



Dr. Max Wudy

# e-Medikamentation

Früh morgens, gerade habe ich die Kaffeemaschine angeworfen, klingelte bereits das Telefon: „Morgen Herr Doktor, entschuldigen Sie die frühe Störung, aber es ist ein Notfall. Können Sie bitte dringend Herrn Dr. X auf der Intensivstation im KH Y anrufen, mein Vater liegt dort und ein paar wichtige Fragen sind aufgetaucht.“ Kein Problem, meinte ich, mach ich gerne.

Beim Raussuchen der Telefonnummer, ich Depp hatte wieder einmal vergessen einfach zu fragen, ging mir der nun sterbenskranke Patient durch den Kopf. Knapp über sechzig, eigentlich immer relativ gesund, Nichtraucher, eher untergewichtig. Der letzte Kontakt war so vor drei oder vier Wochen, da behandelte ich Herrn L wegen einer ziemlich schmerzhaften Prellung am Steißbein mit Cox2 Hemmern und dann mit Infusionen. So bekamen wir die wildesten Schmerzen in den Griff und Herr L schien sichtlich zufrieden ob seiner Schmerzarmut.

Endlich hatte ich die Nummer gefunden, nach kaum sechs Weiterverbindungen hatte ich Kollegen Dr. X am Rohr. „Servus, danke für den Anruf. Herr L liegt seit gestern Abend bei uns mit massiver gastrointestinaler Blutung, wir sind bereits bei der fünfzehnten Konserve. Wir haben ihn wegen generalisiertem Schock mit Polyorganversagen in Tiefschlaf versetzt, beatmen ihn. Schön langsam wird er stabil, als Blutungsquelle haben wir bisher nur eine erosive Gastritis gefunden, allerdings ist die Darmschleimhaut ebenfalls ganz schön beleidigt. Auffallend ist vor allem die extreme Thrombozytopenie. Was nimmt Herr L eigentlich für Teufelszeug, ASS mit Marcoumar und Plavix, unterstützt von NSAR und Cortison für einen inneren Aderlass?“ Ein Blick in die Kartei zeigte mir, dass ich keine einzige gerinnungsaktive Substanz verordnet hatte. Ich versprach aber, den Medikamentengebrauch abzuklären und wünschte etwas hilflos Herrn L alles Gute, sollte er in nächster Zeit wieder ansprechbar sein.

Nun begann ich fast detektivisch die Verwandten Herrn Ls telefonisch abzuklappern. Gut, dass es noch so früh und noch eine Stunde bis zum Ordinationsbeginn war, gut dass ich die Familienverhältnisse meiner Patienten ziemlich gut kenne, gut dass ich ziemlich beharrlich bin, Sturschädel nennt es meine Frau. Nach knapp über einer halben Stunde war das Geheimnis weitgehend gelöst. Der schneereiche Februarbeginn und eine Kette unglücklicher Umstände waren schuld an der menschlichen Katastrophe. Eine Woche vor dem Zusammenbruch rutschte Herr L beim Schneeschaukeln neuerlich aus und lädierte seinen angeschlagenen Steiß ein weiteres Mal. Das vom Wochenenddienst verschriebene Medikament war Herrn L etwas zu wirksam, also

suchte er die Apotheke in der Bezirkshauptstadt auf und kaufte sich eine Großpackung Aspirin, was ihm zwar hochwirksam, ob der Rezeptfreiheit aber mehr als harmlos erschien. Drei Gramm zusätzlich zum Cox2 Hemmer brachten schließlich die fast glücklich machende Schmerzarmut und so behielt mein Patient diese Dosis eigenständig die ganze Woche bei. Fast hätte diese Dosis Herrn L sogar selig auf ewig gemacht. Gott sei Dank ging die Geschichte gerade noch einmal gut aus, Herr L ist wieder zu Hause und erholt sich langsam. Erste kurze Spaziergänge werden schon geplant, derzeit verhindern jedoch zwei Stockwerke die Umsetzung.

Was ist so besonders an dieser Geschichte, die fast jeder schon so oder ähnlich erlebt hat? Was sagt sie uns im Zusammenhang mit der jetzt in aller Munde befindenden e-Medikamentation, von den Altvorderen auch einmal Arzneimittelgurt genannt?

Gerade das nicht mehr verwendete Wort Arzneimittelgurt gefällt mir eigentlich hervorragend. Genauso wie der Sicherheitsgurt im Auto nützt dieser nur, wenn er angelegt ist. Und genau hier fängt die Skurrilität an.

Der Patient oder Kunde, wie er von Apothekern gerne bezeichnet wird, muss bei jeder Verschreibung, bei jedem Einkauf eines Arzneimittels zustimmen, ob der Gurt angelegt wird, ob das Medikament gespeichert werden darf. Viagra oder Psychopharmaka werden wahrlich selten in der Zentralkartei des Patienten zu finden sein, so „harmlose“ Pulver wie ASS genauso selten, umso mehr, als die ja auch vom Nachbarn oder von Angehörigen – die schon gar nicht zustimmen können und dürfen, auch wenn diese die e-card des Kunden mithaben, wie Semmeln oder Obst eingekauft werden.

Allein bei jeder Verordnung, bei jedem „Einkauf“ die schriftliche Bestätigung des Patienten oder des Kundens zu verlangen, kann nur den schlimmsten Alpträumen, Kafka noch übertreffen wollender Gesundheitsbürokraten entsprungen sein. Genau dies nämlich wird dazu führen, dass die Aufzeichnungen lückenhaft bleiben werden, bleiben müssen. Zusätzlich darf der Patient jedes Medikament auch nachträglich ausblenden.

Das heißt aber nichts anderes, dass der Arzt weiterhin höchste Sorgfalt bei der Medikamentenanamnese anwenden muss. Wahrscheinlich wird der Aufwand sich vervielfachen, muss man sämtliche elektronisch gespeicherte Verordnungen – so vorhanden – mit der Realität und der Wahrscheinlichkeit vergleichen. Gerade der Patient wird sich darauf verlassen, längst schon die

Verweigerungen der Speicherung vergessend und verdrängend: „Steht doch eh alles in Ihrem Kastl, Herr Doktor!“

Haftungsrechtlich kommt sicher einiges auf uns zu, das erste Urteil wird bald nach flächendeckender Einführung das System zumindest rechtlich ad absurdum führen.

Gerade weil die Ärzteschaft über die Einschränkungen und Unzulänglichkeiten des Systems Bescheid weiß, ist eine noch höhere Sorgfalt als bisher anzuwenden. So oder noch deftiger wird es in der Urteilsbegründung zu lesen sein.

Was neben dem schalem Geschmack der sinnlosen Geldvernichtung bleibt, ist das Wissen, dass ein Arzneimittelgurt mit zufälligen und absichtlich eingebauten Sollbruchstellen selbst die geringste Belastung nicht überstehen wird, zum Schaden des vermeintlich angegurten Patienten und der Ärzteschaft.

Dass die Betreiber und Initiatoren dies alles trotz Warnungen von allen Seiten nicht zumindest angedacht haben, kann ich mir trotz Kenntnis des „Sachverstandes“ der Politiker und Funktionäre nicht vorstellen. Wozu also dann das Ganze?

Werfen wir also einen Blick auf den Hintergrund. Bezahlen werden die Zeche die Patienten und die Ärzteschaft. Erstere dürfen tränen- den Auges das woanders viel nötiger gebrauchte Geld, einzig und allein vom Beitrags- und Steuerzahler zu Verfügung gestellt, nachblicken. Letztere dürfen ihre Arbeitszeit gratis zur Verfügung stellen – eine Abgeltung wird es wie immer nicht geben und zusätzlich in die weitere Hard- und Softwareaufrüstung investieren. Auf der Strecke bleibt wieder einmal die Zeit, die man eigentlich dem Patienten widmen sollte. Dieser Patient (passio – das Leiden) beginnt schön langsam die elektronische Kommunikation zwischen Arzt und Bürokratiemoloch zu stören.

Die Ärzteschaft und die Patienten scheiden also aus, sie dürfen den fehlenden Nutzen auch noch bezahlen. Bleiben also die Betreiber, Programmierer, Umsetzer und Aushecker im System: große internationale Konzerne, die Softwareausstatter, die sich über einen weiteren zwangsweise verordneten Gewinn freuen dürfen, der Hauptverband, der einen zwar lückenhaften aber doch mächtigen Apparat zur Überwachung der Patienten und Ärzte in die Hand bekommt und die Politik, die an allem partizipiert. Die Liste ist nicht vollständig, der Phantasie sind keine Grenzen gesetzt. Sicher nicht profitieren werden nur zwei Gruppen, die Ärzte und die Patienten.

**DR. MAX WUDY**

Obmann-Stv. der Kurie der niedergelassenen Ärzte

## Beendigung des Dienstverhältnisses

Sollte es zur Auflösung des Dienstverhältnisses mit dem Amt der NÖ Landesregierung kommen, gilt es für die Betroffenen bestimmte Punkte zu beachten: Es gibt verschiedene Arten einer möglichen Beendigung, die in der Praxis relevantesten sind die Dienstgeber- und Dienstnehmerkündigung sowie die einvernehmliche Auflösung.

### Kündigung

Die Kündigung ist eine einseitige, empfangsbedürftige, schriftliche Willenserklärung des Dienstnehmers oder des Dienstgebers, mit der das Ende des Dienstverhältnisses zu einem bestimmten Termin mitgeteilt wird. Geregelt ist diese Form der Beendigung in den §§ 42 bis 44 NÖ SÄG. Je nachdem, wie lange das Dienstverhältnis bereits gedauert hat, sind unterschiedliche Kündigungsfristen einzuhalten. Sobald das Dienstverhältnis länger als ein Jahr besteht, kann der Dienstgeber nur mehr bei Vorliegen bestimmter, im Gesetz taxativ aufgezählter Gründe kündigen. Die Spitalsärzte hingegen müssen für die Kündigung nie einen Grund nennen.

Beschäftigungsdauer	Kündigungsfrist
bis 6 Monate	1 Woche
länger als 6 Monate	2 Wochen
länger als 1 Jahr	1 Monat
länger als 2 Jahre	2 Monate
länger als 5 Jahre	3 Monate
länger als 10 Jahre	4 Monate
länger als 15 Jahre	5 Monate

Bei Antritt einer Kassenplanstelle in Niederösterreich beträgt die Kündigungsfrist höchstens 1 Monat.

Wird die Kündigungsfrist in Wochen berechnet, endet sie mit dem Ablauf einer Woche, wird sie in Monaten gerechnet, endet sie mit dem Ablauf eines Kalendermonats.

### Einvernehmliche Auflösung

Das NÖ SÄG sieht darüber hinaus in § 47 ausdrücklich die Möglichkeit der einvernehmlichen Beendigung des Dienstverhältnisses vor. Hier legen die Parteien die Beendigungsmodalitäten fest. Die Einhaltung bestimmter Fristen oder Termine ist nicht erforderlich, maßgeblich ist die Einigung zwischen den Parteien. Sowohl die Zustimmung des Dienstgebers als auch der Dienstnehmerin bzw. des Dienstnehmers ist freiwillig.