

Determinanten der Implementierung einer elektronischen Rezeptanwendung – eine qualitative Studie

Determinants of the Implementation of an Electronic Prescription Application – a Qualitative Study

Birger Möller, Jost Steinhäuser, Michail von Solodkoff, Christoph Strumann

Hintergrund

Ab Januar 2022 sollen Ärzt*innen in Deutschland verpflichtet werden, Verordnungen elektronisch auszustellen. Dem sogenannten E-Rezept wird eine Schlüsselrolle zur digitalen Vernetzung im Gesundheitswesen zugesprochen. Ziel der Studie war es, auf Basis von Erfahrungen des Modellprojekts „GERDA“ (der Geschützte E-Rezept-Dienst der Apotheker), Barrieren und fördernde Faktoren für die Nutzung von E-Rezepten aufseiten von Ärzt*innen und Apotheker*innen zu explorieren.

Methoden

Es wurden Ärzt*innen und Apotheker*innen aus Schleswig-Holstein und Baden-Württemberg mit unterschiedlichen Erfahrungen zum E-Rezept mithilfe eines teilstandardisierten Interviewleitfadens befragt. Die Interviews wurden inhaltsanalytisch nach Mayring ausgewertet.

Ergebnisse

Insgesamt nahmen 26 Proband*innen an den Interviews teil (MW = 54,3 Jahre; SD = 8,9; min: 30 J., max: 71 J.), der Anteil der Teilnehmerinnen betrug 33 %. Die Teilnehmenden sahen vor allem die Anbindung zur elektronischen Patientenakte (ePA) und die damit einhergehende verbesserte Patientensicherheit als einen großen Vorteil des E-Rezepts an. Als förderlich wurde zudem eine Vergütung der anstehenden Anschaffungskosten für Hard- und Software gesehen. Als größte Barriere wurde u.a. eine Gefährdung der freien Apothekenwahl durch die unkomplizierte Übermittlung von Rezepten an den ausländischen Versandhandel benannt. Zur Auflösung von genutzten rechtlichen Grauzonen wurde u.a. der Wegfall von gefaxten Rezepten benannt, welcher den Patient*innen einen zeitlichen Vorteil ermöglichen könnte.

Schlussfolgerungen

Trotz vieler Bedenken sahen die Befragten Vorteile bei der Nutzung von digitalen Verschreibungen, besonders im Hinblick auf eine bessere Vernetzung zwischen Ärzt*innen und Apotheker*innen. Es gilt im nächsten Schritt die geplante Einführung im Januar 2022 zu begleiten, um auf Änderungen des Nutzungsverhalten und Bedürfnisse eingehen zu können.

Schlüsselwörter

E-Rezept; E-Health; Telemedizin; Digitalisierung; Versorgungsforschung

Background

From January 2022, physicians in Germany are obliged to issue prescriptions electronically. The so-called e-prescription is considered to play a key role to promote the digital connection within the healthcare sector. The aim of the study was to identify barriers and positive factors for the use of e-prescriptions for doctors and pharmacists, based on experience gathered from the „GERDA“ project.

Methods

Doctors and pharmacists from Schleswig-Holstein and Baden-Württemberg with different experiences with e-prescriptions were interviewed using a semi-structured interview guide. The interviews were analyzed by using the qualitative content analysis by Mayring.

Results

A total of 26 participants were interviewed (mean = 54.3 years; SD = 8.9; min: 30 y., max: 71 y.), the proportion of female participants was 33 %. The interviewees considered the connection to the electronic patient file (ePA) and the associated improved patient safety as a major advantage of e-prescriptions. Among other things, a reimbursement of the pending acquisition costs for hardware and software was beneficial. However, participants considered the threat of losing free choice of pharmacies through the convenient transmission of prescriptions to the foreign mail order businesses as a barrier. To resolve existing legal gray areas, the elimination of faxed prescriptions was named, which could result in time advantages for the patients.

Conclusions

Despite many concerns, the respondents appraised advantages using e-prescriptions, especially with regard to a better network of doctors and pharmacists. The next step is to accompany the planned introduction in January 2022 to be able to respond to changes in patient behavior and needs.

Keywords

e-prescription; e-health; telemedicine; digitalization; health services research

Hintergrund

Die Digitalisierung in der Medizin wird als ein ambivalenter, jedoch wichtiger Schritt angesehen, um die absehbare Mehrarbeit in der Medizin aufgrund steigender Patientenzahlen und der Ökonomisierung im Gesundheitssystem bewältigen zu können [1]. Digitalisierte Anwendungen haben durch die SARS-CoV-2-Pandemie einen neuen erheblichen Aufschwung in der ambulanten Versorgung erfahren [2]. Bei der Implementierung digitalisierter Anwendungen müssen eine Vielzahl von Themen bedacht werden. Diese reichen von strukturellen Gesichtspunkten wie einer flächendeckenden Verfügbarkeit und Bandbreite für eine hohe Datengeschwindigkeit bis hin zu inhaltlichen, z.B. dem Datenschutz [3].

Eine elektronische Verordnung von Arzneimitteln und -formen soll künftig die bisherige Lücke in der telemedizinischen Betreuung von Patient*innen in Deutschland schließen, sofern diese im Rahmen einer Videosprechstunde ein Rezept verschrieben bekommen müssen. Während elektronische Verordnungssysteme in vielen Ländern bereits vollständig etabliert sind, ist die Einführung in Deutschland noch nicht abgeschlossen. 19 europäische Mitgliedsstaaten hatten bis 2018 ein elektronisches Rezept eingeführt [4]. Spitzenreiter bei der Umsetzung der digitalen Verordnung sind insbesondere Nord- und Südeuropa, wobei Finnland mit ausschließlich digitalen Verordnungen aktuell den Spitzenplatz belegt [5].

Ab Januar 2022 sollen Ärzt*innen durch das Patientendaten-Schutz-Gesetz (PDSG) in Deutschland verpflichtet werden, Verordnungen grundsätzlich elektronisch auszustellen. Das 2019 in Kraft getretene PDSG für mehr Sicherheit in der Arzneimittelversorgung legte die Grundlagen für die Einführung des E-Rezepts, welches ursprünglich bereits 2004 eingeführt werden sollte [6]. So sind elektronische Verordnungen in Deutschland bisher nur ein Thema für Modellprojekte [7].

Eines dieser Modellprojekte war der geschützte E-Rezept-Dienst der Apotheken (GERDA), welches von November 2019 bis April 2020 in Ba-

den-Württemberg etabliert und in das telemedizinische Projekt „docdirekt“ integriert wurde. Das Projekt „docdirekt“ der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW) erprobte zwischen April 2018 und April 2020 die ausschließliche Fernbehandlung [8].

Ein wesentliches Thema, um Modellprojekte über die Pilotphase hinaus zu etablieren, ist es, frühzeitig die Determinanten einer möglichen Implementierung zu erheben, zum Beispiel indem Barrieren und fördernde Faktoren der Akzeptanz evaluiert werden [9]. Diese und andere Aspekte, die für eine erfolgreiche Implementierung benötigt werden, werden im *Model for Assessment of Telemedicine Applications* (MAST) adressiert, welches im europäischen Raum ein etabliertes Instrument zur Bewertung telemedizinischer Anwendungen darstellt [10]. Das MAST beinhaltet Sicherheitsaspekte (z.B. Qualität der Versorgung), die klinische Effektivität, die Patienten- und Anwenderperspektive, die Organisationsperspektive (in der soziokulturelle, ethische und juristische Aspekte eine Rolle spielen) sowie ökonomische Analysen. Im Fall vom Modellprojekt „GERDA“ orientierten wir uns vornehmlich an der Anwenderperspektive und den Sicherheitsaspekten, um eine mögliche reibungslose Implementierung dieser telemedizinischen Anwendung zu unterstützen.

Vor diesem Hintergrund war das Ziel dieser Studie, Barrieren und fördernde Faktoren für die Nutzung von E-Rezepten aufseiten von Ärzt*innen und Apotheker*innen mithilfe von qualitativen Einzelinterviews zu explorieren.

Methoden

Zur Exploration von Determinanten für die Beteiligung an einem Versorgungsmodell, das eine elektronische Verschreibung von Medikamenten miteinschließt, sowie von rechtlichen Grauzonen, die bei einer Entwicklung einer digitalen Anwendung gelöst werden müssten, wurden qualitative Forschungsmethoden eingesetzt. Hierzu war eine Kombination aus Interviews und Fokusgruppen geplant. Aufgrund der COVID-19-Pandemie

musste auf Fokusgruppen verzichtet werden. Es wurden daher nur Einzelinterviews mit Ärzt*innen und Apotheker*innen unter Berücksichtigung der COREQ-(*Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research*)-Richtlinie für qualitative Studien durchgeführt [11].

Sampling

Die zu interviewenden Personen wurden aufgrund ihrer unterschiedlichen Erfahrungen zum E-Rezept ausgesucht: In Schleswig-Holstein, wo es zum Zeitpunkt der Studie kein Modellprojekt zum E-Rezept gegeben hat, wurden niedergelassene Hausärzt*innen sowie Apotheker*innen interviewt. Für Patient*innen aus Baden-Württemberg, aus dem Landkreis Tuttlingen und der Stadt Stuttgart gab es bereits die Möglichkeit, ein elektronisches Rezept im Rahmen der telemedizinischen Beratung zu erhalten. Folglich wurden aus Baden-Württemberg Teilnehmer*innen eingeschlossen, die als Teleärzt*innen an dem Modellprojekt „docdirekt“ beteiligt oder in einer Apotheke tätig waren, die sich an dem Modellprojekt GERDA hätte beteiligen können. Hierzu wurde von der Landesapothekerkammer und dem Landesapothekerverband Baden-Württemberg der „Fachdienst Rezeptspeicher“ mit dem Namen GERDA eingerichtet und Apotheken aus diesen Regionen waren aufgerufen, sich an GERDA zu beteiligen. Die Teilnehmer*innen der Erhebung wurden durch die KVBW (an docdirekt beteiligte Teleärzt*innen (TA)), die Landesapothekerkammer Baden-Württemberg (Apotheker*innen (APO BW)), die Landesapothekerkammer Schleswig-Holstein (Apotheker*innen SH (APO SH)) sowie durch das Institut für Allgemeinmedizin in Lübeck (Hausärzt*innen (HA)) mittels eines schriftlichen Aufrufes zur Teilnahme an der Studie gewonnen, indem die Studienziele dargelegt wurden. Weitere Probanden wurden mittels Konvenienz-Sampling aus der näheren Umgebung rekrutiert. Insgesamt wurden 336 Probanden angeschrieben. Die finale Fallzahl ergab sich durch einen theoretischen Sättigungseffekt bei den getroffenen Aussagen in den durchgeführten Interviews.

Datenerhebung

Die Befragung der Probanden erfolgte mithilfe eines zuvor entwickelten, teilstandardisierten Interviewleitfadens. Die Interviews wurden von zwei Medizinstudierenden und einem wissenschaftlichen Mitarbeiter des Instituts für Allgemeinmedizin der Universität zu Lübeck, im Zeitraum von Dezember 2019 bis August 2020, telefonisch (in der Apotheke/Arztpraxis oder Zuhause) durchgeführt.

Die Einzelinterviews wurden im geschützten Rahmen durchgeführt und anschließend pseudonymisiert und boten somit die Chance persönliche Meinungen der Befragten jenseits eines möglichen sozialen Gruppendrucks zu erkunden.

Datenauswertung

Die Interviews wurden mit einem digitalen Diktiergerät aufgenommen und rein orthographisch transkribiert. Das Material wurde anschließend mittels strukturierter Inhaltsanalyse nach Mayring ausgewertet [12]. Die Entwicklung der Kategorien basierte zunächst auf den Fragen (deduktiv), die im Leitfaden aufgeführt sind (siehe Online-Supplement). Darüber hinaus wurden Kategorien anhand des Textes extrahiert (induktiv). Belegzitate dienten der Veranschaulichung der gebildeten Kategorien. An der Entwicklung des Kategorienschemas waren drei männliche Personen beteiligt (BM: Medizinstudent, MvS: Medizinstudent, CS: Gesundheitsökonom). Zur Unterstützung wurde das Softwareprogramm f4analyse, Version 2.5.5 EDUCATION (Audiotranskription Dr. Dresing & Pehl GmbH, Marburg) herangezogen. Nach den separaten Kodierungen wurden in einem gemeinsamen Konsensmeeting ein Kodierschema diskutiert und anschließend final in der Projektgruppe mit JS (Allgemeinarzt, erfahren mit qualitativen Studien) besprochen. Das so entstandene finale Kodierschema wurde auf das Interviewmaterial angewendet

Ergebnisse

Insgesamt wurden Interviews mit 26 Teilnehmer*innen geführt, welche sich aus zehn Teleärzt*innen, die an „docdirekt“ beteiligt waren (sieben Allgemeinmediziner*innen

und drei Pädiater*innen), neun Apotheker*innen und sieben niedergelassene Hausärzt*innen zusammensetzten. Das durchschnittliche Alter der Teilnehmenden betrug 54,3 Jahre (SD = 8,9; min: 30 J., max: 71 J.), der Anteil der weiblichen Teilnehmer*innen betrug 33 %. Die Interviews dauerten im Mittel 28 Minuten (min: 12 Min., max. 60 Min.).

Insgesamt konnten 14 Kategorien mit 32 Unterkategorien in den drei Themenfeldern „fördernde Faktoren“, „Barrieren“, und „rechtliche Grauzonen“ bei der Nutzung eines E-Rezeptes zugeordnet werden (Tab. 1).

Fördernde Faktoren

Förderlich für die Nutzung von E-Rezepten empfanden die Teilnehmer*innen die Zeitersparnis, die ohne zu hohen bürokratischen Aufwand einhergehen sollte. Die Teilnehmenden sahen einen deutlichen zusätzlichen Zeitgewinn in der möglichen Auslösung der Bestellung bereits vor Eintreffen von Patient*innen.

„[...] , dass wir es schon virtuell haben und die Bestellung schon auslösen können, also einen deutlichen Zeitgewinn, der ist nicht von der Hand zu weisen, das funktioniert über das E-Rezept deutlich besser als heute.“ (HA 1)

Einige Befragte sahen durch die Möglichkeit des Einlösen einer digitalen Verschreibung eine Chance zur Gewinnung von Patient*innen durch einen besseren Service, den man den Patient*innen bieten kann.

„Und vielleicht merken die Apotheker dann auch, dass sie natürlich vom Prinzip her mehr Kunden gewinnen können, weil sie eben nicht zweimal kommen müssen oder, weil die halt in der Umgegend sind, wo ist die Apotheke, die es macht, dann geh ich dahin. Also das werden die Apotheker schon machen.“ (APO SH 6)

Als Vorteil bei der Arbeit mit E-Rezepten sahen die Teilnehmenden die geplante Vernetzung zwischen Ärzt*innen und Apotheker*innen durch die elektronische Patientenakte (ePA) und dem digitalen Medikamentenplan. Hierdurch lässt sich die Verschreibung und Behandlung von polypharmazierten Patient*innen verbessern und eventuelle Interaktionen und Nebenwirkungen reduzieren.

Der Medikamentenplan sollte Patient*innen nach Möglichkeit zwar zugänglich, aber nicht eigenständig veränderbar sein.

„[...] , wenn der jeweilige Patient, der das auf sein Smartphone kriegt auch sein Medikamentenplan mitdraufhat, einen aktuellen. Denn dann könnt die Apotheke oder jeder der mal was verordnet ja auch einmal drüber schauen und sieht dann wenigstens, was der so alles nimmt und das müsste dann natürlich so sein, dass der Patient das nicht selbstständig verändern kann.“ (HA 10)

Als einen weiteren fördernden Faktor sahen die Beteiligten eine zusätzliche Vergütung von extrabudgetären Kosten bei der Einführung der digitalen Hard- und Software, um die finanzielle Belastung der Apotheken gering zu halten, da eine Mehrvergütung bei der Arbeit mit E-Rezepten nicht vorgesehen ist.

„[...] einer Form von Vergütung für die entstandenen Extrakosten geben würde, wäre das natürlich noch viel besser. Denn man muss ja auch noch berücksichtigen, alle Arten von technischen Neuerungen kosten in erster Linie Geld und bringen auch erstmal gar nichts ein. Das haben wir zuletzt ja auch mit vielen anderen Neuerungen gesehen.“ (APO SH 3)

Barrieren

Als besorgniserregend empfanden die Teilnehmenden die geplante Übermittlungsmöglichkeit bei der Einführung des E-Rezeptes und dem damit möglichen Schritt der schnellen und unkomplizierten Übermittlung von Rezepten an den ausländischen Versandhandel. Die daraus resultierende Existenzangst stuften die Befragten als hoch ein.

„[...] diesen Token kann er in dieser App dann eben mit ein, zwei Klicks oder wischen eben direkt an < Onlineapotheke > und Co. weiterleiten, dann ist natürlich die öffentliche Apotheke ziemlich außen vor und das bedroht uns natürlich dann unter Umständen schon existenziell.“ (APO BW 4)

Als weitere Hürde nannten die Teilnehmer*innen die geplanten und zu gering ausfallenden Fördermöglichkeiten und die daraus mögliche resultierende finanzielle Belastung bei der Investition in digitale Technik im Rahmen der Arbeit mit E-Rezepten durch Dachverbände, welche

Themenfelder	Kategorien/Determinanten	Unterkategorien	Benannt durch		
Fördernde Faktoren	Vernetzung	Verordner ↔ Apotheke	HA	APO	
		Anschluss an digitale AU	HA		
		Anschluss zur ePA	HA	APO	
	Notwendigkeit	Möglichkeit zur Kundengewinnung		APO	
		Flächendeckende Anwendung		APO	
	Informationspolitik	Verlässliche Aussagen		APO	
		Flächendeckende Informationspolitik		APO	
	EDV	Uneingeschränkte freie Apothekenwahl		APO	
		Benutzerfreundlichkeit	HA	APO	
		Gute Systemkompatibilität	HA	APO	
		Schulungsbenefit durch Generationsmix	HA	APO	
	Zeitersparnis	Zeitersparnis	HA	APO	TA
		Beschleunigte Abläufe	HA	APO	
	Vergütung	Förderung	HA	APO	TA
		Wertsteigerung des Unternehmens		APO	
KV-Refinanzierung		HA			
Barrieren	Finanzielle Belastung	Fehlende Förderung	HA	APO	
		Investitionsmüdigkeit aufgrund Alter		APO	
		Schulungskosten	HA	APO	
		Unklarer Investitionsrahmen	HA	APO	
	EDV	Fehlende Schnittstelle durch Softwareanbieter		APO	
		Komplexe Software		APO	
		Fehlende Schulung durch Anbieter		APO	
	Existenzbedrohung	Starke Konkurrenz durch Versandhandel		APO	
	Mehraufwand	Aufklärung der Kundschaft	HA	APO	
		Integrationsprobleme in den Geschäftsalltag	HA	APO	TA
		Schulung der Mitarbeiter	HA		TA
	Generationsprobleme	Fehlende Nutzung durch fehlendes Smartphone	HA	APO	
		Fehlende Motivation im Alter bei Apothekern		APO	
	Doppeltes System	Fehlende Komplettumstellung	HA		
	Therapeutische Sicherheit	Fehlbehandlung			TA
Graubereiche	Datenschutz	Nutzung von unsicheren Übermittlungsmethoden	HA	APO	
	Retaxierung	Nachträgliche Veränderung		APO	
	Freie Apothekenwahl	Kooperationsverträge		APO	

Legende: HA = Hausarzt, APO = Apotheker, TA = Telearzt

Tabelle 1 Ergebnisse der Telefoninterviews

zwar einen Anfang darstellen würden, aber als deutlich zu gering wahrgenommen wurden.

„Die Anschaffung für die ganzen Geschichten. Ich meine die Förderung, die da ausgelobt ist und die über den LAV [Landesapothekerverband] ausgezahlt werden soll, deckt ja die Kosten deutlich

nicht – und ich weiß nicht ob ich da jeden Monat 500 Euro drauflegen möchte. Die muss man ja erstmal wieder verdienen.“ (APO SH 11)

Weitere Bedenken äußerte man in Richtung des aktuellen Altersdurchschnitts der Apotheker- und Ärzteschaft. Durch das erhöhte Alter wür-

den viele Beschäftigte eine Einführung ohne die Benennung von weiteren Gründen ablehnen oder eine Arbeit mit E-Rezepten kategorisch ausschließen. Gleichzeitig sahen ältere Apotheker*innen aber eine Bereitschaft gegenüber den Neuerungen durch die jüngeren Kolleg*innen.

„[...] dass viele Apotheker einfach der Meinung sind, das wollen sie nicht mehr. Also die Älteren. Es ist ja, die Apothekenlandschaft ist, glaube ich jedenfalls, ziemlich zweigeteilt. Einmal die Jüngeren, die natürlich damit überhaupt kein Problem haben und die sicherlich alles mit Tablet und allem pipapo machen, aber es gibt halt nach wie vor noch viele kleine Apotheken, gerade Ältere, die eben mein Alter, wie gesagt, Ende 50, Anfang 50 bis Mitte 60, Ende 60, die haben darauf glaube ich einfach gar keine Lust.“ (APO 6)

„Ich glaube jetzt nicht, also eher die etwas älteren Apotheken, die sowieso ans Aufhören denken, für die wird es wahrscheinlich nicht mehr der Weg sein, aber für die jüngeren ist es schon machbar.“ (APO BW 1)

Sorgenbehaftet sahen einige der Teleärzt*innen die mögliche Verschreibung von Arzneimitteln, ohne eine persönliche und ausführliche körperliche Untersuchung getätigt zu haben. Dies begründeten die Teilnehmenden durch die fehlende therapeutische Sicherheit im Rahmen einer Videosprechstunde.

„[...] dass meine Diagnose bestenfalls eine Verdachtsdiagnose sein kann, bestenfalls. Und ich, wenn ich jetzt noch auf eine Verdachtsdiagnose ein Verdachtsmedikament setze, dann wird die Sache ganz heikel.“ (TA 09)

Problematisch sahen die Hausärzt*innen die Integration der Abläufe rund um die digitale Rezeptlösung und die damit erwartete Mehrarbeit von administrativen Tätigkeiten. Durch eine geplante ausschließliche Legitimierung eines Rezeptes durch den elektronischen Heilkundenausweis, würden Zeitkapazitäten verloren gehen, welche für die Patientenversorgung wichtig wären.

„Aber einer der Hauptkriterien warum das eigentlich scheitern muss, ist ein Ressourcenproblem, weil es mit Sicherheit davon auszugehen ist, dass ein E-Rezept dann wiederum ausschließlich von mir initiiert werden kann.“ (HA 01)

Grauzonen

Als größte rechtliche Grauzone nannten die beteiligten Apotheker*innen die tägliche Nutzung des Faxgerätes oder von digitalen Messengerdiensten und dem damit verbundenen Erhalt von (fotografierten) Papierrezepten aus Arztpraxen. Beide Übermittlungs-

methoden wurden von den Befragten aufgrund von datenschutzrechtlichen Bedenken als unsicher eingestuft. Die Nutzung jedoch spare Zeit und generiere der*m Patient*in einen schnelleren Zugang zum Medikament.

„[...] wir kriegen erstmal das per Fax und dann müssen wir es natürlich holen, weil das Fax können wir ja nicht abrechnen. Aber ja, bei uns wird noch ziemlich viel gefaxt.“ (APO SH 6)

„[...] dann braucht man einfach eine vernünftige Verbindung mit der Apotheke, wie man das dann sicherheitstechnisch gestaltet, [...], aber dass das Fax natürlich extrem unsicher ist, das ist ja [überlegendes Geräusch] eine alltägliche Erfahrung.“ (HA 5)

Als ein weiteres tägliches Mittel zum Zweck erwähnten die Interviewten die nachträgliche Veränderung von Rezepten bei fehlerhafter Ausstellung durch die Ärzt*innen. Hauptgründe der Umänderung eines Rezeptes waren fehlerhafte Verschreibungen, falsche Dosierungen und nicht lieferbare Arzneimittel. Eine kurze direkte oder spätere Rücksprache mit der*m verschreibenden Ärzt*in erfolgte durch die Apotheke und bekannte richtige Dauermedikamente wurden den Patient*innen vor dem Vorliegen des korrekten Rezeptes ausgehändigt.

„Also es müsste ja, wenn ein E-Rezept aufgestellt wird, muss der Arzt ja ganz akkurat das verordnen, weil im Moment haben wir ja die großartige Lage, dass die meisten Rezepte hier aus dem Ort kommen und wenn die Ärzte was falsch machen, was im Moment ganz ganz ganz viel vorkommt, gehen wir mit dem Rezept rüber und lassen das entsprechend ändern. Wie das dann mit einem E-Rezept aussieht weiß ich nicht.“ (APO SH 2)

„Entweder sind es, sind die Stärken nicht richtig aufgeschrieben von bestimmten Mitteln, dann manchmal, da relativ viele neue Mitarbeiter hier im Ort sind in den Praxen, schreiben die völlig falsche Sachen auf, dass muss dann halt durchgestrichen werden, neuverordnet, gegenzeichnet vom Arzt. [...]“ (APO SH 2)

Allgemeine Versorgungsverträge mit Pflegeheimen und die damit verbundene eingeschränkte freie Apothekenwahl stuften die Apotheker*innen als drohende rechtliche Grauzone ein. Durch Absprachen mit Apo-

theken oder Versandhäusern werde vielen Heimbewohnern nur eine eingeschränkte Apothekenwahl ermöglicht und eine Einzellösung und Belieferung durch eine andere Apotheke sei für die*den einzelne*n Bewohner*in ein schwieriges Unterfangen.

„Ja, also in dem Sinne ist das dieser ganze (Heimbelegungs-)Bereich, wo ja mehr oder sogar im Heim selber ja vom Prinzip durch die Verträge Absprachen sind, aber trotzdem ja jeder Patient noch das Recht hat in jede eigene Apotheke zu gehen. Und gerade natürlich im Heim und im Betreuungsbereich, die Patienten können das dann sicherlich gar nicht mehr und dass das dann stillschweigend [...] bei einem Arzt oder bei einer Apotheke landet, das denke ich wird passieren. Also diese freie Apothekenwahl, die jeder hat, die wird fürchte ich, schwierig sein durchzuhalten.“ (APO SH 6)

„[...] die Heimleitung hat allen Patienten, neuen, immer gesagt ihr müsst aber von einer anderen Apotheke beliefert werden. [...] jeder hat die freie Apothekenwahl, aber das Heim unterstützt, das überhaupt nicht und damit ist es kompliziert. Die Leute müssen schon ein dickes Fell haben und sagen, ich will aber, dass die Apotheke das macht und man muss dann auch als Apotheke ein dickes Fell haben und sagen hier sind die Medikamente, ihr müsstet die ganz bestellen, wie die anderen.“ (APO SH 6)

„Vor allem Dingen müsste geklärt werden, dass der Patient, [...], die freie Apothekenwahl hat, was er also entscheidet, wo gehe ich mit meinem Rezept hin, wo löse ich das ein und das es nicht zum Beispiel in der Arztpraxis geklärt wird, sondern direkt weitergeleitet vom Arzt eventuelle an irgendeinen Versandhändler.“ (APO BW 1)

Diskussion

Durch die qualitative Befragung wurden Determinanten für die Beteiligung an einer medizinischen Versorgung, welche die elektronische Verordnung von Rezepten ermöglichen, exploriert. Darüber hinaus wurde die derzeitige Existenz rechtlicher Grauzonen erörtert, welche den Wechsel von einem analogen auf ein digitales System erschweren könnte.

Die Ergebnisse der Interviews zeigen, dass die befragten Ärzt*innen und Apotheker*innen trotz der geäußerten Bedenken einer Einführung des

E-Rezeptes positiv gegenüberstehen. Besonders positiv empfanden die Befragten den möglichen Zeitgewinn und die damit verbundene Mehrzeit bei der Behandlung in der ambulanten Versorgung. Gleichzeitig wurde in dem E-Rezept eine Möglichkeit zur Gewinnung von neuen Patient*innen und eine damit verbundene Stärkung der Vor-Ort-Apotheken gesehen. Bestätigung findet sich in einer Umfrage der Bundesärztekammer, welche die zunehmende Bedeutung telemedizinischer Lösungen im Gesundheitswesen aufzeigt [13]. Dies zeigt sich zugleich durch zu erwartende Synergieeffekte in der Praxis, die auch von unseren Probanden genannt wurden.

Das Entwickeln von neuen telemedizinischen Prozessen und das mögliche Gewinnen von Zeitersparnissen bei der digitalen Rezeptierung bietet einen Mehrbetrag an Zeit bei der Patientenbehandlung. Durch ein Missverhältnis der demografischen Entwicklung und der zur Verfügung stehenden Behandlungsplätze sind optimierte Prozesse ein Kriterium, um dem steigenden Bedarf der medizinischen Behandlung gerecht werden zu können [14]. Damit die medizinischen Vorteile der digitalen Verschreibung vollends genutzt werden können, ist eine Verknüpfung zum digitalen Medikationsplan in der elektronischen Patientenakte (ePa) sinnvoll. Diese Notwendigkeit wurde auch von den Interviewten dargestellt. Dadurch hätten Apotheker*innen und Ärzt*innen einen schnellen und unkomplizierten Überblick über die vorhandene Medikation und damit einhergehende mögliche Medikamenteninteraktionen. Dies könnte die Patientensicherheit verbessern sowie indirekt zur weiteren Entlastung des Gesundheitssystems beitragen [15].

Trotz der generellen Akzeptanz für das E-Rezept wurden von den teilnehmenden Apotheker*innen Existenzängste geäußert. Die denkbare Abwanderung der Kundschaft zu Versandapotheken im europäischen Ausland empfinden 42 % der Apotheker*innen als große Gefahr, denn die unkomplizierte Übermittlung elektronischer Rezepte stellt für viele Apotheken ein existenzielles Risiko dar [16]. Ob der Anteil des Versands von rezeptpflichtigen Arzneimitteln tatsächlich durch

die Einführung eines E-Rezeptes zunimmt, ist zum aktuellen Zeitpunkt nur schwer abzuschätzen und umfasst viele verschiedene Faktoren wie eine Kostenersparnis aufseiten der Patient*innen, die Zustellgeschwindigkeit und die lokale Apothekendichte. Versandhändler erwarten einen Marktanteil von bis zu 10 % bei rezeptpflichtigen Arzneimitteln. Im Vergleich mit europäischen Nachbarländern, die ein elektronisches Rezept bereits nutzen, schwankt der Marktanteil zwischen 1 % in Dänemark und den



Birger Möller ...

... studiert Humanmedizin an der Universität zu Lübeck im klinischen Abschnitt und promoviert seit 2019 im Bereich von Implementierungsfragen zu E-Rezepten im dortigen Institut für Allgemeinmedizin. Neben dem Studium arbeitet er als Notfallsanitäter im Kreis Plön.

Foto: privat

Niederlanden sowie 12 % in der Schweiz [17]. Ein verantwortlicher Faktor für diese Unterschiede scheint die Apothekendichte zu sein, so zeigte sich ein geringerer Versandhandel bei höherer Versorgungsdichte der Apotheken. Generell ist die Apothekendichte in Deutschland mit 23 Apotheken pro 100.000 Einwohner niedriger als im europäischen Durchschnitt [18]. Ein weiterer Faktor ist die zeitliche Dauer bis zur Zustellung von Arzneimitteln an die Patient*innen. So war der Marktanteil des Versandhandels erhöht bei verlängerter Zustellung des Medikamentes. Möglichkeiten dem Versandhandel entgegenzuwirken zeigten sich in der Steigerung der Serviceleistungen und der Lieferqualität bei den Vor-Ort-Apotheken [17].

Ein großer Vorteil bei der Einführung des E-Rezeptes zeigt sich hingegen in den momentan genutzten

rechtlichen Grauzonen der analogen Rezeptarbeit. Nutzen heutzutage noch einige Praxen die Übermittlung von Rezepten per Fax, um Patient*innen einen Zeitvorteil zu ermöglichen, ist dies zukünftig nicht mehr notwendig. Die Patient*innen können das Rezept selbstständig übermitteln oder es kann – bei fehlendem digitalen Endgerät – durch die Ärzt*innen direkt aus der Praxis an die Wunschapotheke gesendet werden; die Patient*innen müssen bei der Ankunft das Medikament nur noch entgegennehmen. Diese unkomplizierte Abwicklung von digitalen Verschreibungen verschafft den Apotheker*innen und Ärzt*innen mehr Freiraum um Patient*innen auf Wunsch intensiver beraten oder behandeln zu können. Eine deutlich erhöhte Sicherheit soll es auch für Apotheken geben, welche bei aktuell fehlerhaften Rezepten eine Retaxierung der Krankenkassen fürchten und viele Rezepte zeitaufwendig prüfen oder ändern lassen müssen. Die fehlerhafte Texterkennung (OCR-Erkennung) und manuelle Nachbearbeitung entfallen und bieten den Apotheker*innen mehr Zeit für die eigentliche pharmazeutische Arbeit.

Kritisch betrachteten die Teilnehmer*innen die mögliche drohende eingeschränkte freie Apothekenwahl in Pflegezentren und bei ärztlichen Konsultationen. Durch die problemlose und unkomplizierte digitale Übermittlung der E-Rezepte an jegliche Apotheke könnten die involvierten Personen möglicherweise die freie Apothekenwahl beeinflussen und Vor-Ort-Apotheken schwächen. Vor diesem Hintergrund hat der Gesetzgeber mit dem Patientendaten-Schutz-Gesetz zwar eine juristische Hürde vor die Vermittlungsgeschäfte mit E-Rezepten gesetzt (Makelverbot), doch eine technische Hürde blieb bisher aus.

Verunsicherung zeigte sich auch im Rahmen der ausschließlichen telemedizinischen Behandlung und der eventuellen Verordnung von Arzneimitteln. Einige Teilnehmer*innen sahen diagnostische Lücken durch eine fehlende körperliche Untersuchung und die dadurch resultierende Gefahr von Fehlverordnungen. Potenziert wird dies bei der Versorgung von neuen Patienten, welche vorher noch keinen physischen Arztkontakt hat-

ten. In Zukunft könnten einige dieser Bedenken, bei der Verschreibung im Rahmen der ausschließlichen Fernbehandlung durch eine Anbindung zur ePA etwas reduziert werden [19]. Goldstandard bleibt der direkte Arzt-Patienten-Kontakt.

In Anlehnung an das methodische Vorgehen für „maßgeschneiderte Interventionen“ im Bereich der Implementierungsforschung werden in einem nächsten Schritt die im Rahmen dieser Studien gewonnenen Determinanten in einer quantitativen Studie priorisiert [20].

Stärken und Schwächen

Dies ist eine der ersten Studien, die die Barrieren und fördernden Faktoren für die Nutzung von E-Rezepten aufseiten von Ärzt*innen und Apotheker*innen in Deutschland exploriert hat. Eine Stärke dieser Studie ist die Durchführung von einem externen Institut im Gegensatz zu Umfragen von Interessenverbänden. So könnten berufspolitische Biasphänomene geringer sein. Trotzdem kann ein Selektionsbias nicht ausgeschlossen werden, da die Teilnehmenden dem Thema eventuell besonders aufgeschlossen sind.

Schlussfolgerungen

Trotz großer technischer Hürden und Unklarheiten im Ablauf sahen die Befragten auch Vorteile bei der Einführung von elektronischen Rezepten und der damit einhergehenden möglichen Stärkung der Servicequalität der Vor-Ort-Apotheken. Durch vereinfachte digitale Abläufe bei der Rezeptbearbeitung könnte in den Apotheken mehr Zeit für individuelle Beratungen zur Verfügung stehen, die diese für eine bessere Patientenbindung nutzen könnten. Auch mit der verpflichtenden Einführung der E-Rezepte 2022 spielt, neben der Akzeptanz vonseiten der Ärzt*innen und Apotheker*innen, die Nutzung in der Bevölkerung eine große Rolle und entscheidet über den zukünftigen flächendeckenden Erfolg und Nutzen telemedizinischer Angebote. Aus diesem Grund ist es ratsam, die Entwicklung weiter zu begleiten, um auf ein verändertes Nutzungsverhalten und Bedürfnisse eingehen zu können.

Interessenkonflikte:

Die Studie wurde finanziell durch die Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg, die Landesapothekerkammer Baden-Württemberg und das Ministerium für Soziales und Integration Baden-Württemberg unterstützt. Die Studie erfolgte weisungsunabhängig. Es wurden keine weiteren Interessenkonflikte angegeben.

Zusatzmaterial im Internet (www.online-zfa.de)

eAnhang 1 COREQ (Consolidated criteria for REporting Qualitative research) Checklist

eAnhang 2 Leitfragen zu den Interviews mit Apothekern und Ärzten

Literatur

1. Caumanns J. Zur Diskussion: Stand der Digitalisierung im deutschen Gesundheitswesen. *Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes* 2019; 143: 22–29
2. Waschkau A, Steinhäuser J. Wandel des Bedarfs an Videosprechstunden in Zeiten einer Pandemie. *Z Allg Med* 2020; 96: 317–324
3. Spiekermann S. Digitale Ethik: ein Wertesystem für das 21. Jahrhundert. München: Droemer, 2019
4. Bruthans J. The state of national electronic prescription systems in the EU in 2018 with special consideration given to interoperability issues. *Int J Med Inform* 2020; 141: 104205
5. OECD EU. Health at a glance: Europe 2018 state of health in the EU cycle. Paris: OECD, 2018
6. Krüger-Brand HE. Gesundheitskarte: Zähes Ringen um das „eRezept“. *Dtsch Arztebl* 2004; 101: A-1056/B-878/C-854
7. Krüger-Brand HE. Elektronisches Rezept: Im zweiten Anlauf soll es klappen. *Dtsch Arztebl* 2020; 117: A-8/B-8/C-8
8. von Solodkoff M, Strumann C, Steinhäuser J. Akzeptanz von Versorgungsangeboten zur ausschließlichen Fernbehandlung am Beispiel des telemedizinischen Modellprojekts „docdirekt“: ein Mixed-Methods Design. *Gesundheitswesen* 2021; 83: 186–194
9. Allner R, Wilfling D, Kidholm K, Steinhäuser J. Telemedizinprojekte im ländlichen Raum Deutschlands. Eine systematische Bewertung mit dem „Modell zur Evaluation von telemedizinischen Anwendungen“. *Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes* 2019; 141–142: 89–95

10. Kidholm K, Ekeland AG, Jensen LK, et al. A model for assessment of telemedicine applications: Mast. *Int J Technol Assess Health Care* 2012; 28: 44–51
11. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care* 2007; 19: 349–357
12. Mayring P. Qualitative Inhaltsanalyse. In: *Handbuch qualitative Forschung in der Psychologie*. Wiesbaden: Springer, 2010: 601–613
13. www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/Telemedizin_Telematik/Telemedizin/eHealth_Bericht_kurz_final_1_.pdf (letzter Zugriff am 12.03.2021)
14. www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GesInDtld/gesundheits_in_deutschland_2015.pdf?__blob=publicationFile (letzter Zugriff am 12.03.2021)
15. Bhavsar GP, Probst JC, Bennett KJ, Hardin JW, Qureshi Z. Community-level electronic prescribing and adverse drug event hospitalizations among older adults. *Health Informat J* 2019; 25: 661–675
16. www.drkaske.de/studien/e-rezept-studie-2019/ (letzter Zugriff am 12.03.2021)
17. Weißenfeldt F. Das E-Rezept und der Versand von Rx-Arzneimitteln. *Dig Health* 2019; 19: 39–41
18. www.abda.de/fuer-apotheker/arztneimittelkommission/amk-nachrichten/detail/107-europa-zahlen-daten-fakten-2020/ (letzter Zugriff am 12.03.2021)
19. Haserück A. Elektronische Patientenakte: Testphase startet. *Dtsch Arztebl* 2020; 117: A-2497/B-2105
20. Jäger C, Szecsenyi J, Freund T, et al. Entwicklung einer maßgeschneiderten Intervention (Tailoring) am Beispiel der Implementierung von Empfehlungen zur Polypharmakotherapie bei multimorbiden Patienten (PomP). *Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes* 2014; 108: 270–277

Korrespondenzadresse

Birger Möller
Institut für Allgemeinmedizin
Universitätsklinikum Schleswig-Holstein
Campus Lübeck
Ratzeburger Allee 160
23538 Lübeck
birger.moeller@student.uni-luebeck.de

COREQ (Consolidated criteria for REporting Qualitative research) Checklist

A checklist of items that should be included in reports of qualitative research. You must report the page number in your manuscript where you consider each of the items listed in this checklist. If you have not included this information, either revise your manuscript accordingly before submitting or note N/A.

Topic	Item No.	Guide Questions/Description	Reported on Page No.
Domain 1: Research team and reflexivity			
<i>Personal characteristics</i>			
Interviewer/facilitator	1	Which author/s conducted the interview or focus group?	7
Credentials	2	What were the researcher's credentials? E.g. PhD, MD	8
Occupation	3	What was their occupation at the time of the study?	8
Gender	4	Was the researcher male or female?	7
Experience and training	5	What experience or training did the researcher have?	8
<i>Relationship with participants</i>			
Relationship established	6	Was a relationship established prior to study commencement?	7
Participant knowledge of the interviewer	7	What did the participants know about the researcher? e.g. personal goals, reasons for doing the research	7
Interviewer characteristics	8	What characteristics were reported about the interviewer/facilitator? e.g. Bias, assumptions, reasons and interests in the research topic	7
Domain 2: Study design			
<i>Theoretical framework</i>			
Methodological orientation and Theory	9	What methodological orientation was stated to underpin the study? e.g. grounded theory, discourse analysis, ethnography, phenomenology, content analysis	7-8
<i>Participant selection</i>			
Sampling	10	How were participants selected? e.g. purposive, convenience, consecutive, snowball	7
Method of approach	11	How were participants approached? e.g. face-to-face, telephone, mail, email	7
Sample size	12	How many participants were in the study?	8
Non-participation	13	How many people refused to participate or dropped out? Reasons?	7
<i>Setting</i>			
Setting of data collection	14	Where was the data collected? e.g. home, clinic, workplace	7
Presence of nonparticipants	15	Was anyone else present besides the participants and researchers?	7
Description of sample	16	What are the important characteristics of the sample? e.g. demographic data, date	8
<i>Data collection</i>			
Interview guide	17	Were questions, prompts, guides provided by the authors? Was it pilot tested?	7

Repeat interviews	18	Were repeat inter views carried out? If yes, how many?	7
Audio/visual recording	19	Did the research use audio or visual recording to collect the data?	7
Field notes	20	Were field notes made during and/or after the inter view or focus group?	7
Duration	21	What was the duration of the inter views or focus group?	8
Data saturation	22	Was data saturation discussed?	7
Transcripts returned	23	Were transcripts returned to participants for comment and/or correction?	7
Topic	Item No.	Guide Questions/Description	Reported on Page No.
Domain 3: analysis and findings			
<i>Data analysis</i>			
Number of data coders	24	How many data coders coded the data?	8
Description of the coding tree	25	Did authors provide a description of the coding tree?	8
Derivation of themes	26	Were themes identified in advance or derived from the data?	2
Software	27	What software, if applicable, was used to manage the data?	8
Participant checking	28	Did participants provide feedback on the findings?	7
<i>Reporting</i>			
Quotations presented	29	Were participant quotations presented to illustrate the themes/findings? Was each quotation identified? e.g. participant number	8-13
Data and findings consistent	30	Was there consistency between the data presented and the findings?	8
Clarity of major themes	31	Were major themes clearly presented in the findings?	8-13
Clarity of minor themes	32	Is there a description of diverse cases or discussion of minor themes?	8-13

Developed from: Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *International Journal for Quality in Health Care*. 2007. Volume 19, Number 6: pp. 349 – 357

Once you have completed this checklist, please save a copy and upload it as part of your submission. DO NOT include this checklist as part of the main manuscript document. It must be uploaded as a separate file.

Leitfragen zu den Interviews mit **Apothekern & Ärzten** zur Exploration von Determinanten für die Teilnahme an GERDA / DocDirekt und der Identifikation von Strategien zur Adressierung der Determinanten:

- 1) In wie fern nutzen Sie digitale Technologien (z.B. Smartphone, Internet) für Ihr tägliches Berufsleben?
- 2) Welche Erwartungen haben Sie an einem System, welches eine digitale Verordnung von Rezepten ermöglicht?
- 3) Welche Barrieren gibt es Ihrer Meinung nach sich als Apotheker / Arzt an einem solchen System zu beteiligen?
- 4) Wodurch könnte Ihrer Meinung nach die Bereitschaft, sich als Apotheker / Arzt an einem solchen System zu beteiligen, verstärkt werden?
- 5) Welche aktuell existierenden Graubereiche im Zusammenhang mit Rezepten müssten für eine E-Rezeptlösung geklärt werden?
- 6) Welcher Aspekt ist Ihnen noch wichtig, den wir bisher nicht thematisiert haben?