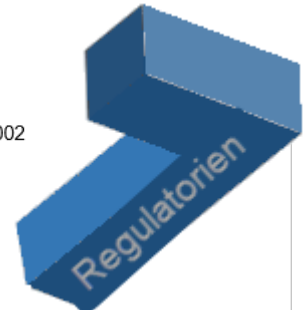
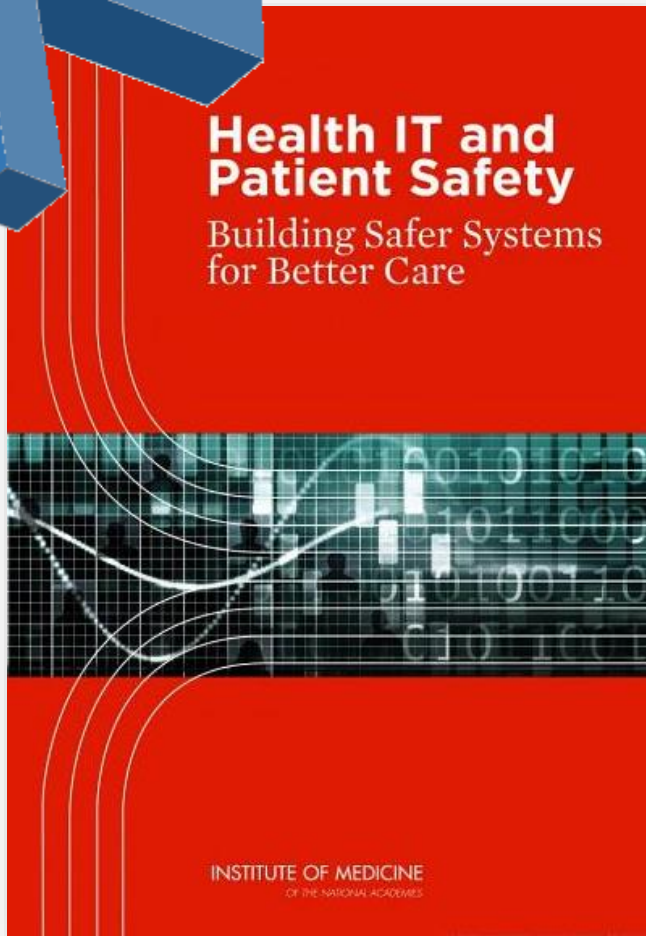
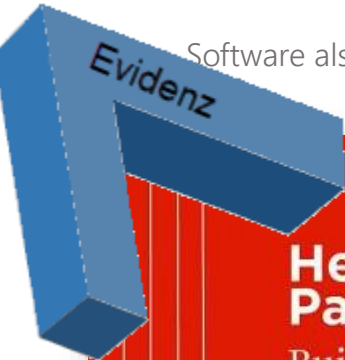




REGULATORIEN,  
EVIDENZ UND  
INNOVATION

SHALL WE DANCE?





**Elektronische Medikamentenverordnung**

Nach **Art. 15 Abs. 2 Bst. f** der Verordnung vom 24. Oktober 2001 über die beruflichen Tätigkeiten im Gesundheitswesen (Gesundheitsverordnung, **GesV**, BSG 811.111) sind Ärztinnen und Ärzte allein berechtigt, Heilmittel aus Substanzen der Abgabekategorien A und B nach Art. 23 und 24 der Verordnung des Bundesrates vom 17. Oktober 2001 über die Arzneimittel (VAM, SR 812.212.21) zu verschreiben. Die Apothekerin oder der Apotheker ist nach **Art. 69 GesV** ver-

Nach **Art. 43 Abs. 3** der Verordnung vom 29. Mai 1996 über die Betäubungsmittel und die psychotropen Stoffe (Betäubungsmittelverordnung, **BetmV**, SR 812.121.1) ist die Verordnung von Betäubungsmitteln an hospitalisierte Kranke von der Ärztin oder dem Arzt **eigenhändig zu visieren und mit der Krankengeschichte aufzubewahren**. Zur Berufsausübung zugelassene Ärztinnen und Ärzte dürfen Betäubungsmittel nach Massgabe des Bedarfs der vorschriftgemässen

Nach der heute geltenden Gesetzgebung wäre somit eine Originalunterschrift der verschreibenden Ärztin oder des Arztes unumgänglich. Ergänzend teilen wir Ihnen nach Rücksprache mit dem Kantonsapotheker mit, dass jedenfalls die Rückverfolgbarkeit der Einzelverordnungen gewährleistet sein muss (Good Distribution Practice) und machen darauf aufmerksam, dass die Spitalapothekerin/ der Spitalapotheker grundsätzlich für die Heilmittelabgabe verantwortlich bleibt.

GESUNDHEITS- UND FÜRSORGEDIREKTION  
Rechtsamt

03	Pantozol Filmtabl 40 mg	Tabl	1																
03	Paspertin Tropfen	Tropf	30	30	30														
08.03	Resorban Creme	Creme																	
09.03	Azarga Susp Opht	Tropf	1		1														
13.03	...in Pro Vapille	ml	100	100	100														
09.03	...t P	Drag																	12.03
09.03	...00 mg	Tabl																	10.03



ORIGINAL RESEARCH



## Safety of Dual-Antiplatelet Therapy After Myocardial Infarction Among Patients With Chronic Kidney Disease

Jennifer A. Rymer, MD, MBA; Lisa A. Kaltenbach, MS; Jacob A. Doll, MD; John C. Messenger, MD; Eric D. Peterson, MD, MPH; Tracy Y. Wang, MD, MHS, MSc

# THEORIE UND PRAXIS

- Calcimagon kontraindiziert wegen Clearance  $<60$  (-> Ca++ ??)
  - 580/3567 internistisch stationärer Patienten haben Calcimagon  
13 Patienten davon haben einen leicht erhöhten, 5 einen deutlich erhöhten Ca-Wert
- Aspirin bei Clearance 30-90 mit Vorsicht ( $<30$  KI) ....
  - 1392/3567 internistisch stationärer Patienten haben ASS

Patient STS 22.04.1946

Filter  ON



### Niereninsuffizienz

Niereninsuffizienz, leichte (Clcr  $\geq 60$ -89 ml/min)

 **Calcimagon D3 Kautabl 500/800 Zitrone**  
Calcium, Colecalciferol (Vitamin D3)

Vorsicht (Dosierungsanpassung erwägen)



# Overriding Drug-Drug Interaction Alerts in Clinical Decision Support Systems: A Scoping Review

Lorena M. Subbian<sup>1</sup>, Vignesh Subbian<sup>2</sup>, Richard D Boyce<sup>3</sup>, Philip D Hansten<sup>4</sup>, John R Horn<sup>4</sup>, Sheela P. Romero<sup>6</sup>, Daniel C Malone<sup>7</sup>

Affiliations  
PMID

## Abstract

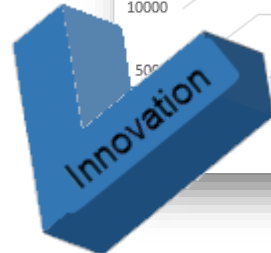
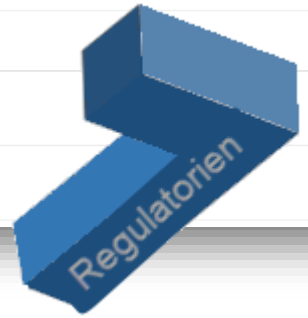
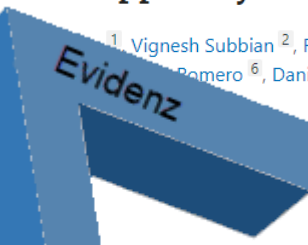
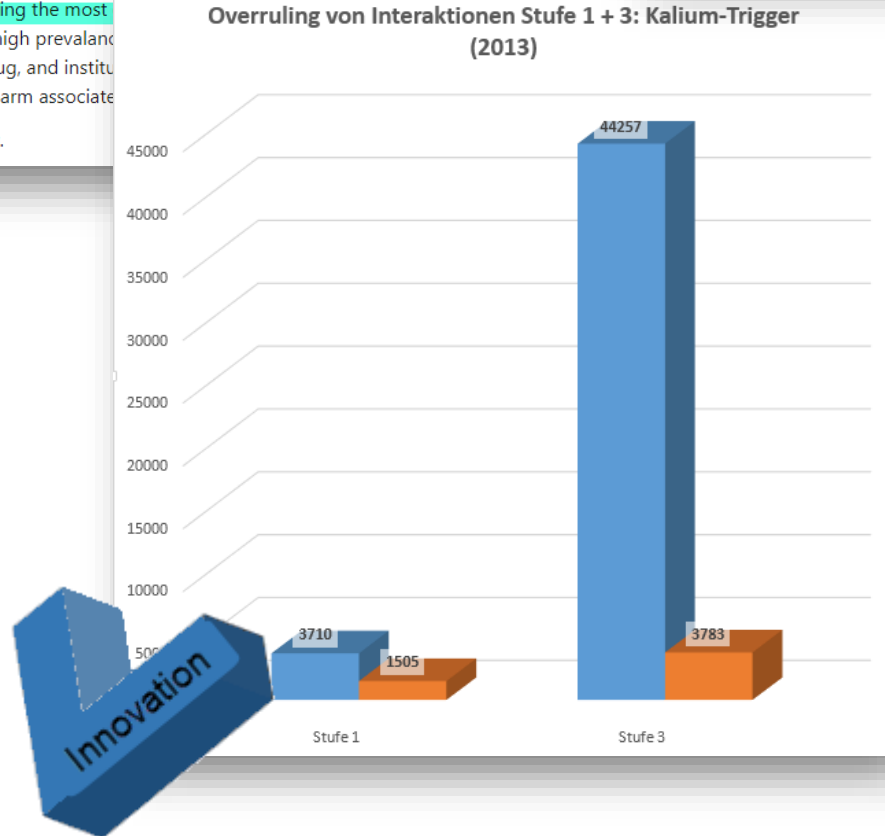
Ineffective and overridden alerts for potential Drug-Drug Interactions (DDI) is a longstanding information problem. Prescribing clinicians often ignore or override such alerts due to lack of context and clinical relevance among various other reasons. In this study, we reviewed published data on the rate of DDI alert overrides and medications involved in the overrides. We identified 34 eligible studies from sites across Asia, Europe, the United States, and the United Kingdom. The override rate of DDI alerts ranged from 55% to 98%, with more than half of the studies reporting the most or medications involved in acceptance or overriding of alerts. The high prevalence highlights the need for decision support systems that take user, drug, and institution into consideration, as well as actionable metrics to better characterize harm associated with DDI alerts.

**Keywords:** Drug interactions; Medical Order Entry Systems; Review.

Patient STS 09.01.1949

Filter

	Aldactone Filmtabl 25 mg Spironolacton	Vorsicht (ohne Empfehlung)	▼
	KCl retard Hausmann Ret Drag 10 mmol Kaliumchlorid	Kontraindiziert	▲
	Niereninsuffizienz, leichte (Clcr >60-89 ml/min)	Kontraindiziert	
	Niereninsuffizienz, mittelschwere (Clcr >30-59 ml/min)	Kontraindiziert	
	Niereninsuffizienz, schwere (Clcr >15-29 ml/min)	Kontraindiziert	





Evidenz

Intelligence

ARTICLES

<https://doi.org/10.1038/s42256-020-0180-7>

Check for updates

## An interpretable mortality prediction model for COVID-19 patients

Li Yan<sup>1,10</sup>, Hai-Tao Zhang<sup>2,10</sup>, Jorge Goncalves<sup>3,4,10</sup>, Yang Xiao<sup>2</sup>, Maolin Wang<sup>2</sup>, Yuqi Guo<sup>2</sup>, Chuan Sun<sup>2</sup>, Xiuchuan Tang<sup>5</sup>, Liang Jing<sup>1</sup>, Mingyang Zhang<sup>5</sup>, Xiang Huang<sup>2</sup>, Ying Xiao<sup>2</sup>, Haosen Cao<sup>2</sup>, Yanyan Chen<sup>6</sup>, Tongxin Ren<sup>7</sup>, Fang Wang<sup>1</sup>, Yaru Xiao<sup>1</sup>, Sufang Huang<sup>1</sup>, Xi Tan<sup>8</sup>, Niannian Huang<sup>8</sup>, Bo Jiao<sup>8</sup>, Cheng Cheng<sup>2</sup>, Yong Zhang<sup>9</sup>, Ailin Luo<sup>8</sup>, Laurent Mombaerts<sup>3</sup>, Junyang Jin<sup>7</sup>, Zhiguo Cao<sup>2</sup>, Shusheng Li<sup>1</sup>, Hui Xu<sup>8</sup> and Ye Yuan<sup>2</sup>

UND ES GEHT JA DOCH!

**SAMWASSM**

Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften  
Académie Suisse des Sciences Médicales  
Accademia Svizzera delle Scienze Mediche  
Swiss Academy of Medical Sciences



SCHWEIZERISCHE GESELLSCHAFT FÜR INTENSIVMEDIZIN  
SOCIÉTÉ SUISSE DE MÉDECINE INTENSIVE  
SOCIETÀ SVIZZERA DI MEDICINA INTENSIVA  
SGI-SSMI-SSMI

Dieser Text ist in D/F/I/E verfügbar, vgl. [samw.ch/de/coronavirus](http://samw.ch/de/coronavirus)  
Die deutsche Fassung ist die Stammversion.  
aktualisierte Version 3.1 vom 17. Dezember 2020

### Covid-19-Pandemie: Triage von intensivmedizinischen Behandlungen bei Ressourcenknappheit

Regulatorien



#### CoViD-19 Dokumentation und Rückverfolgung

Übersicht Risikostratifizierung Triage IPS bei Ressourcenknappheit Verlauf / Austritt Infos

##### Risikostatifizierung / CoViD-19 Early Warning Score

Parameter	3	2	1	0	1	2	3
Alter				< 65j		≥ 65j	
Atemfrequenz (pro Minute)	≤ 8		9 - 11	12 - 20		21 - 24	≥ 25
Sauerstoffsättigung (%)	≤ 91%	92 - 93%	94 - 95%	≥ 96%			
Sauerstoffgabe notwendig		Ja		Nein			
Systolischer Blutdruck (mmHg)	≤ 90	90 - 100	101 - 110	111 - 219			≥ 220
Herzfrequenz	≤ 40		41 - 50	51 - 90	91 - 110	110 - 130	≥ 131
Vigilanz				normal			verwirrt, lethargisch, Koma
Temperatur	≤ 35.0		35.1 - 36.0	36.1 - 38.0	38.1 - 39.0	≥ 39.1	

##### Interventionsregeln für Patienten mit COVID-19

Punkte	Risiko	Überwachungshäufigkeit	Klinische Antwort	Massnahmen
0 - 4	gering	alle 8 - 12h in den ersten Tagen, falls stabil, alle 24h		Routinemässig Patientenwillen klären (IPS, Intubation)
5 - 6 <small>oder 3 in einem Parameter</small>	mittel	Überwachungshäufigkeit mit Ärzteteam besprechen	Pflege informiert Arzt für rasche Evaluation	Vorgehen bei weiterer Verschlechterung dokumentieren, Intensivstation mit Kaderarzt evaluieren

Innovation

hospitalSTSAG



.....  
**TAKE HOME**

- Innovation und Evidenz gehen den Regulatorien meist voraus und müssen auch zeitgemässe/-gerechte Basis von Regulatorien sein. *Let's dance!*
- Klinische (praktische?) Perspektive kommt für Regulatorien oft zu kurz. *Dance academy!*
- Starre, monofokale Regulatorien und zu fokussierte Qualitätssicherung sichert nicht immer gute Qualität: nur holistische Betrachtung von Evidenz, Innovation, Regulatorien *walzen im ¾ Takt*
- Evidenz-basierte Medizininformatik und sozio-technische Aspekte: simple rules for complex systems! *Tango argentino!*



# PEDANTISCHER PRAGMATISMUS!



...weil das ‚quality chasm‘ ab und an zwischen Qualitätssicherung und dem digitalisierten, klinischen Alltag zu finden ist