



DnGEA

Connecting Digital Health

2025

Die Messehighlights
im Überblick



DMEA 2025 – INNOVATIONEN, INSIGHTS UND NETWORKING FÜR DIE DIGITALE ZUKUNFT DER MEDIZIN

Europas führendes Event für Digital Health bringt vom 8. bis 10. April wieder Expert:innen aus Medizin, Wirtschaft, Wissenschaft und Politik in Berlin zusammen.

Mehr als 800 Aussteller aus rund 30 Ländern präsentieren auf der DMEA ihre innovativen Lösungen und Produkte. Neben Branchengrößen wie CompuGroup Medical, Dedalus, ID Information und Dokumentation im Gesundheitswesen, medatixx, Meierhofer AG, nexus AG und Telekom Healthcare Solutions sind auch zahlreiche Start-ups auf der DMEA 2025 vertreten. Internationale Unternehmen präsentieren sich unter anderem in den Länderpavillons von Österreich, der

Schweiz, den Niederlanden, Frankreich und Skandinavien.

Auf der DMEA Website ist das gesamte Ausstellerverzeichnis zu finden:

► www.dmea.de/de/aussteller/ausstellerverzeichnis/

VON KIS BIS KI

Zahlreiche namhafte Keynote-Speaker werden an den drei Veranstaltungstagen auf den sechs Bühnen der DMEA stehen, darunter Bundesgesundheitsminister Prof. Dr. Karl Lau-

terbach. Er hat erneut persönlich die Schirmherrschaft der DMEA übernommen und wird am Eröffnungstag eine Keynote halten.

Mina Saidze, mehrfach ausgezeichnete KI-Expertin, Autorin und Gründerin, wird ebenfalls eine Keynote halten. Sie wird besonders darauf eingehen, welchen Einfluss die Technologie auf das Leben aller Menschen hat – aber auch, welchen Einfluss jeder Einzelne auf die Entwicklung der Technologie haben kann.

Futurist Richard van Hooijdonk nimmt die Teilnehmenden mit auf eine Reise in die digitale Zukunft: In seiner Keynote zeigt er auf, wie technologische Innovationen das Leben, die Arbeitswelt und Geschäftsmodelle grundlegend verändern werden. Dabei zeigt er selbst, wie groß die technischen Möglichkeiten sind: Van Hooijdonk hat mehrere Chip-Implantate in seinem Körper, mit denen er sein Haus und sein Auto steuern kann.

Insgesamt werden rund 300 Speaker in Hunderten Sessions, Gesprächsrunden und Paneldiskussionen die Vielfalt von Digital Health thematisieren. So geht es im DMEA Kongress unter anderem um Künstliche Intelligenz im Gesundheitswesen, personalisierte Medizin, die elektronische Pa-

tientenakte im Versorgungsalltag oder auch die Zukunft der Interoperabilität.

Das gesamte Programm gibt es auf der DMEA Website:

► www.dmea.de/de/programm/gesamtprogramm/

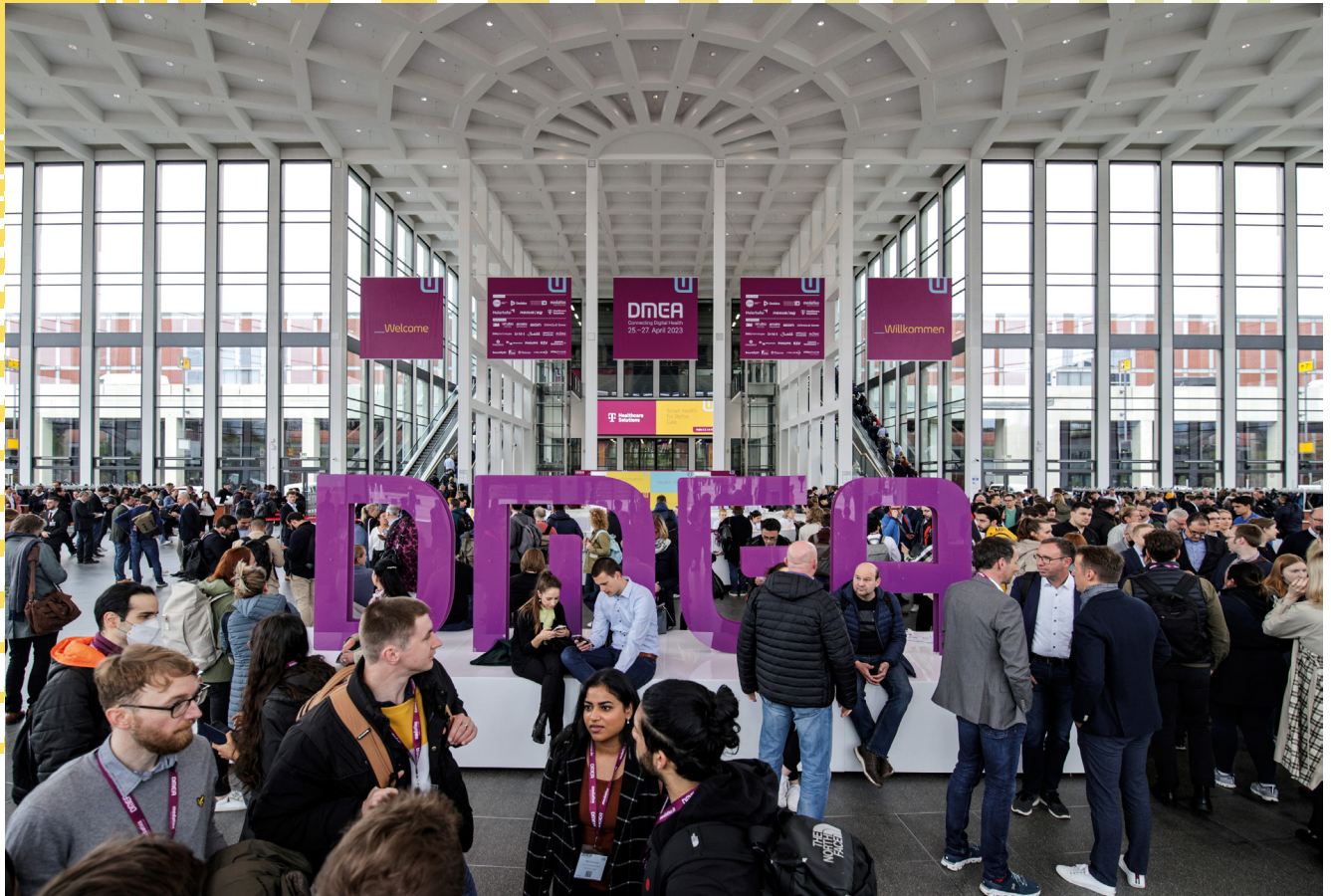
DIGITALISIERUNG IM POLITISCHEN UMFELD

Der Bundesverband Gesundheits-IT – bvitg e.V. wird mit eigenen Programmschwerpunkten auf der DMEA 2025 vertreten sein und thematisiert zentrale politische Weichenstellungen der kommenden Jahre. So diskutieren die gematik und das Bundesministerium für Gesundheit in einer gemeinsamen Session die Digitalisierungsstrategie 2.0. Das COCIR (Europäisches

Koordinierungskomitee der radiologischen, elektromedizinischen und IT-Branche im Gesundheitswesen) gibt gemeinsam mit der gematik einen Einblick in die europäische Gesundheitspolitik und deren Auswirkungen auf das deutsche Gesundheitswesen. Dr. Susanne Johna vom Marburger Bund und Matthias Mieves MdB, Sprecher der SPD-Bundstagsfraktion für E-Health und Mitglied im Gesundheitsausschuss sowie im Ausschuss für Digitales, sprechen in ihrer Session darüber, welche politischen Entscheidungen in den kommenden Jahren für die Digitalisierung des Gesundheitswesens relevant sein werden.

Auch die beliebten DMEA-Formate „Schnelle Runde“, „eHealth Hotseat“ und der „Debattierclub“ werden auf





der DMEA 2025 nicht fehlen. Hier stellen sich Expert:innen aus Politik und Versorgung den kritischen Fragen der Moderator:innen. Wer kann überzeugen? Wer ringt um jedes Wort? – Die DMEA 2025 wird es zeigen.

INTERNATIONALER AUSTAUSCH UND FÖRDERUNG VON INNOVATION

Auch der internationale Blick auf Digital Health kommt auf der DMEA 2025 nicht zu kurz: Expert:innen aus Dänemark, Finnland, Norwegen und Schweden geben einen Einblick, wie in Skandinavien mit Patientendaten gearbeitet wird. Ein deutsch-französisches Panel nimmt die jeweiligen Gesundheitssysteme unter die Lupe und thematisiert, was die Länder jeweils voneinander lernen können. Berlin Partner wagt einen Blick in die Zukunft und spricht im Panel über die „Vision 2035“ und wie personalisierte

Medizin mit Hilfe von Supercomputing gelingen kann.

„Es ist uns auch in diesem bewegten Jahr gelungen, ein innovatives und abwechslungsreiches Programm auf die Beine zu stellen. Der bvitg e.V. wird mit zahlreichen Programmschwerpunkten auf der DMEA 2025 vertreten sein, um zentrale politische Weichenstellungen der kommenden Jahre zu diskutieren. Wir freuen uns auf die DMEA, ihre Besucher:innen und einen regen Austausch“, erklärt Melanie Wendling, Geschäftsführerin des bvitg.

WETTBEWERBE, NETWORKING UND WEITERBILDUNG

Der DMEA nova Award bietet 20 Startups die Möglichkeit, ihre herausragenden Gesundheitslösungen zu präsentieren. Folgende vier Fokusthemen stehen dieses Jahr zur Auswahl:

- Fokus: Nachhaltigkeit neu denken
- Fokus: Patient:innen
- Fokus: Technologie von morgen – Digital. Präzise. Persönlich.
- Fokus: Versorgungsmodelle der Zukunft

In mehreren Pitch-Runden treten die jungen Unternehmen gegeneinander an. Die überzeugendste Idee wird nach dem Final Pitch am 10. April mit dem DMEA nova Award und einem Prize Kit im Wert von 7500 Euro ausgezeichnet.

Alle Informationen zum DMEA nova Award finden Sie hier:

► www.dmea.de/de/programm/ausstellung/startups/

Zudem zeichnet die DMEA jedes Jahr die besten Bachelor- und Masterarbeiten aus dem Bereich Digital Health aus. Für den DMEA sparks Award sind zahlreiche Bewerbungen einge-

gangen. Eine Fachjury ermittelt die überzeugendsten Arbeiten. Die Absolvent:innen können ein Preisgeld von bis zu 2.500 Euro gewinnen.

Um das internationale Networking zu fördern, organisiert die DMEA gemeinsam mit dem Enterprise Europe Network und der HealthCapital Berlin-Brandenburg erneut die DMEA Business Meetings am 9. April live vor Ort sowie vom 7. bis 11. April online. Unternehmen, Investoren und Berater:innen aus dem In- und Ausland kommen hier zusammen, um sich kennenzulernen, gemeinsame Projekte anzustoßen oder international Fuß zu fassen.

Weitere Informationen zu den DMEA Business Meetings gibt es hier:

► www.dmea2025.b2match.io/page-1091

Noch tiefer gehende Einblicke in die digitale Gesundheitsversorgung erhalten die Teilnehmenden der DMEA 2025 in den vier Seminaren. Die Themen in diesem Jahr: Künstliche Intelligenz, Patientenportale, Smarte Kommunikationstools in der Pflege sowie Natural Language Processing (NLP) in der Praxis. Für die Seminare sind eine Anmeldung und ein spezielles Seminarticket erforderlich.

Die Seminartickets sind im Online-Ticketshop erhältlich unter:

► www.dmea.de/de/besuchen/tickets/





Arne Petersen (I.), Senior Vice President bei der CGM

„WIR BIETEN VERSORGUNGS- UND INVESTITIONSSICHERHEIT“

Im DMEA-Interview zeigt **Arne Petersen**, wie sich Kliniken digital auf Reform, ePA und Vernetzung vorbereiten. CGM kommt mit einem großem Stand und neuem CEO zur DMEA 2025.

Die Versorgungslandschaft ist im Umbruch. Stationäre und ambulante Strukturen verändern sich. Wie kann die CGM medizinische Einrichtungen dabei unterstützen?

Was die CGM auszeichnet, ist die Breite des Portfolios. Der Umbruch der Versorgungslandschaft ist unter anderem eine Folge der Krankenhausreform. Aber aktuell ist noch nicht wirklich klar, was das konkret wie langfristig für die einzelnen Häuser und deren IT-Bedarf heißen wird. Folglich suchen insbesondere Krankenhauskunden vor allem zukunfts-sichere Lösungen, die Versorgungs- und Investitionssicherheit gewährleisten. Neben großen KIS-Installationen wird es einen Bedarf an kleinen, schlanken und kostengünstigen Lösungen geben, und die müssen mit

den großen IT-Systemen interoperabel Daten austauschen können. Das alles können wir bieten. Wir sind nicht nur ein Partner, der ein Produkt verkauft, sondern wir können die Vernetzung einer Region organisieren, vom Krankenhaus über Reha-Klinik und Labor bis hin zu Apotheke, Zahnarzt und niedergelassenem Arzt. Das kann alles von der CGM kommen, muss es aber nicht. Wir bieten Lösungen, und wir bieten Interoperabilität.

Wie schlägt sich diese offene Philosophie beim DMEA-Auftritt der CGM konkret nieder?

Unser DMEA-Stand wird nochmal größer, und zwar indem wir Unternehmen, die wir in den vergangenen Jahren übernommen haben, als autarke Firmen mit eigenem Branding bei

uns auf dem Stand unterbringen. So können wir anhand von Use Cases Interoperabilität sozusagen live vorführen. Das fängt an mit der Übermittlung von Bilddaten aus dem JiveX Bildarchiv von VISUS in unser KIS CGM CLINICAL. Es setzt sich fort mit dem Einsatz der Business Intelligence Lösungen von KMS über unterschiedliche IT-Systeme hinweg, und es hört bei einer systemübergreifenden Integration unseres m.Doc Patientenportals noch lange nicht auf.

Ein großes DMEA-Thema wird die anstehende Ablösung der SAP-Abrechnungs-Software IS-H und des darauf aufsetzenden KIS i.s.h.med. Welche Rolle spielt das bei der CGM?

Wir glauben, dass das in diesem Jahr ein richtig großes Thema wird, weil

die Kliniken mittlerweile verstehen, dass Abwarten keine Option ist. Als CGM bieten wir unser neues Revenue Cycle Management (RCM) an, mit dem SAP IS-H vollumfänglich abgelöst werden kann. Das ist auch ein sehr gutes Beispiel für die angesprochene Philosophie der Offenheit: RCM in Verbindung mit unserem KIS der dritten Generation CGM CLINICAL nutzt ein komplett interoperables und semantisch sauber annotiertes Datenmodell. Das erlaubt es, Daten unkompliziert in die elektronische Patientenakte oder auch für die Forschung auszuweisen – ohne dass ein separater Data-Lake nötig wird, der die Komplexität erhöht. Wir sind überzeugt, dass RCM und CGM CLINICAL zusammen eine optimale Vorbereitung auf neue und auch sektorenübergreifende Versorgungsstrukturen darstellen, denn sie folgen den gleichen Paradigmen. Sie nutzen zum Beispiel eine identische Workflow-Engine, mit deren Hilfe sich neue Abrechnungsarten in kürzester Zeit implementieren lassen. Das ist ein Riesenfortschritt gegenüber dem bisherigen Prozedere. Dies alles ist die Voraussetzung für wirkliche Zukunftssicherheit.

Die DMEA öffnet sich vermehrt für die ambulante Versorgung. Dort ist die CGM Marktführer. Warum sollten auch niedergelassene Ärztinnen und Ärzte den CGM-Stand besuchen?

In Berlin präsentieren wir ein breites Portfolio an ambulanten Lösungen, mit besonderem Fokus auf unsere Komplettlösung für die moderne Praxis: CGM one. Mit CGM one bieten wir Ärztinnen und Ärzten eine umfassende Lösung, die sie individuell an ihre Praxisbedürfnisse anpassen können: CGM one erweitert die bestehenden Arztinformationssysteme unserer Anwenderinnen und Anwender modular und flexibel.

Es ist voll kompatibel mit allen gängigen AIS-Systemen und bietet innovative Module für eine vernetzte, effiziente und zukunftssichere Praxisorganisation. Besonders hervorzuheben ist, dass Arztpraxen, die bereits auf unsere bewährten Systeme wie CGM MEDISTAR, CGM TURMOMED, CGM M1 PRO, CGM ALBIS oder DATA VITAL setzen, ihre Systeme mit CGM one nahtlos um integrierte künstliche Intelligenz sowie zahlreiche Neuerungen der Interoperabilität erweitern können. Ein zentrales Element ist unser neues cloudbasiertes Arztinformationssystem CGM Praxis mit integrierter Künstlicher Intelligenz. CGM Praxis garantiert perfekte Interoperabilität und ergänzt das gesamte Angebot der CGM optimal.

Zudem zeigen wir Software-as-a-Service- (SaaS)-Modelle für die elektronische Patientenakte (ePA), die ein zentraler Bestandteil der künftigen Versorgungslandschaft sein wird. Dank SaaS wird die ePA komfortabler nutzbar und erfordert zunehmend weniger Hardware in Praxen und Krankenhäusern, was die Akzeptanz verbessern wird. Kurz und gut: Auch niedergelassene Ärztinnen und Ärzte sollten an unseren Stand kommen und unsere wegweisenden Lösungen kennenlernen! Denn die CGM ist ein Partner für alles – von Arztinformationssystemen und Praxis-IT bis hin zu Telematik und digitalen Kommunikationslösungen.

Der Wandel in der Versorgungslandschaft wurde politisch angestoßen, aber noch nicht politisch vollendet. Was sind Ihre Erwartungen an die neue Bundesregierung?

Wir gehen davon aus dass der politische Druck in Richtung Krankenhausreform und Digitalisierung aufrechterhalten wird. Beim Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz

(KHVVG) muss der mit 50 Milliarden Euro ausgestattete Transformationsfonds konkretisiert werden. Weil die sektorenübergreifende Integration medizinischer Einrichtungen digital unterstützt werden muss, ist es zwingend, dass ein relevanter Anteil der Fördermittel in Digitalisierung fließt – und nicht nur in Steine. Das zweite Thema ist die Telematikinfrastruktur. Die ist für uns als CGM ein Herzstück der Digitalisierung, doch es besteht noch Handlungsbedarf. Das Gesundheits-Digitalagentur-Gesetz (GDAG) hat es nicht mehr über die Zielgerade geschafft. Aber dessen zwei Kernanliegen, nämlich die Semantik unabhängiger zu machen und die Interoperabilität zu stärken, bleiben wichtig. Das muss eine neue Regierung zügig wieder aufgreifen – und sie sollte gleichzeitig etwas deutlicher machen, dass nutzerfreundliche IT-Lösungen am besten im privaten Wettbewerb gedeihen.

Ein weiteres DMEA-Highlight der CGM ist der neue Chef. Für Prof. (apl.) Dr. med Daniel Gotthardt, den Sohn des Firmengründers, ist es die erste DMEA als CEO. Wofür steht er?

Daniel Gotthardt kennt die CGM von Grund auf – nicht nur als Sohn von Frank Gotthardt, sondern auch als bisheriger Senior Vice President und Chief Medical Officer. Mit ihm wird die CGM medizinischer, und sie wird offener werden. Daniel Gotthardt war 13 Jahre lang am Universitätsklinikum Heidelberg tätig und ist der erste Mediziner auf dem CEO-Posten der CGM. Das wird sich bemerkbar machen. Er steht mit seiner beruflichen Vita außerdem ganz klar für Interoperabilität, gerade auch semantische Interoperabilität. Das wird auch bei der DMEA deutlich werden, wo unser neuer CEO in unterschiedlichsten Formaten sehr präsent sein wird.



Winfried Post, General Manager und Vorsitzender der Geschäftsführung von Dedalus HealthCare DACH.

KRANKENHAUS-IT SOLL SPASS MACHEN

Goldene Jahre für die Krankenhaus-IT sieht **Winfried Post** heraufziehen. Er ist General Manager und Vorsitzender der Geschäftsführung von Dedalus HealthCare DACH und meint damit nicht nur sein Unternehmen, sondern vor allem auch die Nutzerinnen und Nutzer. Die Digitalisierung von immer mehr Prozessen, der Einsatz intelligenter IT-Tools auf allen Ebenen – all das führt dazu, dass die Dokumentation weniger zeitaufwändig wird und der Spaß bei der Arbeit zunimmt. Voraussetzung sind klinische Informationssysteme, die sich Nutzerfreundlichkeit auf die Fahnen geschrieben haben. Wie das konkret aussieht, zeigt Dedalus auf der DMEA 2025.

Die deutschsprachigen Länder stehen bei den Krankenhausinformationssystemen (KIS) vor einer großen Erneuerungswelle, verursacht durch den Rückzug von SAP. Spürt Dedalus diese Welle schon?

Die Ausschreibungen kommen etwas langsamer als wir anfangs erwartet hatten. Das tut der Branche aber ganz gut. Das Jahr 2024 stand nochmal ganz im Zeichen des Krankenhaus-zukunftsgesetzes (KHZG). Diese Projekte ebbten jetzt langsam ab, damit gibt es in der Branche wieder Kapazitäten. Wir rechnen absehbar mit einer zunehmenden Zahl an Ausschreibun-

gen, wobei wir als Dedalus uns in den deutschsprachigen Ländern unterschiedlich aufstellen. In Deutschland haben wir – anders als andere – schon eine komplette und bewährte Abrechnung. Damit können wir wuchern – z.B. hat sich Ende 2024 die Uniklinik Köln für die Ablösung von SAP ISH durch unsere Abrechnungslösung ORBIS IBIL entschieden. In Österreich entwickeln wir gerade eine vollständige Abrechnung neu, um den Häusern, die dort SAP ablösen müssen, ein integriertes Angebot machen zu können, das klinisches System und Abrechnung umfasst. In der

Schweiz haben wir uns gegen eine eigene Abrechnung entschieden. Insgesamt sehen wir, dass sich die Politik wieder stärker für Kosten interessiert. Das macht es europäischen Anbietern einfacher. Auch die Politikwende in den USA könnte uns in die Hände spielen. Wir gehen ziemlich optimistisch in die nächsten Jahre.

Sie vereinen bei Ihrem KIS ORBIS Abrechnung und klinisches System und bieten auch zahlreiche Subsysteme als integrierte Module an. Was haben die Kunden von diesem ganzheitlichen Ansatz?

Wir reden gerne von „Joy of Use“, das ist auch der große Schwerpunkt von uns bei der diesjährigen DMEA. Wer ORBIS nutzt, der soll Freude daran haben, es anzuwenden – ganz egal, ob es sich um die Patientenakte, das PDMS oder das Medication-Tool handelt. Mit unserem Microservice-basierten ORBIS U, unserem KIS der neuesten Generation, setzen wir diese „Joy of Use“-Philosophie nahtlos fort. Bei der DMEA können wir bei ORBIS U dieses Mal praktisch den kompletten Durchlauf zeigen, von der Aufnahme über Planungsassistenten, Patientenkurve und Arztbrief-erstellung bis hin zur Medikation. Gute Usability führt übrigens indirekt auch zu mehr Patientensicherheit, aber das nur nebenbei.

Gleichzeitig wächst politisch der Druck in Richtung Öffnung der IT-Systeme. Ist das ein Problem für Sie?

Im Gegenteil, wir haben überhaupt nichts gegen mehr Interoperabilität einzuwenden. Das, was uns gesetzlich aufgegeben wird, setzen wir natürlich um, die ISiK-Schnittstellen zum Beispiel. Gleichzeitig sehen wir aber auch, wie zufrieden ein erheblicher Teil unserer Bestandskundschaft ist. Und die sind deswegen zufrieden, weil wir integriert anbieten und weil alles zueinanderpasst. Die Krankenhäuser stehen heute vor riesigen Herausforderungen, seien sie regulatorisch, sei es Cybersicherheit, seien es die KRITIS-Anforderungen. Die große Mehrheit will einen Partner haben, der sich darum kümmern kann und der eine Software-Plattform bietet, die verlässlich und zukunftsorientiert ist. Das können wir bieten, und wir investieren auch in großem Umfang in die Mega-Themen wie KI und

Big Data. Unsere Zukunftsvision ist ein KIS, das an allen Ecken und Enden mit KI-Agenten angereichert ist. Wir glauben nicht daran, dass KI am Ende alles selbst macht. Und wir glauben auch nicht daran, dass sich das „Konzept KIS“ überlebt hat, nur weil Interoperabilität wichtiger wird.

Das große Thema, vor dem speziell die deutsche Krankenhauswelt in den nächsten Jahren steht, ist die Krankenhausreform. Was erwarten Ihre Kund:innen diesbezüglich von Ihnen? Und was können Sie bieten?

Die Krankenhausreform hat mehrere Dimensionen. Zum einen werden wir unsere Abrechnungs-Tools umfangreich anpassen müssen. Vor allem aber geht der Trend in Richtung Ambulantisierung und intersektorale Vernetzung. Darauf müssen wir eine Antwort haben, das erwarten unsere Kunden von uns. Wir haben große Kunden, um die herum sich Netzwerke bilden werden, und wir haben kleinere Kunden, die sich zu intersektoralen Einrichtungen wandeln werden. Für beide wollen wir ein Partner sein. Wir werden unser Angebot deswegen ausweiten und unter dem Dach von ORBIS eine eigene Lösung für Kunden anbieten, die künftig an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Versorgung agieren. Das können wir bei der DMEA dieses Jahr noch nicht zeigen, aber wir werden es ankündigen. Ambulantisierung und stärker intersektorale Versorgung sind übrigens Prozesse, die in vielen anderen Ländern auch stattfinden – in Italien, in Spanien, jetzt auch in UK. Unsere Kunden profitieren davon, dass Dedalus seine Erfahrungen aus all diesen Märkten einbringen kann.

Warum lohnt es sich nicht nur für Neukund:innen, sondern auch für Bestands-kund:innen, bei Ihnen am DMEA-Stand vorbeizuschauen?

Weil wir ein Feuerwerk an brandneuen Modulen und Anwendungen zeigen werden, die über das reine Standard-KIS hinausgehen. Cloud-Anwendungen werden für viele Krankenhäuser zunehmend wichtiger. Bei der DMEA zeigen wir unser Portfolio mit unserem präferierten Partner AWS, wir sind aber auch für andere Hyperscaler irgendwann in der Zukunft offen. Das Thema Cloud betrifft u.a. unser DeepUnity PACS, aber zunehmend auch das ORBIS KIS. Ein anderes Thema, das gerade auch für Bestandskunden spannend ist, ist Clinalytix, unsere KI-gestützte Plattform zur Unterstützung klinischer Entscheidungsunterstützungssysteme („Clinical Decision Support System“). Da haben wir in den letzten Jahren viel Arbeit und Geld investiert. Und das trägt jetzt Früchte – wir haben gerade zu Beginn des Jahres 2025 zwei wirklich große Clinalytix-Aufträge – auch im Nicht-ORBIS Umfeld – erhalten. Am weitesten entwickelt sind die drei Use Cases Delir, Nierenversagen und Sepsis, aber dabei wird es nicht bleiben. Erwähnen will ich auch noch unseren Chatbot ORBIS BUDDY. Auch der begleitet uns zur DMEA nach Berlin. Das ist ein sprachbasierter, KI-gesteuerter Assistent, der klinische Informationen bereitstellt, von Leitlinien über medizinische Literatur bis Best Practice Beispiele. Wir versuchen an allen Enden, die medizinischen Anwender zu unterstützen, ohne dass sich die Tools zu sehr aufdrängen. „Joy of Use“ – auch hier.



Dr. André Sander, Leiter technische Entwicklung bei ID

NEUE DATEN-ÄRA FÜR DIE KRANKENHÄUSER

Die Krankenhausreform kommt. In einer künftig deutlich komplexeren Abrechnungswelt entsteht ein hoher Bedarf an Datenanalytik und prädiktiver Simulation. Krankenhäuser sollten das Thema nicht auf die lange Bank schieben, sagt **Dr. André Sander**, Leiter technische Entwicklung bei dem Unternehmen ID, Spezialist für die Auswertung digitaler Datensätze von Krankenhäusern. Auf klinischer Seite gilt das auch für KI-Anwendungen, die Ärztinnen und Ärzte umfassend unterstützen können – wenn es richtig gemacht wird.

Künstliche Intelligenz bewegt weltweit die digitalaffinen Gemüter. Sie haben bei der DMEA einen Vortrag zu KI in der medizinischen Entscheidungsunterstützung. Was wird denn tatsächlich gebraucht – und was ist nur Marketing?

Was Ärztinnen und Ärzte und auch anderes Fachpersonal von der KI erwarten, ist eine Erleichterung der Arbeit. KI, die wirklich nützlich ist, leistet genau das. Es geht nicht darum, einem Arzt oder einer Ärztin Entscheidungen abzunehmen oder Entscheidungen auch nur vorwegzunehmen. Es geht um Unterstützung, es geht um Effizienz, letztlich auch um ökonomische Aspekte. Eine KI-Unterstützung bei der Befundung ist

aus unserer Sicht nicht das allerwichtigste. Gesucht sind vor allem Anwendungen, die neben der Entscheidungsunterstützung auch andere Aspekte der Versorgung adressieren, insbesondere bei der Dokumentation und bei der Weiterverarbeitung von klinischen Daten. Hier eine KI zu nutzen, ist für uns bei ID der Kern von künstlicher Intelligenz. Und das führen wir bei der DMEA vor.

Was sind die Herausforderungen bei der Umsetzung einer „intelligenten“ Dokumentation?

Die Herausforderung besteht immer darin, die entsprechenden Anwendungen in die alltäglichen Workflows zu integrieren. Niemand möchte eine

neue Applikation öffnen oder sich irgendwo neu einloggen müssen, nur um KI nutzen zu können. Das muss nahtlos in den Behandlungskontext integriert sein. Eine zweite Herausforderung ist, dass eine KI insbesondere im Zusammenhang mit medizinischen Entscheidungen absolut transparent und nachvollziehbar sein muss. Anwenderinnen und Anwender wollen sich nicht auf ein Large Language Model (LLM) verlassen müssen, das auch mal halluziniert und bei dem jedes Mal erst nachgeschlagen werden muss, ob die Antwort stimmt.

Wie geht ID diese Herausforderungen konkret an? Und was ist davon bei der DMEA zu sehen?

Was die KI-Modelle angeht, kombinieren wir die klassische regelbasierte KI mit statistischer KI und wir verknüpfen Ansätze aus dem Business Intelligence mit datengetriebenen Ansätzen. Letztere haben den Vorteil, dass sie gut simulierbar sind. Zusammen mit wissensbasierten Modulen lassen sich eindeutig nachvollziehbare Lösungen schnüren. Eine Anwendung, die wir bei der DMEA zeigen werden, ist eine Verweildauervorhersage auf Basis der klinischen Dokumentation. Das hat eine ökonomische, aber auch eine medizinische Dimension.

Wie sieht es bei solchen und ähnlichen Anwendungen mit Medizinprodukte-zertifizierung aus?

Wir sind ein großer Verfechter davon, wirklich alles als Medizinprodukt zu zertifizieren, und zwar mindestens Klasse IIa. Wenn ich eine Klinik leiten würde, wäre ich bei Softwareprodukten, die nur Klasse I sind, zumindest sehr vorsichtig. Sobald eine Software in den Behandlungsprozess eingreift, muss sie ohnehin Klasse IIa sein. Ein anderes regulatorisches Thema, mit dem wir uns zunehmend beschäftigen, ist der AI-Act. Da durchzusteuern, ist nicht ganz einfach. Klar ist, dass wir künftig genau werden nachweisen müssen, woher die Daten kommen, mit denen wir die KI trainieren und dass wir auch Verzerrungen – Stichwort Bias – abschätzen müssen. Wer, wie wir, schon bisher auf Medizinproduktezertifizierung Klasse IIa und höher setzt, hat einiges von dem, was für den AI-Act gebraucht wird, schon etabliert. Allerdings geht der AI-Act in einigen Punkten über die Anforderungen der Medizinprodukteverordnung (MDR) hinaus. Bei der MDR geht es im Wesentlichen um Risikobeherrschung. Der AI-Act kümmert sich auch um die Ergebnisqualität.

Die Ampel-Koalition hat die Krankenhausreform noch auf den Weg gebracht. Wie wird sich dadurch die Art

und Weise ändern, wie die Geschäftsführungen von Krankenhäusern mit ihren Daten arbeiten?

Krankenhäuser werden sich zunehmend mit Strukturdaten beschäftigen müssen, und damit auch wir als IT- und Daten-Dienstleister. Wie ist ein Krankenhaus strukturell aufgestellt? Kann es bestimmte Leistungsgruppen in Zukunft bedienen oder nicht? Darauf braucht es Antworten, und die sind nicht einfach zu geben. Wir werden uns auch zunehmend mit der Verzahnung von ambulanter und stationärer Versorgung beschäftigen. Denn zumindest ein Teilziel der Krankenhausreform ist es ja, Betten abzubauen und Teile der stationären Behandlung durch eine ambulante oder zumindest hybride Versorgung zu ersetzen. Um hier als Krankenhaus sinnvolle Entscheidungen zu treffen, um Patienten optimal steuern zu können, muss es möglich sein, ambulante und stationäre Versorgungsszenarien zu vergleichen. Simulationen unterschiedlicher Szenarien werden dabei eine wichtige Rolle spielen. Mit der Vorbereitung auf die Krankenhausreform sollten die Krankenhäuser besser heute als morgen anfangen.

Was heißt das für ID als Unternehmen?

Für uns heißt das unter anderem, dass wir zukünftig nicht mehr nur als Softwareanbieter agieren, sondern die Transformation der Krankenhäuser auch deutlich handlungsorientierter durch gezielte Analysen begleiten werden. Dafür sind wir mit dem führenden Anbieter im Bereich Leistungsplanung und -steuerung, der MEDIQON GmbH, eine strategische Partnerschaft eingegangen. Wir werden gemeinsam eine Lösung anbieten, die Krankenhäuser mit Blick auf die Anforderungen der Krankenhausreform durch Bündelung unserer Kompetenzen im Bereich Krankenhauscontrolling sowie Portfolio- und Versorgungsanalytik zielgerichtet unterstützt. Über die Details werden wir bei der DMEA umfassend informieren. MEDIQON ist ein Unternehmen,

dass sich in erster Linie mit Planungs- und Simulationsinstrumenten durch interaktive Datenanalysen im Gesundheitswesen beschäftigt. Hierdurch werden Handlungsempfehlungen zur Portfoliosteuerung unmittelbar greifbar. Das ergänzt sich sehr gut mit unseren Angeboten.

ID ist ja nicht zuletzt ein Spezialist für die Krankenhausabrechnung. Was ist mit den entsprechenden IT-Anwendungen? Inwieweit ändern die sich durch die Krankenhausreform?

Das ist schon eine große Herausforderung. Wir müssen in allen Bereichen alle Vergütungsmodelle abbilden, also DRGs, Vorhaltepauschalen, Hybrid-DRGs und ggf. noch die normale ambulante Abrechnung. Ich sage mal so, wenn früher ein Entwickler die Sachen gebaut hat, dann sind es künftig drei. Es fällt ja nichts weg. Die DRG-Welt in ihrer ganzen Komplexität bleibt erhalten, auch wenn DRGs künftig nur noch 40 % des Gesamterlöses ausmachen.

Klingt nach einem goldenen Zeitalter fürs Controlling.

Das ist schon so, ja. Stichwort Controlling: Ein Controlling-Tool, das wir bei der DMEA auch noch etwas in den Vordergrund rücken wollen, ist unser ID EFIX[®] PHARMA. Das ist eine Anwendung, die macht pharmazeutische Daten für das Controlling zugänglich. Das gab es bisher nicht, weil nur wenige Häuser eine digitale Medikation hatten. Aber das ändert sich. ID EFIX[®] PHARMA hat zum einen eine ökonomische Dimension: Wir finden damit zum Beispiel jedes hochpreisige Medikament, das eventuell gesondert abgerechnet werden kann. Die Anwendung hat aber auch eine medizinische Dimension, weil sie wertvolle Daten für die Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS) liefert. Wir können damit umfangreiche Informationen zu Kontraindikationen, Interaktion oder Fehldosierungen liefern. Das kann für viele Häuser sehr interessant sein.



Jens Naumann, Geschäftsführer medatixx

ARZTPRAXEN AUF DEM WEG ZUM DIGITALEN ÖKOSYSTEM

Die elektronische Patientenakte (ePA) startet. Immer mehr Arztpraxen nutzen digitale Anwendungen mit und ohne künstliche Intelligenz. Die ambulante Versorgung hat in Zeiten knapper Mittel ohnehin politischen Rückenwind. Fazit: Selten gab es bei einer DMEA so viele heiße Eisen für niedergelassene Ärztinnen und Ärzte zu diskutieren. **Jens Naumann**, Geschäftsführer des auf Arztpraxis- und MVZ-Software spezialisierten Unternehmens medatixx, will Praxen bei der digitalen Transformation nach Kräften unterstützen.

Die elektronische Patientenakte (ePA) drängt in die Versorgung, was nicht zuletzt für Arztpraxen ein wichtiges Thema ist. Inwieweit ist die ePA für Ärztinnen und Ärzte eine Unterstützung?

Was wir bei den meisten unserer Kundinnen und Kunden sehen, ist eine recht entspannte Erwartungshaltung. Viele glauben grundsätzlich, dass die ePA das Potenzial hat, die Informationsgrundlage zu verbessern – beginnend mit den Medikamenten. Eine echte Freude wird die ePA-Nutzung aber nur dann, wenn

sie tief und ergonomisch in die Praxissoftware integriert ist.

Wie geht medatixx bei der ePA-Umsetzung vor?

Wir integrieren die ePA so tief wie möglich in alle unsere Praxissoftwarelösungen, von x.isynet und x.vianova über x.concept, x.comfort, EL und medatixx bis hin zu psyx, unserer Lösung für Psychotherapie. Was heißt das konkret? Nehmen wir die elektronische Medikationsliste (eML). Sie befüllt sich auf dem ePA-Server mit den per eRezept verordneten und durch die Apotheke abgege-

benen Medikamenten und verbessert damit die Informationslage im Versorgungsprozess. Diese Übersicht kann aus der ePA abgerufen und in die Praxissoftware übertragen werden. Hier könnte man es sich einfach machen und ein PDF generieren, aber das hilft den Praxen nicht weiter. Wir haben deshalb die eML in unseren Praxissoftwarelösungen auf Basis strukturierter Daten so umgesetzt, dass die Medikationsdaten für die eigene Dokumentation und Weiterverordnungen direkt übernommen werden können. Weiterhin begleiten wir die ePA-Einführung

mit umfangreichen Informationen auf unserer Wissensplattform dip und mit spezifischen Fortbildungsmaßnahmen unserer medatixx-akademie. An unseren digitalen Anwendertreffen meet medatixx zum Thema ePA für alle haben bis heute bereits über 5 000 Kundinnen und Kunden teilgenommen. Andererseits gilt auch: So etwas wie die ePA gab es bisher in Deutschland nicht, da ist verständlich, dass der eine oder andere etwas verunsichert ist. Dagegen informieren wir an.

Die ambulante Versorgung wird auch von Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) und von Praxisverbänden bestritten, die oft regional, teils auch bundesweit agieren. Lohnt sich auch für diese Strukturen ein DMEA-Besuch an Ihrem Stand?

Auf jeden Fall. Im Bereich MVZ/Klinikambulanzen präsentieren wir auf der DMEA unsere neue Softwarelösung xentro, die sich an MVZs und große Organisationsstrukturen in der ambulanten Versorgung richtet. Solche großen Strukturen haben bei Themen wie beispielsweise Statistik oder Rollen- und Rechtsmanagement höhere Anforderungen als Einzelpraxen. Diese bilden wir mit xentro ab – und erfahren bereits jetzt viel Interesse im Markt. Technisch ist xentro eine für diesen Sektor konzipierte Weiterentwicklung unserer erfolgreichen Praxissoftware medatixx.

Die ambulante Versorgung ist schon immer stark gesundheitspolitisch beeinflusst. Was erwarten Sie sich digitalpolitisch von der neuen Bundesregierung – und der DMEA?

Mehr denn je gilt: Wir brauchen klar definierte Verantwortlichkeiten bei

den unterschiedlichen Akteuren. Die Ampel hatte mit dem GDAG-Gesetz einen Anlauf unternommen, der in vielen Punkten in die richtige Richtung ging. Das Gesetz hat es am Ende aber nicht mehr über die Ziellinie geschafft. Eine eindeutige Definition von Verantwortlichkeiten bleibt deswegen auf der Agenda, genauso wie die Präzisierung der Rolle der gematik mit klarer Abgrenzung zwischen staatlichen und privatwirtschaftlichen Aufgaben. Darüber hinaus sollte die Anpassung der regulatorischen Rahmenbedingungen in Richtung mehr Digitalisierungsfreundlichkeit fortgesetzt werden: Digitale Tools für Arztpraxen werden weiterhin teilweise ausgebremst. Es gibt zum Beispiel immer noch Obergrenzen bei den Videosprechstunden und Rechtsunsicherheit hinsichtlich der Raumbindung von Online-Behandlungen. Solche Themen werden wir auch auf der DMEA ansprechen, um die Entscheider der neuen Legislatur dafür zu sensibilisieren. Nach wie vor halten wir es weiterhin für notwendig, Arztpraxen in Analogie zum Krankenhauszukunftsgesetz eine Innovationsförderung für IT-Lösungen anzubieten. Was die nächsten Schritte bei Telematikinfrastruktur und ePA angeht: Ehrliches Erwartungsmanagement und realistische Fristen sind da unser Wunsch – da spreche ich, denke ich, für die gesamte Branche.

Stichwort Gesundheitspolitik: Ein politischer Trend ist zunehmender Druck in Richtung mehr Interoperabilität. Praxis-IT-Systeme waren da oft nicht optimal aufgestellt. Ändert sich das? Interoperabilität wird eines unserer großen Schwerpunktthemen bei der

diesjährigen DMEA. Wir begrüßen, dass die Politik mit Strukturen wie dem Kompetenzzentrum für Interoperabilität (KIG) mehr Klarheit schaffen will. Es braucht Instanzen, die Standards definieren können und die über Hebel verfügen, sie durchzusetzen. Allerdings wollen und können wir nicht mehr darauf warten, bis das alles von staatlicher Seite etabliert ist. Deswegen stellen wir auf der DMEA unseren medatixx HealthHub vor, mit dem wir einen universellen, herstellerunabhängigen Datenaustausch mit unseren Praxissoftwarelösungen ermöglichen. Das wird es Arztpraxen deutlich erleichtern, innovative digitale Anwendungen an die eigene Praxis-IT anzubinden.

Die innovativen digitalen Anwendungen, die Sie angesprochen haben, nutzen ja immer häufiger auch KI. Welchen Mehrwert bringt das? Welche Anwendungsszenarien sind denkbar?

KI wird Ärztinnen und Ärzte künftig bei vielen administrativen Tätigkeiten und medizinischen Entscheidungen entlasten können; davon sind wir fest überzeugt. Denken Sie an Anwendungen, die Arzt-Patienten-Gespräche transkribieren und auf dieser Basis einen Vorschlag zur strukturierten Dokumentation unterbreiten und administrative Prozesse in der Praxissoftware auslösen – oder an Anwendungen im Bereich Früherkennung bestimmter Krankheiten oder zur Unterstützung von Diagnostik und Therapie. Wir werden ab dem zweiten Halbjahr 2025 beginnen, KI-basierte Assistenzsysteme für administrative und medizinische Zwecke für unsere Praxis-IT-Lösungen anzubieten – streng qualitätskontrolliert, versteht sich.



Matthias Meierhofer, Vorstandsvorsitzender und Gründer der Meierhofer AG.

„WIR SEHEN DER KRANKENHAUSREFORM GELASSEN ENTGEGEN“

Die Krankenhaus-IT wird künftig die Sektorengrenzen sprengen, sagt **Matthias Meierhofer**, Gründer und Vorstandsvorsitzender der Meierhofer AG. Bei der DMEA 2025 zeigt das Unternehmen die digitale Zukunft der stationären Versorgung – von Einbindung der elektronischen Patientenakte bis hin zu Verbesserung von Dokumentation und Medikation durch KI und Robotik.

Die elektronische Patientenakte ist in aller Munde. Was bringt sie den Krankenhäusern?

Wir sehen die ePA als eine große Chance. Sie erlaubt es medizinischen Einrichtungen, die Versorgung stärker zu gestalten. Das ist ein Mehrwert, gerade auch mit Blick auf die Krankenhausreform. Die Transparenz der medizinischen Versorgung wird erhöht, und das wirkt sich an vielen Stellen positiv aus. Am Ende wird die Einführung vermutlich länger dauern als anfangs geplant. Aber das ändert nichts daran, dass es in Deutschland höchste Zeit für eine ePA ist.

Was zeigen Sie bei der DMEA 2025: Wie werden M-KIS-Nutzer die ePA konkret nutzen?

Bei der Konzeption der ePA wurde vor allem an Arztpraxen gedacht, das macht die Umsetzung in den Multi-User-Umgebungen der Krankenhäuser nicht ganz trivial. Wir zeigen, wie wir die ePA mit unserem M-KIS prozessual flankieren. Da wir mit ausgewählten Kunden die Pilotierungsphase bereits von Anfang an in den Modellregionen mitgestalten, konnten wir bereits Erfahrung mit der Nutzung der ePA 3.0 sammeln.

Die Befugniserteilung für den ePA-Zugriff zum Beispiel erfolgt automa-

tisch bei Aufnahme. Danach können ePA-Dokumente dort, wo benötigt, eingesehen und heruntergeladen werden, und am Ende können stationäre Dokumente auch unkompliziert eingestellt werden. Unser M-KIS wird dabei umfangreich unterstützen – mit Empfehlungen, welche Dokumente standardmäßig in die ePA eingestellt werden sollten, und auch mit Hinweisen, etwa wenn die ePA-Zugriffszeit abläuft und die Versicherungskarte neu gesteckt werden muss.

Sie haben die Krankenhausreform erwähnt. Was bedeutet sie für die Digitalisierung?

Die Krankenhausreform wird ein Treiber der Digitalisierung sein. Krankenhäuser werden insbesondere Lösungen für eine sektoren- und/oder einrichtungsübergreifende Versorgung erwarten. Wir Hersteller müssen darauf eine Antwort haben. Klar ist: Je kleiner die Einrichtung, umso schlanker muss die IT sein, sowohl was Einführungs- als auch was Nutzungskomplexität angeht. Es braucht standardisierte Lösungen, und es braucht die Möglichkeit, die Betriebsverantwortung weitgehend aus der Hand zu geben. Mit unserem erprobten M-KIS Now-Konzept können wir genau das bieten. Man muss aber auch sagen: Was die Details der künftigen Versorgungsprozesse angeht, ist im Moment noch sehr viel sehr unklar, von der Finanzierung gar nicht zu reden. Wir planen mit Asklepios ein Virtual Ward Projekt umzusetzen. Dabei werden Bewohner:innen von Pflegeeinrichtungen nach der Erstversorgung in der Krankenhausnotaufnahme in ihrer gewohnten Umgebung telemedizinisch weiterbehandelt. Mit solchen Szenarien könnten sich einige Prozesse der künftigen Versorgungslandschaft abbilden lassen.

Neben Prozessen ist die Abrechnung das zweite großes Thema der Krankenhausreform. Kliniken werden auch ambulant abrechnen, und gleichzeitig verschwindet mit IS-H eine große stationäre Abrechnung vom Markt. Kann die Meierhofer AG da einspringen?
Können wir. Unsere Lösungen M-KIS Abrechnung und M-KIS Patienten-

management, mit denen wir IS-H ablösen, zeigen wir bei der DMEA – und zwar produktiv, nicht nur als Powerpoint-Folien. M-KIS Abrechnung ist eine Software-as-a-Service-Lösung, die im Cloud-Modus an vier Kliniken live ist und gerade richtig Fahrt aufnimmt. Der ambulanten Abrechnung sehen wir gelassen entgegen, da wir diese dank unserer MVZ-Lösungen ohnehin im Portfolio haben. Wir bieten für alle Einrichtungen, die Akutversorgung in welcher Form auch immer machen, eine passende Lösung an.

Können Sie auch künstliche Intelligenz?

Wir integrieren KI in unsere Lösungen mit dem Ziel, Klinikmitarbeitende bei organisatorischen und dokumentarischen Tätigkeiten und perspektivisch auch fachlichen Entscheidungen zu unterstützen. Erste Use Cases, wie zum Beispiel für die strukturierte Aufbereitung von Anamneseprotokollen aus Arzt-Patienten-Gesprächen, haben wir bereits umgesetzt. Wir zeigen, wie wir aus einer Aufzeichnung des Gesprächs quasi in Echtzeit nicht nur ein Transkript, sondern auch eine strukturierte Anamnese-Dokumentation erstellen. Das kann deutlich Arbeit sparen, und ermöglicht gleichzeitig ein natürlicheres Arzt-Patienten-Gespräch ohne Bildschirm dazwischen. Auch eine KI-gestützte Überarbeitung von Arztbriefen im Hinblick auf Rechtschreibung, Grammatik und Formulierungen haben wir im Gepäck. Im medi-

zinischen Kontext sind bereits regelbasierte KI-Lösungen im Einsatz, zum Beispiel bei unserer Medikationsanwendung M-Medikation. Diese sind nicht neu, aber auch in Berlin zu sehen.

Stichwort digitale Medikation: Hier ist Meierhofer ein Hauptanbieter. Medikations-Tools waren in deutschen Krankenhäusern lange deutlich unterrepräsentiert. Ändert sich das?

Es ändert sich, aber verglichen mit Ländern wie zum Beispiel der Schweiz gibt es immer noch großen Nachholbedarf. Das gilt schon für die normale elektronische Verordnung und noch viel mehr für Unit-Dose-Systeme. Damit wird die Medikation robotergestützt und patientenindividuell vorbereitet, was insbesondere in größeren Häusern die Arzneimitteltherapie-Sicherheit stark verbessert. Wir stellen das Hamburger Klinik-Cluster von Asklepios derzeit auf unsere M-Medikation mit Unit-Dose-Software um – inklusive Roboteransteuerung. Das zeigen wir in Teilen auch bei der DMEA. Manche wundern sich, dass wir das selbst entwickeln, aber das entspricht unserem Selbstverständnis. Die Medikation ist ein Knackpunkt der stationären Versorgung. Für Unikliniken gehört Unit Dose-Anbindung mittlerweile zum Standard und auch für andere Häuser wird sie immer relevanter. Ich glaube nicht, dass es künftig noch Krankenhäuser mit mehr als tausend Betten geben wird, die ohne Unit-Dose-System auskommen.



Tobias Schlecht, Leiter Produktmanagement, und **Daniel Heine**, Vertriebsleiter bei der NEXUS AG.

„KRANKENHÄUSER ERWARTEN EINE ZUKUNFTS-FÄHIGE, FLEXIBLE INFRASTRUKTUR“

Ein Krankenhausinformationssystem (KIS) sollte flexibel, modular und konsequent Cloud-fähig sein, sagen **Daniel Heine**, Vertriebsleiter, und **Tobias Schlecht**, Leiter Produktmanagement, bei der NEXUS AG.

Was sind bei der NEXUS AG die großen DMEA-Themen in diesem Jahr?

Daniel Heine: Die Themen, die uns in den letzten Jahren beschäftigt haben, beschäftigen uns weiterhin, und da setzen wir auch erneut die Schwerpunkte bei der diesjährigen DMEA. Das ist zum einen die Ablösung der SAP-Abrechnungssoftware IS-H und des auf IS-H aufsetzenden KIS i.s.h.med, von der sehr viele Häuser betroffen sind. Dieses Thema hängt eng zusammen mit der Frage: Wie sieht eine zukunftsfähige KIS-Infrastruktur eigentlich aus? Welche Rolle spielen die Cloud bzw. der Web-Arbeitsplatz? In welchem Umfang werden Managed Services genutzt? Zu diesem ganzen Themenfeld werden wir bei der DMEA einiges zeigen

können. Das zweite große Thema ist, dass die Krankenhaus-IT in Zeiten des immer gravierender werdenden Personalmangels zunehmend intelligenter werden muss, um den Arbeitsaufwand für Ärzteschaft und Pflege zu reduzieren. Dazu nutzen wir künstliche Intelligenz in unterschiedlichen Facetten, und auch das ist bei der DMEA konkret zu sehen.

Wie sieht sie denn aus, die zukunftsfähige KIS-Infrastruktur?

Tobias Schlecht: Immer mehr Kunden wünschen sich, dass ihr KIS auch als Cloud-Anwendung funktioniert. Dabei geht es nicht nur um Private-Cloud-Installationen, sondern zunehmend auch um die Nutzung der Public Cloud. Vielleicht nicht für das gesam-

te KIS, aber für Teilfunktionen, die bestmöglich integriert sein müssen in die gesamte KIS-Infrastruktur. Für uns als KIS-Anbieter bedeutet das: Wir müssen komplette Web-Arbeitsplätze anbieten können. Wir haben erste Schritte dorthin im letzten Jahr auf der DMEA gezeigt und sind jetzt ein ganzes Stück weiter, sodass dass das Thema Web-KIS in diesem Jahr viel Raum bei unserem DMEA-Auftritt einnehmen wird.

Werden Cloud und Managed Services durch die Krankenhausreform noch attraktiver?

Tobias Schlecht: Wir spüren das im Markt noch nicht, aber die Krankenhausreform hat ja auch noch gar nicht richtig begonnen. Generell sind

wir überzeugt, dass die Zeiten vorbei sind, in denen Krankenhausdigitalisierung gleichbedeutend war mit großen, monolithischen KIS.

Krankenhäuser erwarten heute eine flexible Infrastruktur, die auch kleinere Einheiten bedienen kann und die es erlaubt, in politisch dynamischen Zeiten neue Funktionen flexibel zu ergänzen. Mit unserer neuen KIS-Generation, NEXUS / KIS^{NG} – und all unseren anderen Lösungen – können wir genau das bieten. Wir folgen einem interoperablen Plattformgedanken. Einzelne Anwendungen können separat umgesetzt oder vorgezogen werden, Cloud-Module lassen sich mit On-premise-Installationen verzahnen. Das ist nicht zuletzt für Kliniken interessant, die IS-H ablösen müssen. Wir haben auch ein eigenes Forschungs- und Entwicklungsprojekt, Hybrid-KIS genannt, bei dem Cloud-basierte Funktionen und On-premise-Installationen nahtlos unter gemeinsamer Oberfläche laufen. Den Anfang machen klinische Arbeitsplätze: Den Visitenarbeitsplatz können wir schon heute komplett endgeräteunabhängig zur Verfügung stellen. Am Ende wird es darum gehen, KIS-Funktionen aller Art dynamisch hin- und herschieben zu können. Dann bräuchte ein Krankenhaus zum Beispiel keinen riesigen Server mehr, nur weil sich morgens eine große Zahl an Pflegekräften gleichzeitig am System anmeldet. An dieser Stelle würde dann die Cloud einspringen.

Stichwort IS-H-Ablöse: Wie groß ist hier mittlerweile der Druck aus dem Markt?

Daniel Heine: Es gibt immer noch viel Verunsicherung, aber wir können helfen, sie abzubauen. Wir haben als SAP-Partner seit über zehn Jahren breite Erfahrungen mit SAP-Infrastrukturen. Das betrifft die für viele Häuser relevante Umstellung auf S4/HANA, aber eben auch IS-H. Wir haben mittlerweile bei rund 35 Bestandskunden die Abrechnung von IS-H auf unser eigenes System umgestellt. Viele Kunden wollen aber nicht nur ein neues Abrechnungssystem, die orientieren sich dann auch beim KIS neu. Und da können wir ein attraktives Angebot machen – bis hin zu einem kompletten Web-KIS. Der Charme an dem Web-KIS-Ansatz ist, dass bei einer IS-H/i.s.h.med Ablöse nicht gleich die komplette Infrastruktur auf links gedreht werden muss. Es wird vielmehr möglich, schrittweise vorzugehen. Das Konzept scheint attraktiv zu sein, denn von den Ausschreibungen, die bisher gelaufen sind, hat die NEXUS AG ein überproportional großes Stück vom Kuchen abbekommen. Wir werden immer mehr zu einem echten Spezialisten für IS-H-Ablösen.

Macht der Web-KIS-Ansatz es auch leichter, KI-Module zu implementieren?

Daniel Heine: Auf jeden Fall. Und das nimmt gerade wirklich Fahrt auf. Wir reden hier mittlerweile von alltagstauglichen, ausgereiften Anwendungen, die von immer mehr Kun-

den aktiv eingesetzt werden. Ein Bereich, in dem wir eine ganze Reihe von Anwendungen zeigen können, ist die Risikoprädiktion. Hier haben wir eigene Module zum Beispiel zur Sepsis-Früherkennung, zur Abschätzung des Sturz-, Delir-, Dekubitus- und Thromboembolie-Risikos und zur Pflegebedarfsermittlung. Neben solchen Prädiktionsmodellen, die mit Mustererkennung arbeiten, haben wir auch eine ganze Reihe an regelbasierten Modellen im Angebot, beispielsweise klassische Alert-Funktionen, die unterschiedlichste KIS-Daten nutzen, um das medizinische Personal im Alltag zu unterstützen.

Wie flexibel können diese KI-Tools auf die individuellen Bedürfnisse angepasst werden?

Tobias Schlecht: Das ist, wie immer bei NEXUS-Lösungen, sehr flexibel. Wir können problemlos auch Module von Drittanbietern anbinden. Und unsere eigenen Tools liefern wir im Normalfall vorkonfiguriert. Damit sind sie sofort einsetzbar, können aber mit Hilfe eines Editors bei Bedarf individuell angepasst werden. Wir nutzen KI übrigens auch für die automatische Erkennung von Dokumententypen auf PDF-Basis. Das ist ziemlich erfolgreich, läuft komplett im Hintergrund und entlastet das medizinische Personal sowohl bei der Dokumentation als auch bei der Suche. Solche KI-Assistenten im Hintergrund werden in Zeiten zunehmender Personalknappheit immer wichtiger.



Gottfried Ludwig, Chef der T-Systems Gesundheitssparte

„KEIN DIGITALER FORTSCHRITT MIT ‚MINI-INFRASTRUKTÜRCHEN‘“

Technologie, um gesund zu bleiben oder schneller wieder gesund zu werden: Das ist das Credo der Telekom bei der DMEA 2025. Künstliche Intelligenz hat dabei einen immer größeren Stellenwert, sagt **Gottfried Ludwig**, Chef der globalen T-Systems Gesundheitssparte. Allerdings muss Europa signifikant gegensteuern, um den Anschluss an die USA und die Welt wiederherzustellen.

Wie bringt die Telekom mit KI das Gesundheitswesen voran?

KI macht dann einen Unterschied, wenn Menschen konkret entlastet und Prozesse deutlich beschleunigt werden. Bei der DMEA 2025 machen wir genau das anfassbar, zum Beispiel in Form einer mobilen Patientenakte für Krankenhäuser, mit der Wunden KI-gestützt vermessen werden können – inklusive automatisierter Wunddokumentation. Wir werden auch zeigen, wie sich Prozesse bei Krankenkassen komplett digitalisieren lassen – zum Beispiel handschriftlich eingehende Widersprüche, bei denen Antwortschreiben mittels KI vollautomatisiert Ende-zu-Ende er-

stellt werden. Das sind Technologien, die im Alltag einen Unterschied machen und die Patientinnen und Patienten, Ärzteschaft, Pflegekräften, Verwaltungsmitarbeitenden in Kliniken und bei den Kassen echte Vorteile bringen.

Eine neue Bundesregierung steht in den Startlöchern: Was muss politisch passieren, damit der KI-Turbo im Gesundheitswesen auch wirklich zündet?

Wir brauchen eine viel bessere IT-Infrastruktur. In den Kellern der Kliniken und auch an anderer Stelle sind wir noch zu oft in den 1990er-Jahren stehengeblieben. Eine leistungsfähige Infrastruktur ist das Rückgrat von

KI. Dazu gehören auch Cloud-Infrastrukturen. Politisch brauchen wir ein Krankenhauszukunftsgesetz 2.0, damit wir mindestens die großen Kliniken in die Lage versetzen, moderne, KI-gestützte Medizin anbieten zu können. Die wichtigste Lehre aus der ersten KHZG-Förderung ist, die IT-Infrastruktur zu modernisieren. Ohne leistungsstarke Infrastruktur keine moderne Versorgung für Patientinnen und Patienten.

Die Umsetzung der Krankenhausreform wird eines der großen gesundheitspolitischen Themen der neuen Legislatur. Warum gelingt das nur mit Digitalisierung?

Weil wir in Zeiten des demographischen Wandels gar nicht das Personal haben, um es ohne Digitalisierung machen zu können. Pflegekräfte und Ärztinnen und Ärzte sitzen heute Stunden vor dem Computer und dokumentieren vor sich hin. Diese enorme Verschwendung von hoch ausgebildeten Fachkräften muss ein Ende finden. Zudem geht moderne, personalisierte Medizin nur digital. Alles andere ist maximal ineffizient und Medizin von gestern.

Auf Patientenseite soll die elektronische Patientenakte (ePA) die Bürgerinnen und Bürger fit für das digitale Gesundheitswesen machen. Wie sehen Sie die Rolle der ePA?

Die ePA ist ein guter Datentresor. Die Kunst ist es, diese Daten auch in der Versorgung und in der Prävention zu nutzen. Anwendungsbeispiele in Sachen Prävention werden wir bei der DMEA zeigen. Am Ende wird der Erfolg der ePA außerdem maßgeblich davon abhängen, wie gut nutzbar sie ist. Hier schafft die Telekom mit ihren Digitalen Identitäten eine wichtige Grundlage. Es macht einen Riesenunterschied, ob ich ständig eine Versichertenkarte ans Smartphone halten und eine PIN eingeben muss, oder ob ich die ePA dank digitaler Identität sicher und einfach biometrisch nutzen kann. Ich halte das für einen der entscheidenden Erfolgsfaktoren: Wenn ich mich nicht einerseits sicher, andererseits bequem authentifizieren kann, werde ich digitale Anwendungen nicht nutzen. Wir zeigen auf der DMEA mit dem TI-Messenger und anderen Angeboten

wie einfach, digitale Anwendungen sein können.

Themenwechsel: Forschung. Politisch wurde einiges getan, um die medizinische Forschung voranzubringen. Was tut die Telekom?

Alles, was die Nutzung von Gesundheitsdaten fördert, hilft am Ende auch der Forschung. Das ist die Kernmotivation, uns bei diesem Thema zu engagieren. Wir tun das unter anderem mit einer Software, die klinische Studien unterstützt – in Phase 1 und perspektivisch auch in Phase 2. Dabei kommt es auf einfache und sichere Datenerfassung und Datenverknüpfung an. Zugrunde liegt dem eine Datenraumtechnologie, die wir auch in der Automobilindustrie erfolgreich einsetzen. Wenn die digital gestützte medizinische Forschung in Deutschland abheben soll, müssen wir aber auch politisch weitergehen. Ein paar Schritte in die richtige Richtung reichen nicht.

Was sind bei der medizinischen Forschung Ihre Erwartungen an die neue Bundesregierung?

Auch hier: Infrastrukturen. Die neue US-Regierung steckt hunderte Milliarden Dollar in KI-Infrastrukturen, und bei uns baut jedes Forschungsprojekt mit Fördermitteln sein eigenes ‚Infrastrukturchen‘ auf. Wie kann das sein? Das ist wissenschaftlich nicht zielführend, und Deutschland kann sich das auch finanziell nicht mehr leisten. Hier müssten die zuständigen Ministerien Hand in Hand gehen. Das heißt nicht, dass wir alles mit einer einzigen Infra-

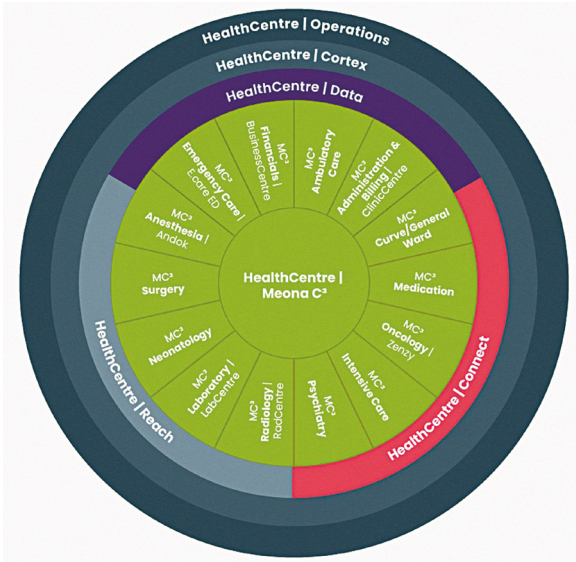
struktur machen sollten. Aber die Infrastrukturen für Forschung und Versorgung müssen miteinander kompatibel sein. Das würde nicht zuletzt der KI-Forschung helfen. Wir müssen viel größer denken, um schneller zu Erkenntnissen zu kommen und die Daten besser nutzen zu können. Die Welt wartet definitiv nicht auf uns. Es geht dabei um grundsätzliche strukturelle Fragen, die beantwortet werden müssen. Als Telekom stehen wir jederzeit bereit, dabei zu unterstützen.

IT-Nachwuchs ist dünn gesät, auch in der Gesundheits-IT. Warum sollten junge Leute, die eine IT-Karriere machen wollen, bei der DMEA zu Ihnen an den Stand kommen?

Weil unsere Arbeit jeden Tag einen Unterschied macht und wir demonstrieren, wie das aussieht. Für alle Menschen, Krankenhäuser, Krankenkassen und Versicherungen und viele mehr. Wir zeigen, wie Technologie helfen kann, gesund zu bleiben oder schneller wieder gesund zu werden. Die Telekom ist nicht nur ein globales Unternehmen, das überall auf der Welt Endgeräte und Datenflüsse verknüpft, sondern sie ist die wertvollste Marke Europas. Wir setzen Hightech um und helfen Firmen weltweit, modernste Technologien in Bestandssystemen Ende-zu-Ende zu integrieren, damit diese reibungslos funktionieren. Kurz und gut: wer weniger PowerPoint, sondern richtigen Impact für eine bessere, digital unterstützte Gesundheit erleben möchte, ist an unserem Stand genau richtig.

MESALVO HEALTHCENTRE – KLINISCHE EXZELLENZ UND WIRTSCHAFTLICHKEIT IN EINER PLATTFORM VEREINT

Mesalvo HealthCentre ist die Next-Generation Healthcare-Plattform, die klinische und administrative Prozesse vereint und für klinische Exzellenz während der gesamten Patientenbehandlung steht.



Next-Generation Healthcare:
Die Technologie-Plattform für klinische und wirtschaftliche Exzellenz von Mesalvo

HealthCentre | Cortex – Cloud-Plattform von Mesalvo – definiert die Verwaltung von Patientendaten und klinischen Workflows neu. Als „Gehirn der Healthcare-Plattform“ bildet sie die Basis des HealthCentre-Portfolios und steht für Interoperabilität sowie Echtzeitzugriff auf Daten. KI-gestützte Entscheidungsunterstützungstools optimieren die Behandlungsqualität. So entsteht ein Mehrwert für medizinische Fachkräfte und eine optimale Versorgung für Patienten.

ABLÖSEKOMPETENZ ÜBER IS-H & I.S.H.MED HINAUS

Die Next-Generation-KIS/KAS-Lösungen optimieren alle klinischen und administrativen Prozesse und ermöglichen einen nahtlosen und zukunftssicheren Übergang von IS-H und i.s.h.med. Mesalvo gewährleistet durch seine hohe Integrationskompetenz, dass Kliniken nicht nur die aktuellen Anforderungen erfüllen, sondern auch zukunftssicher aufgestellt sind. Dank

HealthCentre | Cortex können Daten aus verschiedenen Systemen direkt in MC³ Administration & Billing | ClinicCentre integriert werden – für eine noch präzisere Dokumentation und Abrechnung.

AMBULANTE VERSORGUNG & OPTIMALER COST & REVENUE CYCLE – WIRTSCHAFTLICH ERFOLGREICH MIT MESALVO

Die zunehmende Ambulantisierung stellt Kliniken und Medizinische Versorgungszentren vor neue Herausforderungen. Mesalvo bietet die Lösung für das Revenue Cycle Management – von der Patientenaufnahme bis zur finalen Buchung. Dank MC³ Administration & Billing | ClinicCentre und der nahtlosen Integration über HealthCentre | Cortex werden stationäre und ambulante Behandlungen effizient verknüpft. Automatisierte Prozesse eliminieren doppelte Dateneingaben, steigern die Abrechnungs- und Dokumentationsqualität und sichern die vollständige, gesetzeskonforme Vergütung jeder erbrachten Leistung.

HEALTHCENTRE | REACH – MOBILES MEDIKATIONSMANAGEMENT AM PATIENTENBETT

Mit HealthCentre | Reach wird der Medikationsprozess vollständig digitalisiert – von der Verordnung bis zur Verabreichung. Das Closed Loop Medication Management (CLMM) minimiert dabei Medikationsfehler und erhöht die Arzneimitteltherapiesicherheit. Smartphone- oder Tablet-basierte Dokumentation am Patientenbett ermöglicht eine Echtzeit-Synchronisation mit der digitalen Patientenakte. Das entlastet Pflegekräfte und redu-

ziert Fehlerquellen. Durch die Integration mit der Medanets Mobile App werden Vitaldaten, Medikation und Wunddokumentation verknüpft – für einen nahtlosen, papierlosen Pflege-Workflow.

HÖCHSTE STANDARDS IN DER ONKOLOGISCHEN VERSORGUNG

Das MC³ Oncology Produktionsmodul setzt neue Standards in der Zytostatikazubereitung – mit strukturierten Produktionsdialogen, kontinuierlichen Inprozesskontrollen und automatischer Dokumentation. Taxierung und Abrechnung erfolgen über das Taxierungsmodul – vom Anfordern über die Herstellung bis zur Abrechnung, inklusive gravimetrischer und volumetrischer Kontrolle. Zukünftig wird die DRUG CAM[®]-Funktion den Herstellungsprozess KI-gestützt weiter optimieren.

MESALVO – EMPOWER EXCELLENCE IN HEALTH AND CARE

Besuchen Sie uns auf der DMEA – **Halle 1.2 | Stand A-104** und entdecken Sie unsere Lösungen live. Wir freuen uns auf Sie!



Mesalvo GmbH
Heinrich-von-Stephan-Straße 25
79100 Freiburg
Tel.: +49-(0)761-29 28 99-0
E-Mail: info@mesalvo.com
www.mesalvo.com

eMEDIKATION: EIN ECKPFEILER DER MODERNEN PATIENTENVERSORGUNG

Die Digitalisierung im Gesundheitswesen schreitet voran und die elektronische Medikation, kurz eMedikation, nimmt hierbei eine Schlüsselrolle ein. Sie revolutioniert den gesamten Prozess der Arzneimittelverordnung, von der Erstellung des Rezepts über die Abgabe in der Apotheke bis hin zur Dokumentation in der Patientenakte. Moderne eVerordnungssoftware bietet vielfältige Vorteile und leistet einen wesentlichen Beitrag zur Verbesserung der Patientenversorgung.

ZENTRALE NUTZUNGSMÖGLICHKEITEN MODERNER eVERORDNUNGS-SOFTWARE

Die eMedikation trägt maßgeblich zur Erhöhung der Patientensicherheit bei. Durch den Einsatz von ID MEDICS® werden manuelle Prozesse reduziert, was die Fehlerquote bei der Rezeptausstellung und -interpretation minimiert. Die Software unterstützt zudem bei der Überprüfung von Wechselwirkungen und Kontraindikationen, wodurch die Arzneimitteltherapiesicherheit zusätzlich erhöht wird. Ein weiterer wichtiger Aspekt ist die Effizienzsteigerung im Behandlungsprozess. Der Einsatz von eVerordnungssoftware wie ID MEDICS® beschleunigt den gesamten Verordnungsprozess. Ärzte und Apotheker haben direkten Zugriff auf die Medikationshistorie des Patienten, was eine schnellere und fundiertere Entscheidungsgrundlage ermöglicht.

Darüber hinaus verbessert die eMedikation die Kommunikation zwischen den verschiedenen Akteuren im Gesundheitssystem. Ein umfassendes Schnittstellensystem sorgt für einen Datenaustausch zwischen ID MEDICS® und Systemen wie z.B. KIS, MaWi, KAS, Labor, PDMS u.v.m. Informationen können so schnell und sicher ausgetauscht werden, was die interdisziplinäre Zusammenarbeit verbessert und die Qualität der Versorgung erhöht. Zudem fließen die Medikationsdaten in die ePA ein.

Auch im Bereich der Krankenhausabrechnung bietet ID MEDICS®

ID	PKZ	Symbol	Handelsname	Wirkstoff	Dosierung	Menge	Dafu	Größe	Norm	Rab.	Preis	Zuschlag	Netto	Gesamt	Hersteller
			Gleaxe 20mg Fertigspritze - (P)	Enoxaparin natrium	1-0-0 Spritze	20 mg/0,2 ml	Fertigspritzen	1000	NI		32,43	5,00	32,43	-	5,00 Sanofi-Aventis
			Delix 2mg Tab	Paracetamol	07:00 1 Tabl.	0 mg	Tabletten	20000	n.A.		-	-	-	-	Sanofi-Aventis
			Dopages 2mg 200µgH (16,8mg) Pfister	Paracetamol	10 22:00, Alle 2 Tage 1-0-0 PL	11 mg/16,8 mg	Pfister 200µgH	100	n.A.		-	-	-	-	Sanofi-Aventis
			Freelife energy Drink Caposucce	Gesamt-Protein u.a.	Alle 6h 350 ml	500ml	Lösung	1000ml	n.A.		-	0,00	-	-	1001 Anheiß M.
			HCT 12,5mg Tab ratio	Hydrochlorothiazid	07:00 1 Tabl.	12,5 mg	Tabletten	3000	NI		12,16	5,00	12,16	-	5,00 Rabpharm
			Jaruvic 100mg Tab	Stavudin	07:00 1 Tabl.	100 mg	Tabletten	2000	n.A.		-	-	-	-	HSD
			Liponex 10% PLR 100ml	Pekt-Emulsionen	16:00 100 ml	100ml	Infusionslös.	100000ml	NI		19,12	10,00	-	-	10,00 Presonus Kabi
			Mellinex 800mg Tab Ratio	Mellinex hydrochlorid	07:00, 18:00 1 Tabl.	800 mg	Tabletten	3000	NI		11,80	5,00	11,80	-	5,00 Rabpharm
			Neurostimul Tropfen 10ml Kabi	Neurostimul natrium-Lösung	10:00 Tropfen (jein Bedarf)	100 mg/ml	Tropfen zum...	100	NI		14,18	5,00	14,18	-	5,00 Rabpharm
			Praxidolox 20mg Tab	Praxidolox natrium	18:00 1 Tabl.	20 mg	Tabletten	2000	n.A.		-	-	-	-	Heal

Rezeptdruck-Komponente inkl. eRezept in ID MEDICS®

ebenfalls Vorteile. Es unterstützt die Dokumentation und Abrechnung von Zusatzentgelten (ZE) und Neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB) im Medikationskontext und reduziert somit den administrativen Aufwand.

Mit ID EFIX® PHARMA liefert ID ergänzend ein Tool zur effektiven retrospektiven Datenbankauswertung unter verschiedenen Gesichtspunkten. Im nach Baukastenprinzip erstellbaren Cockpit mit intelligenten Filtereinstellungen sind auch pharmazeutische Auswertungen möglich. Fragen wie leitliniengerechter Antibiotikaeinsatz nach Fachbereich, ZE/NUB-Check auf fehlende Gabeldokumentation von abrechnungsrelevanten Medikamenten, Häufigkeit einzelner ID PHARMA CHECK®-Meldungen werden in vordefinierten Dashboards um eine Exportfunktion für die InEK-Ausleitung (Gabenausleitung ohne Kostenbezug) ergänzt.

Auf der DMEA (Halle 4.2 / Stand A-105) werden wir diese und andere Details unserer eMedikations-Lösung ID MEDICS® umfassend vorstellen. Wir laden Sie herzlich ein, uns dort zu besuchen und sich über die Möglichkeiten zu informieren, wie wir gemeinsam die AMTS verbessern können.

ID Information und Dokumentation im Gesundheitswesen



ID Information und Dokumentation im Gesundheitswesen GmbH & Co. KGaA
 Platz vor dem Neuen Tor 2, 10115 Berlin
 Tel.: +49-(0)30-24626-0
 E-Mail: info@id-berlin.de
 www.id-berlin.de

AUS VERÄNDERUNGEN CHANCEN MACHEN

Change. Unter dieses Motto stellt Dedalus HealthCare seinen diesjährigen Auftritt auf der DMEA. Dabei erwartet die Besucher allerlei Neues rund um KI für unterschiedliche Gesundheitsbereiche, von Cloud-Lösungen und aus anderen Bereichen.



KIS AUF DEM SMARTPHONE

Basis des Angebots ist das Krankenhausinformationssystem ORBIS U, das mit der App ORBIS Info4U auch auf das Smartphone kommt. Sie ermöglicht die Patientensuche und -auswahl mit den aus der Desktop-Lösung bekannten Funktionen über Fachabteilung, Station, Zimmer, Bett und gestattet den schnellen Zugriff auf medizinisch und administrativ relevante Daten. Ergänzt wird der Zugriff durch aktiv gesendete Push-Nachrichten, sogenannte Notifications, die zum Beispiel bei Neuanlage und Änderungen an ORBIS-Dokumenten, Terminen etc. ausgelöst werden. Mit der Smartphone-Kamera können Dokumente eingescannt oder Fotos erstellt und nach Verschlagwortung durch Hochladen in die ORBIS Krankengeschichte übernommen werden. ORBIS-Alert-Einträge, etwa Allergien, Infektionen oder Meldungen über Fälligkeiten, werden chronologisch absteigend angezeigt.

KI VERBESSERT

PATIENTENVERSORGUNG

Ein wesentlicher Baustein der KI-Strategie von Dedalus HealthCare ist clinalytx Medical AI. Die medizinische KI interpretiert Daten, kann Verläufe erkennen und dem medizinischen Personal Hilfestellung geben. MDR-zertifiziert sind Delir, Sepsis und Akutes Nierenversagen. Die Vorhersage von Risiken unterstützt die Mitarbeiter als Assistenzfunktion besonders in Bereichen, in denen das jeweilige Krankheitsbild nicht im Fokus der Behandlung steht oder die Erfahrung im Umgang damit nicht ausgeprägt ist. Durch die Integration hausindividueller Behandlungsempfehlungen können die Behandlungsqualität und Patientensicherheit deutlich verbessert werden.

Mit dem ORBIS Buddy stellt Dedalus HealthCare seinen Kunden einen sprachbasierten, KI-gesteuerten medizinischen Chatbot zur Seite, der dem Arzt als „Freund“, Ratgeber und Absicherung dient. Der Arzt öffnet ORBIS und kann nun dem ORBIS Buddy gezielt Fragen zu Medikamen-

ten, Behandlungen oder Diagnosen stellen – entweder über ein Mikrofon oder per Eingabe auf der Tastatur. Dann werden ihm vom Buddy die Ergebnisse der Recherche in einer KI-generierten Zusammenfassung angezeigt, und er sieht, aus welchen Quellen die Inhalte stammen. Mit einem Mausklick springt er dann direkt in die entsprechende Veröffentlichung und kann die angebotenen Informationen für die Behandlung verwenden.

BIG DATA FÜR DIE FORSCHUNG

Die Dedalus Analytics & Research Plattform hilft Gesundheitseinrichtungen, medizinische Daten zu analysieren, um neue Erkenntnisse zu gewinnen und die Patientenversorgung zu verbessern. Sie macht unstrukturierte Daten wie klinische Notizen zugänglich und nutzbar. Die Plattform stellt eine einheitliche Datenbasis für medizinische Informationen zur Verfügung, die die Kliniken dann für verschiedene Use Cases verwenden können. So kann man auf Basis der Analytics & Research Plattform interne und externe Forschung betreiben, medizinische Daten und deren Zusammenhänge fallübergreifend verstehen, und somit den immensen Wert medizinischer Daten nutzen.

**Besuchen Sie uns auf der DMEA:
Halle 3.2 / Stand B-103**



Dedalus HealthCare

Konrad-Zuse-Platz 1-3, 53227 Bonn

Tel.: +49-(0)228-26 68-000

E-Mail: martina.goetz@dedalus.com

www.dedalusgroup.de