

Zeitaufwand für das E-Rezept

27 Stunden mehr im Monat? Das ist viel zu niedrig gerechnet!

In MMW Nr. 38/2006, S. 58 berichteten wir, dass der Zeitaufwand zur Ausstellung eines Rezepts im Schnitt von 2 auf 24 Sekunden steigen wird, sobald das E-Rezept eingeführt wird. Im Monat würde sich dies in einer durchschnittlichen Praxis auf einen zusätzlichen Zeitaufwand von 27 Stunden summieren. Ein Leser fürchtet, dass alles noch viel schlimmer kommen wird:

— Der Zeitaufwand von 24 Sekunden mag im Einzelfall für einen Patienten ohne Vormedikation gelten, wenn auch EDV-technisch alles glatt läuft. Im üblichen Fall eines vortherapierten Patienten ist er mit Sicherheit zu niedrig angesetzt. Schätzungen gehen in Richtung eines Zeitaufwandes von etwa ein bis zwei Minuten pro Rezept, da nicht nur die Vormedikation überprüft und Wechselwirkungen zwischen den Medikamenten sicher ausgeschlossen werden

müssen, sondern auch auf eventuelle Mehrfachrezeptierung des gleichen Medikamentes geachtet werden muss.

Die von offizieller Seite vorgegebenen Vorteile der elektronischen Gesundheitskarte sind vor allem eine „qualitative Verbesserung der Arzneimitteltherapie“ sowie ein „enormes Einsparpotenzial durch Vermeidung von Doppelverschreibungen“. Unter dem Aspekt, dass ein Patient die elektronische Speicherung der für ihn rezeptierten Medikamente verweigern kann, erscheint das ganze Konzept fragwürdig. Neben dem erheblichen Zeitaufwand für das Freigeben des E-Rezeptes müssen auch die möglichen forensischen und haftungsrechtlichen Konsequenzen bedacht werden.

Was passiert, wenn es zu einer relevanten Medikamentenwechselwirkung gekommen ist, die bei sorgfältiger Analyse der umfangreichen Vormedikation des einzelnen Patienten hätte vermie-

den werden können? Was passiert, wenn kostspielige Medikamente in kurzem zeitlichem Zusammenhang von verschiedenen Praxen verordnet wurden, was von der zweitverordnenden Praxis übersehen wurde, jedoch bei gewissenhaftem Studium der Vormedikation hätte erkannt werden müssen?

Wenn eine elektronische Erfassung der Medikation eines Patienten von den Kassen eingefordert wird, so erscheint am ehesten eine Eingabe und ggf. Überprüfung über die abgebende Apotheke als gangbarer Weg.

Können wir eigentlich von Gesetz wegen gezwungen werden, die zur Umsetzung der E-Card in den Praxen erforderlichen Investitionen in Höhe von 2000–10 000 Euro zu leisten?

■ Dr. med. Carl-Joachim Mellinghoff, 1. Vorsitzender Ärztesgemeinschaft in Lindau e. V., Ludwig-Kick-Straße 3, D-88131 Lindau

Weiter so!

Unsere neu gestalteten „Notfallchecklisten“ finden offensichtlich Anklang bei unseren Lesern:

— Ihre MMW-Notfallcheckliste – bisher Nasenbluten, Nieren-/Harnleiterkolik, Asthmaanfall, Erysipel, akuter Gichtanfall – entspricht auch in seiner stringenten Gliederungsstruktur von Situation und Symptomatik, Notfallanamnese, Sofortdiagnostik, therapeutischen Sofortmaßnahmen, Klinikeinweisung und „Woran noch denken?“ in nahezu idealer Weise den Kriterien und Anforderungen von problemzentriert, praxisbezogen und patientenzentriert, die den Schlüssel für die Wirksamkeit von Interventionsmaßnahmen besonders in der allgemeinärztlichen versorgungsmedizinischen Praxis bilden.

MMW-Notfallcheckliste

Akuter Gichtanfall

Von H. S. FÜßL

Der 46-jährige übergewichtige Mann ruft Sie um sieben Uhr früh im Notdienst an, weil er seit einigen Stunden stärkste Schmerzen im rechten Großzehengelenk hat, die ohne Verletzung mitten in der Nacht aufgetreten sind.



Eine gelungene Initiative: Gratulation und weiter so!

■ Dr. med. Paul Kokott, Facharzt für Allgemeinmedizin, Stormstraße 21, D-38226 Salzgitter