



Managementpapier zum Elektronischen Rezept

© GVG, Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und
–gestaltung
Aktionsforum Telematik im Gesundheitswesen
Köln, 2001

Meilenstein 2

Stand: 28. März 2001

Kontakt:

Jürgen Dolle (Koordinierung), GVG
[mailto: j.dolle@gvg-koeln.de](mailto:j.dolle@gvg-koeln.de)

Autoren-Team:

Dr. Claus-Werner Brill, ABDA
Dr. Eva Susanne Dietrich, KBV
Dr. Erhard Geiss, GVG
Anne Hannemann, AOK-Bundesverband
Markus Neth, PKV
Volkhard Sendatzki, BKK-Bundesverband
Dieter Zöpfigen, Bundesknappschaft

2. Zielszenario / Lösungsansätze

Die Einführung des „elektronischen Rezepts“ basiert auf den herkömmlichen Datenstrukturen und Datenflüssen im Umfeld des Rezepts sowie auf den vorhandenen Zuständigkeiten der Beteiligten. Eine umfassende Systemumstellung zu einem Stichtag ist nicht realisierbar. Sinnvoll ist vielmehr eine schrittweise Neuorganisation, die mittelfristig zu einem Informationsverbund aller Leistungsbereiche im Gesundheitswesen verbreitert wird und für Weiterentwicklungen offen ist.

Die Verbände der Leistungserbringergruppen und Kostenträger sind aufgerufen, den mehrstufigen Prozess der Datengenerierung und –bereitstellung erheblich zu straffen, neu zu organisieren und aus den kontinuierlichen Datenflüssen eine zeitnahe Bereitstellung der notwendigen Informationen zu gewährleisten. Flankierend sind die Übermittlungspflichten und Zugriffsrechte der Beteiligten entsprechend anzupassen.

Die Einführung des elektronischen Rezepts kann bereits in der ersten Phase wirtschaftlich selbsttragend sein. Finanzielle Unterstützung ist lediglich für die Projektierung sowie für Modellversuche und deren Auswertung erforderlich. Der Aufwand der notwendigen Sicherheitsinfrastruktur für multimediale Kommunikation im Gesundheitswesen kann dem elektronischen Rezept (als erstem Anwendungsgebiet) nur anteilig zugeschlagen werden.

2.1 Grundlegende Forderungen an die IT-gestützten Informationsflüsse eines elektronischen Rezepts

Aus den in Kapitel 1 dargestellten Defiziten und Erwartungshaltungen lassen sich allgemeingültige Forderungen ableiten, denen das technisch-organisatorische Konzept des neuen Systems entsprechen muss. Vor dem Hintergrund dieses Pflichtenkatalogs ist der technologische Ansatz (Kapitel 2.3) zu definieren:

- Qualitäts- und Rationalisierungsvorteile für alle Betroffenen der Abläufe als Folge durchgängiger elektronischer Informationsflüsse
- Optimierung der Verfahrensabläufe durch automatische Überwachung abgestimmter Parameter für Qualitätssicherung, Prüf- und Kontrollzwecke
- Zeitnahe, möglichst unmittelbare und identische Datenlage für alle Berechtigten in zweckorientier-

Die schrittweise Neuorganisation der Abläufe und Datenflüsse kann wirtschaftlich selbsttragend sein.

Die Definition der technologischen Szenarien erfolgt nach Maßgabe konkreter Zielvorgaben (Pflichtenkatalog).

- ter Aufbereitung (Transparenz / Steuerungsinformation)
- Pharmakologische Transparenzinformation im Kommunikationsverbund (on-line/off-line z.B. durch Arzneimitteldatenbank)
 - Einführung nationaler ggf. internationaler Standards der medizinischen Informationsdarstellung und Übermittlung
 - Grundsätzliche Beibehaltung der Rechts- und Vertragslage und Anpassung im erforderlichen Umfang
 - Aufbau einer Sicherheitsinfrastruktur zur Gewährleistung geschützter Kommunikation nach Maßgabe gesetzlicher Bestimmungen
 - Rechtssicherheit für die neuen Verfahren durch Anpassung der Vertragsgrundlagen und Öffnungsklauseln in den Gesetzen
 - Informationstechnologische Ausrichtung auf eine industriemäßige Realisierung innerhalb von drei Jahren (Stufenplan) nach Beschlussfassung über die Grobkonzeption
 - Nutzbarkeit der IT-gestützten Infrastruktur für alle Verordnungen mit dem Ziel eines Informationsverbunds aller Leistungsbereiche (elektronische Schnittstelle auch zu Einweisung, Überweisung etc.)

2.2 Grobentwurf alternativer Umsetzungskonzepte unter technisch-organisatorischer Perspektive

Die im Meilenstein 1 aufgezeigten Notwendigkeiten zur Ablösung des papiergebundenen Verfahrens und die in Kapitel 2.1 dargestellten Forderungen an die neue Lösung können mit unterschiedlichen technologischen Varianten abgedeckt werden. Unter dem Gesichtspunkt der Machbarkeit kristallisiert sich ein Grundmodell mit im wesentlichen zwei Varianten heraus, die seitens der von den Teammitgliedern repräsentierten Organisationen unterschiedlich bewertet werden.

Verordnung und Vertrieb von Arzneimitteln per Internet (Stichwort „On-line-Doktor“, „Internet-Apotheke“ etc.) wurden vom Team diskutiert, sind allerdings wegen der politischen Grundsatzfragen ausgeklammert worden. Die Problematik der Verfügbarkeit patientenindividueller Gesundheitsinformation (Impfstatus, Allergien etc.) zur Erkennung von Arzneimittelrisiken sind auch Gegenstand einer ggf. gesondert einzurichtenden Arbeitsgruppe zur elektronischen Patientenakte. Das Team regt hierzu eine politische Konsensfindung im Kontext des elektronischen Rezepts an. Die Realisierung neuer

Machbarkeit und Praktikabilität grenzen das Spektrum der Lösungsalternativen ein.

Formen des Direktzugriffs auf einen Statistikdaten-Server bedürfen gleichfalls der politischen Konsensfindung. Das Team geht in der weiteren Konzeption davon aus, dass dieser Konsens gefunden wird und behandelt diese Option in der schriftlichen und grafischen Darstellung entsprechend.

Die ABDA vertritt die Ansicht, dass die Datenströme und die benötigten Werkzeuge erst einer detaillierteren Betrachtung unterzogen werden müssen, bevor Beurteilungen vorgenommen werden können.

Nachfolgend sind die aus den gangbaren technischen Varianten resultierenden Datenflüsse in ihrer Unterschiedlichkeit grob dargestellt, ohne die Technologie, Schutzmechanismen etc. jeweils detailliert zu beschreiben. Manuelle Ersatzverfahren sind bei Technikausfall vorzusehen. Sie sind hier nicht näher erläutert. Das Team hat sich mit den fachlichen Funktionalitäten der neuen Kommunikationsstruktur sowie den Voraussetzungen und Konsequenzen im einzelnen auseinandergesetzt. Die Diskussionsergebnisse werden in einer vergleichenden Bewertung (Kapitel 2.3) synoptisch zusammengefasst.

Beide Varianten gehen prinzipiell von einer Vernetzung aller an der Arzneimittelverordnung beteiligten Ärzte, Apotheken und Krankenkassen aus. Automatisch arbeitende Datenserver stehen untereinander im Verbund und erledigen Datenannahme, Nachrichtenkonfektionierung und Weiterleitung. Sie sind logisch in Verordnungs-, Abrechnungs- und Statistik-Server unterteilt. Der Verbund wird durch Versicherungs-Server und Fachdatenbanken (z.B. Arzneimittel) ergänzt. Über die technische Konfiguration, Standorte und Trägerschaften sollen Aussagen erst nach entsprechenden Grundsatzbeschlüssen getroffen werden. Die Verfahren werden durch Verschlüsselungs- und Autorisierungstechniken abgesichert und stehen unter behördlicher Aufsicht. Ärzte und Apotheken haben ihre Verfügungen mittels Elektronischer Unterschrift zu authentifizieren. Dabei kann eine entsprechende Software und eine Health-Professional-Card zum Einsatz kommen. Die Varianten unterscheiden sich in der Datenverbindung zwischen Arzt und Apotheke. Diese stellt sich auf Grund der freien Apothekenwahl der Versicherten als ungerichtete Kommunikation dar.

2.2.1 Elektronisches Rezept im netzbasierten Informationsverbund

Bei dieser Variante erzeugt der verordnende Arzt ein Elektronisches Rezept (Dokument, Datei), das mit einer Identifikationsnummer (z.B. Rezeptschlüssel) versehen ist. Der Versicherte transportiert diesen Rezeptschlüssel mittels Versichertenkarte, Ticket, Papier-Voucher oder auf dem herkömmlichen Rezept in die Apotheke seiner Wahl und ermöglicht der Apotheke den Zugriff zu dem Elektronischen Rezept. (Anmerkung: Aus Akzeptanzgründen sowie für Systemstörungen wird man voraussichtlich auf einen Papierbeleg nicht verzichten können). Der Datenfluss des elektronischen Rezepts gestaltet sich im einzelnen wie folgt:

- Die Identität des Patienten wird beim Arzt anhand der Versichertenkarte überprüft, weitergehende Informationen, wie z. B. Beendigung der Mitgliedschaft oder Befreiungstatbestände, werden ggf. über den Versicherungsserver aktualisiert.
- Die Verordnung des Arztes wird in einem Verordnungsdatensatz (Versichertendaten, Arztdaten, Verordnungsdaten) zusammengestellt.
- Dieser Verordnungsdatensatz wird vom Arztcomputer an einen Verordnungs-Server übermittelt (Schnittstelle zu einem Serververbund).
- Der Apotheker wird vom Patienten fallbezogen autorisiert (per Versichertenkarte, Voucher, Netz o.ä.) und lädt den Verordnungsdatensatz vom Verordnungs-Server auf seinen PC.
- Der Apotheker ergänzt den Verordnungsdatensatz um die Dispensierdaten.
- Er übermittelt den ergänzten Verordnungsdatensatz an einen Abrechnungs-Server.
- Dieser leitet die Verordnungsdaten an den zuständigen Kostenträger.
- Nach Prüfung und Verarbeitung bedient der Kostenträger rückkoppelnd den Statistik-Server.
- Von dort laden sich alle Berechtigten die Ergebnisdarstellungen im Rahmen ihrer Zugriffsrechte zweckorientiert aufbereitet auf ihre Rechner.

Die ABDA weist darauf hin, dass sich für das elektronische Rezept ein Verfahren für die anfordernde Kommunikation in der Fachdiskussion befindet, das einen Verordnungsserver erübrigen würde. Das Verfahren ist jedoch nicht abschließend spezifiziert. Daher konzentriert sich die nachfolgende Grafik auf die Nutzdatenflüsse der eingangs beschriebenen Lösungsvariante im Kommunikationsverbund.

Die flächendeckende Vernetzung von Ärzten, Apothekern und Kostenträgern im Online-Verbund gilt als weitestgehender Integrationsansatz.

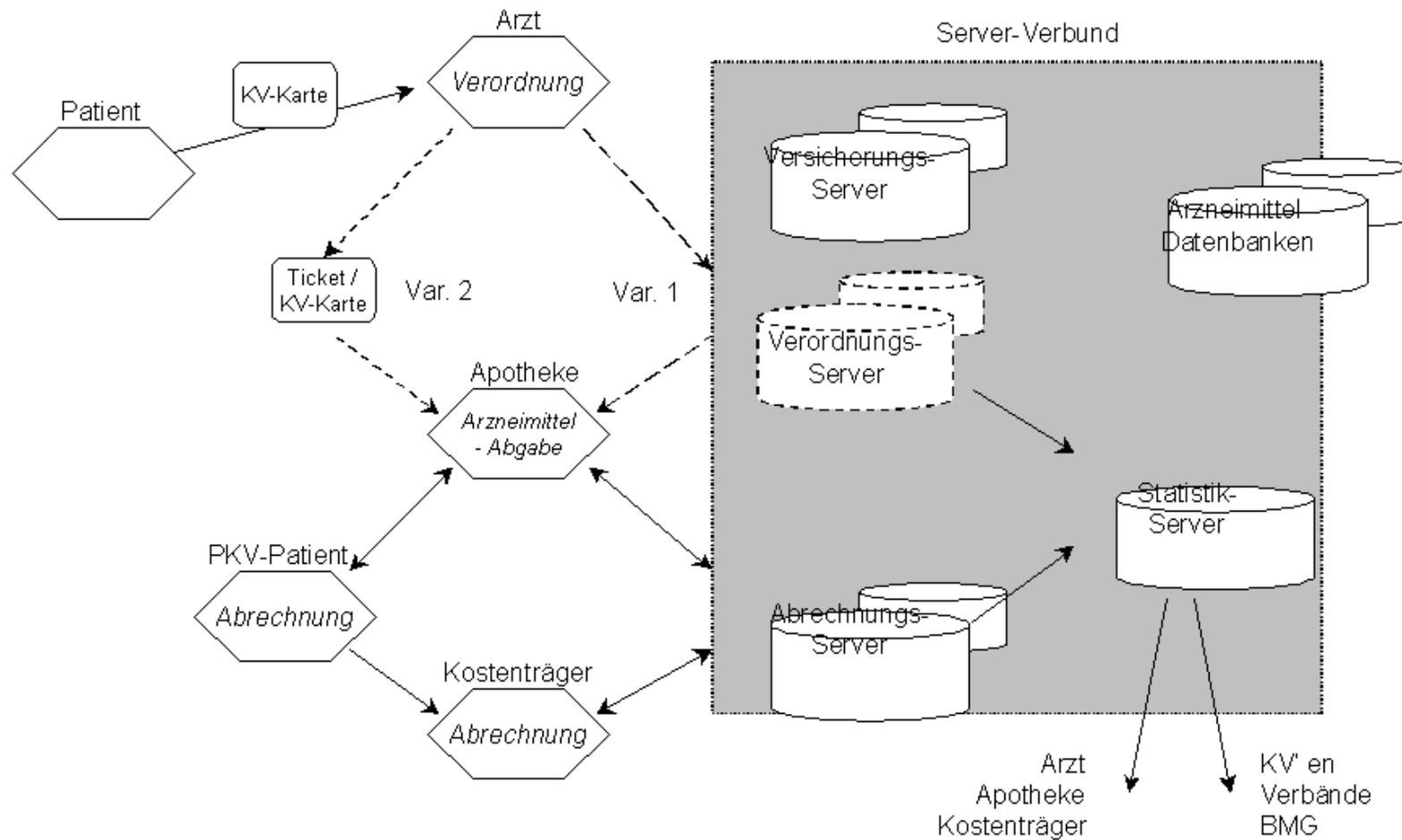


Abbildung zu 2.2: Fluss der Nutzdaten zum Elektronischen Rezept

2.2.2 Elektronisches Rezept auf Chipkarte mit Netzübertragung durch Apotheker

In dieser Variante wird ein elektronisches Trägermedium (Speicher- oder Prozessorchipkarte) zum Transport der Verordnungsdaten zwischen Arzt und Apotheke vorgesehen. Dazu wird der Einsatz einer neu zu entwickelnden Krankenversichertenkarte oder einer Pendelkarte vorgeschlagen. Wie in der ersten Variante überprüft der Arzt die Identität des Versicherten und erstellt den Verordnungsdatensatz. Dieser wird vom Arztcomputer jedoch nicht über den Serververbund sondern direkt auf die Karte übertragen. Der Patient legt diese Karte in der Apotheke vor, die den Verordnungsdatensatz in den Apothekenrechner übernimmt und auf der Karte löscht. Der weitere Ablauf entspricht dem der ersten Variante.

Unter diesen Voraussetzungen ist die Vernetzung aller Ärzte zwar nicht für die Rezeptübermittlung zwingend erforderlich, wird aber u.a. für die Nutzung von Versicherungs-Servern und nicht lokal vorhandenen Fachdatenbanken benötigt. Zudem müssen Ärzte, Apotheken und ggf. weitere Verfahrensbeteiligte mit entsprechenden Kartenterminals ausgerüstet werden. Störungsszenarien (Kartenverlust, Funktionsausfall, Fälschungskopien) oder Nebenanwendungen (patientenbezogene Dokumentation der Medikation) wurden nicht weiterverfolgt.

Zum Trägermedium gibt es folgende Ausprägungen:

- a) **Pendelkarte**
Die Pendelkarte (eine leere Speicherkarte) wird für den Transport des Verordnungsdatensatzes zwischen Arztpraxis und Apotheke eingesetzt. Transportiert wird die Pendelkarte vom Versicherten. Nach Belieferung der Verordnung wird der Datensatz von der Pendelkarte gelöscht.
- b) **Erweiterte Versichertenkarte**
Auf der erweiterten Versichertenkarte (mit Inhalten über den heutigen Datensatz nach § 291 SGB V hinaus) kann vom Arzt u. a. der Versichertendatensatz gespeichert werden. Die Karte wird dann von der Arztpraxis zur Apotheke transportiert. Nach Belieferung der Verordnung wird der Datensatz von der Versichertenkarte gelöscht.

Als Trägermedien des Rezepts zwischen Arzt und Apotheke sind Chipkarten denkbar. Versichertenkarte oder Pendelkarte bieten sich an. Die Netzanforderungen reduzieren sich entsprechend.

2.3 Beurteilungskriterien hinsichtlich Realisierbarkeit und Zielführung

Die voranstehend dargestellten technisch-organisatorischen Varianten werden seitens der Selbstverwaltung differenziert beurteilt. Maßgeblich sind die in der vorangehenden Analyse zusammengefassten Forderungen an die Zweckbestimmung und Zielsetzung des elektronischen Rezepts.

Abhängig von der Perspektive der jeweils Betroffenen (Patienten, Ärzte, Apotheker, Kostenträger etc.) kann es zu unterschiedlichen Beurteilungen des gleichen Phänomens kommen. Daher gelangt auch das Team nicht durchgängig zu einhelligen Ergebnissen. Diskrepanzen ergeben sich vorwiegend aus der Prioritätensetzung hinsichtlich der schwerpunktartigen Implementierung neuer Funktionalitäten.

Die drei oben skizzierten Alternativen – 1. reiner Netzverbund mit Versichertenkarte / Ticket, 2. Pendelkarte mit Netzkopplung und 3. erweiterte Versichertenkarte mit Netzkopplung - werden unter folgenden Beurteilungskriterien vergleichend bewertet.

1. Medizinisch-pharmakologisch
 - 1.1 Verordnungsverhalten qualitativ
 - 1.2 Verordnungsverhalten quantitativ
 - 1.3 Arzneimittelsicherheit
 - 1.4 Authentizität medizinisch
 - 1.5 Fälschungssicherheit (Verordnung/Abgabe)
 - 1.6 Pharmakologische Transparenz
2. Administrativ-ökonomisch
 - 2.1 Vollständigkeit
 - 2.2 Korrektheit
 - 2.3 Aktualität
 - 2.4 Validität
 - 2.5 Prüfbarkeit
 - 2.6 Strukturelle Transparenz
 - 2.7 Steuerungsfähigkeit
 - 2.8 Rationalisierungs-Effekt (medizinisch)
 - 2.9 Rationalisierungs-Effekt (administrativ)
3. Umsetzbarkeit / Akzeptanz
 - 3.1 Anwendungsreife
 - 3.2 Vorteilhaftigkeit Patient

Mittels expliziter Bewertungskriterien lassen sich technisch-organisatorische Verfahrensalternativen weitgehend objektiv beurteilen, sobald die Detailausprägungen bekannt sind.

- 3.3 Vorteilhaftigkeit Arzt
- 3.4 Vorteilhaftigkeit Apotheker
- 3.5 Vorteilhaftigkeit Kasse
- 3.6 Vorteilhaftigkeit Verbände
- 3.7 Vorteilhaftigkeit Politik
- 3.8 Kompatibilität anwend.-techn.
- 3.9 Einführungsaufwand
- 3.10 Betriebskosten
- 3.11 Datenschutz
- 3.12 Vertragsanpassung
- 3.13 SGB-Anpassung
- 3.14 Vertragliche Regelungen
- 3.15 Gesetzliche Regelungen

2.4 Beurteilung der Lösungsansätze aus Sicht der GKV und der KBV

Die Auswertung des von den einzelnen Organisationen gewichteten Kriterienkatalogs zeigt, dass die Beurteilung der technisch-organisatorischen Lösungsvarianten im gegenwärtigen Stadium von Erwartungshaltungen und Optimierungsstreben geprägt ist. Den Beweis bestimmter Vorteile oder quantitativer Nutzeffekte können erst konkrete Telematik-Szenarien in Modellprojekten oder Feldversuchen erbringen.

Unter diesen Vorbehalten gelangten die Vertreter der GKV und der KBV im ATG-Team „Elektronisches Rezept“ zu den folgenden begründeten Einschätzungen:

2.4.1 Flächendeckender Netzverbund

Der flächendeckende Netzverbund wird von den o.g. Organisationen als das langfristig beste Zielszenario herausgestellt. Er liegt im Urteil der GKV zwar in der medizinisch-pharmakologischen Bewertung gleichauf mit den anderen Varianten; aber in der administrativ-ökonomischen Gewichtung überwiegen aus Sicht der Kostenträger dessen Vorteile eindeutig. Auch bei der Frage von Umsetzbarkeit und Akzeptanz sieht die Kassenseite den Netzverbund vorn.

Seitens der KBV wird der Netzverbund in erster Linie wegen seiner medizinisch-pharmakologischen Vorteilhaftigkeit favorisiert. Die Ärzteschaft erwartet von dieser Lösung zudem eine besonders starke Verbesserung der Aktualität und Transparenz der Verordnungsdaten. In Sachen Umsetzbarkeit /Akzeptanz erhält der Netzverbund von der KBV allerdings schlechte Noten, weil die mangelnde Anwendungsreife und der hohe Kostenaufwand prohibitiv wirken könnte. Darüber hinaus wird

In der Beurteilung ergeben sich abweichende Prioritäten aus der jeweiligen Problemsicht der Spitzenorganisationen.

Ein Netzverbund gilt als qualitativer Quantensprung. Er verursacht hohen Aufwand und lässt sich nur mittelfristig realisieren.

erwartet, dass der Netzverbund größere Probleme bei der gesetzlichen und vertraglichen Anpassung bereitet.

2.4.2 Pendelkarte im Netzverbund

Die Pendelkarte als Trägermedium zwischen Arztpraxis und Apotheke mit einem Netzverbund unmittelbar nach der Dispensierung wird allgemein als Einführungs- und Übergangslösung betrachtet. Dieser Lösungsansatz bietet zwar nicht sofort die Vorteilsbreite des flächendeckenden Netzeinsatzes, gewährleistet jedoch den aufwärtskompatiblen Einstieg in hocheffiziente Kommunikationsstrukturen und Verfahrensabläufe. Aus GKV-Perspektive spricht für die Pendelkarte allenfalls die kurzfristige Einsetzbarkeit, um den Medienwechsel zum Papierrezept zu überbrücken. Nachteile sehen die Kassen in der Datenqualität, der Transparenz und im administrativen Rationalisierungseffekt im Vergleich zur direkten Netzankopplung bereits während der Verordnung des Arztes. Der ökonomische Vorteil der Kartenvariante erscheint im Hinblick auf die ansonsten erforderliche IT-Struktur marginal.

Im Urteil der KBV gibt es bei der Pendelkarte deutliche Abstriche in der medizinisch-pharmakologischen Vorteilhaftigkeit. Beim Ordnungsverhalten, bei der Arzneimittelsicherheit, der Fälschungssicherheit sowie der pharmakologischen Transparenz sind Karten für die Ärzteseite nur zweite Wahl, weil der Rezeptverordnung keine Online-Unterstützung zugrund liegt. Auch die Aktualität der Ordnungsstatistiken leidet darunter und wirkt sich aus Arztperspektive vergleichsweise negativ auf Transparenz und Steuerungsfähigkeit aus. Hinsichtlich Umsetzbarkeit und Akzeptanz vergibt die KBV der Pendelkarte allerdings die besten Noten, so dass der Abstand zum reinen Netzverbund per Saldo nur marginal ausfällt.

2.4.3 Versichertenkarte im Netzverbund

Die Krankenversichertenkarte als Trägermedium der ärztlichen Verordnung mit einem Netzverbund nach der Dispensierung des Apothekers liegt im Urteil der o.g. Spitzenorganisationen abgeschlagen auf dem letzten Platz. Entscheidend dafür ist der hohe Umstellungs- und Abstimmungsaufwand. Denn die zusätzliche Applikation des elektronischen Rezepts erfordert den Wechsel auf neue, komplexe Prozessorchipkarten, die nur bei zusätzlichen chipgestützten Anwendungen (Notfallinformation, Risikofaktoren etc.) wirtschaftlich sinnvoll sein könnten. Eine entsprechende Vorteilhaftigkeit für

Als Interimslösung mit off-line-Effekt im Netzverbund wird die Pendelkarte gesehen. Sie gilt als vergleichsweise kostengünstig und marktreif.

Eine neue, erweiterte Versichertenkarte müsste über das elektronische Rezept hinaus weitere Nutzeffekte besitzen, um den hohen Investitionsaufwand zu rechtfertigen.

den Patienten ist nahe liegend. Da zu derart tiefgreifenden Veränderungen jedoch kein Konsens absehbar ist, votieren GKV und KBV eindeutig gegen die Krankenversichertenkarte als Trägermedium für das elektronische Rezept. (Dies schließt allerdings nicht aus, dass die Krankenversichertenkarte nach § 291 SGB V im Netzverbund als Autorisierungsausweis verwendet wird.)

2.5 Beurteilung der Lösungsansätze aus Sicht der ABDA

Die Einschätzung der ABDA weicht in erster Linie deshalb von der Bewertung seitens der GKV und KBV ab, weil grundlegende, funktionale Aspekte anders beurteilt werden. So ist die ABDA der Meinung, dass eine Software-Signatur für das Rezept keinesfalls eingesetzt werden kann. Darüber hinaus ist sie der Überzeugung, dass sich ein hoher Nutzen dann erzielen lässt, wenn auch die mit dem Rezept verbundenen Applikationen „Legitimation der Zuzahlungsbefreiung“ und „Arzneimitteldokumentation“ realisiert werden.

Die Apotheker sehen in der Kombination des elektronischen Rezepts mit den oben genannten Zusatzapplikationen einen signifikant gesteigerten Gesamtnutzen, der den der Einzelanwendung deutlich übertrifft. Die heutige Krankenversichertenkarte ist dabei weder als Träger des Rezepts und der Arzneimitteldokumentation, noch als Träger der Legitimation für einen Zugriff auf Rezepte oder Arzneimitteldokumentation in Netzen geeignet. Die Alternativen Pendelkarte und Voucher sind zwar grundsätzlich gangbar. Sie erreichen jedoch eine suboptimale Kosten-Nutzen-Relation, weil sie nur den Transaktionsprozess des Rezepts unterstützen, nicht jedoch die Legitimation der Zuzahlungsbefreiung und die Arzneimitteldokumentation. Eine „reine Netzlösung“ scheidet nach Ansicht der ABDA in den nächsten Jahren aus, weil dazu die Patienten mit mobilen, telekommunikationsfähigen Datenendgeräten ausgestattet werden müssten. Deshalb ist zwischen Arzt und Apotheker die physische Übertragung des Rezepts durch den Patienten erforderlich. Eine denkbare Alternative ist, dass der Patient auf einer Chipkarte nur die Zugriffslegitimation für den Apotheker physisch überbringt, während die Nutzdaten des Rezepts über Transport-Server für den Apotheker bereitgestellt werden. In jedem Fall sind dann eine neue Generation der Krankenversichertenkarte und entsprechende Kartenterminals erforderlich.

Die ABDA beurteilt grundlegende funktionale Aspekte anders als GKV und KBV. Sie hält deshalb die Erstellung eines Arbeitspapiers für unabdingbar.

Der Nutzen des ERezepts wird vor allem durch die Einbeziehung der Arzneimitteldokumentation und der Legitimation der Zuzahlungsbefreiung erreicht.

Aufgrund des relativ geringen Datenvolumens eines Rezepts sieht die ABDA eine höhere Systemsicherheit (Offline-Fähigkeit) bei niedrigen Kosten dann gegeben, wenn das gesamte Rezept zwischen Arzt und Apotheker per Chipkarte übertragen wird. Die noch nicht abschließend spezifizierte „anfordernde Kommunikation“, ein Verfahren zur dezentralen Online-Kommunikation, findet besondere Beachtung im Zusammenhang mit möglichen politischen Konsensfindungsprozessen.

2.6 Beurteilung der Lösungsansätze aus Sicht der PKV

Die Notwendigkeit einer Optimierung und qualitätsverbessernden elektronischen Abwicklung des Verordnungsverfahrens wird auch von den privaten Krankenversicherungen (PKV) gesehen. Der PKV entsteht ein erheblicher Aufwand zur Aufbereitung der eingereichten Verordnungsblätter. Hier fallen im Verhältnis ebenso große Bearbeitungskosten wie auf dem GKV-Sektor an. Verschärft wird die Problematik dadurch, dass es zwar einheitliche und standardisierte Verordnungsblätter gibt, diese aber mangels gesetzlicher Grundlage nicht benutzt werden müssen und deshalb nur einen geringen Verbreitungsgrad haben. Ähnlich ist die Situation bei der Anwendung der Card für Privatversicherte und damit einer wichtigen Komponente zur Datenübernahme.

Der Abrechnungsdatenfluss ist insofern variantenreich, als es Beitragsrückerstattungen sowie Selbstbehalte gibt und für eine Person mehrere Kostenträger (z.B. Beihilfestellen und die private Krankenversicherung) in Frage kommen können.

Der Zwang der Privatversicherten, direkt zahlen zu müssen, erzeugt die Notwendigkeit, sie stärker in den Datenfluss einzubinden. Sie entscheiden jedoch selbst, ob der Kostenträger Einblick in ihre Verordnungsdaten haben soll. Dies kann z.B. in der ersten Lösungsvariante wie bei der Autorisierung des Apothekers zur Weiterbearbeitung des Verordnungsdatensatzes realisiert werden. Für Statistiken sollte dem PKV-Verband ähnlich wie der GKV-Seite ein quasi-anonymisierter Zugriff auf die Rezeptdaten gewährt werden, um das Verordnungsverhalten insgesamt vollständig und zeitnah beurteilen zu können.

Alle Varianten bringen erhebliche Vorteile im Vergleich zum papierbasierten Verfahren. Als optimal wird die Variante 1 angesehen, da mit deren vollständiger Realisierung alle Schwachpunkte des jetzigen Verfahrens eli-

Auch die PKV sieht im ERezept einen guten Rationalisierungsansatz. Die spezifischen PKV-Erfordernisse sind in die vorliegenden Konzept integrierbar.

Die PKV bewertet die Lösungsansätze ähnlich wie die GKV und KBV. Die Einführung des Netzverbands sollte stufenweise erfolgen.

miniert werden. Lediglich der hohe Aufwand und die lange Einführungsphase sprechen gegen diese Lösung. Hinsichtlich Kosten und Akzeptanz wird die Variante 2 bevorzugt, zumindest was eine Test- und Einführungsphase angeht. Denn über den Zwischenschritt der Variante 2 kann durchaus das Idealziel der Variante 1 angestrebt werden.

Eine neue, erweiterte Versichertenkarte im Netzverbund hängt von zu vielen Einflussfaktoren und Unwägbarkeiten ab und würde große Aufwände bzw. Kosten mit sich bringen.

Per saldo besteht grundsätzliche Einigkeit in der Zielsetzung eines „elektronischen Rezepts“ als betriebswirtschaftlich und volkswirtschaftlich sinnvolles Startprojekt für eine übergreifend abgestimmte IT-gestützte Kommunikationsstruktur im Gesundheitswesen. Nach Überzeugung des ATG-Teams ist die Zeit reif, dem „elektronischen Rezept“ zum Durchbruch zu verhelfen, um die in Kapitel 1 dieses Papiers dokumentierten Defizite auszuräumen und die in Kapitel 2 in Aussicht gestellten Nutzeffekte mittelfristig zu erzielen. Die teils kontroverse Beurteilung der schwerpunktartig anzustrebenden Nutzeffekte, der technischen Implementierung und der organisatorischen Festlegungen begründet die Notwendigkeit klärender Abstimmprozesse auf Spitzenverbandsebene.

Die Zeit ist reif für das elektronische Rezept. Realisierungsdetails sind abzustimmen.