

## **Das eRezept, die Wiederbelebung einer Fehlgeburt**

Politiker haben selten Fachwissen. Manche haben Visionen. Dazu gehört auch die Vorstellung, man könne mit der Digitalisierung den Fachkräftemangel beheben. Oder die Vorstellung, man sollte alles, was möglich ist, auch digitalisieren, auch in der Medizin, dann käme es zwangsläufig zum Fortschritt.

### **Ärzte und Digitalisierung**

Um Irrtümern vorzubeugen: Wir Ärzte sind keinesfalls gegen die Digitalisierung. Im Gegenteil, da, wo sie hilfreich und wirtschaftlich ist, haben wir sie aus eigenem Antrieb und auf eigene Kosten immer gleich eingeführt. Und es sei hier daran erinnert, dass letztlich alle computergestützten Geräte und Programme in der Medizin nur mit direkter Unterstützung von Ärzten, Zahnärzten und Apothekern überhaupt erst möglich wurden.

Digitalisierung kann niemals ein Ziel sein, sie ist immer nur das Mittel zum Zweck. Zeit- und Informationsgewinn, Mehrwert, Zuverlässigkeit und Sicherheit sind solche Zwecke. Ist Digitalisierung aber immer und überall sinnvoll? Sie erfordert stets Investitionen von Mitteln und Zeit. Darum sollte man zuvor immer auch die erhoffte Wirtschaftlichkeit und die sich ändernden Umstände für die Betroffenen bedenken. Bei dem Projekt eRezept geht es am Rande auch um Kosten, geht es aber auch um Ärzte, Zahnärzte und Apotheker und um ihre Arbeitsabläufe. Vor allem aber geht es um die Empfänger eines jeden Rezepts; ob man sie nun Bürger, Versicherte oder Patienten nennt, um Kranke.

### **Das herkömmliche Verfahren**

Gegenwärtig liefern die Krankenkassen ihren Vertragsärzten die Rezeptvordrucke, die Ärzte erstellen dann (meistens, nur wenige Rezepte werden noch per Hand beschrieben) per Computer digital die Verordnungen. Computergestützt werden die Verordnungen dabei geprüft, dann auf die Rezeptformulare gedruckt, also analogisiert. Der Arzt kontrolliert selbst auch noch die Rezepte und unterschreibt sie dann. Mit seiner Unterschrift übernimmt er die Verantwortung und bei Fehlern und Nebenwirkungen ggf. auch noch die Haftung. Die Rezepte selbst werden den Patienten bzw. einem Beauftragten übergeben und dann zur Apotheke gebracht. Dort werden die Rezepte eingescannt, stehen für weitere Analysen also wieder digital zur Verfügung. Um die Einsparung des Druck- und Scanvorgangs, um diesen sogenannten Medienbruch, geht es bei der Vorstellung mancher Politiker und Informatiker von einem eRezept. Die papiernen Rezepte der gesetzlich Versicherten werden in den Apotheken einbehalten, durchlaufen noch verschiedene Stationen und werden letztlich recycelt.

### **Die Wirtschaftlichkeit**

Das Gutachten von Booz/Allen/Hamilton aus 2006, von der gematik in Auftrag gegeben, beschäftigt sich (ab Seite 155) sehr detailliert mit digitalen Verordnungen, auch mit dem eRezept auf der eGesundheitskarte, berechnet dabei sogar minutiös die Personalkosten des herkömmlichen Verfahrens. Letztlich erkennt das Gutachten dennoch („keine Bewertung eines monetären Nutzungspotentials“) keinen wirtschaftlichen Nutzen eines solchen eRezepts. Für die Mitglieder der PKV, die ihre Rezepte zur Kostenerstattung zurück bekommen, brächte ein eRezept Probleme. Soweit zum Gutachten.

Ursprünglich wollte man das herkömmliche Rezept ganz abschaffen. Dies wiederum wäre aber für viele Patienten, Praxen und Kliniken völlig unpraktikabel. Man denke nur an so häufige Situationen wie Haus- und Heimbesuche, an Notfälle und an die Verordnung von Sucht- und Betäubungsmitteln. Bei einem Nebeneinander beider Systeme würden, so die bisherigen Erfahrungen aus Testläufen, die meisten Praxen und Patienten das herkömmliche Verfahren wählen, ein eRezept wäre da nur eine Randerscheinung.

Die heute wieder erhobenen Forderungen nach einem eRezept werden meist sehr nebulös gehalten, wahrscheinlich, weil ein vollständiger Ersatz des herkömmlichen Rezepts nicht möglich ist, weil ein Nebeneinander beider Systeme unwirtschaftlich wäre und weil es für diesen Widerspruch keine Lösung gibt.

### **Die Arbeitsabläufe in den Praxen**

Das Gutachten geht auch auf die Änderung der Abläufe in den ärztlichen und zahnärztlichen Praxen ein. Zur qualifizierten sicheren elektronischen Signatur müsste der Arzt bei jeder Signatur jeweils seine PIN eingeben, was bei bis zu 100 Wiederholungsrezepten, wie sie in manchen Praxen pro Tag anfallen, unzumutbar ist. Tatsächlich hat dann auch in späteren Tests, wie der im BMG für Grundsatzfragen der Gesundheitspolitik und Telematikanwendungen Zuständige mitteilte, das Erstellen des eRezepts wegen der zeitaufwendigen Signatur immer mehr Zeit gebraucht als das Erstellen eines herkömmlichen Rezepts.

Die Tests haben aber auch gezeigt, dass eRezepte die Arbeitsabläufe in den Arztpraxen spürbar komplizieren. Dies und der größere Zeitaufwand des Arztes würden letztlich dazu führen, dass in vielen Praxen das Ausstellen und Signieren von eWiederholungsrezepten den nichtärztlichen Mitarbeitern übertragen würde, eine für die Arzneimittelsicherheit und für die Rechtssicherheit des Arztes gefährliche Entwicklung.

### **Die Arzneimittelsicherheit**

Kein Mensch kann über Jahre und Jahrzehnte fehlerfrei arbeiten. Auch Ärzte machen Fehler, auch beim Ausfüllen oder Unterschreiben eines Rezepts, Fehler, die aber zum Glück nicht immer zu Schäden führen. Mitunter ist es die nicht vermerkte Zuzahlungsbefreiung, mitunter ist es „nur“ das gleiche Medikament vom anderen Hersteller, mitunter ist es ein nicht mehr verfügbares Mittel, mitunter ist es „nur“ die nicht mehr aktuelle Dosierung, mitunter fehlt bei der gleichzeitigen Verordnung vieler Medikamente ein Medikament, mitunter hat sich ein Schreibfehler eingeschlichen und das ähnlich lautende Medikament hat eine völlig andere Wirkung. Da ist der Blick des Patienten auf das Rezept eine selbstverständliche, eine wichtige und eigentlich unverzichtbare Kontrolle. Ein eRezept ließe sich vom Patienten nicht mehr kontrollieren, was für die Arzneimittelsicherheit gefährlich wäre.

### **Die Handhabbarkeit bei den Patienten**

Alle Betrachtungen zum eRezept beziehen sich bisher auf eine erhoffte Wirtschaftlichkeit, wie man sie von der Digitalisierung und von Automatisierungsprozessen der Industrie kennt, auf den Nutzen für die Krankenkassen (die PKV ist längst aus diesem Projekt ausgestiegen) und auf die Arbeitsabläufe und Kosten bei Ärzten und Apothekern. Dass sich auch für die Kranken mit einem eRezept wesentliche Umstände ändern, ist in der Diskussion um ein eRezept aber bisher leider völlig unberücksichtigt geblieben. Dabei geht es im Gesundheitswesen aber doch vor allem um sie, geht es bei jedem Rezept doch vor allem um Hilfe für Kranke, Alte und Behinderte:

Als Datenträger für das eRezept war die elektronische Gesundheitskarte vorgesehen, gesichert durch die PIN des Versicherten. In den Fällen, in denen der Kranke jedoch nicht so mobil ist, selbst den Arzt und danach die Apotheke aufzusuchen, das trifft vor allem bei Multimorbiden und bei den vielen Wiederholungsrezepten zu, müsste er seine eGK und die PIN aus der Hand geben, womit die Sicherungsfunktion der PIN für die Daten auf der eGK und gegen den Missbrauch der eGK aufgehoben wäre.

### **Die Versandapotheken**

In- und ausländische Versandapotheken, obwohl umstritten, bieten für viele Menschen auch eine Entlastung von Weg und Kosten, benötigen für verschreibungspflichtige Arzneimittel

jedoch stets das Original-Rezept. Mit einem eRezept, gespeichert auf der eGK, würden für diese Apotheken wesentliche Teile ihrer Geschäftsfelder entfallen, da wären sicher langwierige Rechtsstreitigkeiten zu erwarten, die bei ausländischen Apotheken letztlich wohl bis zum Europäischen Gerichtshof gehen dürften.

### **eRezepte ohne Datenträger**

Neuere Vorstellungen, man müsse nun nach Zulassung von Fernbehandlungen und Video-Konsultationen auch eRezepte ohne Datenträger zulassen, also Verordnungen, die per Internet bevorzugt gleich der Apotheke zugestellt werden, vernachlässigen das Recht der Versicherten, die Apotheke frei zu wählen, vernachlässigen elementare Anforderungen an den Datenschutz und lassen daher einen massiven Anstieg von Rezeptfälschungen, vor allem bei Betäubungsmittel-Rezepten, einen Anstieg von Cyber-Kriminalität erwarten. Solche Vorstellungen vergessen aber vor allem, dass viele Krankheiten zu erheblichen Einschränkungen normaler Vorgänge führen, vergessen, dass Kranke, Alte, Bildungsschwache und Behinderte bisher schon unverhältnismäßig oft Kommunikationsprobleme haben, dass diese Menschen mit den digitalen Medien kaum, kaum noch oder nicht mehr umgehen können. Feldversuche haben gezeigt, dass sie oft schon mit dem Merken einer PIN überfordert sind. Da ist zu erwarten, dass ein solches virtuelles eRezept nur von einer Minderheit junger, internetaffiner und leichtkranker Menschen genutzt würde. Dafür dürfte sich der Aufwand wohl kaum lohnen.

### **Das Grundgesetz und Behinderte**

*Zitat: Grundgesetz, Artikel 3, Abs. 3, Satz 2: „Niemand darf wegen seiner Behinderung benachteiligt werden.“*

Es geht in der Medizin nicht um junge, computeraffine und gesunde Menschen, es geht vor allem um Kranke, Alte und Behinderte. Da sind eGK, eRezept und ePA eine für etliche Personengruppen (motorisch Gestörte, anderweitig schwer Erkrankte, Seh- und Leseschwache, Alte und Behinderte) eine schwer zu beherrschende bzw. völlig unpraktikable Technik. Diese Menschen stellen aber einen beachtlichen und gleichberechtigten Anteil unserer Bevölkerung dar; ihre Lebensbedingungen sind zu verbessern, dürfen keinesfalls verschlechtert werden.

Ärzte vertreten aber auch und vor allem die Interessen ihrer Schutzbefohlenen; deshalb ist es angebracht, hier auf eine durch das eRezept zu erwartende Benachteiligung Behinderter hinweisen; eine solche wäre grundgesetzwidrig.

### **Fazit**

Es ist das eRezept doch aus gewichtigen Gründen schon vor Jahren aus der Planung des Telematik-Infrastruktur-Projekts gestrichen worden. Wenn es nun von verschiedener Seite immer wieder in die Diskussion über eine weitere Digitalisierung im Gesundheitswesen eingebracht wird, sollte man die Gründe hinterfragen. Manchmal stecken dahinter sehr materielle Interessen der IT-Industrie, manchmal bei gutem Willen (nur) eine mangelnde Kenntnis medizinischer Arbeitsabläufe, manchmal ist es in Zusammenhang mit dem Begriff der Digitalisierung eine blinde Fortschrittsgläubigkeit.

Antibiotika sind segensreich. Aber sie sind doch wohl nicht bei jeder Krankheit angebracht. Auch die Digitalisierung in der Medizin ist segensreich, verspricht Fortschritt und Wirtschaftlichkeit, auch in der Medizin. Ja. - Aber sie kann und wird nicht immer den Arzt ersetzen. Man denke da z. B. an die Inspektion eines Kranken, an körperliche Untersuchungen, an die Schmerzlinderung, an die Geburtshilfe, an die Unfallchirurgie, an viele große Operationen und an die Reanimation, man denke auch an die Psychotherapie. Und man vergesse letztlich auch die Sterbebegleitung und die ärztliche Leichenschau nicht. Da

kann man in der Medizin nicht alles technisieren, digitalisieren und automatisieren. Die Medizin kennt, weit mehr als bspw. die Industrie, viele Grenzen, Da lässt sich eine Fehlgeburt nicht reanimieren. Wer das versuchen wollte, verschwendet Zeit und Reccourcen. Wie beim eRezept.

### **Literatur**

Auf Anforderung vom Autor: klaus-guenterberg@gmx.de

### **Interessenkonflikt**

Der Autor versichert, dass kein Interessenkonflikt besteht.  
Im Gegenteil, er ist neben seiner ärztlichen Tätigkeit seit 1982 mit der Einführung und Nutzung der Informatik in Gynäkologie und Geburtshilfe befasst.

Dr. med. Klaus Günterberg  
Facharzt für Gynäkologie und Geburtshilfe  
Hönower Str. 214  
12623 Berlin

Publiziert in etwas verkürzter Fassung: Der niedergelassene Arzt. Heft 3/2019