserdem belasten die für die Selbstbehandlung nach Beratung in der Apotheke (oder Drogerie) gekauften Produkte die Krankenversicherungen nicht.

Nachteile

Ein wesentlicher Nachteil eines Verbots der SD liegt zweifelsohne in der Tatsache, dass Patienten oder ihre Betreuer vor allem zu "Unzeiten", beispielsweise nachts oder an Sonn- und Feiertagen den Weg in die nächste Dienstapotheke auf sich nehmen müssen, um zu Ihren Medikamenten zu kommen. Gleiches gilt natürlich auch für abgelegene Gebiete, die in beträchtlicher Distanz zur nächsten Apotheke liegen. Auch behinderte oder betagte Patienten und Patientinnen werden die fehlende SD als mangelnden Komfort empfinden.

Vollzugsfähigkeit

Der Vollzug dürfte grundsätzlich relativ einfach sein. Bei einem SD-Verbot dürften die Praxen von den Lieferanten nur in entsprechendem Mass beliefert werden. Bei begründetem Verdacht auf unerlaubte SD gibt es die Möglichkeit der Stichprobe vor Ort in der Praxis durch die Behörden oder die entsprechende Nachkontrolle bei den Lieferanten.

Dagegen erweist sich die Überwachung der Abgabe von Medikamenten im Notfall in der Praxis mit vertretbarem Aufwand nur als schwer realisierbar, so dass die entsprechenden gesetzlichen Bestimmungen kaum eingehalten werden können.

4.7 Selbstdispensationsverbot mit Erlaubnisvorbehalt

4.7.1 System gemäss geltendem Recht

Beschrieb

Im Kanton Aargau gilt aktuell das SD-Verbot mit einem sog. Bewilligungsvorbehalt, indem Ärztinnen und Ärzte die Bewilligung zur Führung einer Privatapotheke erhalten können, wenn die rasche und für jedermann mögliche Versorgung mit Arzneimitteln nicht durch eine öffentliche Apotheke einer nahe gelegenen Ortschaft gewährleistet ist (vgl. § 44 Abs. 2 GesG). Dieses System ermöglicht es, Ärztinnen und Ärzten eine SD-Bewilligung zu erteilen, wenn der Aufwand zum Erreichen einer Apotheke mit den öffentlichen Verkehrsmitteln mehr als eine Stunde pro Weg umfasst. Im Notfall dürfen Medikamente von den Ärztinnen und Ärzten jeweils direkt abgegeben werden, wobei der Notfall als solcher gesetzlich zu definieren ist.

Vorteile

Das aktuell im Kanton Aargau bestehende Modell ermöglicht eine flächendeckende Medikamentenversorgung der Bevölkerung, auch in Gegenden, in welchen die Apothekendichte gering ausfällt. Zudem besteht dabei für die Hausärzte ein Anreiz, sich in eher abgelegenen Gegenden des Kantons niederzulassen. Offensichtlich hat sich dieses System im Kanton Aargau in den vergangenen Jahren bewährt.

Nachteile

Es besteht eine nicht enden wollende Diskussion betreffend die für die Patientenschaft zumutbare Zeit, innert welcher die nächstgelegene Apotheke mit dem öffentlichen Verkehr erreichbar sein sollte. Zudem gilt das Netz des öffentlichen Verkehrs nicht als starre Komponente, weshalb sich in diesem Zusammenhang die Frage stellt, ob anstelle der öffentlichen Verkehrsmittel besser ein privates Auto als entsprechende Referenz zu stellen sei. Dies auch in Anbetracht der Tatsache, dass zwischen den urbanen Zentren und den ländlichen Gegenden grosse Unterschiede betreffend die Erreichbarkeit mit den öffentlichen Verkehrsmitteln bestehen. Weiter haben sich die Verhältnisse seit Einführung dieses Systems verändert, und es gibt heutzutage vermehrt Landgemeinden, welche über eine oder mehrere öffentliche Apotheken verfügen. Das bestehende, auf einer flexiblen Komponente basierende Aargauer System kann bei den Patientinnen und Patienten sodann eine gewisse Unsicherheit betreffend die Medikamentenabgabe durch die Ärzteschaft hervorrufen.

Als nachteilig erweist sich dabei weiter auch der Umstand, dass sowohl die Apotheker und Apothekerinnen als auch die Ärzte und Ärztinnen oftmals an bestehende Infrastrukturen gebunden sind und sich deshalb nicht beliebig im Kanton niederlassen können, was unweigerlich zu Ungleichbehandlungen führen kann – je nach Standort der betriebenen Arztpraxis beziehungsweise Apotheke.

Strittig ist beim bestehenden aargauischen Modell insbesondere auch die Frage der Definition des Notfalls. Ein Notfall aus streng medizinischer Sicht mit Bedrohung der Vitalfunktionen deckt sich bei weitem nicht mit der subjektiven Sicht der Patientinnen und Patienten, welche den Notfallbegriff grundsätzlich viel weiter definieren. Für diese besteht in der Regel dann ein

Notfall, wenn schnell ärztliche Hilfe beansprucht werden muss – unabhängig, einer medizinischen Rechtfertigung. Anzumerken ist diesbezüglich, dass sich die Überwachung der ausschliesslichen Abgabe von Medikamenten im Notfall durch Nicht-SD-Ärzte als sehr schwierig erweist und davon auszugehen ist, dass in diesem Bereich denn wohl auch eine relativ grosse Grauzone besteht.

Vollzugsfähigkeit

Die Kontrolle über den Vollzug dieses Systems gestaltet sich für die Aufsichtsbehörde als sehr aufwendig. Das Netz des öffentlichen Verkehrs gilt als schnelllebig und ist stets im Wandel. Es ist folglich ständig von Neuem zu prüfen, ob in einem konkreten Fall bei Benützung des öffentlichen Verkehrs die maximal erlaubte Wegzeit von einer Stunde überschritten wird. Die entsprechende Prüfung erweist sich als sehr aufwendig und nicht praktikabel, da jeweils im Einzelfall eine genaue Distanzberechnung vorzunehmen ist.

Zudem erweist sich die Überwachung der ausschliesslichen Abgabe von Medikamenten im Notfall durch Nicht-SD-Ärzte in der Praxis mit vertretbarem Aufwand als schwer machbar, so dass die entsprechenden gesetzlichen Bestimmungen kaum eingehalten werden können.

4.7.2 Kilometer-Klausel

Beschrieb

Beim Modell "Kilometer-Klausel" können Ärztinnen und Ärzte die Bewilligung zur Führung einer Privatapotheke erhalten, wenn die rasche und für jedermann mögliche Versorgung mit Arzneimitteln nicht durch eine öffentliche Apotheke einer nahe gelegenen Ortschaft gewährleistet ist (vgl. § 44 Abs. 2 GesG). Im Gegensatz zum aktuell im Kanton Aargau bestehenden Modell wird für die Bewilligungserteilung jedoch auf eine fix definierte Entfernung zwischen einer Arztpraxis und einer Apotheke abgestellt. Analog dem aktuell im Kanton Aargau geltenden System ist es den Ärztinnen und Ärzten aber auch bei diesem Modell zu erlauben, im Notfall der Patientenschaft Medikamente direkt abgeben zu können.

Ergänzend anzumerken ist schliesslich, dass unter dem ehemaligen kantonalen Gesundheitsgesetz von 1919 bereits das System "Kilometer-Klausel" zur Anwendung gelangte.

Vorteile

Dieses Modell ermöglicht ebenfalls eine flächendeckende Medikamentenversorgung der Bevölkerung, auch in Gegenden, in welchen die Apothekendichte gering ausfällt. Weiter schafft auch die Kilometer-Regelung für die Hausärzte einen Anreiz, sich in eher abgelegenen Gegenden des Kantons niederzulassen.

Zudem handelt es sich bei der fix definierten Kilometer-Regelung um eine starre Komponente, welche auf einfache Weise zu definieren respektive zu handhaben ist und unabhängig von der Unterscheidung zwischen urbanen und ländlichen Gegenden besteht.

Nachteile

Die Kilometer-Klausel berücksichtigt nicht, ob eine Apotheke mit öffentlichen Verkehrsmitteln einfach und schnell oder allenfalls gar nicht zu erreichen ist. Die Regelung gilt als starr und lässt diesbezüglich keinen Spielraum zu, was sich insbesondere für auf die öffentlichen

Verkehrsmittel angewiesene Patientinnen und Patienten nachteilig auswirken kann. Zum Beispiel hat der Umstand, dass sich im Gegensatz zu der für die Regelung relevanten Luftliniendistanz auf dem effektiven Fahrweg zur entsprechenden Apotheke ein Hügelzug befindet, welcher die entsprechende Fahrtzeit verlängert, keinen Einfluss. Betreffend die Festlegung der für den SD-Bewilligungs-Erhalt benötigten Entfernung bestehen deshalb wohl grosse Meinungsdivergenzen.

Als nachteilig erweist sich hier ebenfalls der Umstand, dass sowohl die Apotheker und Apothekerinnen als auch die Ärzte und Ärztinnen oftmals an bestehende Infrastrukturen gebunden sind und sich deshalb nicht beliebig im Kanton niederlassen können, was unweigerlich zu Ungleichbehandlungen führen kann – je nach Standort der betriebenen Praxis beziehungsweise Apotheke.

Auch bei diesem Modell stellt sich zudem die Frage der Notfall-Definition. Ebenfalls festzuhalten ist, dass sich unter diesen Umständen auch bei diesem System eine entsprechende Überwachung der Medikamentenabgabe im Notfall durch Nicht-SD-Ärzte als äusserst schwierig erweist.

Vollzugsfähigkeit

Das Modell "Kilometer-Klausel" erweist sich im Vollzug grundsätzlich wohl als sehr einfaches und gut durchführbares System. Die entsprechende Kilometer-Regelung gilt als starre Komponente und ist deshalb in einfacher Weise zu handhaben. Allerdings müsste auch hier zusätzlich eine Regelung betreffend die Notfallversorgung durch die Ärzteschaft ohne SD-Bewilligung definiert werden, was den Vollzug generell und insbesondere auch die Überwachung der Abgabe von Medikamenten ausschliesslich im Notfall erschweren würde.

4.7.3 In Gemeinden ohne Apotheken

Beschrieb

Das Modell "Gemeinden ohne Apotheken" sieht vor, dass all diejenigen Arztpraxen, welche sich in Gemeinden befinden, in welchen keine Apotheken vorhanden sind, eine SD-Bewilligung erhalten können.

Vorteile

Dieses Modell bietet eine klare Struktur und eine einfache Handhabung und garantiert zudem ebenfalls eine flächendeckende Medikamentenversorgung der Bevölkerung.

Nachteile

Das System "Gemeinden ohne Apotheken" kann zu grossen Ungerechtigkeiten führen. Beispielsweise kann ein in zwei zusammengewachsenen Gemeinden tätiger Arzt eine SD-Bewilligung erhalten, während ein in der Nachbargemeinde tätiger Arzt – womöglich nur 100 m entfernt – keine SD-Bewilligung erhält, da sich in dieser Gemeinde mindestens eine Apotheke befindet. Dieser Umstand kann allenfalls auch bei der Patientenschaft zu Erstaunen und Missverständnissen führen. Als nachteilig erweist sich weiter denn auch hier der Umstand, dass sowohl die Apotheker und Apothekerinnen als auch die Ärzte und Ärztinnen oftmals an bestehende Infrastrukturen gebunden sind und sich deshalb nicht beliebig im Kanton

niederlassen können, was unweigerlich zu Ungleichbehandlungen führen kann – je nach Standort der betriebenen Praxis beziehungsweise Apotheke.

Da die Schweiz zudem über ein sehr gut erschlossenes Netz des öffentlichen Verkehrs verfügt, insbesondere auch betreffend Verbindungen zwischen nahegelegenen Ortschaften, erweist sich dieses Modell, insbesondere auch in Betracht der soeben aufgezeigten möglichen Ungleichbehandlung, als zu wenig definierte Variante. Unklar ist schliesslich bei diesem System auch, wie bei der Medikamentenabgabe im Notfall vorzugehen wäre. Grundsätzlich müsste es auch beim Modell "Gemeinden ohne Apotheken" den Nicht-SD-Ärzten im Notfall erlaubt sein, Medikamente direkt abgeben zu können. Doch kann dies, wie bereits festgehalten, zu paradoxen Situationen führen, in welchen ein Arzt dazu berechtigt wäre und der allenfalls 100 m entfernte Berufskollege eben nicht.

Vollzugsfähigkeit

Bei diesem System bestehen hinsichtlich der Vollzugsfähigkeit grundsätzlich keine Probleme. Wie bereits erwähnt, erweist sich das Modell als klar und einfach in der Handhabung, insbesondere auch aufgrund des starren Voraussetzungs-faktors hinsichtlich der Erteilung einer SD-Bewilligung. Anzumerken ist aber, dass das Modell generell einen zu wenig definierten Charakter aufweist.

4.7.4 Zur Förderung der Grundversorger-Praxen (in genereller Form)

Beschrieb

Das Modell zur Förderung der ärztlichen Grundversorgung (Hausärzte) sieht vor, dass jeglichen im Kanton Aargau tätigen Grundversorgern eine SD-Bewilligung erteilt wird. Anzumerken ist, dass das Verwaltungsgericht der Auffassung ist, dass diese Regelung gegen das Rechtsgleichheitsgebot gemäss Art. 8 BV verstösst und sich zudem im Vergleich mit den Spezialisten als wettbewerbsverzerrend (Art. 27 i.V.m. Art. 94 BV) erweist und deshalb verfassungsrechtlich nicht zulässig ist.

Vorteile

Das Modell "Förderung der Grundversorger-Praxen" beinhaltet die Möglichkeit, dass insbesondere Arztpraxen der ärztlichen Grundversorgung bevorteilt werden können und so ein entsprechender Anreiz geschaffen werden kann. Unter diesen Umständen kann zusätzlich der Standortnachteil des Kantons Aargau im Bereich der Grundversorgung aufgehoben werden.

Nachteile

Dieses System stellt den Grundsatz der Gleichbehandlung gemäss Art. 8 BV in Frage. Das Verwaltungsgericht erachtet dieses Modell zudem als wettbewerbsverzerrend (Art. 27 i.V.m. Art. 94 BV) und somit verfassungsrechtlich nicht zulässig ist.

Vollzugsfähigkeit

Betreffend die Vollzugsfähigkeit stellen sich bei diesem Modell keine grossen Probleme. Die Kriterien betreffend Erhalt der SD-Bewilligung sind unmissverständlich geregelt und einfach zu überprüfen. Wichtig erscheint zudem, dass der Bereich der Grundversorgung rechtlich klar definiert wird.

4.7.5 Zur Förderung der Grundversorger-Praxen in Verbindung mit der aktuell bestehenden "Zeitregel"

Beschrieb

Das System zur Förderung der ärztlichen Grundversorgung (Hausärzte) in Verbindung mit der bestehenden "Zeitregel" lehnt sich eng an das aktuell im Aargau geltende Modell an. Jedoch werden dabei die Voraussetzungen für die Erteilung einer SD-Bewilligung etwas weniger restriktiv angesetzt. Für Arztpraxen der ärztlichen Grundversorgung ist vorgesehen, dass der zur Beschaffung der Medikamente notwendige Zeitaufwand auf eine halbe Stunde (anstelle von einer Stunde) festgesetzt wird.

Anzumerken ist, dass das Verwaltungsgericht auch hier der Auffassung ist, dass diese Regelung ebenfalls gegen das Gebot der Rechtsgleichheit gemäss Art. 8 BV verstösst und sich zudem im Vergleich mit den Spezialisten als wettbewerbsverzerrend (Art. 27 i.V.m. Art. 94 BV) erweist und deshalb verfassungsrechtlich nicht zulässig ist.

Vorteile

Das Modell "Förderung der Grundversorger-Praxen in Verbindung mit der aktuell geltenden Zeitregel" beinhaltet auch die Möglichkeit, dass bestimmte Bereiche, insbesondere Arztpraxen der ärztlichen Grundversorgung, bevorteilt werden können. Unter diesen Umständen kann zusätzlich der Standortnachteil des Kantons Aargau im Bereich der Grundversorgung aufgehoben werden.

Nachteile

Dieses System widerspricht ebenfalls den Grundsätzen der Gleichbehandlung gemäss Art. 8 BV sowie der Wettbewerbsneutralität gemäss Art. 27 i.V.m. Art. 94 BV. Zudem würde bei der Wahl dieses Modells in der Bevölkerung wohl eine gewisse Unsicherheit bestehen bezüglich der geltenden Fahrdistanzunterscheidung zwischen einer Arztpraxis der ärztlichen Grundversorgung und den übrigen Ärztinnen und Ärzten.

Vollzugsfähigkeit

Aus Sicht der Vollzugsfähigkeit ist bei diesem System auf die entsprechenden Ausführungen betreffend das aktuell im Kanton Aargau bestehende Modell zu verweisen. Anzumerken ist jedoch, dass beim Modell "Förderung der Grundversorger-Praxen in Verbindung mit der aktuell bestehenden Zeitregel" zusätzlich die Grundversorgungsbereiche im Gesetz beziehungsweise in der Verordnung genau zu definieren sind.

4.8 Freigabe der Selbstdispensation mit Einschränkungen

Beschrieb

Unter einem System der Freigabe der SD mit Einschränkungen wird dasjenige mit Erlaubnis der Erstabgabe pro Diagnose in der jeweils kleinsten Originalpackung eines Medikaments bei der ersten Konsultation in der Arztpraxis verstanden. Eine solche Lösung ist indessen als nicht vollziehbar zu betrachten, da kaum Einigkeit besteht, wann eine Konsultation jeweils als "erste" Konsultation zu bezeichnen ist. Als Beispiel wird ein Patient mit einer chronischen Erkrankung aufgeführt, der regelmässige Arztkonsultationen und Medikamente benötigt. Gibt es in einem solchen Fall nach der Erstdiagnose keine Erstkonsultationen mehr, oder ist eine Konsultation nach zum Beispiel drei Monaten wieder als Erstkonsultation zu bezeichnen?

Vorteile

Das Modell stellt einen Kompromiss zwischen völliger Freigabe und Verbot der SD dar. Es ermöglicht der Ärzteschaft, zumindest beim ersten Kontakt mit den Patienten ein Medikament abzugeben, und zwar einmal pro Diagnose. Viele Bagatellerkrankungen können beim ersten Mal abschliessend behandelt werden und erfordern keine Folgekonsultationen. Die Patienten profitieren teilweise vom Komfort des direkten Medikamentenbezugs in der Arztpraxis und müssen weniger oft den Weg in die nächstgelegene Apotheke auf sich nehmen. Der behandelnde Arzt kann die nötigen Erläuterungen zur Medikamenteneinnahme bei der ersten Abgabe selber abgeben, was die Arzt-Patientenbindung stärkt.

Für die Grundversorgerinnen und Grundversorger kann der Standortnachteil im Vergleich zu den umliegenden Kantonen in einem gewissen Ausmass verringert werden, so dass der Anreiz, im Kanton Aargau eine Hausarztpraxis zu eröffnen, gesteigert wird.

Der Grundsatz "Wer verschreibt, verkauft nicht" wird zwar nicht vollständig, aber mindestens teilweise umgesetzt. Der theoretische Anreiz, in einem zu grossen Ausmass Arzneimittel abzugeben, ist kleiner als in einem System mit völliger SD-Freigabe.

Nachteile

Die Nachteile sind vergleichbar mit denjenigen bei SD-Freigabe, allerdings in etwas geringem Ausmass.

Es ist davon auszugehen, dass sowohl die Ärzte- als auch die Apothekerschaft mit diesem System zumindest teilweise unzufrieden sind.

Vollzugsfähigkeit

Der Hauptnachteil liegt im Vollzug. Es ist für die Aufsichtsinstanzen viel schwieriger, eine derartige Regelung zu vollziehen und Verstösse nachzuweisen und zu ahnden als in einem System mit vollständiger SD-Freigabe oder SD-Verbot. Faktisch sind die Behörden darauf angewiesen, dass bei Nichtbeachtung der gesetzlichen Regelung Anzeigen erfolgen. Tätig werden jedoch in der Regel nicht diejenigen, welche die Verstösse unmittelbar erleben, nämlich die Patientinnen und Patienten, sondern die Apothekerinnen und Apotheker. Dies aber auch nur, wenn sie auf Umwegen Informationen erhalten, dass möglicherweise ein Verstoß gegen die ausschliessliche Erstabgabe vorliegt.

Vollzug und Kontrolle erfordern in der Verwaltung mehr personelle Ressourcen als ein SD-Verbot oder eine SD-Freigabe und sind somit mit höheren Kosten verbunden.

4.9 Vollständige Freigabe der Selbstdispensation

Beschrieb

Bei einer generellen Freigabe der SD dürfen Ärztinnen und Ärzte (sowie Zahnärztinnen und Zahnärzte) der eigenen Patientenschaft Arzneimittel abgeben, und zwar nicht nur in Notfällen, sondern in jeder Situation. Nicht erlaubt ist der Verkauf von Medikamenten an Drittpersonen sowie die Übernahme einer Grossistenfunktion.

Das Modell entspricht demjenigen, das der Volksinitiative des Aargauischen Ärzteverbands zugrunde liegt.

Vorteile

Die mündigen Patientinnen und Patienten haben die Möglichkeit, selber zu entscheiden, über welchen Kanal sie die Medikamente beziehen wollen, sei dies in der Arztpraxis, in der Apotheke oder über den Versandhandel. Den Bedürfnissen der Patientenschaft kann optimal entsprochen werden, vor allem auch in Gegenden, in denen die Apothekendichte gering ist. Der von den Apotheken angebotene Hauslieferdienst und damit verbunden unnötige Auslieferungen mit dem Auto entfallen.

Die SD ist eine Dienstleistung der Ärzteschaft, die das Arzt-Patientenverhältnis stärkt. Ärztinnen und Ärzte sind in Pharmakotherapie ausgebildet und können die Patientinnen und Patienten bezüglich Medikamentenabgabe direkt instruieren. Es erfolgt eine unmittelbare Kontrolle über die Medikamentenabgabe und die Therapietreue. Die Sicherheit der Patientinnen und Patienten ist umfassend gewährleistet. Die Medikamentenabgabe ist integrierender Bestandteil der Arzneimitteltherapie und somit Teil der ärztlichen Kerntätigkeit. Die direkte Medikamentenabgabe wird von der Patientenschaft geschätzt, wie zuletzt die Abstimmung im Kanton Zürich gezeigt hat, welche die Einführung der kantonsweiten SD zur Folge hatte. Die SD ist patientenfreundlich, praktisch, effizient und komfortabel. Patientinnen und Patienten, welche die Vorzüge der direkten Medikamentenabgabe kennen und schätzen, wollen nicht darauf verzichten und sind nicht bereit, den aufwendigeren Bezugskanal über die Apotheken auf sich zu nehmen.

In Kantonen mit SD ist der Generikaanteil höher als in SD-Verbotskantonen; zudem entfallen die Apothekentaxen.

Der Kanton Aargau ist umgeben von Kantonen, in denen die SD zugelassen ist. Bei der Wahl eines Praxisstandorts, im besonderen auch einer Grundversorgungspraxis, erweist sich ein SD-Verbot zunehmend als gewichtiger Standortnachteil. Im Hinblick auf den sich schnell verschärfenden Grundversorgermangel kann sich eine SD-Freigabe zum unmittelbar entscheidenden Kriterium des definitiven Praxisstandorts entwickeln. In ländlichen Regionen dürfte die hausärztliche Versorgung bei einem SD-Verbot verstärkt gefährdet sein.

Ursprünglich wurden die Medikamente zu einem grossen Teil gemäss Rezeptur der Ärzteschaft in den Apotheken hergestellt. Der Anteil dieser Medikamente ist in der heutigen Zeit verschwindend klein geworden. Die Medikamente werden industriell produziert und handelsfertig abgepackt, so dass sie direkt in den Apotheken zum Verkauf gelangen. Das Berufsbild des Apothekers hat sich gewandelt, allerdings in dem Sinn, dass auch die Ärzte die Verkaufs- und selbstverständlich auch die Beratungsfunktion gegenüber ihren Patientinnen und Patienten übernehmen können. Es muss nicht mehr zwingend ein Apotheker oder eine Apothekerin dazwischengeschaltet sein.

Zur Wahrnehmung der Kontrollfunktion des Medikamentenbezugs ist der Apotheker beziehungsweise die Apothekerin nicht unbedingt notwendig. Auch Ärztinnen und Ärzte sind dazu ausgebildet, Medikamenteninteraktionen zu kennen und ihre Patienten entsprechend zu beraten. Zudem können die Patientinnen und Patienten ihre Medikamente in verschiedenen Apotheken beziehen, so dass die Übersicht über den gesamten Medikamentenkonsum verloren geht.

Zur Sicherstellung der Medikamentenversorgung der Bevölkerung ist nicht nur ein dichtes Apothekennetz notwendig, sondern in wenig besiedelten Gegenden braucht es Arztpraxen, in denen ein direkter Medikamentenbezug erfolgen kann. Falls es bei einer Freigabe der SD zu einer Reduzierung der Apothekenzahl kommen sollte, ist die Versorgung der Bevölkerung mit Medikamenten nach wie vor gewährleistet. Die diesbezügliche Situation in SD-Kantonen wird jedenfalls nirgends als kritisch erachtet.

Nachteile

Zwischen Arzt und Patient wird durch die SD ein zusätzliches, unerwünschtes Abhängigkeitsverhältnis aufgebaut. Die Patienten sind gezwungen, in die Arztpraxis zurück zu kehren, wenn das Medikamente weiterhin benötigt wird.

Wenn die Arztpraxis ferienhalber oder über Feiertage geschlossen ist und die Patienten dies nicht wissen oder ihren Medikamentenvorrat nicht richtig geplant haben, kann dies zu Engpässen führen. Ohne das entsprechende Rezept ist eine notfallmässige Medikamentenbeschaffung unter Umständen schwierig.

Sind Patienten bei mehreren Ärzten gleichzeitig in Behandlung und sind diese nicht über die jeweilige Therapie der anderen Kollegen informiert, kann es zu Mehrfach- oder Überdosierungen durch Parallelverordnungen und/oder unerwünschten Nebenwirkungen bei inkompatiblen Verordnungen kommen, was eine ernsthafte Gefährdung der Gesundheit bedeuten kann. Wenn hingegen die Rezepte in der Apotheke des Vertrauens ("Hausapotheke") eingelöst werden, fallen aufgrund der Dossierführung Doppelspurigkeiten und inkompatible Kombinationen auf und können geklärt beziehungsweise verhindert werden.

Eine durchschnittliche Apotheke verfügt über ein Sortiment von 10'000–20'000 Artikeln und ist in der Lage, die zu deren Verwaltung notwendige Logistik (Räumlichkeiten, Personal) zu unterhalten. Sie erhält bei Bedarf mehrmals pro Tag Arzneimittellieferungen und verfügt in aller Regel über einen organisierten Hauslieferdienst. In der Arztpraxis ist das Sortiment naturgemäss kleiner, da dort schon die räumlichen Verhältnisse anders ausgelegt sind, der

Einkauf eher nach ökonomischen Gesichtspunkten erfolgt und die Medikamentenbewirtschaftung nicht das Kerngeschäft ist.

In den meisten Ländern Europas gilt der Grundsatz: Wer verschreibt, verkauft nicht. Dahinter steckt die Überlegung, dass die Medikamente im SD-Regime möglicherweise nach ökonomischen statt primär nach medizinischen Kriterien verordnet werden, da der Arzt ein materielles Interesse hat, diejenigen Medikamente zu verkaufen, bei denen die Marge am grössten ist.

Bei der Abgabe in der Arztpraxis fehlt die Kontrolle durch den Apotheker; das Vier-Augen-Prinzip kann nicht umgesetzt werden. Somit wird die Sicherheit beim Medikamentenmanagement herabgesetzt.

Vollzugsfähigkeit

Der Vollzug ist denkbar einfach zu handhaben. In den Arztpraxen muss eine fachgerechte Lagerung der Arzneimittel gewährleistet sein, das heisst die Apotheken in den Arztpraxen müssen denselben Anforderungen genügen wie die öffentlichen Apotheken. Ebenso werden Inspektionen durchgeführt, was mit einem erhöhten Kontrollaufwand seitens der Kantonsapothekerin verbunden sein wird.

4.10 Würdigung der Modelle

4.10.1 Synoptische Darstellung

Modell	Beschrieb	Vorteile	Nachteile
Totales Selbstdispensationsverbot	Ärztinnen und Ärzten ist es nicht erlaubt, ihren Patienten irgendein Arzneimittel aus der Praxis mitzugeben. Zulässig ist einzig die Abgabe aus medizinischen Gründen (unmittelbare Anwendung und Abgabe im Notfall).	<ul style="list-style-type: none"> – konsequente Trennung der Kompetenzen – Überblick über Gesamtmedikation eines Patienten – Gewährleistung der vernetzten Versorgung 	<ul style="list-style-type: none"> – mangelnder Komfort beim Medikamentenbezug
System gemäss geltendem Recht im Kanton Aargau	Ärztinnen und Ärzte erhalten eine SD-Bewilligung, wenn die rasche und für jedermann mögliche Versorgung mit Arzneimitteln nicht durch eine Apotheke einer nahe gelegenen Ortschaft gewährleistet ist (Weg darf mit ÖV nicht mehr als eine Stunde betragen).	<ul style="list-style-type: none"> – flächendeckende Medikamentenversorgung der Bevölkerung – Anreiz für Grundversorger, sich in eher abgelegenen Gegenden niederzulassen 	<ul style="list-style-type: none"> – ÖV stellen keine starre Komponente dar, Problematik einer fixen Regelung – Angewiesensein auf bestehende Infrastrukturen verhindert die Möglichkeit einer freien Niederlassung im Kanton – Definition des Notfall-Begriffs

Modell	Beschrieb	Vorteile	Nachteile
Kilometer-Klausel	analog geltendes System (jedoch wird dabei auf eine fix definierte Entfernung zwischen Arztpraxis und Apotheke abgestellt).	<ul style="list-style-type: none"> – flächendeckende Medikamentenversorgung der Bevölkerung – Kilometer Regelungen starre Komponente, welche auf einfache Weise zu handhaben ist 	<ul style="list-style-type: none"> – kein Spielraum betreffend geographische Hindernisse – Angewiesensein auf bestehende Infrastrukturen verhindert die Möglichkeit einer freien Niederlassung im Kanton – Definition des Notfall-Begriffs
Selbstdispensation in Gemeinden ohne Apotheken	All diejenigen Arztpraxen, welche sich in Gemeinden ohne Apotheken befinden, können eine SD-Bewilligung erhalten.	<ul style="list-style-type: none"> – klare Struktur und einfache Handhabung – flächendeckende Medikamentenversorgung der Bevölkerung 	<ul style="list-style-type: none"> – kann zu grossen Ungerechtigkeiten führen – Angewiesensein auf bestehende Infrastrukturen verhindert die Möglichkeit einer freien Niederlassung im Kanton – zu wenig definiert
Förderung der Grundversorger-Praxen (in genereller Form)	Allen im Kanton Aargau tätigen Grundversorgern wird eine SD-Bewilligung erteilt.	<ul style="list-style-type: none"> – Anreiz für Grundversorger 	<ul style="list-style-type: none"> – Grundsätze der Gleichbehandlung (Art. 8 BV) und der Wettbewerbsneutralität (Art. 27 i.V.m. Art. 94 BV) werden in Frage gestellt
Förderung der Grundversorger-Praxen in Verbindung mit der aktuell bestehenden "Zeitregel"	In Anlehnung an das geltende System wird für Grundversorger der zur Beschaffung der Medikamente notwendige Zeitaufwand auf eine halbe Stunde (anstelle von einer Stunde) festgesetzt.	<ul style="list-style-type: none"> – Anreiz für Grundversorger 	<ul style="list-style-type: none"> – Grundsätze der Gleichbehandlung (Art. 8 BV) und der Wettbewerbsneutralität (Art. 27 i.V.m. Art. 94 BV) werden in Frage gestellt – Unsicherheit betreffend verschiedener Fahrdistanzen (Grundversorger und Spezialisten)
Freigabe der Selbstdispensation mit Einschränkungen	Den Ärztinnen und Ärzten ist die Erstabgabe pro Diagnose in der jeweils kleinsten Originalpackung bei der ersten Konsultation erlaubt.	<ul style="list-style-type: none"> – Kompromisslösung – Komfort für Patienten 	<ul style="list-style-type: none"> – analog SD-Freigabe (in geringerem Ausmass)

Modell	Beschrieb	Vorteile	Nachteile
Vollständige Freigabe der Selbstdispensation	Ärztinnen und Ärzte dürfen der eigenen Patientenschaft in jeder Situation Arzneimittel abgeben.	<ul style="list-style-type: none">– freie Wahl der Patienten– patientenfreundlich, praktisch effizient und komfortabel– Stärkung des Arzt-Patientenverhältnisses	<ul style="list-style-type: none">– zusätzliches, unerwünschtes Abhängigkeitsverhältnis zwischen Arzt und Patient– Gefahr der Mehrfach- oder Überdosierung– Arztpraxis verfügt über ein kleineres Sortiment– fehlendes Vier-Augen-Prinzip

4.10.2 Fazit

Die Würdigung der dargestellten Modelle zeigt, dass sich in der Abwägung der Vor- und Nachteile, die den einzelnen Leistungserbringern, den Patientinnen und Patienten und dem Kanton als Garant der Versorgungssicherheit bei der jeweiligen Präferenz für das eine oder andere Modell erwachsen, heterogene Verhältnisse ergeben. Letztlich ist nicht um die Feststellung herum zu kommen, dass keines der synoptisch dargestellten Modelle den Ansprüchen an eine mit Blick auf die unterschiedlichen Interessenlagen ausgewogene und in Bezug auf eine zukunftsweisende integrierende Lösung zu genügen vermag. Dabei ist nicht isoliert auf die Frage der Medikamentenabgabe beziehungsweise des Abgabeorts zu fokussieren, sondern angesichts der fortschreitenden Integration und Vernetzung im Gesundheitswesen insbesondere auch auf die Frage des Medikamentenmanagements in der Behandlungskette der Patientinnen und Patienten sowie in der Interaktion der Leistungserbringer. Vor diesem Hintergrund sieht der Regierungsrat keine gültige Präferenz für eines der aufgezeigten Modelle. Keines wird sowohl dem Anliegen der beiden Initiativkomitees als auch den Anforderungen an funktionierende integrierte Versorgungssysteme gerecht.

5. Durchführung eines Runden Tisches mit Vertretungen des Aargauischen Apothekerverbands und des Aargauischen Ärzteverbands

Im Vordergrund der beiden SD-Initiativen steht die Frage der Medikamentenabgabe: Dürfen die Apotheken oder aber die Ärzteschaft den Patientinnen und Patienten Medikamente abgeben beziehungsweise verkaufen. Zwar enthält die Volksinitiative "Miteinander statt Gegeneinander" eine Verfassungsbestimmung zur Integrierten Versorgung, primär angestrebt wird indessen ein SD-Verbot für die Ärzteschaft.

Die beiden SD-Initiativen lösen keine grundlegenden Probleme des Gesundheitswesens, die über die monetäre Regelung der Medikamentenabgabe hinausgehen. Es besteht insbesondere auch kein direkter Bezug zu den übergeordneten Strategien, Zielen und Vorstellungen des Regierungsrats zur Gesundheitspolitik, wie zum Beispiel Abflachung des Kostenwachstums oder Sicherstellung der ärztlichen Grundversorgung. Auch Fragen im Zusammenhang mit dem gesamten Medikamentenmanagement (zum Beispiel Überwachung der Therapietreue, Instruktion und Begleitung des Patienten bei der Pharmakotherapie, Ersatz von Originalmedikamenten durch Generika), die heute vermehrt zur Diskussion stehen, werden nicht gelöst.

Angesichts dieser Ausgangslage entstand die Idee, die beiden Urheber der Initiativen zu einem "Runden Tisch" einzuladen mit dem Ziel, die Situation zu analysieren und vor allem Möglichkeiten eines Kompromisses auszuloten, welcher die Möglichkeit ergäbe, die Initiativen zu sistieren oder zurückzuziehen. In der Folge wurden mit Vertretungen der beiden Verbände sowie einer Delegation des Departements Gesundheit und Soziales unter der Leitung der Departementsvorsteherin zwei Sitzungen durchgeführt. Seitens des Departements Gesundheit und Soziales wurde von Anfang an der Wunsch geäussert, dass in Übereinstimmung mit der Gesundheitspolitischen Gesamtplanung (Übergeordnete Strategie) die Integrierte Versorgung im Interesse der Patientinnen und Patienten, aber auch mit Blick auf das Kostenbewusstsein der Leistungsbezüglerinnen und Leistungsbezügler, im Mittelpunkt der Überlegungen zu stehen habe. Sowohl die Vertretungen der Ärzte- als auch der Apothekerschaft signalisierten grundsätzliche Kompromissbereitschaft und befürworteten die Förderung der Integrierten Versorgung, äusserten aber auch den klaren Wunsch nach baldmöglichster Schaffung von Rechtssicherheit bei der Medikamentenabgabe.

Im Verlauf der Diskussionen zeigte sich indes relativ bald, dass in der Frage der Medikamentenabgabe kaum Spielraum für Kompromisslösungen vorhanden ist. Die Vertretungen der beiden Verbände haben in der Folge mit den beiden Initiativkomitees Rücksprache genommen mit dem Resultat, dass weder eine Sistierung noch ein Rückzug der beiden Initiativen in Frage kommen und dass ein von beiden Verbänden getragener Kompromiss undenkbar ist. Angestrebt wird eine möglichst schnelle Abstimmung über die beiden Initiativen und damit die Schaffung von Rechtssicherheit in Fragen der Medikamentenabgabe. Gleichzeitig haben die beiden Verbände erneut ihre Bereitschaft bekundet, gemeinsam mit allen beteiligten Akteuren das Thema "Integrierte Versorgung" weiter zu bearbeiten und sich beispielsweise bei einem "Masterplan Integrierte Versorgung Aargau" aktiv zu engagieren.

Nach Durchführung des Runden Tisches zeigten die Vertretungen beider Verbände keine Bereitschaft, an der Suche nach einer Kompromisslösung mitzuarbeiten, sondern sie äussersten nochmals den Wunsch, die beiden Initiativen dem Volk möglichst bald zur Abstimmung zu unterbreiten.

6. Gesamtbeurteilung

Der Regierungsrat anerkennt, dass die beiden Initiativkomitees zum heutigen Zeitpunkt die Frage der Medikamentenabgabe geklärt haben wollen, um in den Diskurs über die Integrierte Versorgung einsteigen zu können. Vor diesem Hintergrund erscheint es nicht zielführend, den beiden Volksinitiativen einen Gegenvorschlag gegenüberzustellen, der den Rahmen der von den Initiativkomitees lancierten Begehren bewusst sprengt, ohne sich auf die Unterstützung von Ärzte- und Apothekerschaft abstützen zu können. Deshalb verzichtet der Regierungsrat darauf, einen Gegenvorschlag zu formulieren. Beide Volksinitiativen werden dem Volk ohne Gegenvorschlag zur Ablehnung empfohlen. Damit verbunden ist auch die Aussage, dass der Status quo bei der Medikamentenabgabe ein System ist, das für die Bürgerinnen und Bürger beziehungsweise Patientinnen und Patienten sowohl in Bezug auf die Versorgungssicherheit als auch mit Blick auf die Qualität der Leistungserbringung funktioniert. Es erweist sich dabei als Vorteil, wenn die in diesem Zusammenhang geltenden rechtlichen Bestimmungen aufgrund der im Gesundheitswesen herrschenden Dynamik flexibel gestaltbar sind und demnach auf Gesetzesstufe angesiedelt bleiben. Eine Regelung auf

Gesetzesstufe genügt den demokratischen Anforderungen, da die Mitwirkung der Bürgerinnen und Bürger via Referendumsmöglichkeit gewährleistet ist. Die von der Apothekerschaft geforderte Verankerung der Regelung der SD auf der starren Stufe der kantonalen Verfassung erscheint vor diesem Hintergrund als nicht sinnvoll.

Im Übrigen ist festzuhalten, dass sich die Gesundheitslandschaft im ambulanten und im stationären Bereich in starkem Wandel befindet. Dies hat für die Leistungserbringer ebenso wie für die Leistungsbezüger Auswirkungen in Bezug auf die künftige Versorgungs-, Abgeltungs- und Finanzierungsstruktur. Aus diesem Grund ist es wichtig, dass in den Beziehungen von Ärzten, Apothekern, Spitälern etc. nicht einfach der Status quo fortgeschrieben wird, sondern neue, integrierte Versorgungsmodelle geprüft, eingeführt und evaluiert werden. Der Regierungsrat nimmt sich dieser Aufgaben im Rahmen des "Masterplans Integrierte Versorgung Aargau" an, dessen Rahmen, Inhalt und Ziel derzeit erarbeitet werden. In diesem Zusammenhang wird es – am vorliegenden Beispiel – darum gehen, die Abgabe eines Medikaments nicht nur unter dem Aspekt des Abgabeorts (und damit der Abgeltung) zu würdigen, sondern die Medikamentenabgabe in einen Versorgungspfad einzubetten, der den im Interesse des Patientennutzens und der Kostenentwicklung zunehmenden Ansprüchen an eine vernetzte Leistungserbringung gerecht wird. Die Mitwirkung der Ärzte- und Apothekerschaft an der Entwicklung von zukunftsfähigen integrierten Versorgungssystemen ist dabei elementar. Die beiden Berufsverbände sind denn auch bereit, gemeinsam mit anderen Partnern beim "Masterplan Integrierte Versorgung Aargau" mitzuwirken.

7. Weiteres Vorgehen; Zeitplan

Wann	Was
21. Januar 2013	Beratung Botschaft durch grossrätliche Kommission für Gesundheit und Sozialwesen
12. März 2013	Beratung Botschaft durch Grosser Rat
22. September 2013	Abstimmungstermin

A n t r a g :

1.

Die Aargauische Volksinitiative "Ja zur ärztlichen Medikamentenabgabe" wird in formeller und materieller Hinsicht als gültig erklärt.

2.

Die Aargauische Volksinitiative "Ja zur ärztlichen Medikamentenabgabe" wird dem Volk ohne Gegenvorschlag zur Ablehnung empfohlen.

3.

Die Aargauische Volksinitiative "Miteinander statt Gegeneinander" wird in formeller und materieller Hinsicht als gültig erklärt.

4.

Die Aargauische Volksinitiative "Miteinander statt Gegeneinander" wird dem Volk ohne Gegenvorschlag zur Ablehnung empfohlen.

Aarau, 12. Dezember 2012

IM NAMEN DES REGIERUNGSRATS

Landammann:

Staatsschreiber:

Susanne Hochuli

Dr. Peter Grünenfelder

Anhänge:

Anhang 1: Volksinitiative "Ja zur ärztlichen Medikamentenabgabe"

Anhang 2: Volksinitiative "Miteinander statt Gegeneinander"