

Ärztlicher Beirat
Digitalisierung in Nordrhein-Westfalen
92. Sitzung
am 25.03.2026, 15:00 Uhr
als hybride Veranstaltung
Ärztekammer Nordrhein, Düsseldorf
Raum: A-EG 6.1-2

1. Begrüßung

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

2. Genehmigung des Protokolls der Sitzung vom 04.02.2026

Das Protokoll der letzten Sitzung vom 4. Februar 2026 wurde einstimmig genehmigt.

3. Elektronische Patientenakte: Aktueller Stand und zukünftige Herausforderungen
(Lena Dimde, Product Ownerin ePA, gematik)

Frau Dimde berichtet über die **aktuellen Nutzerzahlen** der Telematikinfrastruktur (TI). Allgemein könne man feststellen, dass die Nutzungsintensität bei der ePA variere. Aufgrund anstehender Sanktionen, insbesondere der Kürzung der TI-Pauschale, sei kurzfristig jedoch mit einem Anstieg zu rechnen.

Im Rahmen der **Implementierung der ePA** bei den Primärsystemen habe die gematik einen TI-Score für die ePA gestartet. Hierzu habe man für die PVS-Hersteller in Zusammenarbeit mit dem IGES Institut einen **Implementierungsleitfaden** erstellt, um den ePA-Zugriff für Nutzende einfacher zu gestalten. Die gematik habe außerdem niedergelassene Ärztinnen und Ärzte in einer Umfrage zu den funktionalen Anforderungen an die **Praxisverwaltungssysteme** befragt und die Ergebnisse den PVS-Herstellern zur Verfügung gestellt. Es wird betont, dass man an der Umsetzung der ePA in Primärsystemen kontinuierlich weiterarbeiten müsse.

Anschließend beantwortet Frau Dimde die folgenden Fragen des Ärztlichen Beirats:

Welche aktuellen Herausforderungen gibt es bei der weiteren Implementierung der ePA?

Aktuell existierten ca. 72 Millionen ePA-Konten, in denen etwa 90 Millionen Dokumente hochgeladen wurden. Bisher habe man mit Blick auf die zunehmende Befüllung keine Kenntnis über Herausforderungen bei der ePA-Nutzung. Zudem werde die **Volltextsuche** bis zum Ende des Jahres 2026 implementiert, wodurch die Nutzerfreundlichkeit nochmals gesteigert wird.

Unter den Teilnehmenden wird die Befürchtung geäußert, dass die ePA in Zukunft mit Daten überfüllt sein könnte. Je mehr aus ärztlicher Sicht, „**insuffiziente Daten**“ in die ePA eingepflegt werden, desto schwieriger werde die Nutzung im Versorgungsalltag. Die Volltextsuche werde zwar hilfreich sein, diese allein könne aber keine Praktikabilität begründen. Vorgeschlagen wird eine anlassbezogene **Vorsortierung der ePA-Einträge** ohne aktive Suchaktion, z. B. mittels KI-Tool, sodass beim Besuch eines Hausarztes nur für den hausärztlichen Kontext relevante Daten repräsentiert werden. Man müsse die Möglichkeit haben, die Daten schnell verfügbar zu machen. Die ePA sei ohne eine Sortierungsfunktion lediglich ein umfangreiches Datenreservoir.

Frau Dimde führt weiter aus, dass die **PDF-Dokumente** in der ePA eine aktuelle Herausforderung darstellen. Die Volltextsuche sei aber ein erster Schritt in die richtige Richtung, um mit den ePA-Dokumenten im Versorgungsalltag umzugehen. Eine Vorsortierung der Dokumente sei aktuell noch nicht möglich, da die **Metadaten** dies teils nicht ermöglichen. Als Beispiel führt Frau Dimde den Dokumententitel an, welcher eine große Herausforderung darstelle, da ePA-Dokumente teils nicht strukturiert benannt werden. Zudem hätte man aktuell nicht die regulatorischen Vorbedingungen für die KI-Vorsortierung, wenngleich die formulierte Anforderung der Ärzteschaft seitens der gematik nachvollziehbar sei.

Anschließend wird seitens der Teilnehmenden geäußert, dass man im Versorgungsalltag den Leistungserbringer nicht dazu bringen werde, eine bestimmte Systematik bei der Dokumentenablage in der ePA anzuwenden. Weitestgehend sei die ePA zwar akzeptiert, man gebe jedoch zu bedenken, dass aufgrund von unstrukturierten Daten in der ePA bald ein gewisser Kipppunkt erreicht und somit die Akzeptanz in Zukunft beeinflusst werden könnte.

Wie geht man mit (Verdachts-)Diagnosen um?

Die teilnehmenden Beiratsmitglieder merken an, dass in der ePA derzeit keine genaue **Differenzierung** zwischen aktuellen, veralteten sowie Verdachts- und Abrechnungsdiagnosen existiert. Es wird die Notwendigkeit geäußert, Diagnosen klar zu strukturieren und nach ihrer Relevanz zu kennzeichnen.

Frau Dimde erklärt hierzu, dass die ePA als eine **lebenslange Akte** gedacht sei. Daher sollen auch alle relevanten Informationen in der ePA enthalten sein, die über die Zeit erhoben wurden. Ungeachtet dessen müsse sich die gematik damit beschäftigen, wie man mit Diagnosen umgehe, die in der ePA strukturiert dargestellt sind und sich bereits erledigt haben, und wie man alte Daten markiere.

Die **Abrechnungsdaten** würden von den Krankenkassen in die ePA übertragen und nur für die Patientinnen und Patienten bereitgestellt. Diese seien erst einmal für die Versorgung nicht nutzbar. Das Ziel hierbei ist, **Transparenz** für die Patientinnen und Patienten zu schaffen. Zwar gebe es für die Krankenkassen keine eindeutigen Vorgaben, in welcher Form die Abrechnungsdaten in die ePA einzupflegen sind, weswegen eine große **Diversität** in den Daten erkennbar ist. Nach derzeitigem Kenntnisstand der gematik sind Verdachtsdiagnosen jedoch nicht Bestandteil der Abrechnungsdaten.

Wie ist der Stand der privaten Krankenversicherungen bei der ePA-Einführung?

Im Bereich der privaten Krankenversicherungen (PKV) gebe es verschiedene Herausforderungen, die teilweise stärker ausgeprägt seien als bei gesetzlich Versicherten. Bei Privatversicherten müssten zunächst bestimmte Voraussetzungen erfüllt sein. Zum einen müsse sich das jeweilige Versicherungsunternehmen dafür entschieden haben, die ePA

anzubieten. Dies hätten die meisten Unternehmen bereits getan und befänden sich aktuell im Prozess, ihre Versicherten mit einer ePA auszustatten. Eine weitere Voraussetzung sei, dass die Versicherten über eine Krankenversicherungsnummer verfügen. Diese könne vom PKV-Unternehmen nicht eigenständig beantragt werden, da hierfür die Mitwirkung des Patienten notwendig sei. Erst im Anschluss könnten die weiteren Schritte zur Erlangung der ePA durchlaufen werden. Zum Thema **Verifizierung** teilt Frau Dimde mit, dass vor Kurzem von verschiedenen Krankenkassen das sogenannte **ePass-Verfahren** umgesetzt wurde, wodurch die Registrierung für die ePA-App innerhalb weniger Minuten mittels Personalausweises erfolgen könne. Man gehe davon aus, dass auch die PKVen dieses Verfahren übernehmen werden.

Was ist mit Blick auf die Auswertung der ePA-Daten mittels KI-Lösungen geplant?

Der Einsatz von KI zur Auswertung der ePA-Daten sei grundsätzlich möglich. Aktuell bestünden jedoch **regulatorische Herausforderungen**, die sich teilweise auch aus technischen Gegebenheiten ergeben würden. Derzeit müsse jedes Dokument, das aus der ePA benötigt wird, zunächst heruntergeladen werden. Eine KI im Primärsystem könne grundsätzlich Daten auswerten, würde jedoch aktuell dazu führen, dass die gesamte Akte heruntergeladen werden müsste. Die derzeit geltenden regulatorischen Rahmenbedingungen sähen jedoch vor, dass Daten aus der ePA nur anlassbezogen heruntergeladen werden dürfen.

Wie ist der Stand der Umsetzung des European Health Data Space durch die gematik?

Im Kontext der Regulierung des EHDS (European Health Data Space) seien verschiedene Anwendungsfälle definiert worden. Dazu gehöre unter anderem, dass deutsche **E-Rezepte** im EU-Ausland eingelöst werden können. Weitere Anwendungsfälle seien europäisch harmonisierte **Laborbefunde, Bildbefunde, Arzt- und Entlassbriefe** sowie das sogenannte „**Patient Summary**“. All diese Informationen seien aus Sicht der gematik relevant und bereits in der fachlichen Ausarbeitung der ePA berücksichtigt worden.

In den nächsten Jahren würden sich die PVS-Hersteller verstärkt mit strukturierten Daten beschäftigen und diese Formate auch in den deutschen Systemen umsetzen müssen. Die EHDS-Regulierung sehe vor, dass diese Anwendungsfälle sowohl national umgesetzt werden müssen als auch **grenzüberschreitend** verfügbar sein sollen, sodass beispielsweise auch im EU-Ausland auf entsprechende Daten zugegriffen werden kann. Die gematik bereite die ePA entsprechend darauf vor. Zusätzlich werde ein europäischer Konnektor benötigt, den jedes Land bereitstellen muss (**NCPeH – National Contact Point for eHealth**).

In der EHDS-Verordnung seien verschiedene Fristen festgelegt, unter anderem die Jahre 2029 und 2031, bis zu denen bestimmte Anwendungsfälle umgesetzt sein müssen. Zunächst werde das **Patient Summary sowie das europäische E-Rezept** implementiert. Demnach müsse sich die gematik bereits jetzt intensiv mit der Umsetzung befassen, da verschiedene technische Abhängigkeiten bestehen, um die europäischen Vorgaben fristgerecht erfüllen zu können.

4. Aktueller Sachstand: Telematikinfrastuktur (TI)

(Lars Gottwald, Leiter Business Teams, gematik)

Herr Gottwald berichtet, dass man bei **KIM** insbesondere in der Pflege und in der Physiotherapie aktuell steigende Anschlusszahlen verzeichne. Demnach hätten 90 % der Pflegeeinrichtungen in NRW einen SMC-B-Ausweis beantragt. Zudem gebe es bislang 1,26 Milliarden eingelöste **E-Rezepte**.

Mit Blick auf die Primärversorgung führt Herr Gottwald aus, dass es aus seiner Sicht unterschiedliche digitale Lösungsbausteine gebe. Hierzu zählen die digitale **Erst-einschätzung**, die **digitale Terminvermittlung** sowie die **Online-Überweisung**. Letztere sei bereits klar geregelt und befinde sich seitens der gematik bereits in der Konzeptionsphase.

Zum Zugang zur TI über das **TI-Gateway** berichtet Herr Gottwald, dass die Nutzerzahlen kontinuierlich ansteigen. Derzeit werde das TI-Gateway bereits von etwa 43.000 Institutionen genutzt. Zudem bleibe der Kartentausch für Gesundheitseinrichtungen wichtig. Aktuell gebe es zwei wichtige **Kartentausch**-Maßnahmen, die spätestens bis Mitte des Jahres abgeschlossen sein werden. Hierzu habe die gematik eine Pressemeldung mit den wichtigsten Informationen veröffentlicht.¹

5. Vorstellung des ePA-Whitepapers der Apothekerkammer Nordrhein

(Dörte Lange und Morten Lehmann Apothekerkammer Nordrhein)

In der letzten Sitzung des Beirats vom 04.02.2026 wurde vereinbart, die Diskussion zum ePA-Whitepaper zu vertiefen, insbesondere im Hinblick auf die Abwägung zwischen Patientensicherheit und Patientenschutz. Daher stellt Frau Lange weitere Gedanken zum ePA-Whitepaper der Apothekerkammer Nordrhein (AKNR) vor und gleicht die Forderungen mit denen aus der Stellungnahme des Ärztlichen Beirats zur bundesweiten Einführung der ePA ab. Die AKNR sehe viele **Gemeinsamkeiten**.

Auch der AKNR seien folgende Rahmenbedingungen wichtig: **standardisierte und strukturierte Daten in der ePA**, die Vermeidung von Redundanzen, die Integration der ePA in die Primärsysteme sowie interoperable Daten. Wunsch sei es, den Apotheken zu ermöglichen, mit dem gleichen Standard zu arbeiten, also z. B. die Möglichkeit der Verschlagwortung und Codierung zu nutzen. Darüber hinaus gebe es seitens der AKNR einige offene Fragen zum Thema **Haftung**. Außerdem wird die Wichtigkeit einer adäquaten **Honorierung** angesprochen.

Über die Stellungnahme hinaus merkt Frau Lange an, dass es wichtig sei, dass Apotheken anlassbezogen und je nach Fragestellung relevante Dokumente einsehen könne, wie z. B. Laborwerte oder Diagnosen, um etwa im Rahmen der erweiterten Medikationsberatung bei Polymedikation arzneimittelbezogene Probleme zu identifizieren. Dies würde zu einer Verbesserung der Arzneimittelanamnese beitragen. Vor dem Hintergrund der gleichermaßen für Ärzte und Apotheker geltenden **Schweigepflicht** seien mögliche Bedenken unbegründet.

Anschließend geht Frau Lange auf die **erweiterte Medikationsberatung bei Polymedikation** als pharmazeutische Dienstleistung näher ein, welche in der Leistungsbeschreibung zwischen dem Deutschen Apothekerverband (DAV) und der GKV definiert sei. In der Vereinbarung zwischen DAV und GKV werde z. B. ausdrücklich erläutert, dass

¹ gematik: [Kartentausch bleibt wichtig: Was Gesundheitseinrichtungen wissen müssen](#)

bei der pharmazeutischen AMTS-Prüfung Laborwerte und ärztliche Diagnosen zu berücksichtigen sind. Zum Ablauf der Medikationsberatung erläutert Frau Lange, dass das **Patientengespräch** in einem abgeschirmten Raum stattfindet und meist 20–30 Minuten dauere. Mittels der vom Patienten mitgebrachten Arzneimittel, des Medikationsplans, der elektronischen Medikationsliste, Arztberichte, Entlassbriefe, Laborparameter und der Patientendatei der Apotheke wird ein „Brown Bag Review“ durchgeführt. Es würde zudem auch auf die Hauptbeschwerden des Patienten, sowie Probleme und Fragen eingegangen und diese dokumentiert. Schlussendlich werde daraus ein Medikationsplan sowie ein **Ergebnisbericht** erstellt, in dem u. a. Verbesserungspotenziale für ein Zweitgespräch dokumentiert werden, in welchem eine intensive pharmazeutische Medikationsanalyse stattfindet.

Aus dem Plenum wird angemerkt, dass die Medikationsberatung eine ärztliche Aufgabe sei und man eine **Diskrepanz in der Vergütung** zwischen Ärzteschaft und Apotheken sehe. Es sei problematisch, dass im ärztlichen Versorgungsalltag einerseits häufig nicht ausreichend Zeit für die Beratung zur Verfügung stehe und andererseits die Vergütung nicht angemessen sei.

Hierzu betont Frau Lange, dass Apotheker ebenso wie Ärztinnen und Ärzte die **Verantwortung** für die Medikation tragen. Etwa 50 % der Apotheken bieten pharmazeutische Dienstleistungen an, Tendenz steigend. Apotheker nehmen somit im Rahmen der Medikationsberatung eine ergänzende Rolle zur ärztlichen Versorgung ein. Durch ihren spezifischen Blick auf Arzneimitteltherapien könnten sie Anwendungsprobleme, Wechselwirkungen oder Doppelmedikationen frühzeitig erkennen und so zur **Patientensicherheit** beitragen. Die Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Apothekern sei dabei als unterstützendes Miteinander und nicht als Konkurrenz zu verstehen.

Auf eine Frage aus dem Plenum hin erläutert Frau Lange, dass es sich bei der Medikationsberatung um eine **Kassenleistung** handle, auf die Patienten einmal jährlich Anspruch hätten. Voraussetzung sei, dass fünf ärztlich verordnete Medikamente in Dauertherapie vorliegen. Erst 2012 sei in der neuen Apothekenbetriebsordnung das Medikationsmanagement als pharmazeutische Dienstleistung verankert worden, begleitet durch erforderliche **Schulungskonzepte**. Seitdem zeigen sich erste positive Effekte, indem sich neue Kollegen aus den Universitäten mit klinisch-pharmazeutischer Erfahrung zunehmend aktiv einbringen. In Zukunft müsse der Weg dahin gehen, dass die Kompetenzen, die Arzneimittelfachleute an den Universitäten erlernen, stärker in die Praxis eingebracht werden. Dies sei auch seitens der Politik gewünscht. Frau Lange vermutet, dass mit dem **Apothekenweiterentwicklungs- und Versorgungsgesetz** weitere pharmazeutische Dienstleistungen hinzukommen werden.

Es wird die Frage gestellt, ob es für **Online-Apotheken**, die z. B. ihren Hauptsitz in den Niederlanden haben, eine **gesetzliche Regelung** im Hinblick auf die Online-Medikationsberatung gebe. Frau Lange führt aus, dass die AKNR bereits mehrere rechtliche Verfahren gegen Online-Apotheken in den Niederlanden geführt habe. Der **Zugriff des deutschen Rechts** sei in den Niederlanden jedoch nicht gegeben. Zudem gebe es aktuell keine spezifische gesetzliche Regelung für die **Online-Pharmakotherapieberatung**. Frau Lange weist darauf hin, dass ausländische Apotheken keinen Zugriff auf die ePA haben und die Leistungen gegenüber deutschen Krankenkassen nicht abgerechnet werden könnten – abrechnungsfähig sei diese laut Leistungsbeschreibung nur, wenn vor Ort eine Beratung erfolge.

Zuletzt betont Frau Lange die Wichtigkeit der **Zusammenarbeit** zwischen Krankenkassen, Ärzten und Apothekern, um ein vertrauensvolles Verhältnis aufzubauen.

Auch ein **interprofessionelles Lernkonzept** an den Universitäten könne hierzu positiv beitragen. Man müsse im Rahmen des Change-Managements erreichen, dass neben den ohnehin motivierten jüngeren Kollegen auch die Älteren mitgenommen werden.

Insgesamt bewerten die Anwesenden die Zusammenarbeit zwischen Apotheken und Ärzteschaft positiv. Frau Dr. Groß bedankt sich bei der AKNR und betont abschließend, dass die Zusammenarbeit im Sinne der Patientinnen und Patienten von zentraler Bedeutung sei. Darüber hinaus sei auch die Frage der gerechten Vergütung ein wichtiger Aspekt, für den gemeinsame Lösungen gefunden werden müssten.

6. Verschiedenes

Die nächste reguläre Sitzung findet am 20.05.2026 um 15:00 Uhr in Dortmund statt. Die nächste Sitzung der Arbeitsgruppe ist am 29.04.2026 um 20:00 Uhr.

Zudem wird für die Sitzung am 22.07.2026 ein Besuch der Praxis4Future der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein in Köln vereinbart.

Die Teilnehmenden regen die folgenden Themen für die nächste Sitzung an:

- Europäischer Gesundheitsdatenraum (EHDS) und die ePA
- Privatversicherte/ PKVen und die ePA
- Herausforderungen bei der Implementierung der ePA in Krankenhäusern