

Massnahmen zur Erhöhung der Medikationssicherheit

Der Bundesrat wird beauftragt, Massnahmen zur Erhöhung der Medikationssicherheit in den Spitälern und Kliniken der Schweiz verbindlich vorzuschreiben. Dabei sind die heute zur Verfügung stehenden technischen und organisatorischen Mittel konsequent einzusetzen.

Begründung:

Die Arzneimitteltherapie ist einer der Eckpfeiler der modernen Medizin. Die Arzneimittelabgabe beinhaltet aber im heutigen Klinikalltag auch sehr hohe Risiken. Neueste Studien in der Schweiz belegen, dass die kumulierte Fehlerquote bei der Medikation an Spitälern bis zu 40 Prozent pro Spitalaufenthalt beträgt. Dies verursacht zum einen hohe Risiken für den Patienten und zum anderen hohe Folgekosten für das Gesundheitswesen.

Fehlerquellen sind, neben der Unleserlichkeit von ärztlichen Verordnungen und fehlerhaften Übertragungen, vor allem Unverträglichkeiten, Falschdosierungen und unerwünschte Interaktionen zwischen ver-

schiedenen Medikamenten. Das Abwägen des Nutzens der gewünschten Wirkung eines Medikaments gegenüber dem Risiko nachteiliger Effekte gehört zu den dauernden Herausforderungen und verlangt die Verfügbarkeit von Informationen über unerwünschte Nebenwirkungen, Dosierungsprobleme und Interaktionen zwischen Wirkstoffen auf aktuellstem Wissensstand. Die Zahl der neuen Medikamente und Generika wächst sehr rasch und steigert die Anforderung an die Qualitätssicherung. Wie das vom Bund geförderte KTI-Projekt «e-med» bewiesen hat, können intelligente IT-Lösungen helfen, Fehlerquellen in der Medikation zu minimieren. So können sämtliche Verordnungen elektronisch auf gefährliche Interaktionen, Unverträglichkeiten und mögliche

Bea Heim,
Nationalrätin SP,
Solothurn, reichte am
22. Juni 2007 eine
Motion ein:



Falschdosierungen auf der Basis des Befunds und der Behandlung der Patientin beziehungsweise des Patienten geprüft werden. Während die Frage der Medikamentensicherheit, die Risikocharakteristik des einzelnen Medikaments in den Bereich der beste-

Und das wurde daraus:

So äussert sich der Bundesrat am 12.9.2007 dazu:

Schätzungen gehen davon aus, dass zirka 20 bis 30 Prozent der kritischen Zwischenfälle in Spitälern mit dem Medikationsprozess in Zusammenhang stehen. Der Bundesrat begrüsst daher sämtliche Vorhaben, welche die Arzneimittelsicherheit im stationären und ambulanten Bereich verbessern. Dies gilt auch für das in der Motion genannte Projekt «e-med», das nicht zuletzt aufgrund seines Innovationspotenzials durch die Förderagentur für

Innovation KTI des Bundesamts für Berufsbildung und Technologie (BBT) unterstützt wurde und von einem namhaften Spital zusammen mit Partnern der Privatwirtschaft mitgetragen wird.

Auf der Ebene des Bundes sieht das Heilmittelgesetz (HMG, SR 812.21) in Artikel 3 bereits den Rahmen für die laufende Verbesserung des Verschreibungs- und Abgabeprozesses vor: Wer mit Heilmitteln umgeht, muss grundsätzlich alle Massnah-

men treffen, die nach dem Stand von Wissenschaft und Technik erforderlich sind, damit die Gesundheit von Mensch und Tier nicht gefährdet wird. Dies schliesst auch den Einsatz von Expertensystemen ein. Zudem hat sich der Bundesrat mit der Verabschiedung der Strategie «eHealth» am 27. Juni 2007 zur Förderung von elektronischen Gesundheitsdiensten ausgesprochen. In einem ersten Schritt erhalten alle Krankenversicherten ab 2009 die Möglichkeit, Angaben zur Dauermedikation auf ihrer Versichertenkarte zu speichern. Vor diesem Hintergrund begrüsst der Bundesrat eine möglichst flächendeckende Einführung von informatikbasierten Expertensystemen bei der Verschreibung und Abgabe von Medikamenten. Im Rahmen



henden Pharmakovigilanz gehört, geht es bei der Medikationssicherheit um die Sicherheit der patientenorientierten Anwendung des Medikaments.

Systematische Studien zur Situation in der Schweiz gibt es nur wenige (USZ-Zürich: 4% der Hospitalisationen wegen unerwünschten Arzneimittelreaktionen, 7,5% UAW während der Hospitalisation). Aus internationalen Studien muss abgeleitet werden, dass auch in der Schweiz Medikationsfehler die Gesundheitskosten in Millionenhöhe belasten und die Spitalaufenthaltsdauer markant steigern. Ich erinnere auch an den parlamentarischen Auftrag an den Bund, «Qualitätssicherung und Patientensicherheit in der medizinischen Behandlung gemäss Artikel 58 des KVG zu steuern, zu regeln und zu koordinieren. Im Sinne der Patientensicherheit sei zudem die Qualitätssicherung mit standardisierten Sicherheitssystemen zu ergänzen.» Die informatikgestützte Arzneimittelverschreibung ist eines der effizientesten standardisierten Sicherheitssysteme und soll zum angestrebten Standard der Spitäler werden. Entsprechende Überlegungen sind auch für den ambulanten Bereich anzustellen, wie dieser einen einfachen Zugang zu solchen Systemen erhalten und die notwendige Information nutzen kann.

der Umsetzung des von der Motionärin erwähnten parlamentarischen Auftrags wird er prüfen, wie der Bund die Bemühungen von Leistungserbringern und Krankenversicherern unterstützen kann. Möglichkeiten ergeben sich bereits mit Artikel 58 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung oder im Rahmen der Umsetzung der Strategie «eHealth». Ein gesetzgeberischer Handlungsbedarf, wie ihn die Motion fordert, besteht somit nicht.

Der Bundesrat beantragt die Ablehnung der Motion.

Haftung der Ärzte bei Beihilfe zur Scheininvalidität

Und das wurde daraus:

So äussert sich der Bundesrat am 7.9.2007 dazu:

Zur **Motion** von **Jasmin Hutter-Hutter**, SVP Kanton St. Gallen vom 5. Oktober 2007 (ARS MEDICI Nr. 23/2007)

Der Bundesrat wird beauftragt, das IVG sowie weitere notwendige Erlasse dahingehend anzupassen, dass Ärzte künftig für Krankheitszeugnisse haftbar gemacht werden können, wenn sich diese als objektiv unhaltbar herausstellen und dadurch der Invalidenversicherung Kosten entstanden sind.

Der Bundesrat ist sich der Probleme bewusst, die sich für die Invalidenversicherung (IV) aus dem engen Arzt-Patienten-Verhältnis und der medizinischen Beurteilung der Arbeits(un)fähigkeit durch die behandelnden Ärzte ergeben können. Er ist jedoch der Ansicht, dass eine Sensibilisierung der Ärzteschaft im Bereich der Ausstellung von Arztzeugnissen und eine möglichst konsequente Trennung der Zuständigkeiten zwischen behandelnden Ärzten (Heilbehandlung) und Sozialversicherung (Bestimmung der Auswirkungen des Gesundheitsschadens) wirkungsvoller sind, als neue Haftungsnormen. Falsche Zeugnisse können zudem bereits heute strafrechtliche Folgen haben.

Seit Inkrafttreten der 4. IV-Revision (1. Januar 2004) kann die IV ihre Versicherten in den regionalen ärztlichen Diensten (RAD) durch ihre eigenen Versicherungsärztinnen und -ärzte untersuchen. Mit Inkrafttreten der 5. IV-Revision (1. Januar 2008) werden diese auch für die Bestimmung der für die IV massgebenden funktionellen Leistungsfähigkeit der Versicherten verantwortlich sein. Die 5. IV-Revision bringt aber auch noch weitere, wesentliche Verbesserungen

hinsichtlich der Verhinderung von un gerechtfertigtem Leistungsbezug (z.B. Früh erfassung, Frühinterventions- und Integrationsmassnahmen, erschwerter Zugang zur Rente, Verschärfung der Zumutbarkeit, intensivere Mitwirkungspflichten, Sanktionen bei Verweigerung der Mitwirkungspflicht). Zudem kann in Zukunft nur noch dann von Erwerbsunfähigkeit gesprochen werden, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist. Es ist somit nicht entscheidend, wie die versicherte Person subjektiv ihre gesundheitlichen Probleme (z.B. Schmerzen) erlebt, sondern lediglich, ob ihr aus objektiver Sicht zugemutet werden kann, trotz der gesundheitlichen Probleme einer Arbeit nachzugehen. Diese Beurteilung wird in Zukunft durch die IV und ihre versicherungsmedizinisch ausgebildeten Ärzte in den RAD und nicht mehr durch die behandelnden Ärzte vorgenommen.

Der Bundesrat beantragt die Ablehnung der Motion.