

**Ärztlicher Beirat**  
**Digitalisierung in Nordrhein-Westfalen**  
91. Sitzung  
**am 04.02.2026, 15:00 Uhr**  
**als hybride Veranstaltung**  
**Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe, Dortmund**  
**Raum: K09**

**1. Begrüßung**

Herr Dr. Dr. Bickmann eröffnet die Sitzung und begrüßt die anwesenden Teilnehmerinnen und Teilnehmer.

Frau Dr. Groß erfragt den aktuellen Stand zur Veröffentlichung der ePA-Stellungnahme des Beirates, welche am 10. Dezember beschlossen wurde. Dies soll dem Wunsch der Anwesenden folgend als Pressemitteilung veröffentlicht und an den Presseverteiler der Ärztekammern Nordrhein und Westfalen-Lippe sowie an relevante Kammern und die Kassenärztlichen Vereinigungen versendet werden.

**2. Genehmigung des Protokolls der Sitzung vom 10.12.2025**

Das Protokoll der letzten Sitzung vom 10. Dezember 2025 wurde einstimmig genehmigt.

**3. Aktueller Sachstand: Telematikinfrastruktur (TI)**

*(Lars Gottwald, Leiter Business Teams, gematik)*

Herr Lars Gottwald informiert über den aktuellen Stand der technischen Umstellung innerhalb der Telematikinfrastruktur. Zum 1. Januar 2026 sei das bisher verwendete **Verschlüsselungsverfahren** RSA umgestellt worden. Im Zuge dessen hätten die RSA-only-Konnektoren bis Ende 2025 ausgetauscht werden müssen. Als Alternative zum Hardware-Konnektor hätten sich einige Einrichtungen für die Anbindung über das TI-Gateway entschieden. Unabhängig von der Umstellung auf ECC sei bei bestimmten **elektronischen Heilberufsausweisen (eHBA)** eine sicherheitsrelevante Schwachstelle in einem verbauten Chip festgestellt worden. Die jeweiligen Vertrauensdienstanbieter informierten betroffene Karteninhaber aktiv über den erforderlichen Austausch. Diese Austauschaktion werde die gematik voraussichtlich mindestens im ersten Halbjahr 2026 begleiten.

Herr Gottwald berichtet über die geplanten **Weiterentwicklungen der ePA** im Jahr 2026. Es seien mehrere Funktionserweiterungen vorgesehen, darunter der weitere Ausbau des elektronischen Medikationsplans (eMP), die Einführung von

Push-Benachrichtigungen, die Umsetzung der Sekundärdatennutzung sowie die Integration einer Suchfunktion innerhalb der ePA.

Die Umsetzung erfolge in **zwei Releases** und umfasse zunächst den digital gestützten Medikationsprozess sowie die Einführung von Push-Benachrichtigungen (Pilotierung ab 3. Quartal 2026 in Modellregionen). Release 2 sehe die Implementierung der Sekundärdatennutzung sowie die Einführung einer Suchfunktion in der ePA vor. Die Pilotierung dieses Releases sei für das 4. Quartal 2026 geplant.

Im Hinblick auf **KIM** wird berichtet, dass die Nutzerzahlen weiterhin kontinuierlich steigen. Parallel dazu nehme auch das über KIM versendete Datenvolumen weiter zu.

Es wird berichtet, dass hohe Menge an eingehender Nachrichten die Gefahr birgt, dass reaktionspflichtige Befunde oder medizinisch relevante Informationen im Arbeitsalltag nicht rechtzeitig berücksichtigt werden, da keine strukturierten KIM Nachrichten vorliegen und diese auch nicht standardisiert der jeweiligen Patientenakte im Krankenhausinformationssystem (KIS) zugeordnet werden. Dadurch entstehe ein potenzielles Risiko für die Patientensicherheit. Somit wird angeregt, das Thema als einen eigenen Tagesordnungspunkt in einer der nächsten Sitzungen aufzunehmen und auch politisch zu adressieren. KIM könne nur dann sinnvoll eingesetzt werden, wenn eine verlässliche und praxistaugliche Integration in die Primärsysteme gewährleistet sei.

Anschließend berichtet Herr Gottwald über das **E-Rezept**. Für die elektronische Verordnung der digitalen Gesundheitsanwendungen (DiGA) sei die Pilotierung abgeschlossen. Aktuell werde geprüft, ob die DiGA-Verordnung künftig direkt vom Arzt an die Krankenkasse übermittelt werden kann, ohne dass der Versicherte tätig werden muss. Außerdem würde der gematik auch die Spezifikation für die elektronische Verordnung der **T-Rezepte** vorliegen, deren flächendeckende Einführung vorbereitet werde. Aus dem Gesellschafterkreis bestehe der Wunsch, die Einführung gemeinsam mit der elektronischen Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung (BtMVV) umzusetzen. Voraussetzung für die weitere Umsetzung sei jedoch die **Fortschreibung der BtMVV**. Erst nach entsprechender rechtlicher Anpassung könne die Umsetzung ab 2027 fortgesetzt werden.

Zuletzt geht Herr Gottwald auf die Weiterentwicklung der **Sicherheitsarchitektur** der TI ein (Zero-Trust-Ansatz). Ziel sei es, die TI perspektivisch weniger von spezialisierten Hardwarelösungen abhängig zu machen. Zentrales Element der neuen Sicherheitsarchitektur der TI sei der „**Proof of Patient Presence**“. Das Verfahren soll bis zum 01.07. dieses Jahres bereitgestellt und anschließend in den Modellregionen Hamburg und Franken pilotiert werden. Eine breitere Einführung sei für Anfang 2027 vorgesehen. Mit der neuen Sicherheitsarchitektur der TI soll der Behandlungsnachweis ortsunabhängig möglich werden. Damit sollten künftig auch mobile Versorgungsszenarien, etwa bei Hausbesuchen, unterstützt werden. Bislang sei die Nutzung der TI an stationäre Kartenterminals und den Konnektor gebunden gewesen, die nicht mobil einsetzbar seien. Mit dem neuen Verfahren sollte darüber hinausgehende Anwendungen, etwa das Ausstellen von E-Rezepten oder der Zugriff auf die ePA, auch mobil ermöglicht werden.

Herr Gottwald bewertet dies als einen wichtigen Schritt, um die Gesundheitsversorgung flexibler zu gestalten und technische Abhängigkeiten zu reduzieren. Das Thema werde im laufenden Jahr bei der gematik einen Schwerpunkt bilden.

#### 4. Welche Anwendungsmöglichkeiten der ePA sind aus Sicht des ÖGD denkbar und welcher Nutzen ergibt sich hieraus für die Gesundheitsämter?

*(Frank Naundorf, Leiter Digitales und Kommunikation, Akademie für Öffentliches Gesundheitswesen)*

Herr Naundorf berichtet über den aktuellen Stand der **Anbindung der Gesundheitsämter an die TI**. Er zeigt die Entwicklung nach Regionen bzw. Bundesländern. Da Hamburg zu den Modellregionen gehört, seien die dortigen Institutionen deutlich schneller an die TI angebunden worden. Im Gegensatz dazu sei beispielsweise in Tübingen bislang noch kein Gesundheitsamt an die TI angeschlossen. Als Hintergrund nennt er, dass der ÖGD erst seit 2022 schrittweise in die TI einsteige. Eine direkte gesetzliche Anbindungspflicht bestehe bislang nicht, was den Prozess erschwere. Zudem sei die technische Integration der TI in kommunale IT-Strukturen deutlich komplexer als in Arztpraxen. Hinzu kämen begrenzte personelle und finanzielle Ressourcen.

Eine im September des Vorjahres durchgeführte Befragung, unterstützt von der Akademie für Öffentliches Gesundheitswesen (AÖGW) und der gematik, habe ergeben, dass **KIM** von den Gesundheitsämtern als **wichtigste TI-Anwendung** angesehen wird. Danach folgten die ePA, der TI-Messenger (TIM), der E-Arztbrief sowie elektronische Medikationsinformationen.

Im Anschluss stellt Herr Naundorf mögliche **Anwendungsfälle für den ÖGD** dar. So könne die ePA etwa bei der Bearbeitung von Infektionsschutzmeldungen hilfreich sein, beispielsweise durch Zugriff auf Impfstatus, Medikationsliste oder Arztberichte. Auch bei amtsärztlichen Begutachtungen könne der Zugriff auf Diagnosen und Behandlungsverläufe unterstützen. Im Rettungsdienstkontext ermögliche die ePA einen schnelleren Zugang zu relevanten medizinischen Informationen. Zur technischen **Umsetzung der TI** führt Herr Naundorf aus, dass der Markt für IT-Fachverfahren im ÖGD vergleichsweise klein und überschaubar sei. Nicht alle Anbieter würden derzeit eine Anbindung an die TI ermöglichen.

Es wird die Frage aufgeworfen, warum es für den ÖGD keine bundesweit einheitliche **gesetzliche Initiative zur Anbindung an die TI** gibt, wie sie im ambulanten und stationären Bereich besteht. Herr Naundorf verweist auf die stark föderale Organisation des ÖGD. Zwar gebe es eine Unterarbeitsgruppe Digitalisierung auf Ebene der Länder, diese verfüge jedoch über keine verbindliche Steuerungskompetenz. Er äußert die Einschätzung, dass eine gesetzliche Vorgabe die Anbindung der Gesundheitsämter an die TI beschleunigen könnte. Eine solche Verpflichtung könne der öffentliche Gesundheitsdienst jedoch nicht selbst schaffen; sie müsse vom Gesetzgeber ausgehen. Im weiteren Verlauf wird der Gedanke entwickelt, einen **Appell an das Bundesministerium für Gesundheit (BMG)** zu richten. Wenn Ärztinnen und Ärzte im ÖGD gemäß SGB V auf Daten der elektronischen Patientenakte zugreifen dürften, müsse auch die entsprechende Infrastruktur bereitgestellt werden. Mehrere Teilnehmende sprechen sich dafür aus, diesen Ansatz weiterzuverfolgen und gegebenenfalls auch die Bundesärztekammer (BÄK) einzubeziehen.

Abschließend wird betont, dass die föderale Struktur und unterschiedliche Haushaltslagen der Länder zu einer uneinheitlichen IT-Landschaft führen. Gerade in Krisensituationen könne dies problematisch sein. Ein stärker koordinierter Ansatz werde daher als sinnvoll angesehen.

## 5. Vorstellung des ePA-Whitepapers der Apothekerkammer Nordrhein

*(Marc Kriesten und Dörte Lange, Vorsitzender bzw. Mitglied des Ausschusses für Digitalisierung und Telepharmazie der AKNR)*

Frau Lange stellt das ePA-Whitepaper der Apothekerkammer Nordrhein (AKNR) vor. Dieses enthalte Positionen, Empfehlungen sowie Erwartungen an die **Weiterentwicklung der ePA**. Ein zentraler Schwerpunkt liege auf der Medikationsliste (eML) bzw. perspektivisch dem **elektronischen Medikationsplan (eMP)**, Ziel dabei sei eine optimale Versorgung der Patientinnen und Patienten. Durch eine bessere Vernetzung und einen engeren Austausch könne eine Entlastung bzw. ein zeitlicher Vorteil für Leistungserbringende entstehen. Man verstehe das Whitepaper als eine Einladung zum gemeinsamen „Schulterschluss“ mit der Ärzteschaft. Primäre Zielgruppe des Whitepapers seien Apothekerinnen und Apotheker sowie pharmazeutisches Personal in öffentlichen Apotheken und Krankenhausapotheken.

Der eMP wird als zentrales Dokument der ePA beschrieben. Es wird betont, dass der eMP nicht nur automatisch gespeicherte Verordnungsdaten enthalten, sondern auch **aktiv ergänzt und gepflegt** werden müsse. Darüber hinaus wird ausgeführt, dass die **strukturierte** Verfügbarkeit von **Medikationsdaten** den Zeitaufwand bei der Arzneimittelanamnese reduzieren und Fehlerquellen verringern könnte. Durch die Kombination von Verordnungs- und Dispensierdaten ließen sich arzneimittelbezogene Probleme, etwa mangelnde Adhärenz oder Mehrfachverordnungen, besser erkennen. Zukünftig betrachtet könne es auch sinnvoll sein, wenn Apothekerinnen und Apotheker pharmazeutische Interventionen in der ePA dokumentieren könnten, etwa bei klinisch relevanten Wechselwirkungen. Wenn hierzu bereits eine Abstimmung mit der behandelnden Ärztin oder dem behandelnden Arzt erfolgt sei, sollte dies nachvollziehbar hinterlegt werden. Auf diese Weise könne die **Arzneimitteltherapiesicherheit** verbessert, die Transparenz erhöht und redundante Rückfragen vermieden werden.

Im Bezug auf die **technischen Voraussetzungen des eMP** wird gefordert, dass die ePA nahtlos und mit wenigen Klicks in Apothekenverwaltungssysteme (AVS) bzw. Krankenhausinformationssysteme (KIS) integriert werden sollte. Derzeit sei die Umsetzung je nach Primärsystem sehr unterschiedlich. Zudem wird eine **einheitliche Datenbasis** mit strukturierten Informationen sowie eine gute Editier- und Pflegefähigkeit gefordert, damit der Nutzen des eMP nicht reduziert wird. Außerdem sei der **Zugriff** von drei Tagen auf die ePA zwar für Standardfälle ausreichend, jedoch bei Lieferengpässen oder längeren Beratungsprozessen, etwa im Rahmen einer Polymedikationsberatung, könnte dies zu kurz sein. Daher wird ein längerer Zugriff auf die ePA als erforderlich angesehen. Darüber hinaus sei die Anmeldung und **Nutzung der ePA für Patientinnen und Patienten** häufig

kompliziert. Aus der Praxis werde geschildert, dass viele Patienten die ePA-App oder den Desktop-Client bislang nicht genutzt hätten.

Die **Pflege des eMP** sowie die Ergänzung von OTC-Arzneimitteln oder papiergebundenen Verordnungen seien außerdem mit zusätzlichem Aufwand verbunden. Auch die Identifikation arzneimittelbezogener Probleme sowie die daraus resultierende Dokumentation und interprofessionelle Kommunikation erforderten Zeit. Vor diesem Hintergrund wird betont, dass dieser **Mehraufwand** angemessen berücksichtigt und **honoriert** werden müsse.

Von Systemhersteller und gematik wird gefordert, dass **Interoperabilitätsstandards** vollständig implementiert werden, damit **strukturierte Daten** bereitgestellt werden können. Außerdem sollten **Freitexte** möglichst **vermieden** werden.

**Schnittstellen** zu Kommunikationsdiensten wie KIM und TIM sowie strukturierte Kommunikationsmöglichkeiten sei wichtig, um den **Austausch** zwischen den Berufsgruppen effizienter zu gestalten und Zeitersparnisse auf beiden Seiten zu ermöglichen. An die gematik wird die Forderung nach stabilen Schnittstellen, einer benutzerfreundlichen Architektur und klaren Umsetzungsvorgaben für Standards gerichtet, um zusätzlichen Aufwand in der Praxis zu vermeiden. Schließlich wird angeregt, dass man die **Usability der ePA-Anwendungen** im engen Austausch mit den anwendenden Berufsgruppen regelmäßig überprüfen und weiterentwickeln könne.

In der anschließenden Diskussionsrunde wird darauf hingewiesen, dass zwischen **Verordnung und Compliance** klar unterschieden werden müsse. Ein Medikationsplan oder in der ePA hinterlegte Diagnosen stellten nicht automatisch ein vollständiges Bild des tatsächlichen Krankheitszustands dar. Dieser mögliche „Bias“ sollte bei Weiterentwicklungen berücksichtigt werden. Darüber hinaus werden Bedenken hinsichtlich eines umfassenden Zugriffs der Apothekerschaft auf die ePA geäußert, da dies einen zusätzlichen Aufklärungsaufwand gegenüber den Patientinnen und Patienten über ihre Widerrufsrechte mit sich bringen würde. Außerdem könnten bei einem unreflektierten Zugriff auf die ePA sensible Informationen sichtbar werden. Daher befürworte man zwar einen gemeinsamen Zugriff auf den eMP, nicht jedoch einen umfassenden Zugriff auf sämtliche Inhalte der ePA.

Andere Wortmeldungen sprechen sich für einen erweiterten Zugriff auf die ePA durch die Apotheken aus. Es wird betont, dass es sich bei der ePA um eine patientengeführte Akte handele und die Versicherten sich mit ihren **Zugriffsrechten** auseinandersetzen und eigenständig entscheiden müssten, wem sie welche Daten zugänglich machen.

Im Ergebnis besteht Einigkeit, dass die Zugriffsrechte auf die ePA nicht mehr grundsätzlich in Frage gestellt, sondern darüber nachgedacht werden müsste, wie eine **strukturierte sektorenübergreifende Kommunikation** und eine professionelle Dokumentation gelingen könnten.

Es wird darauf hingewiesen, dass bestimmte pharmazeutische Dienstleistungen, etwa Beratungen bei Multimedikation, grundsätzlich für sinnvoll gehalten werden. Unklar sei jedoch, wie die entsprechenden **Prozesse** konkret ausgestaltet werden sollten. Es stelle sich die Frage, welche Form der Rückmeldung an die behandelnde Ärztin oder den behandelnden Arzt erfolge und wie die Kommunikation strukturiert werde. Hier sehe man auf beiden Seiten noch **Gestaltungsbedarf**.

Zudem wird die Vergütung in Teilen der Ärzteschaft als vergleichsweise hoch wahrgenommen. Das derzeitige **Opt-out-Modell** in Verbindung mit der individuellen Zugriffsteuerung funktioniere bislang nicht ausreichend.

Als Beispiel dient eine Patientin, die die Antibabypille verordnet bekommt und zusätzlich Johanniskraut als OTC-Präparat erwirbt. Wenn beide Informationen zusammengeführt werden, könne die Apotheke auf eine mögliche Wirkungsschwächung hinweisen. Die Apotheke habe insofern eine besondere Rolle, da dort die relevanten Informationen zusammenliefern und eine zusätzliche **Sicherheitsbarriere** entstehe.

Es müsse zwischen dem Medikationsplan und der vollständigen Patientenakte differenziert werden. Es sei sinnvoll, wenn der Medikationsplan von beiden Seiten befüllt und geprüft werde. Die vollständige Patientenakte enthalte jedoch sensible Informationen, die bei einem **unreflektierten Zugriff** sichtbar werden könnten. Es wird daher einen gemeinsamen eMP befürwortet, nicht jedoch einen umfassenden Zugriff auf sämtliche Inhalte der ePA.

Bezugnehmend auf die zuvor genannten Aussagen führt Frau Lange aus, dass die strukturierte Medikationsliste die Anzeige von Interaktionen ermögliche, auch mit an anderer Stelle abgegebenen elektronisch verordneten Arzneimitteln. Dies erhöhe die Arzneimitteltherapiesicherheit, da man dadurch zu Informationen gelangen würde, die sonst nicht vorgelegen oder die Patienten nicht genannt hätten. Im Versorgungsalltag seien Medikationspläne häufig problematisch, da es oft mehrere Versionen je Patient gebe. Ein kuratierter eMP mit **nachvollziehbarer Änderungsdocumentation** würde hier Transparenz und Sicherheit schaffen. Zur **Polymedikationsanalyse** erklärt sie, dass diese nicht flächendeckend umgesetzt werde. Dort, wo sie stattfinde, erfolge eine strukturierte Rückmeldung an die behandelnde Ärztin oder den behandelnden Arzt. Die ärztliche Entscheidung bleibe unberührt; es gehe um Hinweise und Optimierungsvorschläge, insbesondere bei Mehrfachverordnungen.

Abschließend herrscht Einigkeit darüber, dass das Thema in einer der nächsten Sitzungen vertieft werden sollte, insbesondere im Hinblick auf die Abwägung zwischen **Patientensicherheit und Patientenschutz**.

## 6. Verschiedenes

Die nächste reguläre Sitzung findet am 25.03.2026 um 15:00 Uhr in Düsseldorf statt. Die nächste Sitzung der Arbeitsgruppe ist am 25.02.2026 um 20:00 Uhr.