

**Protokoll
der 74. Sitzung des Ärztlichen Beirates
Digitalisierung in Nordrhein-Westfalen
am Mittwoch, den 29. März 2023
in der Ärztekammer Nordrhein in Düsseldorf und per Videokonferenz (hybrid)**

Vorsitz:	Herr Dr. Dr. Hans-Jürgen Bickmann, Frau Dr. Christiane Groß, M.A.
Protokoll:	Lea Schomacher, ZTG GmbH
Gäste	Herr Lars Gottwald, Leiter Business Teams, gematik Herr Philipp Mähl, Produktmanager eHealth, gematik Herr Frank Naundorf, Leiter Digitales und Kommunikation, Akademie für Öffentliches Gesundheitswesen
Anwesend:	s. Teilnehmerliste
Beginn:	15.00 Uhr
Ende:	17.00 Uhr
Anlagen:	Öffentliche Gesundheitsdienst in der Telematikinfrastruktur (gematik) Telematikinfrastruktur und Öffentlicher Gesundheitsdienst (AÖGW)

Hinweis: Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird in diesem Protokoll auf eine geschlechterdifferenzierte Formulierung verzichtet. Es wird ausdrücklich darauf hingewiesen, dass Begriffe wie Arzt, Patient, Mitglied usw. immer auch für die weibliche Form stehen, es sei denn, es wird ausdrücklich auf die männliche oder weibliche Form hingewiesen.

TOP 1 Begrüßung

Frau Dr. Groß begrüßt alle Teilnehmenden und Gäste, insbesondere die neuen Teilnehmenden des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen und der Apothekerkammer Nordrhein.

TOP 2 Genehmigung des Protokolls der Sitzung vom 25.01.2023

Es wurden keine Änderungswünsche vorgetragen. Das Protokoll der Sitzung vom 25.01.2023 gilt damit als genehmigt.

TOP 3 Aktueller Sachstand: Telematikinfrastruktur (TI) (Herr Lars Gottwald)

Herr Gottwald bedankt sich für die erneute Einladung und gibt ein **Update** zu den **Entwicklungen der TI**.

KIM

Herr Gottwald zeigt auf, wer mit dem KIM-Dienst bereits erreicht wird. Sektorübergreifend seien **insgesamt 112.000 Instanzen zur Nutzung fähig**. Eine kürzlich veröffentlichte Analyse der KBV zeige, dass im **hausärztlichen Bereich 90 %** der Ärzte zur

Nutzung fähig sind, im **fachärztlichen Bereich 60 bis 70 %**, wohingegen die **Durchdringung im psychotherapeutischen Bereich deutlich geringer** ausfällt. Dies lässt sich auch an der von Herrn Gottwald präsentierten Zahl der KIM-nutzenden Psychotherapeuten i. H. v. 2.200 (im Vergleich zu 70.000 KIM-nutzenden Ärzten im niedergelassenen Bereich) ablesen.

Bisher (Stand 26.3.) wurden **insgesamt ca. 118 Mio. Nachrichten** über KIM übermittelt. Derzeit pendelt sich die absolute Nutzungskennzahl bei **ca. 15 Mio. Nachrichten pro Monat** ein. Bei der Nutzung des **eArztbriefs** zeigt sich derzeit eine **steigende Tendenz** (rund 740.000 eArztbriefe im Februar im Vergleich zu 705.000 im Januar 2023). Die gematik beschäftigt sich mit diversen Aktivitäten gegenwärtig intensiv mit der Umsetzung von KIM aber auch der TI allgemein in den PVS. Beim **Verzeichnisdienst** bestehen noch Probleme hinsichtlich der Auffindbarkeit von Empfängern. Hier gilt es, seitens der Kartenherausgeber, die für die Pflege der Verzeichnisdaten verantwortlich sind, Nachbesserungen zur Steigerung der Datenqualität vorzunehmen. Daran werde derzeit gearbeitet. Das **Elektronische Beantragungs- und Genehmigungsverfahren Zahnärzte** (EBZ/„eHeilkostenplan“) wird weiterhin sehr gut angenommen und bietet den Vorteil einer wesentlich beschleunigten Leistungsgenehmigung durch die Krankenkassen, die sowohl Zahnärzten als auch Patienten zugutekommt. Seit dem 1.1.2023 erfolgt seitens der Durchgangsärzte auch die **Übermittlung der Unfallmeldungen** an die Unfallkassen via KIM. Bei nahezu 100 % der Unfallmeldungen ist dies heute schon der Fall.

E-Rezept

Herr Gottwald macht anhand einer Europakarte deutlich, dass Deutschland de facto das letzte europäische Land ist, das das E-Rezept einführen wird. In der Region der **KV Westfalen-Lippe** startete der **Roll-out** im September 2022 und wurde ab Anfang Dezember zunächst aufgrund des Fehlens eines niederschweligen und zugleich medienbruchfreien Einlösewegs ausgesetzt. Ein **neuer Einlöseweg**, der diese Anforderungen erfüllt, in der Form der Einlösung über das **Einlesen der eGK in der Apotheke**, werde **ab Mitte dieses Jahres** zur Verfügung stehen. Dann würden mit App-, Papierausdruck- und eGK-Lösung **insgesamt drei verschiedene Einlösewege** verfügbar sein. Mitte des Jahres würden ferner erste Pilotierungen zur Nutzung des E-Rezeptes bei privat Versicherten Patienten angegangen. Zuletzt wurden pro Monat knapp 240.000 E-Rezepte ausgestellt und rund 200.000 eingelöst (Referenzmonat Februar 2023).

ePA

In den letzten Monaten sei – auf weiterhin niedrigem Niveau – ein leichter Anstieg der Akteneinrichtungen durch Versicherte zu verzeichnen. Gegenwärtig erfolge eine **inhaltliche Discovery-Phase zur ePA und insbesondere zur Ausgestaltung des Opt-outs** und der entsprechenden Anforderungen an Aktenbereitstellung, Zugriffsrechte, Aktenbefüllung und Datenfreigabe zu Forschungszwecken. Dazu wurde eine umfangreichen Workshopreihe unter Beteiligung einer Vielzahl an Stakeholdern durchgeführt (siehe auch: Protokoll der 73. Sitzung des Ärztlichen Beirats v. 25.01.2023, S. 8 für weiterführende Informationen). Aufbauend auf der nun abgeschlossenen Workshopreihe schreibe die gematik derzeit das Fachkonzept unter Einbindung der Workshopteilnehmenden. Die **ePA-Spezifikation** soll bis Mitte des Jahres erstellt werden, um im **dritten Quartal 2024** die **Opt-out-ePA** bereitstellen zu können.

Auch bei der ePA würden ab Mitte des Jahres erste Pilotierungen mit privaten Krankenversicherungen erfolgen.

TI-Anbindung/Konnektoren

Der **Highspeed-Konnektor** für Krankenhäuser, der sich für den Einsatz am hauseigenen Rechenzentrum eignet, befindet sich in der Zulassung. Das **äquivalente Produkt für den ambulanten Bereich** nenne sich **TI-Gateway**, mit dem Praxen die TI als Serviceleistung „aus der Steckdose“ beziehen können, wohingegen die Konnektorhardware im Rechenzentrum des Dienstleisters verortet sei. Hierbei würden zwei Zulassungen erfolgen – zum einen die Anbieterzulassung, zum anderen die Produktzulassung. Ziel der Einführung von Highspeed-Konnektor bzw. TI-Gateway sei die **Entlastung der Leistungserbringenden hinsichtlich der technischen Komplexität**, indem die Konnektoren aus der dezentralen Umgebung der Leistungserbringenden, insbesondere der Arztpraxis, herausgenommen werden. Der bisherige **1-Box-Konnektor** werde als Alternative zur TI-Anbindung **fortbestehen**.

Umgang der gematik mit der Digitalisierungsstrategie des Bundes

Mitte März veröffentlichte das Bundesministerium für Gesundheit die **Digitalisierungsstrategie** für das Gesundheitswesen und die Pflege. Die gematik warte auf die Referentenentwürfe der angekündigten Gesetze, mit denen die in der Strategie adressierten Punkte in der Form konkreter, gesetzlich festgeschriebener Vorgaben nachlesbar werden.

Diskussion

Frau Dr. Groß bedankt sich bei Herrn Gottwald für seinen Beitrag und eröffnet die Diskussion.

Hinsichtlich der in Zulassung befindlichen **Highspeed-Konnektoren** wird sich nach deren **Laufzeit** und **ggf. auch hier erforderlichen Hardwareaustauschen** erkundigt. Herr Gottwald erläutert, dass beim TI-Gateway als Software-as-a-Service den Arztpraxen der Zugang zur TI als Dienstleistung bereitgestellt, während der Konnektor als sachliches Produkt aus der ärztlichen Umgebung herausgezogen werde. Entsprechend seien die Leistungserbringenden von den erfragten Themen nicht mehr selbst direkt betroffen. Herr Gottwald ist überzeugt, dass dies zu einer Reduktion der negativen Emotionen rund um die Konnektoren auf Seiten der niedergelassenen Ärzteschaft beitrage bzw. die Akzeptanz fördern wird. Frau Dr. Groß ergänzt, dass dies das Funktionieren des externen Konnektors bzw. des TI-Zugangs bei den Leistungserbringenden voraussetze, was Herr Gottwald bejaht.

Ein Teilnehmer berichtet, dass die KV Westfalen-Lippe ebenfalls „TI-as-a-service“ fordere und hakt nach, ob diese Forderung sich auf die gleichen Lösungen bezieht, die Herr Gottwald nun thematisiert hat. Herr Gottwald bittet um Kontaktvermittlung zur Klärung.

Auf Rückfrage eines Teilnehmers zu beobachteten **Doppelseintragungen im Verzeichnisdienst der TI** erklärt Herr Gottwald, dass im Verzeichnisdienst zwei Einträge hinterlegt sind – einmal als Person, gebunden an den eHBA, einmal als Institution, gebunden an die SMC-B. Die **KIM-Adresse** sei **an die Person des Leistungserbringenden bzw. den eHBA gebunden**; entsprechend enthalte der Institutionseintrag

keine KIM-Adresse. Die gematik arbeite an einer Verbesserung der Nutzbarkeit des Verzeichnisdienstes bzw. seiner Einträge.

Hinsichtlich der Weiterentwicklung des E-Rezepts wird nach der **Integration von Privatrezepten für gesetzlich versicherte Patienten** gefragt. Laut Herrn Gottwald sei auch dies auf dem Weg.

Bezüglich des **eArztbriefs via KIM** macht ein Teilnehmer anhand seiner Praxiserfahrungen deutlich, dass die von Herrn Gottwald präsentierte **Zahl übermittelter Arztbriefe i. H. v. über 700.000 nicht mit der Zahl erfolgreich vermittelter Arztbriefe gleichzustellen** sei. In der Praxis komme es noch sehr häufig zu **Problemen fehlender Lesbarkeit und/oder Interpretierbarkeit**. Nur bei einem von zehn eArztbriefen laufe alles reibungslos. Nicht verwertbare eArztbriefe würden in vielfacher Hinsicht ein Ärgernis darstellen. Zunächst fehlen die Informationen, zudem sei Aufwand zum Abruf des nicht verwertbaren eArztbriefes entstanden und ferner seien die Preise der Anbieter des KIM-Dienstes vom Nachrichtenvolumen abhängig. Herr Gottwald bittet um die Zusendung beispielhafter Fälle. Er erklärt, dass die **Ursache** der genannten Probleme in der **Umsetzung der eArztbriefe bzw. der KIM-Funktion in den PVS** liege. Die gematik habe **keine Regelungshoheit** gegenüber den PVS-Herstellern. Die gematik nutze jedoch das Mittel der **Transparenzerstellung**, um dennoch positiven Einfluss zu nehmen. So nehme die gematik eine umfangreiche **Marktanalyse** vor und veröffentliche **Implementierungsleitfäden** mit Anforderungen für die Umsetzung von KIM oder auch dem E-Rezept. Die Implementierungsleitfäden würden eng mit den Leistungserbringern abgestimmt und von diesen begrüßt. Eine Anforderung des Implementierungsleitfadens für KIM würde so z. B. lauten, dass eine KIM-Nachricht sichtbar sein müsse, wenn sie eingehe. Herr Dr. Dr. Bickmann betont in diesem Zusammenhang die **Erforderlichkeit der Sichtbarkeit eingehender eArztbriefe**. Ein anderer Teilnehmer ergänzt, dass auch er **Probleme bei dem Empfang von KIM-Nachrichten** in seinem PVS habe, wohingegen dies über Thunderbird (freies E-Mail-Programm) funktioniere. Herr Gottwald sichert zu, dass er noch einmal auf die Teilnehmer mit Problemen bei der KIM-Nutzung zukommt.

Frau Dr. Groß interpretiert aus dem zuvor Gesagten, dass sich die **PVS-Hersteller nicht hinreichend um die Umsetzung der Dienste in ihrer Software zu kümmern scheinen**. Herr Gottwald ergänzt, dass die vom gematik-Bereich Marktforschung/Research durchgeführte Studie zu den PVS **signifikante Unterschiede zwischen den PVS** aufzeige und insbesondere auch Hersteller mit größeren Marktanteilen hinsichtlich Support und Schulungen relativ schlecht abschneiden würden. Die Mängel werden von der gematik jetzt näher betrachtet (siehe auch: Protokoll der 73. Sitzung des Ärztlichen Beirats v. 25.01.2023, S. 8 f. für weiterführende Informationen).

Frau Dr. Groß bittet die anwesenden Psychotherapeuten angesichts der **niedrigen Durchdringung des KIM-Dienstes im psychotherapeutischen Bereich** um eine **Einordnung** der diesbezüglichen **Stimmung in der eigenen Berufsgruppe**. Ein Teilnehmer erklärt, dass er zumindest bei den **ländlichen psychotherapeutischen Kollegen** wahrnimmt, dass das **Fax weiterhin einen hohen Stellenwert** habe und zur einrichtungsübergreifenden Kommunikation weiterhin präferiert werde. KIM-Nutzer seien unter den Psychotherapeuten dagegen ziemlich allein. Ein junger Arzt in der Umgebung des Teilnehmers habe gegenüber den Psychotherapeuten, mit denen er interagiert, eine ausschließliche Kontaktierung via KIM gefordert. Dies habe Entsetzen bei den betroffenen Psychotherapeuten ausgelöst. Über Psychotherapeuten in städtischen Gebieten sei dem Teilnehmenden dagegen wenig bekannt. Frau Dr. Groß schlussfolgert, dass **noch eine Menge Akzeptanzförderung bei den**

Psychotherapeuten erforderlich scheint. Sie sieht bei Psychotherapeuten ebenso wie bei Zahnärzten eine andere Ausgangslage als bei anderen Leistungserbringenden gegeben, da die beiden Berufsgruppen weniger im Austausch mit Kollegen stünden als andere Arztgruppen.

Es wird berichtet, dass es ebenfalls sehr herausfordernd sei, einen **digitalen Austausch über KIM mit Pflegeeinrichtungen** zu etablieren.

Herr Dr. Dr. Bickmann äußert vertiefend zum **eArztbrief**, dass es hier **verbindliche Standards hinsichtlich seiner Inhalte und Strukturierung bedürfe**, um einen zeit-effizienten Überblick über alle relevanten Informationen zu ermöglichen. Aktuell sind die eArztbriefe nicht standardisiert und können unbegrenzt lang sein. Frau Dr. Groß weist darauf hin, dass es hierzu bereits **Vorschläge** in einer vor einigen Jahren erstellten, aber nicht veralteten Stellungnahme **des Ärztlichen Beirats** gebe. Herr Gottwald erklärt, dass die **gematik nicht für die Ausgestaltung des eArztbriefes verantwortlich** sei. **Die Forderung ist an die ärztlichen Verbände weiterzugeben**, die für eine Standardisierung des eArztbriefes verantwortlich zeichnen und entsprechende Festlegungen vornehmen könnten. Als **Paradebeispiel** führt Herr Gottwald das **EBZ** an. Hier sei für eine vergleichbare Problematik eine Lösung zwischen den Verbänden von Zahnärzten und Krankenkassen entwickelt worden, die, wie berichtet, erfolgreich umgesetzt wurde.

Eine Teilnehmerin stellt klar, dass **KIM nicht mehr und nicht weniger als ein Mailprogramm** sei. Es ermögliche, sicher Nachrichten vom Primärsystem eines Leistungserbringenden zu dem eines anderen zu versenden. Natürlich kann dabei auch das Aussehen einer Nachricht, z. B. eAU oder eArztbrief, definiert werden. Die Teilnehmerin **appelliert an alle Stakeholder, KIM nicht als Schnittstelle zu interpretieren bzw. zu missbrauchen**. Seitens der DKG bestehe etwa die Erwartungshaltung, KIM als Schnittstelle für bestimmte Datenübermittlungen nutzen zu können.

Ein Teilnehmer äußert seine Erwartung, dass, wenn es sich bei **KIM** um ein Mailprogramm handele, **Anhänge** auch ankommen müssten wie in einem herkömmlichen Mailprogramm und nicht abgekoppelt werden. Wenn die Anhänge bei zwei oder drei Versuchen nicht ankommen würden, sei die **Frustrationstoleranz der Leistungserbringenden überschritten** und die **weitere Nutzung von KIM werde abgelehnt**. Stattdessen würden Leistungserbringer dann auf **weniger sichere Wege der digitalen Übermittlung** wie die herkömmliche E-Mail zurückgreifen. Herr Gottwald erklärt hierzu, dass aktuell die **maximale Größe von Anhängen auf 25 MB beschränkt** sei und sich aus einer Überschreitung dieser Größe Fehler bei der Versendung der Anhänge via KIM ergeben könnten.

Ein Teilnehmer verweist auf die **Problematik der E-Mail-Flut**, über die größere Konzerne ebenso wie Einzelarztpraxen Herr werden müssen. **Wenn KIM vermehrt genutzt werde, entstünde dort dieselbe Problematik**. Bei modernen E-Mail-Programmen könne man Funktionalitäten nutzen, die helfen, den Überblick zu behalten. **Die Implementierung von KIM im PVS entspreche allerdings dem Stand eines Mailprogramms in den 1990er Jahren, z. B. mangelt es an Archivierungsfunktionalitäten. Ohne entsprechende Vorschriften in Spezifikationen würden die Hersteller keine Verbesserung der Funktionalitäten vornehmen, außer wenn Leistungserbringende für die Integration solcher Funktionalitäten zusätzlich bezahlen**. Es mag sein, dass die **gematik nicht zuständig** ist, doch die Leistungserbringer könnten noch weniger Ansprüche auf bestimmte Funktionen gegenüber Herstellern geltend machen. Auf die Problematik werde heute keine Lösung erwartet, aber der Teilnehmer

appelliert dringend an die gematik, dies **in Beratungen mit einzubeziehen**. Denn die **für eine flächendeckende Praxis erforderlichen Funktionalitäten würden über die Umsetzung der aktuellen Spezifikation von KIM weit hinausgehen**.

Herr Dr. Dr. Bickmann fasst zusammen, dass der **Ärztliche Beirat** die begrenzten Befugnisse der gematik zur Kenntnis genommen habe. Der **Ärztliche Beirat** beschäftigt sich aber natürlich auch mit den „**Verkehrsregeln**“ beschäftigt, wie der Standardisierung des eArztbriefes oder Fragen der Haftbarkeit der Leistungserbringenden im Umgang mit erhaltenen Informationen, **und nicht nur dem „Straßenbau“**, wie TI-Anbindung und dem KIM-Anschluss. **Wenn die gematik an bestimmten Stellen an die Grenzen ihrer Zuständigkeit stoße, müsse ein Gremium gefunden werden, dass die Zuständigkeit übernehme. Der Ärztliche Beirat sollte diesen Bedarf adressieren.**

Herr Gottwald möchte die Aussage, dass sich die gematik nicht um die Verkehrsregeln kümmere, **nicht verallgemeinernd** verstanden wissen. **Seine Aussage zur nicht gegebenen Zuständigkeit der gematik beziehe sich eng auf die Gestaltung von via KIM versandten Nachrichten. Selbstverständlich kümmere sich die gematik auch um die Verkehrsregeln.** Sie setze sich bei den TI-Anbindungen sehr intensiv mit der Einbettung in die Versorgung auseinander und kümmere sich um die Umsetzung. Ferner ergänzt er, dass sich **KIM auch in E-Mail-Programme wie Outlook oder Thunderbird integrieren** lasse. Er fügt an, dass der Umstieg von Fax auf digitale Kommunikationslösungen wie KIM Prozesse grundlegend verändere. Mit diesen Prozessveränderungen müsse man sich auseinandersetzen. Herr Gottwald schlägt aufgrund des Schwerpunktlegung der Diskussion auf den eArztbrief vor, **in der nächsten Sitzung den Produktmanager der gematik für den eArztbrief** mitzubringen, um das **Thema eArztbrief noch einmal verstärkt thematisieren** zu können.

Frau Dr. Groß hakt nach, ob in der **Discovery-Phase zur Opt-out-ePA** auch die **vom Ärztlichen Beirat formulierten Anforderungen** einbezogen werden. Die entsprechende Stellungnahme sei (wie oben im Zusammenhang mit dem eArztbrief beschrieben) schon etwas älter, aber die Anforderungen nach wie vor aktuell. **Im Kern fordert der Ärztliche Beirat einen Datenzugriff analog zu einer EFA.** Frau Dr. Groß bietet an, die Anforderungen ggf. noch einmal neu zusammenzuschreiben und in aktualisierter Form an Herrn Gottwald zu übergeben. Da Herr Gottwald an den Workshops der Discoveryphase nicht selbst beteiligt gewesen sei, werde er bei den Kollegen nachhaken und ggf. auf Frau Dr. Groß zurückkommen.

TOP 4 TI-Anbindung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) aus Sicht der gematik (Herr Philipp Mähl) und aus Sicht der Akademie für Öffentliches Gesundheitswesen (Herr Frank Naundorf)

TI-Anbindung des ÖGD aus Sicht der gematik

Herr Philipp Mähl bedankt sich für die Einladung und stellt sich zunächst kurz vor. Er ist in der Strategieabteilung der gematik tätig und hat zuvor im Team von Herrn Gottwald gearbeitet. Herr Mähl kümmert sich in seiner jetzigen Tätigkeit auch um den ÖGD.

Der **ÖGD** ist im vergangenen Jahr als **neue Nutzergruppe der TI** hinzugekommen. Die TI-Anbindung ist für die Gesundheitsämter **freiwillig**. Von der freiwilligen TI-Anbindung des ÖGD explizit **abzugrenzen** ist die Anbindung an das **Deutsche Elektronische Melde- und Informationssystem für den Infektionsschutz (DEMIS)**, das

ebenfalls von der gematik herausgegeben wird. **DEMIS ist nicht Teil der TI**, da es auch von Nutzergruppen verwendet wird, die keine Nutzergruppen der TI sind.

Im letzten Jahr wurde die Nutzergruppe fernab der TI unter die Lupe genommen. Insbesondere hat die **gematik analysiert, an welchen Stellen die TI als Ganzes oder einzelne TI-Anwendungen nutzenstiftend sind**. Dazu wurden viele Gespräche mit Mitarbeitenden verschiedener Gesundheitsämter sowie der Akademie für Öffentliches Gesundheitswesen geführt. Es seien **sechs Hospitationen** und ein **initialer Austausch mit sechs Landes- und 52 Gesundheitsämtern** erfolgt. So konnte ein **besseres Verständnis über das breite Tätigkeitsfeld des ÖGD** erzielt werden und festgestellt werden, inwiefern die Tätigkeiten perspektivisch nutzenstiftend durch die TI unterstützbar sind. Zudem stehe die gematik im **kontinuierlichen Austausch mit fünfzehn Landesministerien** (Ausnahme Baden-Württemberg).

Ein **Großteil** der ca. 377 Gesundheitsämter habe bereits sein **Interesse an der TI-Anbindung** bekundet. Der ÖGD ist mit verschiedenen Herausforderungen konfrontiert, die im Hinblick auf den TI-Anschluss relevant sind: Die **Gesundheitsämter kommunizieren mit einer Vielzahl unterschiedlicher Partner auch außerhalb der Gesundheitsversorgung** (und damit keine TI-Nutzenden), z. B. Polizei oder Kindertagesstätten. Es gilt, den Informationsaustausch mit diesen mitzudenken. Ein **hoher zeitlicher Aufwand** gehe mit der **Informationsbeschaffung von verschiedenen Instanzen** einher. Die Informationsbeschaffung erfolge derzeit über **multiple Informationskanäle und in multiplen Datenformaten**. **Heterogene IT-Systemlandschaften** mit der Nutzung **unterschiedlicher Primärsysteme ohne Schnittstellen** seien kennzeichnend, ebenso in der Folge **Doppeldokumentationen** und **häufiges manuelles Dateneinpfelegen**. Pandemiebedingt komme es ferner zu einer Verschiebung der Kernkompetenzen in den Gesundheitsämtern mit wechselnden Aufgabenbereichen und Rollenprofilen. Darüber hinaus sind die Gesundheitsämter mit der Problematik des Personalmangels konfrontiert.

Gesetzlich ist im SGB V für den ÖGD die **freiwillige Möglichkeit zur TI-Anbindung** verankert. Der **ÖGD-Pakt**, der u. a. zum Ziel hat, Defizite in der Digitalisierung der Gesundheitsämter anzugehen bzw. entsprechende Potenziale zu erschließen, **bezieht den TI-Anschluss nicht ein**. Wie bei den niedergelassenen Ärzten besteht auch für den ÖGD eine **Finanzierungsvereinbarung für den TI-Anschluss** bzw. für Aufwände im Rahmen der TI. Diese wurde **zwischen ÖGD und GKV spiegelbildlich zu den diesbezüglichen Regelungen im Bundesmantelvertrag** geschlossen. Gesundheitsämter benötigen zur TI-Anbindung und -Nutzung die **gleiche technische Ausstattung wie die Praxen niedergelassener Ärzte**. So benötigen auch Gesundheitsämter **Institutionskarten** und die Amtsärzte **eHBAs** zur Authentifizierung in der TI. Die Institutionskarten werden von der gematik ausgegeben. Klare Regelungen ermöglichen Amtsärzten prinzipiell den Zugriff auf die ePA und den in ihr enthaltenen Informationen.

Die **Institutionskarten sind seit Herbst letzten Jahres beantragbar** und auch **Konnektorlösungen** stehen zur Verfügung. Es handelt sich dabei um **klassische Ein-Box-Konnektoren**; Highspeed-Konnektoren stehen noch nicht zur Verfügung. **Der Primärsystemmarkt ist bei Gesundheitsämtern wesentlich weniger komplex als bei den PVS der niedergelassenen Ärzte, denn es befinden sich nur sechs verschiedene Produkte am Markt**. Alle relevanten Komponenten für die TI-Anbindung des ÖGD sind verfügbar bzw. umgesetzt, sodass sich die Nutzergruppe **heute bereits an die TI anschließen kann**. **Aktuell ist jedoch noch kein Gesundheitsamt angeschlossen**. Als Gründe werden die erst seit Ende letzten Jahres etablierte

Ausgabe von Institutionskarten sowie der bisherige Fokus der Gesundheitsämter auf den ÖGD-Pakt angeführt. **Das erste Gesundheitsamt soll zum Ende des Quartals angeschlossen werden.** Zu den Pionieren gehört aus NRW etwa das Gesundheitsamt Oberhausen.

Nicht alle bisherigen TI-Anwendungen sind für die Gesundheitsämter relevant, sondern insbesondere KIM, ePA, Versichertenstammdatenmanagement (VSDM) und der TI-Messenger. Für den ÖGD am spannendsten ist unter diesen KIM, da diese Anwendung potenziell bei der Durchführung von Begutachtungsverfahren, z. B. vor einer Verbeamtung oder Verfahren zur Bewilligung von Pflegegraden unterstützen kann. Über die **ePA** könnte ein Klient des Gesundheitsamtes (analog zum Patient in der Arztpraxis) Dokumente vorab bereitstellen. Im Rahmen des **VSDM** kann das Einlesen der Versichertenkarte im Gesundheitsamt Tätigkeiten der Datenerfassung minimieren. Darüber können auch bei ggf. aufgetretenen Datenänderungen die Daten, die bei der Krankenkasse liegen, aktualisiert werden. Der **TI-Messenger** stellt perspektivisch ein attraktives Tool zum Informationsaustausch mit Patienten bzw. Klienten dar, z. B. in der Tuberkulose-Nachsorge ohne physischen Kontakt. Einen weiteren Anwendungsfall bildet die Erstuntersuchung von Asylbewerbern, die vom amtsärztlichen Dienst übernommen wird und einen engen Austausch mit den niedergelassenen Ärzten erfordert. Herr Mähl stellt eine Reihe weiterer TI-Anwendungsfälle in Gesundheitsämtern vor, darunter einer mit Verortung bei der Impfstelle des Gesundheitsamtes. Hier bestehe eine inhaltliche Schnittstelle zur elektronischen Impfdokumentation, die als MIO in der ePA liegt. Ein weiterer Anwendungsfall wurde etwa in Schulaufnahmeuntersuchungen gesehen, wo die Bereitstellung der ePA des Kindes im Vorhinein des Termins vorteilhaft sein könnte. **Den maßgeblichen Anwendungsfall stellen Begutachtungsverfahren dar und speziell die Bereitstellung fehlender medizinischer Unterlagen durch Fach- und Hausärzte.**

Insgesamt bietet der TI-Anschluss Mehrwerte und Chancen für den ÖGD. Speziell können **Medienbrüche** insbesondere durch die Nutzung von KIM **minimiert** und durch die **Vermeidung von Doppeldokumentationen Zeitersparnisse erreicht** werden.

Zum aktuellen Stand ergänzt Herr Mähl, dass sich die **ersten Gesundheitsämter in den nächsten Wochen proaktiv anschließen**, was impliziert, dass **ab dann auch erste digitale Informationsaustausche via TI zwischen Gesundheitsämtern und Arztpraxen** erfolgen werden. Das Interesse sei groß, da die Gesundheitsämter Verbesserungsbedarfe bei ihrer Dokumentation und ihren Informationsaustauschen und eine entsprechende Chance zur Verbesserung in der TI sehen.

Diskussion

Frau Dr. Groß bedankt sich bei Herrn Mähl für seinen Beitrag und regt an, eine längere Diskussion zur Thematik nach dem Beitrag Herrn Naundorfs zur TI-Anbindung des ÖGD aus Sicht der Akademie für Öffentliches Gesundheitswesen zu führen.

Eine Teilnehmerin ergänzt als direkten Kommentar zum Beitrag Herrn Mähls, dass **vieles von dem, was angesprochen wurde, noch Visionen und entfernte Zukunftsmusik** darstellen. So habe Herr Mähl bei den Anwendungsfällen im ÖGD die Möglichkeit zum Austausch strukturierter Daten via KIM angedeutet, die es so bislang nicht gibt, da es sich bei KIM bisher um nicht mehr als einen sicheren E-Mail-Dienst handelt (vgl. TOP 3). Es sei folglich **noch sehr viel Arbeit erforderlich**, um das von Herr Mähl angedeutete Nutzenpotenzial der TI im ÖGD ausschöpfen zu können.

TI-Anbindung des ÖGD aus Sicht der Akademie für Öffentliches Gesundheitswesen

Herr Frank Naundorf stellt zunächst die **Akademie für Öffentliches Gesundheitswesen** vor. Es handelt sich um eine **Fortbildungseinrichtung**, die es seit rund 50 Jahren gibt. Sie bildet Kollegen im ÖGD durch Seminare zu vielfältigen Themen aus, fort und weiter. Die Akademie für Öffentliches Gesundheitswesen hat eine starke personelle Wachstumsphase von 25 auf 93 Beschäftigte hinter sich. Die Akademie für Öffentliches Gesundheitswesen ist **nicht auf NRW begrenzt**, sondern verfügt über verschiedene Standorte in Deutschland. Düsseldorf bildet jedoch ihren Hauptsitz. Das Ausbildungsinstitut hat einen **digitalen Schwerpunkt** entwickeln dürfen, z. T. gefördert durch das BMG. Der digitale Schwerpunkt beinhaltet eine Reihe von Initiativen, mit denen das Team von Herrn Naundorf betraut wurde. Diese umfassen das „Projektbüro Digitale Tools“ zur Prüfung und Zertifizierung von digitalen Lösungen, die für den ÖGD geeignet sind, den Aufbau einer digitalen Bibliothek, die bereits gelaunchte App „ÖGD News“ sowie eine Fortbildungsreihe „Digitale Kompetenzen“, in der die TI ein zentrales Thema darstellt.

Zur zentralen vom Ärztlichen Beirat an ihn gerichteten **Frage, wie die TI im ÖGD ankommt**, erzählt Herr Naundorf eine kleine Anekdote. Er sei selbst mitten in der Pandemie aus der KV Nordrhein zur Akademie für Öffentliches Gesundheitswesen gewechselt und damit betraut worden, aus Sicht der Fortbildungseinrichtung zu einer beschleunigten Digitalisierung des ÖGD beizutragen. Herr Naundorf habe dabei zunächst gar nicht die TI im Sinn gehabt, jedoch relativ zu Beginn seiner Tätigkeit einen Anruf von einem ÖGD-Mitarbeitenden aus dem Rhein-Kreis Neuss erhalten, der sich über KIM informieren wollte, nachdem diesem die Zusendung einer Datei von einem Krankenhaus via KIM angeboten wurde. So sei Herrn Naundorf der Gedanke gekommen, dass auch der ÖGD etwas mit der TI zu tun haben bzw. von ihr profitieren könnte. Den Gedanken habe er während der Akutphase der Pandemie zunächst beiseitegeschoben. **Schließlich habe die Akademie für Öffentliches Gesundheitswesen dann aber eine Veranstaltung zur TI mit den Gesundheitsämtern als Adressat durchgeführt.** Hier habe sich ein **großes Interesse des ÖGD** an der TI gezeigt, denn **von 375 Gesundheitsämtern seien über 300 vertreten** gewesen.

Gründe für das große Interesse sieht Herr Naundorf darin, dass es **keinen Einführungszwang** gebe, was zu einer völlig anderen Situation als bei den niedergelassenen Ärzten führe. Zudem sei der **ÖGD in einem massiven Digitalisierungsmodus**, auch durch den ÖGD-Pakt mit Finanzmitteln in Höhe von rund 800 Mio. Euro für Digitalisierungsprojekte, auch wenn sich dieser, wie von Herrn Mähl bereits erörtert, nicht auf die TI-Anbindung bezieht. Zudem bestehe ein großes Interesse und eine hohe Informationsnachfrage, da **KIM mittlerweile relativ verbreitet** sei und es für den ÖGD kaum sichere digitale Wege zum Datenaustausch gebe, wobei **auch die Austausch größerer Datenmengen über 25 MB für die Gesundheitsämter relevant** wären. Nach Kenntnis Herrn Naundorfs arbeitet die gematik jedoch daran.

Der ÖGD habe relativ schnell und sehr gut mit der gematik zusammengearbeitet. Es gab viele Gespräche zwischen Herrn Naundorf und Herrn Mähl. Dadurch sei es insgesamt ein bisschen anders gelaufen als bei den Arztpraxen und Krankenhäusern. So sei die gematik auch sehr viel in den ÖGD reingegangen und habe so tiefgehende Einblicke in ihre Tätigkeiten und Abläufe sowie Verbesserungsbedarfe erhalten.

Die **Akademie für Öffentliches Gesundheitswesen** unterstütze dies und **bediene das Informationsbedürfnis der Gesundheitsämter.** Dazu biete die Einrichtung

Veranstaltungen zum Thema TI an, die immer gut besucht seien, und **plane die Einführung eines eLearning-Angebots zur TI**. Die Akademie für Öffentliches Gesundheitswesen kooperiert dabei u. a. mit Frau Dr. Sabine Beckers, Leiterin des Gesundheitsamtes in Trier-Saarburg – das erste Gesundheitsamt, das eine SMC-B-Karte erhielt und relativ weit auf dem Weg zum TI-Anschluss ist.

Zur **Finanzierungsvereinbarung** ergänzt Herr Naundorf, dass diese **mittlen in der Pandemie und mit gleichen Erstattungssätzen wie bei den Arztpraxen zustande kam**. **Seit dem 1.7.2022** können Gesundheitsämter die **Erstattung** über das GKV-Abrechnungsportal **beim GKV-Spitzenverband beantragen und in Anspruch nehmen**. **Problematisch bei den Gesundheitsämtern sei der für die TI-Nutzung benötigte eHBA, denn unter den Amtsärzten bestehe kaum Bereitschaft zur kostenpflichtigen Beantragung**. Angesichts dessen, dass der Erstattungsbetrag für den eHBA gemäß Finanzierungsvereinbarung jedoch nicht kostendeckend ist, verfügen nur wenige Amtsärzte über einen eHBA. Daher **übernehmen inzwischen einige Länder den Differenzbetrag**, z. B. Rheinland-Pfalz.

Zum **Umsetzungsstand bei den sechs sogenannten Fachverfahren (= IT-Primärsysteme des ÖGD)** berichtet Herr Naundorf, dass die Akademie für Öffentliches Gesundheitswesen sich dazu mit dem im Vergleich zum PVS-Markt familiären Herstellerkreis auf einer gemeinsamen Veranstaltung ausgetauscht habe. Das Fachverfahren OctoWare der Firma easy-soft, das zu den zwei verbreitetsten Produkten gehört, arbeite derzeit an der Umsetzung von KIM und ePA. Zudem führe der Hersteller bereits Anwendungs- und Funktionstests in Pilot-Gesundheitsämtern durch. Herr Naundorf schätzt, dass dieses Fachverfahren schon beinahe TI-ready ist.

Herr Naundorf ergänzt am Rande, dass die **KIM-Adressvergabe in den Gesundheitsämtern intuitiver verlaufe** als bei den niedergelassenen Ärzten. Zudem nehmen die Hersteller der Fachverfahren auch zukünftig bereitstehende TI-Anwendungen, insbesondere den TI-Messenger für die Klientenkommunikation, bereits in den Blick.

Herr Naundorf schließt seinen Beitrag mit einem **Ausblick auf die zeitliche Agenda**. Noch in diesem Jahr würde mit der TI-Anbindung einzelner Gesundheitsämter gestartet. **Innerhalb von 2023 rechnet Herr Naundorf aber noch nicht mit massenhaften TI-Anbindungen**, auch da er weiß, dass in manchen Ländern, darunter Hamburg oder das Saarland, die Wahl der Highspeed-Konnektor-Lösung in Betracht gezogen wird. Als **erste genutzte Anwendung** sieht Herr Naundorf **KIM**, für die er eine Nutzung durch die ersten angeschlossenen Gesundheitsämter noch in diesem Jahr erwartet. **Für 2024 rechnet Herr Naundorf mit der Anbindung ganzer länderbezogener Gruppen an Gesundheitsämtern**. Im Anschluss sieht er **als mögliche zweite vom ÖGD genutzte TI-Anwendung die ePA**, nachdem diese auf ein Opt-out-Verfahren umgestellt wurde und **als mögliche dritte Anwendung den TI-Messenger**.

Diskussion

Frau Dr. Groß bedankt sich bei Herrn Naundorf für seinen Beitrag und eröffnet die Diskussion.

Herr Dr. Dr. Bickmann macht auf eine **Zergliederung des ÖGD in viele einzelne kommunale Gesundheitsämter** aufmerksam. Dies schaffe Bedarf für die Kommunikation untereinander. Ebenso bestehe auch der **Bedarf an einer übergeordneten Dachinfrastruktur als Voraussetzung für eine möglichst kurze Dauer der sukzessiven TI-Anbindungsphase**.

Eine Teilnehmerin tut ihre Irritation in Bezug auf Herrn Naundorfs Aussage, dass die **TI-Anbindung bundeslandweise** fortgeführt werden könnte, kund. Die Länder hätten hier aus Sicht der Teilnehmerin keine Handhabe zur übergeordneten Steuerung.

Ferner sieht die Teilnehmerin die **Freiwilligkeit der TI-Einführung im ÖGD** im Unterschied zu Herrn Naundorf nicht als positiv an, da eine datenschutzrechtlich sichere Kommunikationsstruktur in den Gesundheitsämtern benötigt werde, z. B. für Übermittlungen im Rahmen der Infektionsschutzes, bei dem der Austausch kritischer Daten per Fax oder unverschlüsselter E-Mail noch vorherrsche; ebenso sei bei der Kommunikation zwischen Ärztekammern und Gesundheitsämtern bis vor Kurzem noch mit CDs als Austauschmedium gearbeitet worden. Zudem sollte eine solche Kommunikationsstruktur sicherlich keine parallele zur TI sein. Entsprechend plädiert die Teilnehmerin für eine Entwicklung in Richtung einer verpflichtenden Anbindung. Frau Dr. Groß verteidigt die Freiwilligkeit der TI-Einführung, denn genau die Verpflichtung habe die niedergelassenen Ärzte in eine Kontrahaltung gebracht.

Herr Mähl macht eine Ergänzung zur **Meldung von Infektionsschutzdaten. Diese erfolgt über DEMIS. DEMIS und TI sind dabei klar zu trennen, wobei für DEMIS eine Verpflichtung zur Anbindung bestehe. Alle Gesundheitsämter und Labore sind heute bereits an DEMIS angeschlossen, über die die Meldung dieser Daten erfolgt.**

Auf Rückfrage von Frau Dr. Groß erklärt Herr Mähl, **warum das Land Baden-Württemberg und seine Gesundheitsämter** im Austausch rund um die TI-Anbindung des ÖGD **bisher außen vor geblieben zu sein scheinen**. Das Land habe das Thema bewusst zunächst zeitlich nach hinten verschoben; nun stehe man aber im Austausch und eine erste Informationsveranstaltung wird demnächst stattfinden. Generell seien die **Landesministerien unterschiedlich proaktiv**. Manchen Landesministerien, z. B. Bayern und Schleswig-Holstein sind sehr auf eine zeitnahe TI-Anbindung des ÖGD bedacht, in anderen Ländern würden andere Themen zunächst priorisiert angegangen und/oder der Austausch zwischen dem Landesministerium und den Gesundheitsämtern des jeweiligen Landes ist nicht so eng. **Nordrhein-Westfalen** zähle nicht zu letzterer Gruppe, denn hier gab es **sowohl gemeinsam mit dem Landesministerium als auch mit der Akademie für Öffentliches Gesundheitswesen bereits Informationsveranstaltungen für die Gesundheitsämter**.

Die Teilnehmerin, die zuvor über **unsichere Datenaustausche im Rahmen des Infektionsschutzes** berichtet hat, spezifiziert ihre Aussage dahingehend, dass sie sich auf die **Weitergabe diesbezüglicher Daten von den niedergelassenen Ärzten an die Gesundheitsämter** bezogen habe. Herr Naundorf ergänzt dazu, dass **Meldungen im Rahmen des Infektionsschutzes über DEMIS zunächst nur für SARS-CoV-2 funktionstüchtig** sei. Er vermutet, dass die Teilnehmerin sich auf Datenübermittlungen in Bezug auf andere meldepflichtige Erkrankungen bezieht. **Man arbeite derzeit mit Hochdruck daran, auch die Meldungen zu diesen anderen Erkrankungen über DEMIS abwickeln zu können**. Die Akademie für Öffentliches Gesundheitswesen stehe diesbezüglich im regen Austausch mit dem Bundesministerium für Gesundheit, auch da zeitnah entsprechende Schulungen erfolgen sollen, sobald die Meldewege in DEMIS zur Verfügung stehen. **Herr Naundorf geht davon aus, dass dies Anfang nächsten Jahres der Fall sein sollte**.

Herr Naundorf fügt zu seiner von einer Teilnehmerin kritisch hinterfragten Aussage einer **künftig potenziell bundeslandweise erfolgenden TI-Anbindung der Gesundheitsämter** an, dass dies **in manchen Bundesländern denkbar und wahrscheinlich**

sei. So gebe es in Hamburg und dem Saarland als sehr kleine Bundesländer mit wenigen Gesundheitsämtern eine ausgeprägte übergeordnete Koordination. In Bayern bestehe eine sehr hierarchische Struktur, entsprechend treffe die Möglichkeit der länderübergreifenden TI-Anbindung auch auf dieses Bundesland zu. Ein vor der Sitzung erfolgter Austausch zwischen einer Mitarbeitenden des Landesentrums Gesundheit **Nordrhein-Westfalen** (LZG.NRW) habe Herrn Naundorf klar gemacht, dass die **TI-Anbindung hier jedem Gesundheitsamt grundsätzlich selbst obliege. Es zeigt sich also, dass der Grad der übergeordneten Koordination und Steuerung der TI-Anbindung im ÖGD auf Landesebene sehr unterschiedlich ausgeprägt ist.**

Ein Teilnehmer aus dem **stationären Sektor** untermauert die Kritik einer Teilnehmerin an der **Nutzung unsicherer Kommunikationswege bei Meldungen von Seiten der Leistungserbringenden an die Gesundheitsämter im Rahmen des Infektionsschutzes.** Alle Krankenhäuser mussten bereits zum 17.9.2022 einen in der TI angesiedelten Meldeplatz einrichten und täglich Meldungen abgeben. Dies sei eine unverhältnismäßige Anforderung gewesen angesichts dessen, dass die Meldungen nicht über TI an die Gesundheitsämter übermittelt werden. Z. T. seien die Krankenhäuser von den Gesundheitsämtern um eine zusätzliche Zusendung der Daten an sie per Fax gebeten worden. Dies sei ein großes Ärgernis im letzten Herbst gewesen. Zudem korrigiert der Teilnehmer die Aussage Herrn Naundorfs zur Abwicklung der Meldungen zu übrigen meldepflichtigen Erkrankungen insofern, als dass für Krankenhäuser seit dem 1.1.2023 eine gesetzliche Pflicht zur Meldung über benannten Arbeitsplatz besteht. Er stimmt zu, dass der Arbeitsplatz bisher nicht entsprechend softwaretechnisch ausgestattet ist, die Software folglich nicht rechtzeitig bis zum Greifen der Pflicht fertig geworden ist. Hier müsse **der Gesetzgeber realistischere Ansprüche stellen und seine Fristen an das voraussichtliche Vernetzungstempo anlehnen. Es sei ein Unding auf der einen Seite die Leistungserbringenden mit großem zeitlichen Druck zur Nutzung einer neuen Kommunikationsinfrastruktur zu zwingen, wenn auf der anderen Seite die versandten Daten bei den Gesundheitsämtern als relevante Empfänger aufgrund fehlender Anbindungen noch nicht ankommen können.**

Ein Teilnehmer fragt nach, ob angesichts der **über das Gesundheitswesen hinausgehenden Kommunikationspartner von Gesundheitsämtern auch nach TI-Anbindung noch verschiedene parallele Kommunikationsplattformen von Nöten** sein werden. Herr Mähl erklärt, dass es grundsätzlich wünschenswert wäre, alle Kommunikationspartner auf eine Plattform zu binden, also z. B. die TI auf Kommunikationspartner des ÖGD erweitert wird, die außerhalb des Gesundheitswesens angesiedelt sind. Aktuell werden verschiedene Kommunikationskanäle je Kommunikationspartner genutzt, was Herr Mähl persönlich nicht gutheißt. Diese verschiedenen Kommunikationskanäle müssten zusammenrücken, um eine Kommunikation über die TI zu ermöglichen. **Herr Mähl geht nicht davon aus, dass jegliche Kommunikation der Gesundheitsämter am Ende vollständig auf eine Kommunikationsplattform reduziert werden könne. Ein guter Anfang sei es, sich zunächst auf die Hauptlast der Kommunikation zu konzentrieren, d. h. den Austausch der Gesundheitsämter mit niedergelassenen Ärzten und diese unter Nutzung von KIM zu kanalisieren.**

Herr Naundorf betont auch seinerseits erneut, dass **alle Gesundheitsämter parallel zur Pandemie an DEMIS angeschlossen worden** seien. Wenn es auch hier vereinzelt zu **Funktionsmängeln** gekommen sei, müsse dies bei der **DEMIS-Kontaktstelle beim Robert-Koch-Institut (RKI)** als verantwortliche Stelle entsprechend adressiert werden. **Alle Gesundheitsämter hoffen, dass möglichst alle meldepflichtigen**

Erkrankungen aufwandsarm über das System laufen. Daran wird mit Hochdruck gearbeitet. Die Schwierigkeit bestehe darin, andere Akteure mit einzubringen.

Frau Dr. Groß erinnert sich, dass der Ärztliche Beirat Anfang/Mitte letzten Jahres in einem anderen Zusammenhang auch über den **zögerlichen DEMIS-Anschluss der Gesundheitsämter** diskutiert hatte. Insofern sei es **als Erfolgsgeschichte zu werten, dass dieser Anschluss flächendeckend erfolgt sei.**

Eine Teilnehmende berichtet aus dem ÖGD, dass die **Labordatenübermittlung via DEMIS gut gelöst** sei. **Schwachstellen** gebe es im Infektionsschutz z. B. bei **Pflichtverdachtsmeldungen** wie Masern, die bisher nicht über DEMIS, sondern unstrukturiert über Kanäle wie das Telefon erfolgen. Sie geht davon aus, dass sich auch dies künftig einbinden lasse. Herr Mähl bestätigt, dass dies **ab Herbst 2024** der Fall sein sollte.

Frau Dr. Groß bedankt sich bei allen Referenten und kündigt an, dass der Ärztliche Beirat im Auge behalten wird, ob sich die freiwillige TI-Anbindung im Nachhinein als das bessere Vorgehen erweisen wird. Ein Teilnehmer fügt schließlich an, dass es **nicht nur aufgrund der Freiwilligkeit eine grundlegend andere Situation beim ÖGD als bei den niedergelassenen Ärzten** vorliege. Denn im **ÖGD** erfolge dies **auf Kosten von Steuergeldern** und auch dank der z. T. bereits durchgesetzten Übernahme der eHBA-Kosten **kostenneutral für die Amtsärzte. Die niedergelassenen Ärzte müssen den Differenzbetrag zu den Erstattungsbeträgen dagegen selbst aufbringen.**

TOP 5 Verschiedenes

Frau Dr. Groß gibt eine Terminveränderung bekannt und zwar sieht sie sich gezwungen, die Sitzung des Ärztlichen Beirats im November dieses Jahres um eine Woche nach vorne zu verlegen, d. h. vom ursprünglich 29. November 2023 auf den 22. November 2023. Die Uhrzeit (15 Uhr) bleibt gleich. Die Verlegung auf den 22. November 2023 betrifft auch die Vorbereitungen zur Sitzung im Januar 2024, die unmittelbar im Anschluss an die Sitzung am 22. November 2023 stattfindet.

Herr Christopoulos wird den neuen Termin noch an den gesamten E-Mail-Verteiler des Ärztlichen Beirats versenden.

Die nächsten Termine:

- Die Vorbereitungen zur nächsten Sitzung des Ärztlichen Beirats findet am Mittwoch, den 26. April 2023 um 20:00 Uhr per Videokonferenz (sehr wahrscheinlich nur online) statt.
- Die nächste Sitzung des Ärztlichen Beirats findet am Mittwoch, den 24. Mai 2023 um 15:00 Uhr statt. Ob die Sitzung ausschließlich digital per Videokonferenz oder hybrid mit Option der Teilnahme in Präsenz in der Ärztekammer Westfalen-Lippe in Dortmund stattfindet, ist noch offen. Entsprechende Informationen folgen.