

Ärztlicher Beirat
Digitalisierung in Nordrhein-Westfalen
89. Sitzung
am 01.10.2025, 15:00 Uhr
als hybride Veranstaltung
Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe, Dortmund
Raum: K09

1. Begrüßung

Frau Dr. Groß eröffnet die Sitzung und begrüßt die anwesenden Teilnehmerinnen und Teilnehmer.

2. Genehmigung des Protokolls der Sitzung vom 23.07.2025

Das Protokoll der letzten Sitzung vom 23. Juli 2025 wurde einstimmig genehmigt.

3. Beendet KI den Gendergap?

**(Brigitte Strahwald, MSc Mmel; Health Communication, Koordination
PSPH, Lehrstuhl für Public Health und Versorgungsforschung)**

Frau Strahwald betonte zu Beginn, dass die Diskussion über Künstliche Intelligenz im Gesundheitswesen häufig zu oberflächlich geführt wird. Jenseits des Begriffs „Gender“ gehe es vielmehr um Ungleichheiten und strukturelle Verzerrungen, die sich in medizinischen Daten und Entscheidungen widerspiegeln.

Frauen seien bislang, und das zeige auch die aktuelle Datenlage, in klinischen Studien nicht ausreichend berücksichtigt worden. Zum Beispiel wurden viele Medikamente in den 1980er- und 1990er-Jahren, mit zu geringer Zahl an weiblicher Studienteilnehmender zugelassen. In einer Analyse der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie habe man festgestellt, dass in Studien zum koronaren Syndrom durchschnittlich nur etwa 27 Prozent Frauen teilgenommen hätten. In zwei Dritteln der Studienprotokolle sei das Geschlecht gar nicht erwähnt, und nur in rund vier Prozent sei es als Variable in der Analyse berücksichtigt worden. Auf dieser fehlerhaften Datenbasis beruhten bis heute viele medizinische Leitlinien und wenn die KI mit denselben Daten trainiert werde, reproduziere sie weiterhin Verzerrungen.

Als weiteres Beispiel nennt Frau Strahwald Geschlechterstereotype, die sowohl in Studien als auch im klinischen Alltag fortbestehen. Sie verwies in diesem Zusammenhang auf die Studie „Brave Men and Emotional Women“ (2018), in der bestätigt wird, dass Ärztinnen und Ärzte, Männer und Frauen unterschiedlich behandeln und dadurch bei Diagnosen und therapeutischen Entscheidungen geschlechtsspezifische Unterschiede entstehen. Somit entstünden bereits in der realen Welt verzerrte Daten, die sich anschließend in den KI-Systemen fortsetzen. Diese tief verwurzelten Stereotype beträfen alle Ebenen des Gesundheitswesens und würden gesellschaftliche Muster widerspiegeln.

Als weiteres Beispiel nannte sie eine Studie aus den USA, in der 1,3 Millionen Fälle von Bypass-Operationen aus den Jahren 2011 bis 2020 analysiert wurden. Zwar zeigten die Ergebnisse einen Rückgang der Sterblichkeit, jedoch sei die Aussagekraft eingeschränkt, da die untersuchte Population zu über 80 Prozent aus männlichen Patienten bestand. Diese einseitige Datengrundlage führe zu einer signifikanten Verzerrung. Wenn solche Unterschiede in Entscheidungssystemen nicht berücksichtigt werden, könnten daraus falsche Empfehlungen entstehen, die schwerwiegende Folgen hätten.

Frau Strahwald erklärt, dass es für geschlechtersensible Forschung bislang kaum eine Förderung gebe. In den bestehenden Forschungsprogrammen sei nicht vorgeschrieben, dass Daten grundsätzlich nach Geschlecht getrennt erhoben und ausgewertet werden müssen. Für das Auslassen einer Differenzierung nach Geschlechtern, gebe es auch keine Sanktionen, obwohl dies eigentlich eine statistische Grundvoraussetzung sein sollte. Hinzu käme, dass in den Leitungsebenen der Forschung nach wie vor zu wenige Frauen vertreten seien, was sich unmittelbar auf die Themenwahl und Schwerpunkte auswirke.

Der sogenannte Gender Data Gap sei kein individuelles, sondern ein systemisches Problem. Die bestehenden Verzerrungen seien in den Strukturen und Abläufen des gesamten Forschungs- und Gesundheitssystems verankert. Künstliche Intelligenz erfinde diese Ungleichheiten nicht, sondern spiegle letztendlich die Realität mit ihren bestehenden Vorurteilen wider. Aus diesem Grund seien grundlegende Veränderungen in Forschung, Datenerhebung und Entscheidungsstrukturen nötig. Darüber hinaus müsse der Frauenanteil in Leitungspositionen erhöht, die Förderung für geschlechtersensibler Forschung ausgebaut, geschlechtersensible KI-Anwendungen entwickelt und ein neuer Standard für die geschlechterdifferenzierte Datenerhebung und -analyse eingeführt werden.

Abschließend wurde betont, dass Geschlechtersensible Forschung und Versorgung selbstverständlich sein sollte. Außerdem könnte Künstliche Intelligenz nur dann sinnvoll und verantwortungsvoll eingesetzt werden, wenn Ärztinnen und Ärzte die zugrunde liegenden Technologien verstehen und sich aktiv an deren Weiterentwicklung beteiligen.

Die Gestaltung dieser Prozesse sollte in der Hand der Ärztinnen und Ärzte liegen und nicht allein von großen Technologieunternehmen bestimmt werden.

4. Aktueller Sachstand: Telematikinfrastruktur (TI) / IGES-Evaluation (Lars Gottwald, Leiter Business Teams, gematik)

Etwa eine Woche vor dem 1. Oktober, dem Start der verpflichtenden Nutzung der ePA, habe die gematik eine Umfrage im Gesundheitswesen durchgeführt. Rund 70.000 Personen aus verschiedenen Bereichen der Versorgung seien befragt worden, um den aktuellen Stand der Digitalisierung, die Wahrnehmung der ePA und mögliche Probleme zu erfassen. Die Ergebnisse sollen in einer der nächsten Sitzungen vorgestellt werden.

Zwischen den Modellregionen und den übrigen Bundesländern gebe es kaum Unterschiede in der Wahrnehmung zur ePA. Aus den bisherigen Rückmeldungen gehe jedoch hervor, dass bei vielen Leistungserbringern weiterhin ein hoher Informationsbedarf bestehe.

Derzeit seien etwa 93.945 verschiedene Telematik-IDs aktiv, die auf die ePA zugreifen. Seit Beginn des Rollouts am 1. April 2025 seien insgesamt 111.171 IDs registriert worden. Das Ziel liege bei rund 160.000 IDs, was zeige, dass noch nicht alle Leistungserbringer an die TI angeschlossen seien. Gründe dafür seien einerseits noch nicht vollständig angepasste Primärsysteme, andererseits, dass viele Praxen den Einstieg erst mit Beginn der Verpflichtung geplant hätten. Für die gematik sei es in dieser Phase besonders wichtig, die Entwicklung genau zu beobachten und nachzuvollziehen, wie viele Dokumente tatsächlich in die ePA eingestellt oder daraus abgerufen werden.

In einer kürzlich stattgefundenen Gesellschafterversammlung sei beschlossen worden, die Weiterentwicklung der ePA im Jahr 2026 in zwei Funktionsreleases zu unterteilen:

Release 1: Erweiterung des elektronischen Medikationsplans (eMP) und Einführung von Push-Nachrichten.

Release 2: Einführung einer Volltextsuche sowie die Möglichkeit der Sekundärnutzung pseudonymisierter Daten für Forschungszwecke.

Diese Aufteilung stelle keine Priorisierung nach Nutzen dar. Zwar sei die Volltextsuche für viele Ärztinnen und Ärzte besonders wichtig, sie benötige jedoch noch zusätzliche Entwicklungszeit.

In Nordrhein-Westfalen hätten bereits rund 80,5 % der Pflegeeinrichtungen eine KIM Identität beantragt. In Hamburg werde derzeit ein Pilotprojekt durchgeführt, in dem ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen gemeinsam mit Vertragsärzten KIM erproben. Dabei zeige sich, dass Kommunikation und Nutzung noch nicht überall reibungslos funktionierten. Auch der öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD) soll künftig stärker an die TI angebunden werden. Gesundheitsämter können sich seit dem 1. Januar 2023 an die TI anschließen. Derzeit (Stand: September 2025) seien 83 Ämter mit einer SMC-B-Karte ausgestattet, 61 bereits aktiviert, und 33 verfügten über mindestens eine KIM-Adresse. Insgesamt gebe es 377

Gesundheitsämter in Deutschland; die Anbindung schreite also voran, sei jedoch noch ausbaufähig.

Die gematik-App verzeichne inzwischen rund 2,5 Millionen Downloads. Darüber hinaus würden derzeit weitere Themen bearbeitet, darunter BTM- und T-Rezepte, die Integration der ambulanten häuslichen Krankenpflege, sowie die Anbindung des Heilmittelbereichs an die TI.

5. Abstimmung Stellungnahme zur bundesweiten Einführung der elektronischen Patientenakte (ePA)

Der Ärztliche Beirat befürwortet, dass die Politik und die gematik stärker in die Verantwortung genommen werden müssen. Es fehle bislang an klaren Forderungen seitens des Ärztlichen Beirats, z. B. verlässliche Rahmenbedingungen und realistische Zeitpläne durch die Politik, sowie die frühzeitige Einbindung aller beteiligten Gruppen in die Prozesse.

Darüber hinaus wurde der Vorschlag eingebracht, dass neben den Leistungserbringern auch die Industrie, die Politik und die gematik bei Praxisausfällen, Systemstörungen oder Sicherheitsvorfällen Verantwortung übernehmen und haften sollten. Es fehle bislang ein Konzept, wie im Falle eines Hackerangriffs oder technischer Ausfälle vorzugehen sei und wer für entstehende finanzielle Schäden aufkommt.

Es wurde angeregt, diese Punkte in die überarbeitete Fassung der Stellungnahme aufzunehmen. Ziel sei es, die Stellungnahme so zu formulieren, dass sie prägnant, politisch wirksam und klar adressiert ist.

Die überarbeitete Version der Stellungnahme zur bundesweiten Einführung der ePA wird in der nächsten Sitzung zur Abstimmung vorgelegt und soll als gemeinsame Empfehlung des Ärztlichen Beirats an diejenigen gerichtet werden, die für die Umsetzung der ePA verantwortlich sind.

6. Verschiedenes

Die Arbeitsgruppe wird die Stellungnahme zur ePA gemeinsam in der Sitzung am 29.10.2025 um 20:00 Uhr bearbeiten.

Die nächste reguläre Sitzung findet am 26.11.2025 um 15:00 Uhr in Düsseldorf statt. Im Anschluss tagt direkt die Arbeitsgruppe um 17:15 Uhr.

Nachträgliche Bemerkung: die Sitzung wird auf den 10.12.2025 verlegt.