



EINDRUCKSVOLLE LEISTUNGSSCHAU

Die DMEA 2023 in Berlin war ein voller Erfolg. Ausstellende Unternehmen, Besucher:innen und Politprominenz sendeten Aufbruchssignale. Die Hallen waren voll wie nie.

INHALT

62 Pflegeunterstützungs- und Entlastungsgesetz (PUEG)

63 TI-Finanzierung

64 Interview: Prof. Dr. Klemens Budde (Charité Berlin)



Der **BVITG-MONITOR** auf den Seiten 60 bis 65 dieser Ausgabe von **E-HEALTH-COM** wird verantwortet vom Bundesverband Gesundheits-IT – bvitg e.V., Friedrichstraße 200, 10117 Berlin.

v. i. S. d. P.: Melanie Wendling

Wer über Messen redet, muss über Zahlen reden. Und mit denen war der Geschäftsführer der Messe Berlin, Dirk Hoffmann, hörbar zufrieden: „Über 700 Aussteller in sechs Hallen, das sind 30 Prozent mehr als vor der Pandemie.“ Besonders erfreulich sei, dass Unternehmen aus 25 Ländern den Weg nach Berlin gefunden hätten. Dies unterstreicht einmal mehr den Anspruch der DMEA, die vom bvitg und der Messe Berlin gemeinsam veranstaltet wird, die europäische Leitmesse für Digital Health zu sein. Auch die Publikumsresonanz passte zu diesem Anspruch: Über 16 000 Besucher:innen hat die Messe an den drei DMEA-Tagen gezählt. Rekord.

Ein Highlight war die Eröffnungsrede von Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach, der die rasante Entwicklung im Bereich künstliche Intelligenz thematisierte. Die sei einer der Gründe, warum sich die beiden gesetzgeberischen Vorhaben, das Digitalgesetz und das Gesundheitsdatennutzungsgesetz (GDNG), etwas verzögerten: „Wir versuchen, auch gesetzgeberisch auf die technischen Veränderungen der letzten Monate zu reagieren.“

PLÄDOYER FÜR FEDERFÜHRENDE DATENSCHUTZAUF SICHT

An konkreten Inhalten stellte Lauterbach die geplante Opt-out-ePA in den Mittelpunkt und bekräftigte, dass bis 2025 mindestens 80 Prozent der Versicherten in Deutschland über eine ePA verfügen sollen.

Mit Blick auf Forschung, KI-Entwicklung und Opt-out-ePA sollen sowohl GDNG als auch Digitalgesetz datenschutzrechtliche Veränderungen bringen. Dr. Susanne Ozegowski, Leiterin der Abteilung 5 im BMG, kündigte unter anderem die Weiterentwicklung des Konzepts der federführenden Datenschutzaufsicht an. In diesem Zusammenhang war das Aufeinandertreffen von gematik-Chef Markus Leyck-Dieken und dem Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit, Ulrich Kelber, ein weiteres DMEA-Highlight.

Kelber verriet unter anderem, wie er seine eigene ePA nutzen würde: „Meine Grundeinstellung in einer ePA wäre, dass jeder Arzt alle meine Daten sieht.“ Allerdings müsse es zwingend die Möglichkeit geben, auch etwas anderes einzustellen. ■

DMEA-NACHWUCHSPREIS



(v.l.): Susanna Götz (TH Würzburg-Schweinfurt), Mara Teichmann (TH Brandenburg), Sebastian Kunz (FH Bern), Cyril Zraggen (FH Bern), Lars Anderegg (Berner Fachhochschule), Jonas Jiménez (Berner FH), Raul Simpetru (FAU Erlangen-Nürnberg); digital zugeschaltet: Tanja Eichner (TU Wien) und Luisa Neubig (FAU Erlangen-Nürnberg)

Auch in diesem Jahr wurde der DMEA-Nachwuchspreis verliehen: Lars Anderegg und Jonas Jiménez konnten sich mit ihrer IT-Architektur den Nachwuchspreis für die beste Bachelorarbeit sichern. Der Preis für die beste Masterarbeit ging an Luisa Neubig für ihre Deep-Learning-unterstützte Analyse des Schluckens. Laura Hensel hat mit ihrer Arbeit zur Entwicklung eines hybriden Simulators zur Validierung eines sEMG-Verstärkers den Audience Award gewonnen. Mit dem DMEA-Nachwuchspreis werden jedes Jahr die besten Bachelor- und Masterarbei-

ten aus dem Digital-Health-Bereich ausgezeichnet. Zur DMEA 2023 haben sich rund 60 Absolvent:innen mit ihren Arbeiten beworben. Eine Fachjury, bestehend aus Expert:innen aus Wirtschaft und Industrie – vom bvitg war Vorstandsmitglied Heiko Mania und generation next-Sprecherin Josefin Michaelis vertreten –, hat unter allen Einsendungen zehn Finalist:innen ausgewählt. Gute Nachrichten für alle Gewinner:innen: Geschäftsführerin Melanie Wendling hat allen Preisträger:innen einen lebenslangen, kostenfreien DMEA-Besuch zugesichert. ■

PANEL „GREEN-IT IN DER DEUTSCHEN KRANKENHAUSLANDSCHAFT“

Das Nachwuchsnetzwerk bvitg generation next veranstaltete auf der DMEA das Panel „Green-IT in der deutschen Krankenhauslandschaft – Status quo und Ausblick bis 2030“. Vor vollem Haus diskutierten Aline Mittag, Konzernleitung Nachhaltigkeit Asklepios,



(v.l.): Rania Abbas, Aline Mittag, Dr. Sven Jansen, Birgit Stabenau, Stefan Krojer

Birgit Stabenau, Strategic Business Architect Health IT Philips GmbH, generation next-Sprecherin Rania Abbas, Dr. Sven Jansen, CEO Neo Q Quality in Imaging GmbH sowie Stefan Krojer, Gründer und CEO ZUKE Green, über Chancen und Herausforderungen von Green-IT. Es herrschte Konsens darüber, dass Kliniken von IT-Anbietern noch viel stärker das Thema Nachhaltigkeit einfordern müssen. Nur so gelingt es, Ressourcen zu schonen und das deutsche Gesundheitswesen in eine nachhaltige Zukunft zu führen. ■



WER SEIN ZIEL KENNT, FINDET DEN WEG

Vor wenigen Wochen fand die DMEA 2023 in Berlin statt und ich bin immer noch erfüllt von den drei Tagen. Die diesjährige DMEA war eine Veranstaltung der Superlative: Noch nie gab es so viele Besucher:innen, Aussteller, Speaker und ein derartig breit gefächertes Themenspektrum wie in diesem Jahr.

»Die Industrie kann und will die erfolgreiche Digitalisierung des Gesundheitswesens umfassend unterstützen.«

In seiner Keynote betonte Bundesgesundheitsminister und DMEA-Schirmherr Prof. Dr. Karl Lauterbach, dass die Digitalisierungsstrategie des Bundesministeriums für Gesundheit ein Neustart für das gesamte digitale Gesundheitswesen ist.

Dieser Neustart und eine allgemeine Aufbruchstimmung war auch während der DMEA zu spüren – die Industrie kann und will die erfolgreiche Digitalisierung des Gesundheitswesens umfassend unterstützen.

Es geht voran, und ich bin sehr zuversichtlich, dass es dieses Mal gelingen wird, den Wunsch in die Realität umzusetzen, und dass im nächsten Jahr beispielsweise das E-Rezept in der Fläche angekommen ist. ■

GERRIT SCHICK

bvitg-Vorstandsvorsitzender

PFLEGE PUEG: NACHBESSERUNGEN BEIM KOMPETENZZENTRUM NÖTIG

Der Entwurf des Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetzes (PUEG) weist bei der Digitalisierung gravierende Schwächen auf. Leider fielen bei der Anhörung digitale Aspekte unter den Tisch.



Keine Zeit für Digitalisierung – das war die enttäuschende Erkenntnis aus der Verbändeanhörung zum PUEG vor dem Gesundheitsausschuss des Deutschen Bundestags am 10. Mai. Zwar war der bvtg ausdrücklich gebeten worden, zu erscheinen. Am Ende wurden dann aber so viele andere Aspekte des Gesetzes diskutiert, dass für die digitalen Aspekte keine Zeit mehr blieb. Eine vertane Chance, denn der bvtg sieht weiterhin erheblichen Nachbesserungsbedarf am PUEG.

Er ist damit nicht allein. Ein Bündnis aus insgesamt acht Verbänden, darunter neben dem bvtg unter anderem FINSOZ, vediso, der Deutsche Pflegerat und mehrere Trägerverbände von Pflegeeinrichtungen, fordert in einer gemeinsamen Stellungnahme Verbesserungen bei dem angestrebten Kompetenzzentrum Digitalisierung und Pflege. Dieses soll bei den Pflegekassen angesiedelt und aus dem Aus-

gleichsfonds der Pflegeversicherung finanziert werden. Das Bündnis lehnt die Anbindung an den Spitzenverband Bund der Pflegekassen ab.

Es stellen sich bei einem Kompetenzzentrum, das unter anderem die Qualität digitaler Anwendungen und die Optimierung digitaler Prozesse in den Mittelpunkt stellen soll, Fragen der Neutralität, wenn es eine Einrichtung unter Kontrolle der Kostenträger wird. Ungeeignet ist die Anbindung an den Spitzenverband Bund der Pflegekassen auch deswegen, weil dieser nur im Kontext des SGB XI agiert, also nur die ambulante, teil- und vollstationäre Langzeitpflege adressiert. Im Sinne einer Continuity of Care müssen in einem Kompetenzzentrum, das sich die Digitalisierung der Pflege auf die Fahnen schreibt, aber auch die Akutpflege in Krankenhäusern und die Akutpflege in der ambulanten Langzeitpflege beachtet werden. Diese sind im SGB V angesiedelt und liegen damit außer-

halb des Verantwortungsbereichs der Pflegekassen.

Das Verbändebündnis plädiert aus diesen Gründen dringend dafür, eine alternative Aufhängung des Kompetenzzentrums zu erwägen. Um einem mehrdimensionalen, sektorenübergreifenden Ansatz gerecht zu werden und Zielkonflikte zu vermeiden bzw. Neutralität zu erreichen, sollte das Zentrum an neutraler Stelle, bevorzugt beim Bundesgesundheitsministerium, angesiedelt werden.

Das Kompetenzzentrum ist nicht der einzige kritische Punkt beim PUEG. Unklar ist weiterhin, wie Digitalisierung in der Pflege regelhaft finanziert werden soll. Hier besteht dringender Handlungsbedarf. Ohne Konzepte für eine stabile Finanzierung von sowohl Investitions- als auch Betriebskosten wird eine nutzenbringende Digitalisierung der unterschiedlichen Pflegesegmente nicht dauerhaft erreichbar sein. ■

TELEMATIKINFRASTRUKTUR TI-FINANZIERUNG: OFFENE FRAGEN

Bei der Finanzierung der Telematikinfrastruktur (TI) auf Leistungserbringerseite soll nach einem neuen Konzept die bisherige Berechnung der TI-Pauschalen abgelöst werden. Der bvitg bietet der Politik Unterstützung bei der Klärung wichtiger Fragen an.



Die Umstellung der Finanzierung der Ausstattungs- und Betriebskosten auf Leistungserbringerseite in Richtung einer monatlichen Pauschale wird vom bvitg ausdrücklich begrüßt, weil auf diese Weise eine kontinuierliche Förderung der Digitalisierung sichergestellt werden kann. Umso bedauerlicher ist, dass zwischen dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung keine Einigung über die Berechnung der Pauschale erzielt werden konnte.

Da die Entscheidung jetzt dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) im Rahmen einer Ersatzvornahme zufällt, weist der bvitg noch einmal darauf hin, welche grundsätzlichen Fragen mit einer derartigen Pauschale aus Sicht des Verbands verbunden sind. Dazu zählt vor allem die Frage, ob der in der bisherigen Gesetzgebung angelegte Grundsatz der Erstattung aller anfallenden Kosten auf

Leistungserbringerseite aufrechterhalten werden soll oder nicht. Dies ist aus Sicht des bvitg eine grundsätzliche Frage, die politisch, und nicht individuell zwischen Unternehmen und Kund:innen, zu klären ist.

Soll der Grundsatz beibehalten werden, gilt es zu definieren, welchen Umfang genau die Leistungen, Anwendungen und Dienste haben sollen, die in der Pauschale abgebildet werden. Berücksichtigt werden müssen dabei auch der Entwicklungs- und Zulassungsaufwand sowie Aufwände im Zusammenhang mit Spezifikationsanpassungen und Sicherheits-Updates. Zudem gilt es, gesamtwirtschaftliche Prozesse zu berücksichtigen, beispielsweise Stromkosten im Zusammenhang mit einem verstärkten Rechenzentrums- bzw. Cloud-Betrieb bestimmter Leistungen.

Ein weiterer wichtiger Punkt ist die Frage der Anpassungsfrequenz der TI-Pauschale: Wie erfolgen An-

passungen und wie oft werden sie vorgenommen? Das ist nicht zuletzt vor dem Hintergrund der Einführungen neuer Anwendungen bzw. des Wegfalls bisheriger Anwendungen relevant. Der bvitg empfiehlt eine jährliche Anpassung, die auf Basis von noch zu definierenden Branchen-Preisindex-Werten erfolgen könnte.

Der bvitg sieht ein Abweichen vom oben genannten Grundsatz der vollständigen Refinanzierung kritisch. Sollte das Ministerium den Überlegungen des GKV-SV in diesem Punkt folgen, muss dies den Leistungserbringern nicht zuletzt mit Blick auf die Akzeptanz digitaler Lösungen politisch klar kommuniziert werden. In jedem Fall bietet der bvitg allen am Prozess beteiligten Akteuren an, bei der Entwicklung künftiger TI-Pauschalen technisch und fachlich Unterstützung zu leisten. ■

INTERVIEW » CHANCEN DER KI WERDEN GESEHEN «

Die AG Gesundheit, Medizintechnik, Pflege der Plattform Lernende Systeme hat auf Basis einer schriftlichen Befragung und eines Workshops ein Whitepaper zu den Erwartungen von Gesundheitsfachkräften an KI-Systeme vorgelegt. **Prof. Dr. Klemens Budde** von der Nephrologie der Charité Berlin informiert über die Ergebnisse.



Prof. Dr. Klemens Budde ist Leitender Oberarzt der Medizinischen Klinik mit Schwerpunkt Nephrologie und Internistische Intensivmedizin an der Charité Universitätsmedizin Berlin.

Wie haben Ihre Mitarbeiter:innen reagiert, als sie einen ganzen Workshop lang über künstliche Intelligenz in der Patientenversorgung reden sollten?

Die wissen ja, dass wir an dem Thema dran sind, insofern gab es da schon ein Interesse. Wir haben Leute angesprochen, die eine gewisse Affinität haben, und wurden nicht komisch angesehen.

Das Whitepaper stellt Chancen, Herausforderungen und Voraussetzungen von bzw. für KI in der medizinischen Versorgung recht detailliert dar. Welche Botschaften würden Sie herausdestillieren?

Eine Kernbotschaft ist, dass Gesundheitsfachkräfte der KI sehr aufgeschlossen gegenüberstehen. Die Chancen für die Versorgung werden ganz klar gesehen. Es werden aber auch Risiken und Probleme erkannt. Das betrifft zum Beispiel Modelle, die nicht auf den Kontext passen, in dem sie angewandt werden. Wir haben auch diskutiert, warum wir überhaupt KI im Gesundheitswesen anwenden sollen. Weil wir einen Nutzen entweder für unsere Patient:innen oder für uns selbst haben wollen. Wenn das nicht erreicht wird, brauchen wir Gesundheitsfachkräften mit KI nicht zu kommen. Das impliziert, dass KI keine Mehrarbeit produzieren darf, das kam auch sehr deutlich heraus. Und dann gibt es natürlich ei-

ne Menge offene Fragen zur juristischen Situation, auch zur Zertifizierung von medizinischen KI-Lösungen, die noch adressiert werden müssen, bevor an einen Routineeinsatz zu denken ist.

Angst vor KI gibt es nicht?

Nein, eher eine sehr realistische Einschätzung, was KI leisten kann und was nicht. Letztlich wollen Gesundheitsfachkräfte und übrigens auch Patient:innen, dass die KI nicht autonom vor sich hin arbeitet, sondern dass sie unterstützt bzw. dass wir als Gesundheitsfachkräfte die Kontrolle haben. Wir reden in dem Zusammenhang von „meaningful human control“. Wenn wir diese Kontrolle ausüben sollen, brauchen wir KI-Kompetenz.

Wie lässt sich KI-Kompetenz vermitteln?

Eine Möglichkeit ist eine Art Beipackzettel für KI-Lösungen. Die müsste die spezifischen Use Cases der jeweiligen KI aufschlüsseln, quasi die Indikationen, bei denen sie zugelassen ist. Gleichzeitig müssten dort auch Limitationen und potenzielle Risiken kommuniziert werden, beispielsweise die Population, auf deren Basis die Anwendung trainiert wurde. Es gibt eine KI zur Vorhersage des akuten Nierenversagens, die im amerikanischen Veteranen-System trainiert wurde. Die ist nicht

schlecht, aber die Veteranen sind zu 95 Prozent männlich. Das ist eine Limitation, die man kennen sollte.

Sie haben an Ihrer Klinik ein Tool trainiert und klinisch getestet, das das Risiko von Komplikationen nach Nierentransplantation anzeigt. Wie ist der Stand bei diesem Projekt?

Wir haben diese KI auf Basis von mehreren Tausend eigenen, longitudinalen Datensätzen trainiert, für Deutschland recht ungewöhnlich. Sie dient der Vorhersage von Abstoßung, Transplantatverlust und Tod. Wir konnten zeigen, dass der KI diese Vorhersage besser gelingt als Ärzt:innen. Wie klinisch relevant das ist, ist dann die andere Frage. Interessant fand ich, dass die jungen Ärzt:innen die KI deutlich besser angenommen haben und auch mehr von der KI profitiert haben. Vielleicht brauchen wir in der Umsetzung verschiedene Herangehensweisen für verschiedene Gruppen. Ich vergleiche das immer mit einem Lautstärkereglern: Der eine braucht die Hinweise lauter, der andere weniger laut. Interessant fand ich auch, dass erfahrene Ärzt:innen teilweise Problemkonstellationen erkannt haben, die die KI nicht auf dem Schirm hatte. Eine KI kann also von ärztlichem Input profitieren. Klar ist: Diese naive Hoffnung, wir machen jetzt KI und alles wird besser, das ist Unsinn.



Die Politik formuliert derzeit zwei neue Digitalgesetze, die sich auch mit KI beschäftigen sollen. Was wären Ihre Wünsche an solche Gesetze?

Beim Datenschutz gibt es schon noch Verbesserungspotenzial. Die DSGVO ist an sich eine sehr gute Grundlage, aber deren Umsetzung in Deutschland ist weder einfach nachzuvollziehen noch einheitlich. Wie viel Anonymisierung bzw. Pseudonymisierung ist nötig? Was heißt es, wenn eine Rekonstruktion mit „vertretbarem Aufwand“ nicht möglich sein soll? Das handeln wir für jedes Projekt neu aus, teilweise mehrfach. Datenschutzbeauftragte sagen uns immer, was nicht geht, aber nicht wirklich konstruktiv. Und natürlich darf das auch nicht in jedem Bundesland anders gehandhabt werden.

Die Bundesregierung sagt, bis 2025 sollen 80 Prozent der Versicherten eine ePA haben und das E-Rezept Standard sein. Realistisch?

Das Whitepaper „KI für Gesundheitsfachkräfte“ finden Sie zum Download unter: https://www.plattform-lernende-systeme.de/files/Downloads/Publikationen/AG6_WP_KI_f%C3%BCr_Gesundheitsfachkr%C3%A4fte.pdf

Schwierig. Ich halte das für sehr ambitioniert. Wenn die ePA das zentrale Instrument des digitalen Gesundheitswesens werden soll, muss sie so ausgestaltet sein, dass Patient:innen und Ärzt:innen sie nutzen wollen bzw. dass sie spürbaren Nutzen schafft. Ich glaube, dass das geht. Aber es muss intensiv mit den Praxen getestet werden.

Haben Sie im beruflichen Kontext schon mal mit großen Sprachmodellen herumgespielt?

Ich hatte letztes einen Vortrag zu KI und Transplantation und habe ChatGPT gefragt, was ich vortragen soll. Da waren zwei ganz gute Ideen dabei, unter anderem dass KI beim Donor-Matching helfen könnte. Aber dann kam noch irgendwas zu KI bei der Vorhersage chronischer Nierenerkrankungen, das war Themaverfehlung. Was aber auch nicht verwunderlich ist, denn es sind ja nur Sprachmodelle, die flüssig Texte formulieren können. Ich glaube, dass solche Tools künftig vor allem bei der Dokumentenerstellung in definierten Kontexten hilfreich sein können. ■