



ABDA - Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände
Postfach 080463 · 10004 Berlin

Frau
Dr. Martina Bunge, MdB
Vorsitzende des Ausschusses für Gesundheit
des Deutschen Bundestages
Platz der Republik 1
11011 Berlin

Per E-Mail an
Katharina.Lauer@bundestag.de

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
16(14)0541(1)
geladener VB zur Anhörung am
25.5.09_e-Card
13.05.2009

Geschäftsbereich Wirtschaft und Soziales
Tel.: 030 / 400 04-152
Fax: 030 / 400 04-153
wiso@abda.aponet.de

13. Mai 2009
Re/akl

Stellungnahme der ABDA – Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände vom 13. Mai 2009 zu den Anträgen der Fraktionen FDP: Moratorium für die elektronische Gesundheitskarte (BT-Drs. 16/11245) und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN: Das Recht auf informationelle Selbstbestimmung bei der Einführung der elektronischen Gesundheitskarte gewährleisten (BT-Drs. 16/12289)

Sehr geehrte Frau Dr. Bunge,

als Stellungnahme der ABDA – Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände vom 13. Mai 2009 zu den Anträgen der Fraktionen FDP: Moratorium für die elektronische Gesundheitskarte (BT-Drs. 16/11245) und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN: Das Recht auf informationelle Selbstbestimmung bei der Einführung der elektronischen Gesundheitskarte gewährleisten (BT-Drs. 16/12289) übersenden wir Ihnen in der Anlage das Grundlagenpapier „*Chancen und Risiken für Apotheken bei der Einführung der elektronischen Gesundheitskarte – Grundlagen des neuen Systems und Forderungen der Apothekerschaft.*“ Das Papier wurde auf der Mitgliederversammlung der ABDA im Dezember 2008 beschlossen.

Mit freundlichen Grüßen

ABDA - BUNDESVEREINIGUNG
DEUTSCHER APOTHEKERVERBÄNDE

Karl-Heinz Resch

Anlage

Deutsches Apothekerhaus
Jägerstraße 49/50
10117 Berlin
Telefon: 030 / 400 04-0
Telefax: 030 / 400 04-598
E-Mail: abda@abda.aponet.de
<http://www.abda.de>

Chancen und Risiken für Apotheken bei der Einführung der elektronischen Gesundheitskarte

– Grundlagen des neuen Systems und Forderungen der Apothekerschaft –

Stand: 16. Dezember 2008

Verfasser: Dr. Gerd Bauer, Martin Bergen, Katja Förster, Karl-Heinz Resch

Inhalt

1	<i>Einleitung</i>	3
2	<i>Grundlagen der Refinanzierung von Kosten</i>	5
3	<i>Kosten für die Infrastruktur in der Apotheke</i>	6
4	<i>Technische Abhängigkeit</i>	9
5	<i>Neue Arbeitsprozesse</i>	10
6	<i>Freiwillige Anwendungen</i>	15
7	<i>Risiken</i>	17
8	<i>Chancen</i>	18
9	<i>Fazit</i>	19
10	<i>Forderungen zur Entwicklung, Erprobung und Einführung der elektronischen Gesundheitskarte</i>	20

1 Einleitung

Mit Verabschiedung des Gesetzes zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV Modernisierungsgesetz – GMG) im November 2003 wurde durch Einführung des § 291a SGB V der Grundstein für die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) gelegt.

Ziel dieser Novellierung ist die Verbesserung der Wirtschaftlichkeit, Qualität und Transparenz im deutschen Gesundheitswesen. Erstmals sollen bundesweit alle Apotheken, Arztpraxen, Krankenhäuser und Zahnarztpraxen miteinander vernetzt werden. Der Datenaustausch soll unter Beteiligung der Versicherten erfolgen, um das Prinzip „Der Versicherte ist Herr seiner Daten“ abzubilden. Unter Beteiligung des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) wird dieses Großprojekt gemeinsam durch die gesamte Selbstverwaltung vorangetrieben. Dabei werden stets auch die Aktivitäten der EU-Kommission beobachtet, die verschiedene Projekte im telemedizinischen Bereich initiiert hat.

Die Interoperabilität der verschiedenen beteiligten Systeme sicherzustellen, ist eine der Kernaufgaben der eigens dazu gegründeten Gesellschaft für Telematikanwendungen der Gesundheitskarte mbH (gematik) in Berlin. Der Deutsche Apothekerverband ist an der gematik als Gesellschafter mit acht Prozent beteiligt, während die Bundesapothekerkammer die Apothekerkammern der Länder bei der Ausgabe der elektronischen Apothekerausweise unterstützt.

Bei der Entwicklung der elektronischen Gesundheitskarte griff das BMG die grundlegenden Vorarbeiten der ABDA – Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände auf. Deren Telematikaktivitäten entsprangen dem Ziel, den Apothekern ein Werkzeug zur Verfügung zu stellen, das ihre ureigenste Aufgabe, die pharmazeutische Beratung, unterstützen würde. Dies sollte erreicht werden durch die Bereitstellung von Informationen, die apothekenübergreifend eine Arzneimitteltherapiesicherheitsprüfung (AMTS) ermöglichen. Bis heute ist dieses Ziel Grundlage der Motivation der Vertretung der Apothekerschaft bei der Einführung des elektronischen Rezeptes und seiner Infrastruktur. Bereits 1999 lieferte die ABDA – Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände einen ersten funktionstüchtigen Prototypen für das elektronische Rezept einschließlich elektronischer Signatur und Arzneimitteldokumentation in Verbindung mit einer automatisierten Überprüfung der Arzneimitteltherapiesicherheit. Damit Arbeitsabläufe in den Apotheken in die elektronische Welt übertragen werden können, entwickelte die ABDA – Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände damals auch das VerSA Konzept für Verteilte Signatur-Arbeitsplätze, das auch die Komfort- und Stapelsignatur beinhaltet. Zusammen mit dem Konnektor sind dies die grundlegenden Konzepte, auf denen heute die eGK und die dazugehörige Telematikinfrastruktur aufbaut. Allerdings verschiebt sich das Projekt: Der vorgesehene Stichtag für die Einführung der eGK war der 01. Januar 2006. Nunmehr plant das BMG den Rollout der eGK für das Frühjahr 2009. Auch werden Ängste laut: Die Ärzteschaft hat sich auf dem 111. Deutschen Ärztetag in Ulm gegen eine elektronische Gesundheitskarte in der aktuellen Form ausgesprochen und eine Reihe von Forderungen an das BMG übermittelt

Chancen und Risiken für Apotheken bei der Einführung der elektronischen Gesundheitskarte

Grundlagen des neuen Systems und Forderungen der Apothekerschaft

und auf dem deutschen Apothekertag 2008 in München wurden zentrale Leitsätze für die kommende Telematikinfrastruktur und deren Anwendungen verabschiedet.

In einer aktuellen Studie des Fraunhofer Instituts für Offene Kommunikationssysteme als auch im so genannten „Whitepaper Sicherheit“ der gematik werden bislang bestehende Ängste offen angesprochen und dargelegt, wie die Sicherheit und Vertraulichkeit der Daten im Rahmen der zu schaffenden Infrastruktur gewährleistet bleibt. Eine zentrale Forderung der Apothekerschaft, dass die Datensicherheit gewährt sein muss, scheint damit erfüllt.

Offen bleibt in dem Gesamtprojekt allerdings die Frage, welche Risiken für die Apothekerschaft auszumachen sind. Vorliegendes Dokument beleuchtet aber nicht nur diese, sondern auch die Chancen, welche sich durch die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte für Apotheker und Apotheken ergeben. Es gibt den telematikbezogenen Beschluss des Deutschen Apothekertages 2008 wieder und fasst abschließend die im Text eingearbeiteten Forderungen zusammen.

Hinweis: Dieses Dokument stellt lediglich einzelne Punkte der Telematikinfrastruktur dar, die aus Sicht der Apothekerschaft Risiken oder Chancen darstellen. Es dient nicht dazu, die künftige Telematikinfrastruktur in den Apotheken oder die Arbeitsweise der gematik zu erläutern. Hierfür sei auf das Wirtschaftshandbuch für die Apotheke, herausgegeben von Walter Leetsch, verwiesen.

2 Grundlagen der Refinanzierung von Kosten

Von der Einführung der elektronischen Gesundheitskarte und der damit verbundenen Anwendungen werden hohe Einsparungsmöglichkeiten für das deutsche Gesundheitswesen erwartet. Alle bisherigen Kosten-Nutzen-Analysen haben ergeben, dass prinzipbedingt die Einsparungen bei den Krankenkassen als Kostenträgern erreicht werden können, während die Leistungserbringer, allen voran die Apotheker, Ärzte und Zahnärzte, einen erhöhten Aufwand haben. Dies erkennend, hat der Gesetzgeber vorgegeben, dass die den Leistungserbringern entstehenden Kosten durch die Kostenträger refinanziert werden müssen. Dazu wurden bereits 2006 Eckpunkte einer Finanzierung vereinbart.

Grundsätzlich sieht diese Vereinbarung vor, dass alle Ausgaben, die bis zum Ende der Erprobungsphase anfallen, hälftig von den Organisationen der Kostenträger und Leistungserbringer getragen werden. Die Ausgaben der Leistungserbringer werden dabei durch die Kostenträger über Fallpauschalen refinanziert. Die Ausgaben für Entwicklung und Einführung der HPC sind hiervon ausgenommen.

Im Regelbetrieb wird die Refinanzierung auf sektorspezifische Transaktionszuschläge umgestellt. Dann werden zur Finanzierung der erstmaligen Investitionskosten degressiv sinkende Zuschläge befristet gezahlt. Für die laufenden telematikbedingten Betriebskosten erhält die Apotheke Zuschläge je Verordnung.

Transaktionsbezug und genaue Höhe der Zuschläge werden zwischen DAV und dem GKV-Spitzenverband sowie dem PKV-Verband vereinbart. Zur Ermittlung der den Apotheken entstehenden Kosten werden neben der von der gematik beauftragten Kosten-Nutzen-Analyse auch die Tests der elektronischen Gesundheitskarte heran gezogen, in denen die künftig benötigte Technik und deren Verwendung erprobt wird.

Die Komponenten im Test dürften zur Zeit nicht kostendeckend angeboten werden. Dies birgt die Gefahr, dass für die spätere Finanzierungsvereinbarung die im Test ermittelten, aber potentiell zu niedrigen Preise, als Grundlage angenommen werden.

Die laut Eckpunkte der Finanzierungsvereinbarung kostendeckenden Erstattungen müssen sich an den zum Zeitpunkt der Einführung der eGK gültigen Marktpreisen orientieren.

3 Kosten für die Infrastruktur in der Apotheke

Damit in der Apotheke elektronische Rezepte gelesen und dispensiert werden können, sind verschiedene Komponenten notwendig. Die hierfür erforderlichen Investitionen fallen in den Apotheken an, sobald Ärzte in deren Umgebung – wenn auch evtl. nur wenige – elektronische Rezepte ausstellen.

Bevor elektronische Rezepte in einer Region im Wirkbetrieb ausgestellt werden, muss die Refinanzierung der Telematikinvestitionen aller dortigen Apotheken feststehen.

Im Folgenden werden die verschiedenen Komponenten aufgeführt.

3.1 Elektronische Ausweise

Der Apotheker benötigt für sich einen Heilberufsausweis, seine Mitarbeiter, in Abhängigkeit von der Organisation der Apothekenabläufe, ggf. Heil- bzw. Berufsausweise. Für den Konnektor ist ein Institutionsausweis (SMC Typ B) erforderlich, mit dessen Hilfe auch eRezepte abgezeichnet werden können. Alle Kartenlesegeräte sind mit Chipkarten (SMC Typ A) auszustatten. Letztere sind Massenware und entsprechend preisgünstig. Die genauen Preise der elektronischen Ausweise sind derzeit noch nicht absehbar.

3.2 Anschaffung des Konnektors

Um ein elektronisches Rezept von der Gesundheitskarte lesen zu können, bedarf es einer eindeutigen Kommunikation zwischen Heilberufsausweis, Gesundheitskarte und den verwendeten Kartenterminals. Diese Kommunikation wird durch den Konnektor gesteuert, der auch die Onlineanbindung der Apotheke an das Telematiknetz sicherstellt, um etwa auch zentral gespeicherte Rezepte lesen zu können. Die Apotheke wird den Konnektor kaufen oder ihn im Rahmen der Softwarewartung des Apothekenverwaltungssystems (AVS) mieten müssen.

Kernaufgabe des Konnektors ist die Bereitstellung von Sicherheitsfunktionen sowie die Wahrung von Datenschutzauflagen. Die Hersteller werden dabei die erheblichen Kosten, die ihnen durch die gesetzlich geforderte Sicherheitsevaluierung und Zertifizierung des Konnektors entstehen, auf ihre Produkte umlegen. Der einstmals genannte Anschaffungspreis i.H.v. 300 bis 600 Euro muss zwischenzeitlich allerdings als zu niedrig betrachtet werden. Derzeit fließen nämlich permanent weitere „Anregungen und Ideen“, insbesondere im Sicherheitsbereich, in die Entwicklung des Konnektors ein. Diese stetige

Weiterentwicklung hat aus dem einst schlanken System einen mittlerweile gigantischen Universaladapter gemacht, für den marktreife Produkte nicht vor 2010 erwartet werden.

Die Sicherheitsanforderungen an den Konnektor sowie die übrigen Komponenten sind auf ein notwendiges Maß zu reduzieren.

3.3 Betrieb des Konnektors + Internetzugang

Der Konnektor wird stets neue Updates erhalten müssen. Betreffen diese sicherheitskritische Anwendungen, muss der Hersteller sie mit hohem Kostenaufwand erneut sicherheitsevaluieren und zertifizieren lassen. Daher werden die Apotheker höhere Beträge für die Softwarewartung zahlen müssen als bisher gewohnt. Eine belastbare Kalkulation ist herstellerseitig allerdings noch nicht möglich.

Damit der Konnektor onlinefähig wird, bedarf es außerdem zumindest eines Internetzugangs per Standard-DSL- oder ISDN-Anschluss, den der Apotheker mieten muss.

3.4 Kartenlesegeräte

Um die elektronische Gesundheitskarte zu nutzen, wird an jedem Abverkaufsort ein entsprechendes Kartenlesegerät benötigt. Prozessbedingt dürfte sich die Zahl der benötigten Abverkaufsorte um einen weiteren gegenüber der aktuell notwendigen Anzahl erhöhen. Ggf. sind hierfür bauliche Maßnahmen erforderlich. Spezielle Beratungsplätze sowie ein weiterer zentraler Arbeitsplatz im Hintergrund sollten ebenfalls ausgerüstet werden. Aktuell liegen die Preise für eGK-fähige Kartenlesegeräte gemäß Spezifikation für eHealth-Terminals um die 430 Euro. Für die Heimversorgung sowie den Bringdienst einer Apotheke dürfte zusätzlich ein mobiles Kartenterminal notwendig werden, das derzeit für 375 € gehandelt wird.

Damit die Arbeitsabläufe innerhalb einer Apotheke nicht zu stark durch den Umgang mit den elektronischen Ausweisen belastet werden, sollten die Heil- und Berufsausweise an zentraler Stelle (etwa einem sicheren Raum) gesteckt werden. Zur Zeit befinden sich für diese Aufgabe zugeschnittene Kartenlesegeräte noch in der Entwicklung. Es dürfte aber demnächst Kartenlesegeräte geben, in die mehrere Heil- und Berufsausweise gleichzeitig gesteckt werden können. Ein Marktpreis ist für diese Geräte noch nicht bekannt.

3.5 Anpassung der AVS

Um die Anwendungen der elektronischen Gesundheitskarte zu unterstützen, wird das Apothekenverwaltungssystem um entsprechende Module erweitert werden müssen. Die für die Entwicklung und Pflege dieser Module notwendigen Aufwände dürften durch die Apothekensoftwarehäuser ebenfalls an die Apotheker weitergegeben werden.

4 Technische Abhängigkeit

Nach bundesweiter Einführung des elektronischen Rezeptes kann ein Arzt Verordnungen sowohl elektronisch als auch wie gewohnt als papiergebundenes Muster 16 ausstellen. Insbesondere beim Hausbesuch dürfte das bisherige Muster 16 bevorzugt verwendet werden. Für die Apotheker bedeutet dies aber, dass sie sowohl Kunden mit elektronischem Rezept wie mit dem papiergebundenen Muster 16 zu erwarten haben. Rationalisierungsgewinne ergeben sich durch diese Parallelität daher nur eingeschränkt in den Apotheken.

Versagt die neue Technik allerdings den Dienst, ist die Apotheke nur bedingt in der Lage, elektronische Rezepte abzurufen. Um die Gefahr einer Störung des Internetzugangs zu minimieren, sollte eine Backup-Lösung per Funktechnologie¹ (z. B. GSM oder UMTS) erwogen werden. Auch ein Ersatzkonnektor sollte vorgehalten werden. Für beide Sicherungsmaßnahmen fallen weitere Kosten an.

Ist es, bedingt durch einen Ausfall der Technik, nicht möglich, ein elektronisches Rezept zu lesen, greift der Apotheker alternativ zum Telefon, ruft den verordnenden Arzt an, gibt im Vertrauen auf eine korrekte Information das Arzneimittel im Voraus ab und lässt sich das Rezept nachliefern.

Die Abhängigkeit von der neuen Technik wird anhand dieses Szenarios am deutlichsten dargestellt und belegt, wie wichtig es ist, dass die Technik die Arbeitsabläufe sinnvoll unterstützt.

Die Technik und Verfahren der elektronischen Gesundheitskarte und ihrer Komponenten müssen die Prozesse in den Apotheken sinnvoll unterstützen und dürfen diese nicht belasten. Komponenten zur Absicherung von Prozessen müssen voll refinanziert werden.

¹ Funktechnologie fällt nur aus, wenn auch die Stromversorgung zusammenbricht.

5 Neue Arbeitsprozesse

Neben der erforderlichen technischen Ausstattung müssen auch eine Reihe veränderter bzw. neuer Arbeitsprozesse in der Apotheke betrachtet werden.

5.1 Verwendung einer PIN

Gemäß der aktuellen Spezifikationen sind für die Nutzung der elektronischen Gesundheitskarte mehrere Persönliche Identifikationsnummern (PIN) von den Beteiligten einzugeben, welche nachfolgend exemplarisch dargestellt werden sollen.

Der Apotheker aktiviert morgens mittels jeweiliger PIN-Eingabe einmal seinen Heilberufsausweis und den Institutionsausweis der Apotheke, die beide an sicherer Stelle zentral gesteckt sind. Bei Einlösung eines Rezeptes steckt der Versicherte seine eGK in ein Lesegerät. Die eRezepte können aus der eGK oder mit Hilfe dieser von einem sicheren Server gelesen werden. Sollen in Bezug auf die verordneten Präparate Interaktions- und Kontraindikationschecks durchgeführt werden und dabei auf die Daten der für den Versicherten freiwilligen Anwendung Arzneimitteltherapiersicherheitsprüfung (AMTS) zugegriffen werden, muss dies der Versicherte durch Eingabe seiner Karten-PIN zusätzlich erlauben. Nach der Dispensierung muss jedes eRezept inklusive Dispensierdatensatz unverzüglich signiert werden. Hierzu muss der Apotheker die Signatur-PIN seines Gesundheitsberufsausweises eingeben. Jede einzugebende PIN ist mindestens sechsstellig.

Der dargestellte Belieferungsprozess erfordert zwei Mal die Eingabe einer PIN durch den Apotheker und basiert auf dem VerSA-Konzept. Aufgrund übertriebener Sicherheitsbedenken besteht die Gefahr, dass es nicht umgesetzt werden kann. Dann müsste der Apotheker bei jeder Belieferung seinen Heilberufsausweis und ggf. die Institutionskarte erneut aktivieren, was jeweils mindestens zwei PIN-Eingaben zur Folge hätte.

Da ein eRezept nur eine Verordnung enthält, muss die Signatur-PIN für das Unterschreiben des Dispensierdatensatzes jeder Verordnung erneut eingegeben werden. Dies gilt so lange, bis Stapelsignatur – mit der mehrere Rezepte mit nur einmaliger PIN-Eingabe – und Komfortsignatur – mit der nach initialer PIN-Eingabe ein Fingerabdruck reicht, um eine Unterschrift auszulösen – zugelassen sind.

Für ein praxiskonformes System sind VerSA-Konzept bzw. Stapel- und Komfortsignaturen zwingende Voraussetzungen.

5.2 Fehlender Merktzettel

Das elektronische Rezept soll eingeführt werden, um die gegenwärtigen Medienbrüche in der Weiterverarbeitung des Muster 16 einzudämmen. Allerdings dient aktuell das Muster 16 Papier auch als Merktzettel, wenn es darum geht, die Artikel aus dem Lager zu suchen. Da zur Zeit noch entsprechend komfortable Lösungen für das elektronische Rezept fehlen, wird etwa in den Testregionen das eRezept ausgedruckt, damit der Apotheker wie gewohnt mit einem Papier in der Hand das Arzneimittel aus dem Schrank nehmen und ausgeben kann.

5.3 Benötigte Zeit für das Auslesen des eRezeptes

Für die Arbeitsabläufe in der Apotheke elementar ist die für die Bereitstellung des elektronischen Rezeptes im AVS benötigte Zeit. Bis der Apotheker nach dem Stecken der eGK in den Kartenleser erstmals die Verordnungen sehen kann, vergehen 15 Sekunden. In diesem Zeitraum werden unterschiedlichste Server und Sicherheitskomponenten angesprochen, bis letztendlich das Rezept im Konnektor entschlüsselt und im AVS dargestellt werden kann. Zwar konnte die benötigte Zeit deutlich gesenkt werden, liegt aber immer noch über einem akzeptablen Maß.

Die Prozesse der eGK müssen so optimiert werden, dass die Arbeiten in den Apotheken nicht durch Wartezeiten blockiert werden. Online- und Offline-Prozesse müssen gleichberechtigt optimiert werden.

5.4 Anzahl eRezepte in der eGK

Der Speicherplatz auf der eGK ist begrenzt. Aus diesem Grund können derzeit nicht mehr als acht eRezepte in die eGK gespeichert werden. Wenn man bedenkt, dass ein eRezept immer nur einen Posten bzw. eine Zeile enthalten darf, ist dieser Platz schnell verbraucht. Wenn das vorhandene Optimierungspotential durch die gematik ausgeschöpft würde, ließe sich die Anzahl der speicherbaren eRezepte bzw. die Anzahl der verordneten Präparate in der eGK deutlich erhöhen. Ein frühzeitiger Basisrollout birgt die Gefahr, dass Fakten geschaffen und die Spezifikationen aus wirtschaftlichen Gründen heraus nicht mehr geändert werden. Das BMG hat sich zwar dieses Problems angenommen, die für den Basisrollout maßgeblichen Spezifikationen jedoch nur unzureichend anpassen lassen.

Die Anzahl von acht verordneten Präparaten, die aktuell in der eGK maximal gespeichert werden können, wird als zu niedrig angesehen. Die Apothekerschaft fordert eine Erhöhung.

5.5 Abrechnung von elektronischen Rezepten

Mit der Einführung des elektronischen Rezeptes ändert sich auch das Abrechnungsverfahren, sofern die beschriebenen Medienbrüche vermieden werden sollen. Elektronische Rezepte sowie weitere elektronische Verordnungen können dann beispielsweise einmal täglich an ein Abrechnungszentrum zur Weiterverarbeitung und Zahlung übertragen werden.

Durch die standeseigenen Rechenzentren wurde dazu die offene Schnittstelle FIVERX.LINK erarbeitet, über die der Transport von eRezepten an die Apothekenrechenzentren erfolgen kann. Ein umfassender Test dieser Schnittstelle mit dem eRezept ist allerdings erst dann sinnvoll möglich, wenn eine entsprechende Zahl an eRezepten vorliegt. Dies ist aktuell noch nicht der Fall. Eine frühzeitige Einbindung der Apothekenrechenzentren in die Tests zum eRezept ist zwingend notwendig.

Die Apothekenrechenzentren sind frühzeitig in die Tests des elektronischen Rezeptes einzubeziehen.

5.6 Unterschreiben des Dispensierdatensatzes

Die Dispensierdaten sind unverzüglich zu unterschreiben. Bei einem elektronischen Rezept wird dazu die Signaturfunktion eines elektronischen Ausweises benötigt. Es kann dem Apotheker kaum zugemutet werden, dass er für einen Signaturvorgang jedes Mal die Signatur-PIN am Kartenleser eingeben muss. Bei einigen hundert Rezepten am Tag sind das auch jeweils einige hundert PIN-Eingaben. Das VerSA-Konzept für verteilte Signaturarbeitsplätze ermöglicht komfortablere Abläufe durch Stapel- und Komfortsignatur. Leider liegt die Freigabe dieser Verfahren nicht in der Hand der Selbstverwaltung, sondern in der Verantwortung der Bundesnetzagentur, die mit der Durchsetzung der Anforderungen des Signaturgesetzes beauftragt ist. Erteilt sie hierfür keine Genehmigung, wird die Einführung der eGK zwangsläufig zu einem praxisuntauglichen Fiasko.

Positiv ist zu vermerken, dass der Dispensierdatensatz auch mit Hilfe des Institutionsausweises (alias SMC Typ B) signiert werden kann, sofern die Apothekenbetriebsordnung keine qualifizierte Signatur verlangt. Dabei ist das Namenskürzel des abgebenden Mitarbeiters Bestandteil des Dispensierdatensatzes. Der Einsatz eines Heilberufsausweises (HPC) ist dann nicht mehr zwingend notwendig. Da der Institutionsausweis allerdings im Regelbetrieb bereits stark belastet wird, kann es aus Gründen der Performanz geboten sein, dennoch die höchstpersönlichen Heilberufsausweise zu verwenden. Zudem müssen Dokumente, die derzeit nicht nur mit Namenszeichen, sondern mit Unterschrift versehen werden müssen, mit dem Heilberufsausweis signiert werden. Der Institutionsausweis kann hierfür nicht eingesetzt werden.

5.7 eKiosk zur Wahrung der Rechte des Versicherten

Gemäß § 291a SGB V soll der Versicherte als „Herr seiner Daten“ erkennen können, wer auf seine Daten zugegriffen hat. Zusätzlich soll er in der Lage sein, bestimmte Daten auszublenden bzw. zu löschen. Damit er diese Versichertenrechte in einer neutralen aber sicheren Arbeitsumgebung wahrnehmen kann, werden so genannte eKioske benötigt, die ihm diese Funktionalität zur Verfügung stellen. Dort soll er auch die Berechtigungen verwalten können, die er einzelnen Leistungserbringern (Apotheken, Ärzten, ...) einräumen oder entziehen möchte.

Dabei ist wesentlich, dass diese eKioske wettbewerbsneutral ausgestaltet werden, so dass der Versicherte nicht beeinflusst wird, wenn es etwa um die Wahl der Apotheke geht, der er ein bestimmtes Recht einräumen möchte. Diese Wettbewerbsneutralität wurde bereits vom BMG zugesichert und muss von der gematik in den entsprechenden Konzepten berücksichtigt werden.

Die freie Wahl des Leistungserbringers durch den Versicherten darf nicht eingeschränkt oder beeinflusst werden: Der eKiosk als „Umgebung zur Wahrnehmung der Rechte des Versicherten“ muss wettbewerbsneutral ausgestaltet sein.

5.8 Vertreterregelung

Es ist heutzutage nicht untypisch, dass gerade erkrankte Personen jemanden aus ihrem engeren Umfeld mit der Abholung und Einlösung eines Rezeptes beauftragen. Grundlegend gilt dies auch für alle Personen, die bettlägerig sind. Auch die Versorgung von Alten- und Pflegeheimen stellt eine alltägliche Situation dar, in der eine pragmatische Regelung notwendig ist. Zur Zeit sind die Prozesse zur Ausstellung und Einlösungen von elektronischen Rezepten jedoch an die physische Anwesenheit der eGK der Person gebunden, für die diese Rezepte ausgestellt wurden. Eine vernünftige Vertreterregelung ist damit nicht gegeben.

Eine einfache, sichere und pragmatische Vertreterregelung muss auch mit dem elektronischen Rezept möglich sein.

6 Freiwillige Anwendungen

Der Gesetzgeber hat „freiwillige Anwendungen“ der eGK vorgesehen, d. h., der Versicherte darf entscheiden, ob er diese nutzen möchte oder nicht. Dazu gehört auch die Prüfung der Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS). Die Versicherten haben – selbst wenn sie sich für die Nutzung der AMTS entschieden haben, weiterhin das Recht, Einträge in die AMTS spontan zu verweigern und bereits eingetragene Daten zu löschen bzw. zu verbergen.

Bisher hat jede Kosten-Nutzen-Analyse ergeben, dass die freiwilligen Anwendungen gemäß § 291a SGB V einen beträchtlichen Teil des Nutzens ausmachen – dies bei nur geringen Mehrkosten. Die AMTS wird dabei als besonders nutzbringend bewertet. Sie ist eine Kernaufgabe der Apotheken und kann bereits heute mittels ABDA-Datenbank, CAVE-Modul und ggf. Kundendatei unterstützt werden. Trotz der Freiwilligkeit der Anwendung AMTS verbreitert die eGK die Datenbasis doch ganz erheblich, denn künftig werden Daten aus verschiedenen Apothekenbesuchen, Arztbesuchen und Krankenhausaufenthalten zusammengeführt und stehen allen Apothekern und Ärzten für die AMTS zur Verfügung.

Ganz wesentlich dabei ist, dass die Auswertung in der Apotheke automatisiert im Hintergrund läuft. Angezeigte Risiken sind als Hinweise zu betrachten und zwingend durch den Apotheker auf Plausibilität zu überprüfen. Die Ärzteschaft ist derzeit weitgehend bestrebt, die Daten der AMTS nicht in kodierter Form (z.B. PZN), sondern in sprachlichem Freitext zu hinterlegen. Dies würde eine automatisierte Auswertung in den Apotheken unmöglich machen.

Die Apothekensysteme ermöglichen mit Hilfe der ABDA-Datenbank und der CAVE-Module bereits heute eine umfassende Prüfung der Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS) auf Basis der vorhandenen Kundendaten. Auch die künftige AMTS muss in den Apotheken automatisiert durchgeführt werden können, angezeigte Risiken sind immer zu verifizieren.

Die Planungen der gematik aus dem Sommer dieses Jahres sehen vor, dass die AMTS erst in Release 3 eingeführt wird, das nicht vor 2011 starten wird. Dadurch kommt der eigentliche Nutzen durch die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte für Apotheken – Stärkung der Beratungskompetenz – und auch für die Versicherten erst weit nach Einführung des eRezeptes. Dies dürfte sich auf die Akzeptanz deutlich negativ auswirken. Ein schneller Einstieg in die Anwendung ist jedoch möglich, wenn im Rahmen der Einführung der elektronischen Gesundheitskarte nur die auszutauschenden Patientendaten konsentiert werden. Fachdatenbanken und die Anwendungen selbst können bei den einzelnen Beteiligten durchaus unterschiedlich ausgestaltet sein.

Die AMTS muss im Rahmen der Einführung der elektronischen Gesundheitskarte so früh wie möglich in den Apotheken umgesetzt werden. Eine spätere Umsetzung (2011 oder später) wirkt sich nachteilig auf die Akzeptanz durch die Versicherten und Apotheker aus. Für einen schnellen Einstieg in die Anwendung sind die auszutauschenden Patientendaten unter Beteiligung der Apothekerschaft festzulegen, nicht jedoch Fachdatenbanken und die Anwendung selbst.

Je nach Anwendung können mehr oder weniger deutliche Ansätze identifiziert werden, Konzepte und Spezifikationen der freiwilligen Anwendungen ohne oder nur unter unzureichender Beteiligung der Apothekerschaft zu entwickeln. So gab es bereits Tendenzen, zum Beispiel die AMTS nur durch Ärzte vornehmen zu lassen. Der Hinweis auf die Wichtigkeit der Selbstmedikation konnte dies jedoch entkräften.

Auf die Notfalldaten haben die Apotheken derzeit keinen Zugriff, da der Anwendungsbereich noch auf den DIN-Notfall eng begrenzt ist. Die Ärzteschaft fordert allerdings inzwischen, den Notfalldatensatz in einen klinischen Basisdatensatz zu erweitern. Es ist darauf zu achten, dass die Apotheken hier nicht mehr ausgeschlossen werden.

Eine frühzeitige Einbeziehung der Apothekerschaft ist bei der Erstellung der Konzepte und Spezifikationen von apothekenrelevanten Anwendungen und Prozessen notwendig.

7 Risiken

Wie zuvor angedeutet, birgt die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte durchaus Risiken für die Apotheker.

Risikant sind die bislang definierten Prozesse der Belieferung der eRezepte durch die Apotheken. Diese berücksichtigen teilweise nur unzureichend die Anforderungen an praxismgerechte Abläufe. So wirken sich lange Wartezeiten beim Auslesen des eRezeptes, die wiederholte Eingabe 6-stelliger Identifikationsnummern durch den Apotheker sowie die fehlende Möglichkeit, ein Arzneimittel mit Hilfe des als Merkzettel dienenden Papierrezeptes im Lager zu finden, dramatisch auf den Arbeitsablauf einer Apotheke aus. Bei mangelnder Berücksichtigung der Apotheker bei der Erstellung der Konzepte steigt das Risiko, dass die Arbeitsabläufe nicht praxistauglich sind.

Bei einer verzögerten Einführung der Prüfung der Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS), fehlt ein wesentlicher Nutzen des elektronischen Rezeptes für die Apotheker und die Patienten.

Die Telematikinfrastruktur wird die Übermittlung von Rezepten an Apotheken erleichtern. Damit kann verbunden sein, dass Kunden ihre Verordnungen vermehrt bei wohnortfernen Apotheken einlösen. Erklärtes Ziel des BMG ist es auch, den Versandhandel zu fördern. Vor dem Hintergrund, dass der Versandhandel mit Arzneimitteln seit seiner Zulassung nur marginale Marktanteile erreicht hat, muss auch künftig jede Apotheke mit Blick auf die Bedürfnisse der Patienten ihren eigenen Weg finden, auf diese Herausforderung zu reagieren.

Das finanzielle Risiko der Apotheken erscheint dank der verabschiedeten Eckpunkte zur Finanzierung als überschaubar. Das Restrisiko bleibt allerdings, dass einzelne Apotheken mittels Transaktionszuschlägen ihre getätigten Investitionen binnen Abschreibungsfrist nicht zur Gänze werden decken können.

Ziel der Vertretung der Apothekerschaft ist es, die dargestellten Risiken durch ihre Mitarbeit in den entscheidenden Gremien zu minimieren bzw. zu beseitigen.

8 Chancen

Die Einführung der eGK bietet den Apothekern neue Möglichkeiten. Dabei spielt nicht nur die Arzneimitteltherapiesicherheitsprüfung (AMTS) eine große Rolle bei der Erweiterung der Beratungskompetenz, sondern auch Anwendungen wie Impfpass oder Mutterpass.

Das elektronische Rezept kann auch die Vorbestellung von Arzneimitteln durch den Versicherten und Abholung durch diesen in seiner Stammapotheke erleichtern. Hierbei ist gewährleistet, dass er das pharmazeutische Beratungsgespräch in Anspruch nehmen kann.

Hervorzuheben ist, dass durch die eGK eine sichere Telematikinfrastruktur aufgebaut wird, die dank universell nutzbarer Werkzeuge auch für weitere Anwendungen verwendet werden kann, die nicht unmittelbar im Zusammenhang mit der eGK stehen. Beispielsweise ermöglicht es die sichere Vernetzung von Apotheken insbesondere mit ihren Dienstleistern. Dadurch können Mehrwertdienste vertraulich und rechtssicher ausgestaltet werden. Denkbar sind die Gründung Pharmazeutischer Leistungsgemeinschaften, in denen Apotheken mit dem Ziel kooperieren, konzertiert Leistungen für Patienten bereitzustellen oder zu vermitteln, die besonderer Betreuung bedürfen. Auch die Bildung von Einkaufsgemeinschaften wird durch die sichere und vertrauliche Vernetzung der Apotheken wesentlich erleichtert. So könnte auch eProcurement zum Beispiel für allgemeine Verbrauchsprodukte wie Büroartikel realisiert werden. Ferner ist eine Koppelung von Warenwirtschaftssystemen kooperierender Apotheken denkbar, mittels derer Apotheken ihre Lieferfähigkeit verbessern und ihre Lager optimieren können.

Unterstützen kann die neue Technik auch bei der Abrechnung der belieferten Rezepte. So können Kopien der zur Abrechnung eingereichten Rezepte im Warenwirtschaftssystem gespeichert werden. Ggf. würde eine kurzfristige Abrechnung der Rezepte mit den Kostenträgern möglich.

Die Infrastruktur der elektronischen Gesundheitskarte fördert vertrauliche Anwendungen und hochsichere Prozesse. Dabei ermöglicht die qualifizierte elektronische Signatur der elektronischen Heilberufsausweise eine Rechtssicherheit in der elektronischen Welt, wie sie bisher nur in der papiergebundenen Welt zu finden ist.

9 Fazit

Unbekannte Kosten und Zeitpläne und bisweilen nicht endgültig definierte Prozesse sind Risiken; die Vielzahl neuer Komponenten und Systeme, neue Karten mit PIN und PUK sind Herausforderungen, die durch die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte auf die Apothekerschaft zukommen. Die Vertretung der Apothekerschaft wird sich wie bislang dafür einsetzen, Risiken und Herausforderungen für die Apothekerschaft zu begrenzen. Doch wird jede einzelne Apotheke sich den Herausforderungen der technischen Neuerungen auf dem ihr eigenen Weg stellen müssen. Dabei dürften jene Apotheken im Vorteil sein, die bereits mit moderner Technik ausgestattet sind und diese täglich anwenden.

Die Technik der elektronischen Gesundheitskarte kann durchaus hilfreich sein, die Rolle der Apotheker im Gesundheitswesen deutlich zu stärken. Dies setzt die richtige Konzeption und Umsetzung voraus. Auch wenn vieles derzeit noch verwirrend erscheint und nicht ausgereift ist, wird die Technik, die mit der elektronischen Gesundheitskarte eingeführt wird, die Apotheker in ihrer täglichen Arbeit unterstützen können.

Dies trifft jedoch nur dann zu, wenn die Apothekerschaft den Prozess der Entwicklung und Einführung der elektronischen Gesundheitskarte wie bislang aktiv mitgestaltet. Nur so kann sie dazu beitragen, dass Prozesse und Werkzeuge so ausgestaltet werden, dass sie dem Alltag in der Apotheke entsprechen und alle sich ergebenden Möglichkeiten zusätzlicher Anwendungen sinnvoll ausgeschöpft werden. Eine Verweigerung oder grundsätzliche Ablehnung birgt die Gefahr, dass die Prozesse ohne Mitwirkungsmöglichkeit der Apothekerschaft gestaltet werden. Hinzu kommt: Je mehr Anwendungen auf die Telematikinfrastruktur aufsetzen, umso realistischer ist es, dass sich die Kosten für den Aufbau rechnen – auch für Apotheken.

Trotz aller Technik steht die Arbeit des Apothekers als Heilberufler im Vordergrund. Technik hat nur eine dienende Funktion; der Heilberufler selbst bewertet und trifft Entscheidungen.

10 Forderungen zur Entwicklung, Erprobung und Einführung der elektronischen Gesundheitskarte

Die Apothekerschaft trägt maßgeblich zur bisherigen Entwicklung der Telematikinfrastruktur bei. Sie setzt sich kontinuierlich konstruktiv mit der Einführung der eGK auseinander. Die Leitsätze der Apothekerschaft für die Ausgestaltung der Infrastruktur der elektronischen Gesundheitskarte behalten weiterhin ihre Gültigkeit. Sie fordern: Der Patient ist Herr seiner Daten, keine zentralen Datenspeicher, die Leistungserbringer wählen eigenverantwortlich die erforderlichen Komponenten zur Nutzung der Telematik-Infrastruktur aus und verweisen darauf, dass der Erfolg der eGK maßgeblich vom Nutzen für den Patienten abhängt.

Diese Forderungen wurden jüngst in einem Beschluss des Deutschen Apothekertags 2008 in München aufgegriffen und erneuert. Hinzu kommen Forderungen, die sich aus der täglichen Auseinandersetzung mit dem Entwicklungsprozess ergeben.

10.1 Apothekertagsbeschluss 2008

Der Deutsche Apothekertag 2008 in München hat folgenden Leitantrag zur Telematik beschlossen:

Die Apothekerschaft fordert die Bundesregierung und die gematik auf, für angemessene Rahmenbedingungen für die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte zu sorgen. Insbesondere fordert sie, dass

1. die elektronische Gesundheitskarte erst dann eingeführt wird, wenn ihre Tauglichkeit für den alltäglichen Einsatz in adäquaten Tests nachgewiesen wurde,
2. die freiwillige Anwendung Arzneimitteltherapiesicherheitsprüfung der elektronischen Gesundheitskarte frühzeitig in die Testmaßnahmen einbezogen wird,
3. eine ausreichende Refinanzierung erfolgt und
4. die Datensicherheit und die freie Wahl der Leistungserbringer im Interesse der Patienten garantiert ist.

Nur so kann eine Akzeptanz bei den Anwendern sowie eine reibungslose Einführung sichergestellt und gewährleistet werden, dass das Ziel der Verbesserung der Qualität, Wirtschaftlichkeit und Transparenz im deutschen Gesundheitswesen erreicht wird.

Begründung

Die Apothekerschaft steht der Einführung neuer Techniken nicht nur grundsätzlich offen gegenüber, sie hat auch entscheidende Entwicklungen im Bereich der Telematik auf den Weg gebracht. Die Apotheker merken jedoch zur aktuellen Entwicklung kritisch an, dass die

Entwicklung der elektronischen Gesundheitskarte vorrangig politikgetrieben und technikfixiert ist. Die ausschlaggebende Sicht – nämlich die der Anwender und Anwendungen – steht dem gegenüber im Hintergrund.

In den aktuell laufenden Modellversuchen kommt daher teilweise eine Technik zum Einsatz, die nicht praxisgerecht ist. Dies geschieht, obwohl schon seit Jahren bessere und praktikable Lösungen bekannt sind. Die Technik und Verfahren der elektronischen Gesundheitskarte und ihrer Komponenten müssen die Prozesse in den Apotheken sinnvoll unterstützen und dürfen diese nicht belasten.

Die Erkenntnisse aus den einzelnen Pilotprojekten deuten darauf hin, dass die Struktur und die Zielsetzung der elektronischen Gesundheitskarte nicht in Relation zu den aufgewandten Mitteln steht. Zudem ist in den Pilotprojekten keine deutliche Qualitätsverbesserung der Versorgung der Verbraucher festzustellen. Die Apothekerinnen und Apotheker sehen sich auch hier in der Verantwortung der Gesellschaft, wonach die Beurteilung einer technischen Innovation insbesondere im Gesundheitswesen auch unter der wirtschaftlichen Kosten-Nutzen-Relation aus Sicht der Verbraucher beurteilt werden muss. Deshalb muss die technische Innovation eine „Elektronischen Gesundheitskarte“ auch einen Beitrag zur Verbesserung der Versorgung leisten.

Die Apothekensysteme ermöglichen mit Hilfe der ABDA-Datenbank und der CAVE-Module bereits heute eine umfassende Prüfung der Arzneimitteltherapiesicherheit auf Basis der vorhandenen Kundendaten. Auch die künftige Arzneimitteltherapiesicherheit muss in den Apotheken praxisnah realisiert werden können; potentielle Risiken sind immer zu verifizieren. Das Modul „Arzneimitteltherapiesicherheit“ muss im Rahmen der Einführung der elektronischen Gesundheitskarte so früh wie möglich in den Apotheken umgesetzt werden. Eine spätere Umsetzung (2011 oder später) wirkt sich nachteilig auf die Akzeptanz aus. Für einen schnellen Einstieg in die Anwendung sind die auszutauschenden Patientendaten unter Beteiligung der Apothekerschaft festzulegen, nicht jedoch Fachdatenbanken und die Anwendung selbst.

10.2 Weitere Forderungen

Der Beschluss des Deutschen Apothekertags 2008 in München wird ergänzt durch weitere konkretere Forderungen, die sich aus der täglichen Auseinandersetzung mit dem Entwicklungsprozess ergeben:

- Die Technik und Verfahren der elektronischen Gesundheitskarte und ihrer Komponenten müssen die Prozesse in den Apotheken sinnvoll unterstützen und dürfen diese nicht belasten.
- Die laut Eckpunkte der Finanzierungsvereinbarung kostendeckenden Erstattungen müssen sich an den zum Zeitpunkt der Einführung der eGK gültigen Marktpreisen orientieren.

Chancen und Risiken für Apotheken bei der Einführung der elektronischen Gesundheitskarte

Grundlagen des neuen Systems und Forderungen der Apothekerschaft

- Bevor elektronische Rezepte in einer Region im Regelbetrieb ausgestellt werden, muss die Refinanzierung der Telematikinvestitionen **aller** dortigen Apotheken feststehen.
- Die Sicherheitsanforderungen an den Konnektor sowie die übrigen Komponenten sind auf ein notwendiges Maß zu reduzieren.
- Die Technik und Verfahren der elektronischen Gesundheitskarte und ihrer Komponenten müssen die Prozesse in den Apotheken sinnvoll unterstützen und dürfen diese nicht belasten. Komponenten zur Absicherung von Prozessen müssen voll refinanziert werden.
- Für ein praxiskonformes System sind VerSA-Konzept bzw. Stapel- und Komfortsignaturen zwingende Voraussetzungen.
- Die Prozesse der eGK müssen so optimiert werden, dass die Arbeiten in den Apotheken nicht durch Wartezeiten blockiert werden. Online- und Offline-Prozesse müssen gleichberechtigt optimiert werden.
- Die Anzahl von acht verordneten Präparaten, die aktuell in der eGK maximal gespeichert werden können, wird als zu niedrig angesehen. Die Apothekerschaft fordert eine Erhöhung.
- Die Apothekenrechenzentren sind frühzeitig in die Tests des elektronischen Rezeptes und dessen Abrechnung einzubeziehen.
- Die freie Wahl des Leistungserbringers durch den Versicherten darf nicht eingeschränkt oder beeinflusst werden: Der eKiosk als „Umgebung zur Wahrnehmung der Rechte des Versicherten“ muss wettbewerbsneutral ausgestaltet sein.
- Eine einfache, sichere und pragmatische Vertreterregelung muss auch mit dem elektronischen Rezept möglich sein.
- Die Apothekensysteme ermöglichen mit Hilfe der ABDA-Datenbank und der CAVE-Module bereits heute eine umfassende Prüfung der Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS) auf Basis der vorhandenen Kundendaten. Auch die künftige AMTS muss in den Apotheken automatisiert durchgeführt werden können, angezeigte Risiken sind immer zu verifizieren.
- Die AMTS muss im Rahmen der eGK-Einführung so früh wie möglich in den Apotheken umgesetzt werden. Eine spätere Umsetzung (2011 oder später) wirkt sich nachteilig auf die Akzeptanz durch die Versicherten und Apotheker aus. Für einen schnellen Einstieg in die Anwendung sind die auszutauschenden Patientendaten unter Beteiligung der Apothekerschaft festzulegen, nicht jedoch Fachdatenbanken und die Anwendung selbst.

Chancen und Risiken für Apotheken bei der Einführung der elektronischen Gesundheitskarte

Grundlagen des neuen Systems und Forderungen der Apothekerschaft

- Eine frühzeitige Einbeziehung der Apothekerschaft ist bei der Erstellung der Konzepte und Spezifikationen von apothekenrelevanten Anwendungen und Prozessen notwendig.