



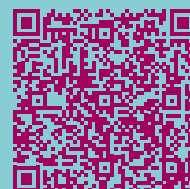
DMEA Berlin
21–23 April 2026
Connecting Digital Health

Achtung
DMEA digitalisiert!



**DIGITALE IDENTITÄT KANN DIE
EUDI-WALLET NUR AUSWEIS?
KARDIOLOGIE INNOVATIVE KI
FÜR GESÜNDERE HERZEN
KVN.AKUT PLATTFORMÖKONOMIE
FÜR DEN KV-NOTDIENST**

Time to connect
Digital Health



**Jetzt schon
Ticket sichern!**

GOLD Partner



CompuGroup
Medical



Dedalus

ID Information und
Dokumentation im
Gesundheitswesen



medatixx
Damit die Praxis läuft.

Meierhofer

nexus/ag

T Health

Organisation durch



Veranstaltung von



VERSORGUNG NEU DENKEN

Wenn nicht alles täuscht, steht dem Gesundheitswesen in Deutschland der größte Umbruch seit Jahrzehnten bevor. Die Einführung eines Primärarztsystems wird ohne ein leistungsfähiges digitales Rückgrat nicht funktionieren. Tatsächlich dürfte am Ende eher ein „Primäronline- (+/- Primärtelefon-)system“ herauskommen. Bei einem solchen System würden zwar die meisten primär in die hausärztliche Versorgung gesteuert. Aber es gäbe auch diverse Abkürzungen, nicht nur Gynäkologie und Pädiatrie, sondern auch z.B. Unfallchirurgie, Psychotherapie, Augenheilkunde. Zudem gilt es, in Richtung Video/Telefon oder Präsenz zu steuern, denn sonst kollabiert die Primärversorgung.

Die zugrundeliegende digitale Plattform muss keine bundesweite Megaplattform sein: Die föderalen Strukturen des Gesundheitswesens sind hier eher hilfreich. Allerdings sollten die Wege in die Plattform(en), sprich Telefonnummer und App, schon aus kommunikativen Gründen einheitlich sein. Dass es auch aus Versorgungsaspekten Sinn macht, nicht an der KV-Grenze mit dem Denken aufzuhören, zeigt die 116117-Notdienst-Plattform in Niedersachsen. Dort werden die telemedizinischen Kontakte bei Bedarf auch mal von außerhalb Niedersachsens rekrutiert. Warum auch nicht? (Siehe Seite 40 ff.)



» Die Einführung eines Primärarztsystems wird ohne ein leistungsfähiges digitales Rückgrat nicht funktionieren. «



ES GIBT VIEL ZU GEWINNEN

Klar ist: Das Ganze ist ein Riesenprojekt, und es kann auch schiefgehen. Dem gesetzlich versicherten Teil der Bevölkerung den direkten Weg zur fachärztlichen Versorgung zu versperren, wird nicht populär sein. Es gibt aber auch viel zu gewinnen. Das derzeitige System ist nicht nur eine Zumutung für gesundheitssystemferne, häufig jüngere Menschen, die im Zweifel in die Notaufnahme gehen, weil sie nicht wissen, wo sie sonst hingehen sollen. Benachteiligt sind auch Menschen, die die deutsche Sprache nicht gut können. Benachteiligt sind zurückhaltende Menschen, die andere nicht so lange zutexten können, bis sie ihren Facharzttermin bekommen. Die Liste ließe sich fortsetzen. Eine Steuerung wird nicht alle Probleme lösen, aber einige schon. Das gilt es, zu kommunizieren, dann wird es auch Akzeptanz geben. Und: Die digitalen Plattformen müssen leistungsfähig sein. In Niedersachsen sind Beschwerden über die Notdienstversorgung stark zurückgegangen, einfach deswegen, weil die Plattform rasch Ansprechpartner:innen vermittelt. An dieser Stelle sollte nicht gespart werden.

PHILIPP GRÄTZEL VON GRÄTZ
Chefredakteur E-HEALTH-COM



14

Keine andere medizinische Disziplin hat sich so der Künstlichen Intelligenz verschrieben wie die Kardiologie. Ein Überblick.



20

2026 soll – endlich – das Jahr des digitalen Aufbruchs in Deutschland werden. Eine zentrale Komponente dabei ist die EUDI-Wallet. Was kann sie im Gesundheitswesen leisten?

COMPACT

Nachrichten und Fakten

- 6 Meldungen**
KHTF-Förderung, EHDS, Zi-Umfrage, Interview mit Andreas Strausfeld (BITMARCK), neue bvitg-Geschäftsführung, vzbv vs. Doctolib, NUM wird GmbH, Wissenschaftsticker etc.
- 7 Dierks antwortet**
Die Rechts-Kolumne von Prof. Christian Dierks aus Berlin. Diesmal: Was bringt das Jahr 2026 für KI im Gesundheitswesen?
- 10 Köpfe & Karrieren**
Prof. Dr. Alexander Meyer, Prof. Dr. Claudia Schmidtke, Philipp Müller, Bastian Stockhausen, Jörg Redmann, Uwe Heckert, Gregor Müller, Christian Helfrich

COMPLEX

Ereignisse & Entwicklungen

- 14 KI & KARDIOLOGIE**
KI nimmt die Kardiologie im Sturm: Keine andere medizinische Disziplin hat sich so der Künstlichen Intelligenz verschrieben wie die Kardiologie. Längst geht es nicht mehr nur um experimentelle Tools: Die Zeichen stehen auf Implementierung.
- 20 DIGITALE IDENTITÄT**
Was leistet die EUDI-Wallet im Gesundheitswesen? 2026 soll – endlich – das Jahr des digitalen Aufbruchs in Deutschland werden. Eine zentrale Komponente dabei ist die EUDI-Wallet. Im Gesundheitswesen könnte sie die glücklose Gesundheits-ID ersetzen.
- 26 Trends**
Trends der Gesundheits-IT: Aktuelle Studien mit Kommentaren von Bernhard Calmer und Luise Redders
- 30 Radiologie**
RSNA 2025: Die Radiologie zwischen Menschlichkeit und Automatisierung
- 33 DiGA in Frankreich**
Fast Track to nowhere: Warum digitale Therapien in Frankreich feststecken
- 36 Hospital-at-Home**
Es gibt viele Argumente dafür, Teile der Krankenhausversorgung ins häusliche Umfeld zu verlagern. Warum tut Deutschland sich trotzdem so schwer?



36

Es gibt viele Argumente dafür, Teile der Krankenhausversorgung ins häusliche Umfeld zu verlagern. Warum tut Deutschland sich trotzdem so schwer mit Konzepten wie Hospital-at-Home?

COMMUNITY

Menschen & Meinungen

40 INTERVIEW

Bereitschaftsdienst und Notfallreform: „Wir brauchen eine andere Steuerung“. Im Gespräch mit E-HEALTH-COM berichtet KVN-Vize Thorsten Schmidt über ein Projekt, das Maßstäbe im Bereitschaftsdienst setzt – und das auch Impulse für eine große Notfallreform geben kann.

46 > BVITG MONITOR

Die aktuellen Sonderseiten des Bundesverbandes Gesundheits-IT – bvitg e. V.

52 Aus den Verbänden

Beiträge der Partnerverbände BVMed, DGfT, DGTelemed, KH-IT, TMF, VDE DGBMT und ZVEI



40

Thorsten Schmidt, Vize der KV Niedersachsen, berichtet über ein Projekt, das Maßstäbe im Bereitschaftsdienst setzt.

COMPASS

Markt & Service

Standards

59 Firmenverzeichnis

03 Editorial

62 Aus den Unternehmen

68 Bücher

67 Termine

69 Findex/Impressum

70 Kolumne

ANZEIGE

noris network

Mehr Sicherheit für Ihre Patientendaten

Wir machen Ihre IT sicher & hochverfügbar

- Schutz vor Ransomware
- Nahtlose Integration
- Revisions- & Auditsicher
- Datensouveränität - made in Germany
- Aktiver Schutz mit SIEM und SOC
- DSGVO-Konform



www.noris.de/it-healthcare

3D-DRUCK IN SCHWERELOSIGKEIT: BIOLOGISCHES PFLASTER FÜR ASTRONAUT:INNEN



Forschende des Berlin Institute of Health in der Charité (BIH) haben gemeinsam mit der Firma Cellbricks einen 3D-Drucker entwickelt, der ein biologisches Pflaster drucken kann. Dieses soll passgenau großflächige Wunden verschließen und wäre nicht nur für Brandopfer auf der Erde eine wertvolle Alternative zur Eigenhauttransplantation: Auch Astronaut:innen könnten so auf der ISS oder künftigen Langzeitmissionen individuell versorgt werden. Dass der Druck der Biopflaster auch unter Schwerelosigkeit funktioniert, konnten die Forschenden bei zwei Parabelflügen jetzt testen. Ihre Ergebnisse haben sie in *Advanced Science* veröffentlicht:

Lemke B, et al., Duda G. Gravity-Tolerant In-Flight 3D Bioprinting Enabled by Stereolithography for Space Tissue Engineering. *Advanced Science* (2026). DOI: 10.1002/advs.202520715

DIGITALISIERUNG MITDENKEN

Langsam kommt die KHTF-Förderung in der Digital-Health-Branche an. Seitens der Krankenhäuser sind kluge Strategien gefragt.

Die finanzielle Situation der Krankenhäuser ist angespannt und wird es bleiben. Umso wichtiger ist es, die Förderung aus dem Krankenhaustransformationsfonds (KHTF) auch für die digitalen Infrastrukturen zu nutzen: „Transformation wird nur erfolgreich sein, wenn Digitalisierung mitgedacht wird“, sagt Dr. Viola Henke, Mitglied der Geschäftsleitung bei DMI und

stellvertretende Vorstandsvorsitzende des bvitg.

Mittlerweile sei die KHTF-Förderung auch im Markt angekommen: „Im letzten Jahr sind 342 Anträge zum KHTF beim Bundesamt für Soziale Sicherung BAS eingegangen. Ich gehe davon aus, dass mit der Verabschiedung des Krankenhausreformenpassungsgesetzes auch die Veröffentlichung der Förderrichtlinie seitens des BAS einhergeht. Dies wird als Grundlage für die Länder dienen, gegebenenfalls landesspezifische Förderrichtlinien zu verabschieden“, so Henke gegenüber E-HEALTH-COM. In einigen Ländern existierten entsprechende Strukturen bereits. Typisch sei, dass kompetente Berater:innen als Schnittstelle zwischen Unternehmen und medizinischen Einrichtungen fungierten.

Den Krankenhäusern rät Henke, eine Digital- und Datenstrategie zu formulieren – für die eigene Datensouveränität, aber auch mit Blick auf den europäischen Gesundheitsdatenraum. Interoperabilität könne dort, wo Transformation sie erfordere, durchaus über den KHTF adressiert werden. Dr. Gottfried Ludewig, Leiter Public Sector and Health bei der Deutschen Telekom, sieht das in einem Beitrag für E-HEALTH-COM ähnlich: „Der Krankenhaustransformationsfonds ist die Chance, gezielt in zukunftsfähige digitale Infrastrukturen zu investieren. Statt fragmentierter Einzellösungen sollte der Fokus auf interoperablen, skalierbaren Plattformen liegen, die wirklich Verbesserungen in die Versorgung bringen.“

„BEIM EHDS EUROPA WAS VORMACHEN“

Die Umsetzung des EHDS ist ein Kernthema der Gesundheitspolitik dieser Legislatur. Viele plädieren für mehr Geschwindigkeit.

Im März 2025 trat die Verordnung für den European Health Data Space (EHDS) in Kraft. Im März 2027 muss Deutschland alle relevanten Regularien so überarbeitet haben, dass sie EHDS-konform sind. Bis März 2029 müssen E-Rezepte und Patientenkurzakte EHDS-kompatibel sein, bis März 2031 auch Bilder und Labordaten. Muss das so lange dauern? „Ich würde sagen, wir sind auf die Überholspur eingebogen“, sagte BfArM-Präsident Prof. Dr. Karl Broich bei der Digital Health Conference in Berlin. „Ich habe den Ehrgeiz, dass wir beim EHDS Europa was vormachen.“ Nicht jede Frist müsse ausgeschöpft werden.

Das BfArM sieht Broich dabei als den Dreh- und Angelpunkt – und weiß die Politik hinter sich. Tatsächlich wurden mit dem Forschungsdatenzentrum (FDZ) Gesundheit und der u. a. für die Verknüpfung mit weiteren Datenquellen zuständigen Datenzugangs- und -koordinierungsstelle schon wichtige EHDS-Komponenten

geschaffen. Dass es dafür höchste Zeit war, betonte Prof. Dr. Ariel Dora Stern vom Digital Health Cluster am Hasso-Plattner-Institut Potsdam (HPI): „Bisher haben wir fast alle unsere Projekte mit ausländischen Daten gemacht. Das ändert sich gerade, aber es geht immer noch langsam.“ Für den Moment gilt weiterhin: Muss es schnell gehen, dann geht es nur mit US-Daten.

Was genau kann mit umfassenden Gesundheitsdatensätzen wie jenem des FDZ künftig gemacht werden? „Wir können damit evidenzbasierte Gesundheitspolitik machen“, so Stern. Als Beispiel nannte sie ein Forschungsprojekt des HPI zum Telemonitoring auf Basis von US-Abrechnungsdaten. Hier habe sich klar zeigen lassen, dass es bei der Hypertonie insbesondere schlecht kontrollierte Patient:innen seien, die profitiert hätten. Bei denen – und nur bei denen – habe sich das Telemonitoring-Investment gelohnt. Eine wichtige Information für jene, die solche Angebote bezahlen sollen.

TICKER

+++ Der Bundesverband Gesundheits-IT (bvitg) und die Messe Berlin gehen nach der diesjährigen DMEA getrennte Wege. Die **DMEA** wird in Kooperation von bvitg und Messe München vom 13. bis 15. April 2027 am Messeplatz München stattfinden. Der Fokus der Zusammenarbeit liegt im Wachstum und der stärkeren internationalen Ausrichtung der DMEA.

Zum gleichen Zeitraum starten die Messe Berlin und Bitkom mit der **SMART HEALTH EUROPE** eine neue Kongressmesse zur Digitalisierung des Gesundheitswesens, die auf dem Berliner Messegelände stattfinden wird. Mehr unter www.bvitg.de sowie www.smarthealtheurope.com +++ In einem Video erläutert **DR. FLORIAN FUHRMANN**, Vorsitzender der Geschäftsführung der **GEMATIK**, sieben zentrale Leitsätze, die den Weg zu einem modernen, digitalen Gesundheitswesen weisen. Das Video finden Sie im gematik-Newsroom: www.gematik.de/newsroom/ +++ Der PVS-Anbieter **MEDATIXX** hat anlässlich der geplanten Gesetzgebung des Bundesgesundheitsministeriums zu einem Primärversorgungssystem ein **WHITEPAPER** mit dem Titel „Termine sind keine Ware: Primärversorgung digital, diskriminierungsfrei und in öffentlicher Verantwortung“ veröffentlicht. Mehr unter: <https://medatixx.de/news/detail/whitepaper-zum-primarversorgungssystem> +++ Zum selben Thema hat auch der **SPITZENVERBAND DIGITALE GESUNDHEITSVERSORGUNG** (SVDGV) ein **WHITEPAPER** veröffentlicht, das den Titel „Primärversorgung digital denken – digital vor ambulant vor stationär“ trägt. Mehr unter www.digitalversorgt.de/news/positionspapier-primarversorgungssystem. +++

DIERKS ANTWORTET



■ **PROF. DR. DR. CHRISTIAN DIERKS**

ist Rechtsanwalt und Facharzt für Allgemeinmedizin in Berlin.

Kommentare & Fragen:

christian.dierks@dierks.company

Was bringt das Jahr 2026 für KI im Gesundheitswesen?

2026 wird das Jahr, in dem sich entscheidet, ob KI im Gesundheitswesen verantwortlich eingesetzt wird – oder weiterhin unter dem Vorwand rechtlicher Unsicherheit gebremst wird.

Künstliche Intelligenz ist längst Teil der Versorgungspraxis. Sie analysiert CTs und histologische Schnitte, bereitet Befundberichte vor, strukturiert Anfragen und priorisiert Fälle. KI wirkt damit unmittelbar auf medizinische Entscheidungen. Der Engpass liegt nicht bei der Technologie. Er liegt auch nicht im Recht. Der Engpass liegt in der Organisation von Verantwortung.

Der KI-Einsatz im Gesundheitswesen bewegt sich nicht in einem rechtlichen Graubereich. Die maßgeblichen Regelungen existieren. Auch zur Verantwortung: Sie lässt sich nicht delegieren, auch nicht an Algorithmen. Entscheidungen bleiben zurechenbar, auch wenn sie technisch vorbereitet oder unterstützt werden.

Das eigentliche Problem ist deshalb kein Normmangel, sondern Zurückhaltung. Organisationen verwechseln rechtliche Anforderungen mit Verboten und Governance mit Innovationshemmung. In der Folge wird KI informell genutzt oder gar nicht – beides ist riskant, denn der unterlassene Einsatz kann auch pflichtwidrig sein, wenn die Anwendung dem State of the Art entspricht.

2026 ist der Zeitpunkt, diese Ausreden zu beenden. Anwendende Ärzte und Krankenhäuser sollten KI nach vorne stellen und zur Anwendung stehen: Transparenz, Aufklärung, Einsatz und Abwägung im Rahmen der eigenen Entscheidungsfindung („Own it“) holen KI aus der Schmutzdecke und eröffnen das Potenzial zur Qualitätssteigerung. Die rechtlichen Leitplanken stehen. Es gilt, Verantwortung zu übernehmen, anstatt sie weiter zu vermeiden.

Nicht neues Recht entscheidet also über den Erfolg von KI im Gesundheitswesen, sondern die Anwendung des bestehenden Rechtsrahmens. Trauen wir uns, um Vertrauen zu schaffen.

» DIE EPA KOMMT LANGSAM IN DEN KÖPFEN AN «

*Erfolg oder ein Rohrkrepierer? **Andreas Strausfeld** von der BITMARCK sieht Fortschritte bei der ePA, mahnt mehr Mut bei der Weiterentwicklung an und sieht auch regulatorisch Handlungsbedarf.*



ANDREAS STRAUSFELD

ist Vorsitzender der Geschäftsführung des IT-Dienstleisters BITMARCK.

Seit 1. Oktober 2025 ist die ePA im ambulanten Bereich verpflichtend. Sehen Sie das in Ihren Statistiken?

Wir sehen das sogar deutlich: Die Nutzung steigt permanent an. Und zwar nicht nur auf der Seite der Leistungserbringenden, sondern auch auf der Seite der Versicherten. Das spiegelt sich in den Zugriffen und den Downloads von Dokumenten wider. Von Januar bis Ende September 2025 hatten wir insgesamt 3,3 Millionen Down-

loads. Anfang Dezember waren es dann bereits beachtliche 8,7 Millionen.

Bei den Versicherten war die ePA-App bisher nur ein Randphänomen. Ändert sich das?

Auch hier steigen die Downloadzahlen, wenn auch nicht so stark wie bei den Zugriffszahlen. Die ePA kommt langsam in den Köpfen an. Ich habe den Eindruck, dass das zum Teil auch durch die Leistungserbringenden befördert wird: Die Patientinnen und Patienten werden endlich häufiger auf die ePA hingewiesen. Und das hat dann natürlich Empfehlungscharakter. Die ePA-Plattform ist mittlerweile ähnlich mächtig wie Plattformen im Banking-Sektor. Darauf sind wir stolz.

Im Jahr 2026 kommt die nächste Generation der ePA. Sind Sie schon aufgeregt?

Darüber mache ich mir in der Tat Gedanken. Themen wie die Volltextsuche oder die eMedikation werden die ePA in der Anwendung weiter voranbringen, aber es sind keine einfach zu implementierenden Add-ons. Dafür sind grundsätzliche Veränderungen an den Plattformen nötig, die die ePA-Konsortien in einem kurzen Zeitfenster umsetzen müssen. Und dabei springt das für 2026 geplante ePA-Update aus meiner Sicht noch längst nicht weit genug. Wir müssten auch KI-Anwendungen zulassen, die mit den Inhalten der ePA arbeiten und diese zum Beispiel sortieren können. Außerdem braucht es viel mehr strukturierte, auswertbare und in sauberen, standardisierten Formaten vorhandene Daten. Dann wird auch die ePA-Plattform einen weiteren großen Schritt nach vorne machen.

Muss für KI-Anwendungen mehr Datenverarbeitung innerhalb der ePA zugelassen werden? Und braucht es dazu gesetzliche Änderungen?

Das ist definitiv so. Denn technisch ginge das schon jetzt. Die vertrauenswürdige Ausführungsumgebung ist so ausgelegt, dass KI-Anwendungen darauf ausgeführt werden könnten – zum Mehrwert der Versicherten. Aber dafür muss die Politik aktiv werden. Ich denke, das muss Bestandteil der Roadmap werden. Die ePA-Anbieter brauchen Klarheit. Sie müssen wissen, wie sich die Politik die Weiterentwicklung der Plattform in den nächsten Jahren vorstellt. Mit guter Planung vermeiden wir zu ambitionierte zeitliche Ziele, was wiederum das Risiko instabiler Implementierungen reduziert.

Rechtsstreit: Erste Runde geht an den vzbv

TELEMEDIZIN Der Verbraucherzentrale Bundesverband (vzbv) gewinnt in erster Instanz gegen den Portalanbieter Doctolib vor dem Landgericht Berlin. Die Verbraucherschützer hatten wegen Irreführung gesetzlich Versicherter geklagt. Konkret ging es darum, dass GKV-Versicherte auch dann Selbstzahlertermine angeboten bekommen, wenn sie einen Filter aktivieren, der besagt, dass nur Termine mit gesetzlicher Versicherung angezeigt werden sollen. Dies sei irreführend, so der vzbv, zumal der entsprechende Hinweis auf die Kostenpflichtigkeit des Termins erst sehr spät im Buchungsvorgang angezeigt werde.

Versicherte würden auf diese Weise zur Buchung von Privatsprechstunden verleitet. Das Landgericht Berlin hat sich dieser Einschätzung jetzt angeschlossen, Doctolib hat Berufung beim Kammergericht Berlin eingelegt. Der vzbv fordert, dass Arztterminportale strenger reguliert werden müssten. Die Terminvergabe müsse diskriminierungsfrei erfolgen, Privatsprechstunden und Selbstzahlertermine klar gekennzeichnet werden, und die Buchung per Telefon und vor Ort müsse erhalten bleiben. „Die Nutzung kommerzieller Dienste darf nicht zur Voraussetzung für eine ärztliche Behandlung werden“, so der vzbv.

STABÜBERGABE BEIM BVITG

Sascha Raddatz übernimmt die Geschäftsführung beim Bundesverband Gesundheits-IT. Ein wichtiges Ziel: mehr Sichtbarkeit.



Das Jahr 2026 wird digitalpolitisch eine Reihe von Weichenstellungen für das Gesundheitswesen bringen. Der neue bvitg-Geschäftsführer Sascha Raddatz, der im Januar die Nachfolge der langjährigen Geschäftsführerin Melanie Wendling angetreten hat, sieht den Verband unter anderem bei der Telematikinfrastruktur (TI) weiterhin gut beschäftigt: „Wir brauchen eine Harmonisierung der gematik-Roadmap. Hier gibt es mit Blick auf die ePA, aber auch den EHDS und die aktualisierte Digitalstrategie, aus unserer Sicht einen gewissen Harmonisierungsbe-

darf.“ Die ePA müsse weiterentwickelt werden, doch gelte hier: Qualität vor Schnelligkeit.

Bei der TI-Stabilität drängt Raddatz und drängt der bvitg auf die Etablierung besserer Austauschformate in denen u.a. Aktenanbieter, Primärsystemhersteller, zentrale Dienstleister und gematik gemeinsam agieren. Als Vorbild könnten hier entsprechende Formate bei ISiK oder bei der Wechselschnittstelle dienen. Auch in Sachen Primärversorgung werde der Verband sich positionieren. Hier wurde eine neue Taskforce gegründet. Die dürfte es nicht ganz einfach haben, da dies-

bezüglich unterschiedliche Interessen im Verband repräsentiert sind.

Generell sei es sein Ziel, so Raddatz im Gespräch mit E-HEALTH-COM, mit dem bvitg politisch noch präsenter zu werden: „Es ist immer noch nicht überall angekommen, dass Digitalisierung nicht nur wichtig, sondern unverzichtbar ist, um politische Ziele wie einen Bürokratieabbau zu erreichen oder mit Herausforderungen wie dem Personalmangel umzugehen.“

FOTO: © BVITG

ANZEIGE

Staatlich unterstützt nach KHVVG FTB 3:

Telemedizinische Netzwerke für 80 % schnellere Entscheidungen

Aus bewährter Teleradiologie wird mit staatlicher Förderung eine skalierbare, sektorenübergreifende Telemedizinplattform:

zukunftsicher, effizient, schnell.

nexus | chili

nexus evolution



Jetzt Kontakt aufnehmen und erfahren, wie staatlich geförderte Telemedizin Ihre Versorgung nachhaltig stärkt!

NEXUS / CHILI GmbH | Friedrich-Ebert-Str. 2 | 69221 Dossenheim | Tel. +49 6221 1807 910 | sales@nexus-chili.com

www.nexus-chili.com



KÖPFE & KARRIEREN

1 Die Charité – Universitätsmedizin Berlin hat im November 2025 das Institut für Künstliche Intelligenz in der Medizin (IKIM) gegründet. Geleitet wird es von **PROF. DR. ALEXANDER MEYER**, der auch die neu geschaffene Professur für KI in der Medizin übernommen hat. **2 PROF. DR. CLAUDIA SCHMIDTKE** ist seit 1. Dezember 2025 affilierte Professorin im Forschungsbereich „KI für Assistive Gesundheitstechnologien“ am Deutschen Forschungszentrum für Künstliche Intelligenz (DFKI) in Lübeck. Ein zentraler Schwerpunkt ihrer Arbeit liegt auf der KI-basierten Forschung in der Gender- und Frauengesundheit. **3** Neuer Abteilungsleiter für Digitalisierung und Innovation (Abteilung 5) im Bundesgesundheitsministerium ist der CDU-Politiker **PHILIPP MÜLLER**. Er folgt damit auf Susanne Ozegowski und soll Bundesgesundheitsministerin Nina Warken

bei Themen wie ePA und Telematikinfrastruktur unterstützen. **4** Der Bundesverband der Krankenhaus-IT-Leiterinnen und -Leiter KH-IT hat **BASTIAN STOCKHAUSEN** zum Geschäftsführer der neu gegründeten KH-IT Service GmbH berufen. **5** Der Digitalverband FINSOZ hat ein neues Vorstandsmitglied gewählt: **JÖRG RED-MANN**, Geschäftsführer der Sanovis GmbH und Partner der Curacon GmbH, hat die Nachfolge von Gründungsvater Prof. Helmut Kreidenweis angetreten. **6** Die Telekom verstärkt das Management ihrer Healthcare-Sparte: Mitte Januar hat **UWE HECKERT** die neue Position des Chief Operating Officers übernommen. **7** Seit November 2025 ist **GREGOR MÜLLER** Geschäftsführer der Thieme-Tochter RECOM, die digitale Lösungen und Pflegeklassifikationen entwickelt. Der Gesundheitsökonom und Start-up-Gründer folgt auf Dr. Oliver Gapp. **8** Neue Geschäftsführung bei der Bundesdruckerei Gruppe GmbH: Seit Januar ist der bisherige CFO **CHRISTIAN HELFRICH** neuer CEO des Technologiekonzerns des Bundes.

ChatGPT goes Gesundheit

PATIENTENAKTEN Bis die deutsche elektronische Patientenakte (ePA) KI kann, wird es noch eine Weile dauern. OpenAI schreitet dagegen voran und hat mit ChatGPT Health einen separaten Gesundheitsassistenten innerhalb von ChatGPT vorgestellt – vorerst noch nicht in der EU allerdings, und auch anderswo nur für einen kleinen Nutzerkreis zugänglich. Der KI-Assistent soll dabei helfen, mit medizinischen Dokumenten aller Art klarzukommen. Er wertet Befunde und z. B. Fitness-Tracker-Daten aus. Vor allem aber kann er auf Apps wie Apple Health zugreifen, die in den USA in teilweise sehr großem Umfang medizinische Daten enthält. Apple Health wird dort zumindest punktuell ähnlich genutzt wie hierzulande die ePA irgendwann einmal genutzt werden soll, daher kann ChatGPT Health durchaus als eine Art ePA-KI verstanden werden. In Deutschland meldete sich u. a. Janosch Dahmen (B90/Die Grünen) zu Wort – und warnte. Es gab aber auch positive Stimmen.

„KI-Übersichten abschalten“

GESUNDHEITSINFORMATION Das Unternehmen Google hat im Gefolge einer Recherche von The Guardian mehrere KI-Zusammenfassungen zu Gesundheitsthemen gelöscht. Konkret ging es um KI-Zusammenfassungen, die bei der Suche nach Leberwerten auftauchten. Hier wurde nicht genug differenziert, sodass Patient:innen mit Lebererkrankungen fälschlich hätten glauben können, ihre Werte seien in Ordnung und es bestehe kein Handlungsbedarf. Vanessa Hebditch vom British Liver Trust begrüßte die Entfernung, betonte aber, dass sie die KI-Zusammenfassungen weiterhin für problematisch halte. Sie plädierte dafür, Google zu verpflichten, die medizinischen KI-Zusammenfassungen generell abzuschalten. Google wiederum betonte, dass die KI-Zusammenfassungen zu Gesundheitsthemen für viele Menschen sehr hilfreich seien, dass alle Inhalte intern von medizinischem Fachpersonal geprüft würden und dass mit hochwertigen Quellen gearbeitet werde, um maximale Qualität sicherzustellen.

ERFOLG IM AUSLAND

Einige Tipps für den Export digitaler Gesundheits-Tools.

Gesundheits-Apps zu exportieren, ist schwer. Eine digitale Gesundheitsanwendung (DiGA), die es geschafft hat, ist die Adipositas-App Oviva. Sie ist u. a. in der Schweiz und Großbritannien erhältlich. Ein DiGA-ähnliches Erstattungsmodell wie in Japan, Österreich, Frankreich und Südkorea sei allein noch kein Garant für einen Erfolg, sagte Marisa Kaup, Market-Access-Expertin bei Oviva. Eine interne Regel bei Oviva laute, dass es mindestens zwei andere Player über einen spezifischen Erstattungsweg schon geschafft haben müssten, bevor man einen Markt in Betracht ziehe. Generell könnten Märkte nicht nebenbei erschlossen werden: „Wir haben gute Erfahrungen damit, ein kleines Team, ein Speedboat, vor Ort zu haben. Das machen wir auch in den nächsten Märkten so.“ Davor komme aber das Monitoring: Verordnende und Patient:innen müssten genau verstanden werden, wenn eine Markterschließung Erfolg haben solle.

Bei MediTECH, dem Hersteller der Hörfitness-App, ist die Ausgangslage anders. Die mittlerweile in 14 Sprachen erhältliche App ist keine DiGA und strebt das auch nicht an. MediTECH hat Niederlassungen in mehr als 40 Ländern. Internationales Engagement macht das Unternehmen davon abhängig, ob vor Ort Partner gefunden werden. Bei der Hörfitness-App sind das HNO-Ärztinnen und -Ärzte, Hörgeräteakustiker:innen oder Sprachtherapeut:innen. Auch Ralph Warnke von MediTECH empfahl, sich die Partner vor Ort anzusehen, nicht nur online, auch wenn am Ende viel über Präsentationen in Bluescreen-Studios laufe: „Den persönlichen Kontakt kann das nicht ersetzen.“



Folgt uns auf Social Media



Spannende Themen rund um BITMARCK und die Welt der GKV.

Wissenschaftsticker

+++ Next Level große Sprachmodelle: Ein Team um **GUY LUTSKER** vom Weizmann Institute of Science in Rehovot, Israel, hat ein Foundation Model namens GluFormer entwickelt und auf kontinuierliches Glukosemonitoring (CGM) trainiert. Ins eigenständige Training des Foundation Models flossen über 10 Millionen Messungen von über 10000 Erwachsenen ein, die große Mehrheit ohne Diabetes (Nature 2026; doi: 10.1038/s41586-025-09925-9). Danach wurde das Modell dann auf 19 externe Kohorten aus fünf Ländern mit acht unterschiedlichen CGM-Devices angesetzt und unterschiedlichen CGM-Indikationen von Prädiabetes über Typ-1-/Typ-2-Diabetes bis Schwangerschaftsdiabetes und Adipositas losgelassen. In nahezu allen Konstellationen war das CGM-trainierte Modell für unterschiedliche Zielparameter besser als das übliche klinische Management und auch besser als das übliche CGM-basierte klinische Management. Nicht zuletzt wegen seiner Unabhängigkeit von einzelnen Herstellern könnte ein solches KI-Modell die Versorgung metabolischer Patient:innen massiv voranbringen. +++ Wie gut können Mensch und KI persönliche Beziehungen zueinander aufbauen? Das haben **TOBIAS KLEINERT** und Kollegen von der Abteilung für Psychologie an der Universität Freiburg untersucht (Commun Psychol 2026; doi: 10.1038/s44271-025-00391-7). Insgesamt 492 Proband:innen nahmen an den zwei doppelblinden Studien teil, es wurde online interagiert, sodass niemand sehen konnte, wer am anderen Ende sitzt. Es zeigte sich, dass die Menschen mit einer als Mensch gelabelten KI engere emotionale Beziehungen in kurzer Zeit eingehen konnten als mit echten Menschen – wahrscheinlich deswegen, weil die KI sich selbst stärker öffnete und damit „näher“ wirkte, als es die echten Menschen taten. Interessant: Wenn die KI nicht als Mensch, sondern erkennbar als KI gelabelt wurde, gelang immer noch ein emotionaler Beziehungsaufbau, allerdings war die Beziehung nicht so tief wie bei einer als Mensch gelabelten KI. +++ In welchem Umfang KI-Tools in der US-amerikanischen Notfallmedizin eingesetzt werden, haben Mitglieder der AI Task Force des American College of Emergency Physicians (ACEP) um **BRADLEY SHY** vom Universitätsklinikum in Aurora, Colorado, untersucht (J Am Coll Emerg Physicians Open 2025; 7(1):100308). Ergebnis: Umfangreich. ChatGPT nutzte jede/r Dritte, institutionell zur Verfügung gestellte Tools jede/r Zweite, immerhin jede/r Fünfte nutzte Ambient AI für die Dokumentation und ähnlich viele KI-basierte Entscheidungsunterstützung. +++ Um die Notfallmediziner:innen bei der KI-Nutzung zu unterstützen, hat das ACEP AI Task Force Team um **ETHAN ABBOTT** von der Mount Sinai School of Medicine in New York jetzt einen Leitfaden veröffentlicht, der frei zugänglich ist (J Am Coll Emerg Physicians Open 2025; 7(1):100311). Er zielt darauf ab, den Notfallmediziner:innen zu vermitteln, wie sie Bias in KI-Tools erkennen und damit umgehen können. +++ Eine eher moderate Qualität: Das bescheinigt **REBECCA HARDING**, Psychologin an der Universität Sussex, England, den diversen Apps für das Schmerz-Selbstmanagement, die die App Stores von Apple und Google zu bieten haben (Br J Health Psychol 2026; 31(1):e70053). Insgesamt 23 Apps haben Harding und Kolleg:innen analysiert. Es mangle vor allem an sozialer Einbettung, an Optionen für individuelle Zielsetzungen und generell an Interaktivität. +++

NUM wird eine GmbH

FORSCHUNG Das Netzwerk Universitätsmedizin (NUM) wird verstetigt, das wurde schon im Koalitionsvertrag der schwarz-roten Koalition angekündigt. Ende des Jahres folgte dann ein entsprechender Beschluss des Haushaltsausschusses des Deutschen Bundestags, sodass sich jetzt die Frage stellt: Wie genau wird die NUM-Verstetigung ablaufen?

Bei der NUM Convention in Berlin gab es von Bundesforschungsministerin Dorothee Bär erste Details dazu. Die Ministerin outete sich als NUM-Fan: Das NUM sei „ein wichtiges Scharnier zwischen den Standorten der Universitätsmedizin und auch dem Robert Koch-Institut“. Für die NUM-Verstetigung sei im nächsten Schritt eine Bund-Länder-Vereinbarung nötig. Die ist noch in Arbeit. Wesentliche Inhalte seien aber schon geklärt: „Wir werden eine NUM GmbH gründen“, so Bär. Diese sei dann auch „eine gute Heimat“ für Projekte wie das German Biobank Network oder die Datenintegrationszentren (DIZ) der Medizininformatik-Initiative, die derzeit in ihrem wohl letzten Jahr ist. Dass es Geld kostet, das NUM zum Statthalter von Infrastrukturen zu machen, ist der Ministerin klar: „Da können wir auch noch mal Mittel aus dem Sondervermögen einsetzen.“

Das Netzwerk Universitätsmedizin (NUM)

«Seit April 2020, koordiniert durch Charité»

37	teilnehmende Standorte der Universitätsmedizin = 12 Prozent des deutschen akuten stationären Marktes
43	akademische Biobanken an NUM Standorten (plus Bremen)
772	Mio. EUR Förderung über 10.25 Jahre (April 2020 – Juni 2030)
über 9000	registrierte Nutzer:innen auf NUM Webplattform (primär Forschende, Verwaltung)



Mittelfristig, so Bär, müsse das NUM zum Enabler für den Abruf von Daten der deutschen Universitätsmedizin werden. Vorbild könne hier die deutsche Biobank-Infrastruktur sein, laut Bär „ein Paradebeispiel dafür, wie dezentrale Forschungsinfrastrukturen bundesweit über eine nationale Anlaufstelle zugänglich gemacht werden können“.

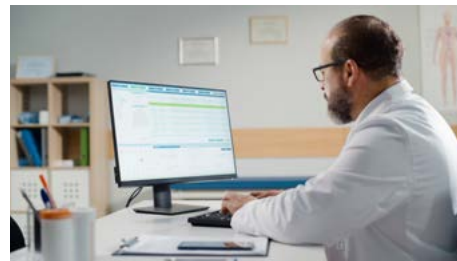
Für den Noch-Leiter des NUM Prof. Dr. Heyo Kroemer, Charité Berlin, ist die Verstetigung der Lohn für jahrelange Arbeit: „Wir haben Strukturen in innovativer Weise zusammengeschaltet. In Zeiten knapper Mittel war dieser kooperative Ansatz wegweisend.“ Allerdings: „Bis Ende 2026 wird das nur gelingen, wenn wir zeitnah starten können.“ Angesichts der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung sei eine intensive Zusammenarbeit mit der Industrie für die neue NUM GmbH unverzichtbar, so Kroemer, der seinen Posten im Zuge der Verstetigung aufgeben wird: „Das NUM wird intensiver mit der Industrie zusammenarbeiten müssen.“ Dorothee Bär wird das gern gehört haben.

PRAXISSOFTWARE UND TI MACHEN WEITER PROBLEME

Das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (Zi) hat erneut nach der IT-Zufriedenheit in Arztpraxen gefragt.

An der zweiten bundesweiten Praxisumfrage des Zi im Mai/Juni 2025 beteiligten sich 3 205 von 95 036 online angeschriebenen Praxisinhaber:innen. Softwareausfälle sind demnach weiterhin ein relevantes Problem. Sie werden vor allem im Zusammenhang mit Anwendungen der Telematikinfrastruktur (TI) moniert. Das PVS-Update als Anlass für Probleme ist demgegenüber in den Hintergrund gerückt. Über Probleme beim Auslesen der eGK berichteten 82 %, beim Verbindungsaufbau per Konnektor 81 %. Und immerhin 71 % nennen auch die Erstellung des E-Rezepts als häufigen Problempunkt.

Erwartungsgemäß gibt es erhebliche Unterschiede zwischen unterschiedlichen Praxis-IT-Systemen, nicht nur von Anbieter zu Anbieter, sondern auch bei Softwarelösungen desselben Unternehmens. Die prinzipielle Wechselbereitschaft ist weiterhin hoch: Jede dritte Praxis denkt laut Umfrage darüber nach. Die beiden Hauptgründe dafür, die von jeweils rund der Hälfte der wechselwilligen Befragten genannt wurden, waren mangelnde Nutzerfreundlichkeit und zu hohe Lizenzgebühren. Auch die Themen Kundensupport und versteckte Preissteigerungen spielen demnach in die Unzufriedenheit mit



hinein. Immerhin: In Sachen Nutzerfreundlichkeit gab es beim Mittelwert einen leichten Anstieg im Vergleich zur ersten Umfrage, von 59,7 auf jetzt 63,1 Punkte. Die Zufriedenheit derer, die gewechselt haben, ist hoch, aber nicht mehr so hoch wie in der ersten Umfrage. Die Befragung ist aber aufgrund der Art und Weise, wie sie durchgeführt wurde, nicht repräsentativ.

ANZEIGE



HAUPTSTADT KONGRESS **GESUNDHEITS MANAGEMENT**
23.-25.06.2026

hauptstadtkongress.de

ENTSCHEIDERTREFFEN IM GESUNDHEITSWESEN – HEUTE AN DEN LÖSUNGEN VON MORGEN ARBEITEN.

FRÜHBUCHER-TARIF BIS ZUM 18.03.2026 SICHERN!

Der Gesundheitsmanagementkongress 2026 | 23.-25. Juni | hub27 | Messe Berlin



KI NIMMT DIE KARDIOLOGIE IM STURM

Keine andere medizinische Disziplin hat sich so der Künstlichen Intelligenz verschrieben wie die Kardiologie. Große Studien werden durchgeführt, und die europäische Fachgesellschaft ESC veranstaltet sogar einen eigenen KI-Kongress. Längst geht es nicht mehr nur um experimentelle Tools: Die Zeichen stehen auf Implementierung.

TEXT: PHILIPP GRÄTZEL VON GRÄTZ

Kardiologie und Künstliche Intelligenz (KI), das geht fast so gut zusammen wie Kardiologie und Katheter. KI ist von kardiologischen Kongressen mittlerweile nicht mehr wegzudenken, und es findet dort nicht mehr nur in Nebenzimmern statt. Besonders die Europäische Gesellschaft für Kardiologie (ESC) zeigt sich hier offen und auch wagemutig. Bei der Jahrestagung 2025 im August in Madrid gab es erstmals eine ganze „Late-Breaking-Session“, in der ausschließlich klinische Studien mit KI-Nutzung vorgestellt wurden. Mehr noch: Ende November 2025 war Berlin Gastgeber des Digital & AI Summit der ESC, ein zum zweiten Mal stattfindendes Format, bei dem zwei Tage lang über nichts anderes als über digitalisierte kardiologische Versorgung mit und (selten) ohne KI gesprochen wurde.





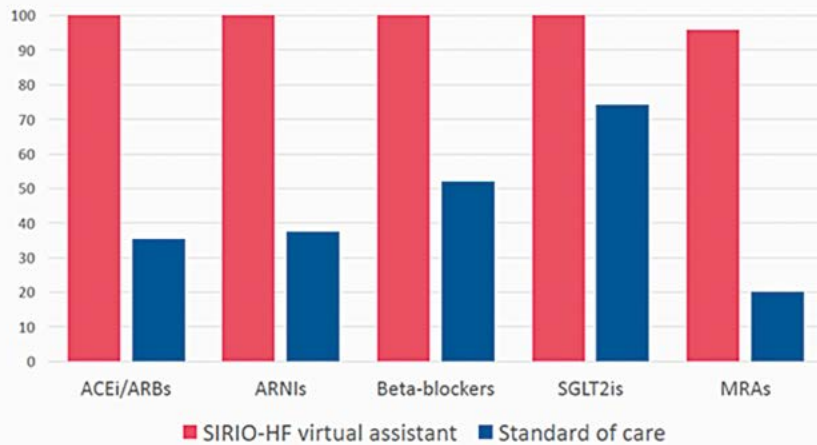


Abbildung 1: ASSIST-HF-SIRIO-Studie: Anteil der Patient:innen mit symptomatischer Herzinsuffizienz, die 12 Wochen nach Entlassung hinsichtlich der Hauptmedikamentenklassen auf maximal tolerabler Dosis waren. Rot: KI-Assistent. Blau: Standardversorgung.

DAS EKG-REVIVAL HÄLT AN

Ein zentrales Thema und Gegenstand unzähliger Forschungs- und Entwicklungsprojekte ist nach wie vor das EKG, die älteste Gerätediagnostik in der Kardiologie. Das EKG wird heute umfangreich mit KI hinterlegt und rückt dadurch fast 150 Jahre nach seiner Erfindung einmal mehr ins Rampenlicht. Der Autor dieses Beitrags war in den frühen Nullerjahren selbst in der Kardiologie. In jener Zeit gehörte es zum guten Ton, sich über die damals schon existierenden, regelbasierten KI-Auswertungen von 12-Kanal-EKGs lustig zu machen: Hach, wie dumm die Maschine doch ist.

Heute lacht niemand mehr. Diverse Systeme, die nicht rein regelbasiert arbeiten, sondern Bild-KI-Modelle nutzen, werben um die Gunst der kardiologischen Anwender:innen. Sie tragen Namen wie PMcardio, ecgXfusion oder Willem, und sie müssen nicht viel für sich werben. Den neuen Tools geht es sowohl um die klassische Befundung als auch darum, dem EKG Informationen zu entlocken, die für das menschliche Auge nicht ohne Weiteres erkennbar sind.

WENIGE SEKUNDEN STATT ELF MINUTEN

Willem ist ein Beispiel für die klassische Befundung. Ruben Abbou von

dem Unternehmen Idovent berichtete darüber in Berlin. Es handelt sich um eine noch recht neue, cloudbasierte, CE-zertifizierte EKG-Analyse-Plattform, die auf das Diagnostizieren von Arrhythmien spezialisiert ist. Für die Routineversorgung ist das potenziell hilfreich. Denn Arrhythmie-Diagnostik ist etwas schwieriger – und bei jungen Kardiolog:innen oft unbeliebter – als die rasch erlernbare, EKG-basierte Herzinfarkt- und Ischämiediagnostik, das zweite große Einsatzfeld des traditionellen EKGs. Willem ist CE-zertifiziert, lässt sich in unterschiedlichste klinische Informationssysteme integrieren und kann mit EKGs aller Art als Ausgangsmaterial arbeiten, vom 12-Kanal-EKG über EKGs ambulanter EKG-Devices bis hin zu den EKG-Dateien implantierbarer kardialer Monitore.

Die Software analysiert derzeit vier Intervalle, konkret P, PR, QT und QRS. Damit erkennt sie auf Expertenniveau insgesamt 22 unterschiedliche Arrhythmien. Der genutzte KI-Algorithmus sei für jeden einzelnen Befund besser als regelbasierte EKG-Analysen, so Abbou. Nicht nur das, es wird auch noch Zeit gespart. Zumindest für das Teilgebiet der Arrhythmien sinke die durchschnittliche Auswertungszeit eines 12-Kanal-EKGs von elf Minuten auf wenige Sekunden. Solche

Zahlen sind immer mit etwas Vorsicht zu genießen, denn natürlich wollen EKG-befundende Ärztinnen und Ärzte das komplette Bild und nicht nur den Blick auf ein Teilspektrum. Dennoch, für junge Ärztinnen und Ärzte, die Ischämie-EKG können, aber Rhythmus-EKG noch nicht, ist das schon ein Quantensprung. Auch in der allgemeinmedizinischen Versorgung, wo das Wissen um Arrhythmie-EKGs sehr begrenzt ist, könnte ein solches Tool nutzenstiftend sein.

KOSTENERSTATTUNG FÜR KI-EKG? IN SÜDKOREA SCHON REALITÄT

Ein Land, das in Sachen KI-gestützte EKGs weit vorn ist, ist Südkorea. Hier werde vor allem versucht, dem EKG zusätzliche Informationen zu entlocken und diese dann auch versorgungsrelevant zu machen, sagte bei der Berliner Tagung Prof. Dr. Min Sung Lee von dem Unternehmen Medical AI Co., das eine AiTiA genannte Serie an KI-Algorithmen entwickelt hat. Mehrere dieser Algorithmen würden mittlerweile in Südkorea in der Versorgung umfangreich genutzt, so Lee, und einige würden von den dortigen Kostenträgern auch erstattet.

Ein Beispiel ist AiTiALVSD, ein Algorithmus, der die Pumpfunktion der linken Herzkammer (LVEF) auf Basis eines 12-Kanal-EKGs abschätzt und der insbesondere darauf getrimmt ist, eine LVEF von 40 Prozent oder weniger zu erkennen. Klinisch ist das wichtig bei Patient:innen mit unklaren Wassereinlagerungen. Die Diagnosemethode der Wahl ist die Echokardiographie, aber die ist nicht überall schnell verfügbar. AiTiALVSD ist mittlerweile ein Exportschlager: Bei der ESC-Konferenz im August stellten die Südkoreaner eine Studie vor, die den Algorithmus anhand einer niederländischen Kohorte mit anderen derartigen Algorithmen verglichen hatte. Obwohl AiTiALVSD auf Basis einer asiatischen Population entwickelt wurde, gewann es diesen Direktvergleich.

Ein weiteres interessantes klinisches Einsatzszenario für KI-EKGs ist die Früherkennung einer kardialen Amyloidose – oder anderer Erkrankungen. Bei der Amyloidose könnte das EKG Teil eines mehrstufigen Abklärungskonzepts sein, das einen gezielteren und damit nicht zuletzt kosteneffizienteren Einsatz von aufwendigerer Gerätediagnostik erlaubt. Prof. Dr. Evangelos Oikonomou vom kardiovaskulären Data Science Lab der Yale University konnte in einer aktuellen, retrospektiven Studie zeigen, dass der EKG-Algorithmus Amyloid-Ablagerungen im Mittel etwa drei bis fünf Jahre vor der szintigraphischen Diagnose erkennt. Auch das schon erwähnte Willem-Tool wird derzeit auf Früherkennung einer kardialen Amyloidose hin trainiert.

KLINISCHE STUDIEN ERFORSCHEN IMPLEMENTIERUNGSSTRATEGIEN

Ein anderes Land, das sich sehr um den Einsatz von KI in der Kardiologie bemüht, ist Großbritannien. Im Fokus stehen dort Implementierungsstudien mit dem Ziel, nicht so sehr Kardiolog:innen zu unterstützen, sondern vielmehr die breite Versorgung zu verbessern. Für viel Aufmerksamkeit gesorgt hat die ASSIST-HF-SIRIO-Studie, die von Prof. Dr. Diana Gorog von der Kardiologie an der medizinischen Fakultät des Imperial College London bei der ESC-Tagung in Madrid vorgestellt wurde.

Es handelte sich um eine Pilotstudie mit 60 Teilnehmer:innen, die allesamt wegen einer ersten Herzinsuffizienz-Episode im Krankenhaus gewesen waren und die gerade oder wenige Tage zuvor entlassen wurden. Die Patient:innen waren allesamt noch symptomatisch, klinisch in den NYHA-Klassen II bis IV, und entsprechend gab es Einstellungsbedarf auf medikamentöser Seite. Es galt, die vier prognoseverbessernden Herzinsuffizienzmedikamente ambulant rasch aufzudosieren, so wie es die Leitlinien emp-

fehlen. Dies vermeidet erneute Klinikeinweisungen und auch Todesfälle, es gelingt aber in der realen Versorgung nicht besonders gut.

ZIELDOSIERUNGEN WERDEN SCHNELLER ERREICHT

In der ASSIST-HF-SIRIO-Studie trat jetzt ein KI-gestützter Versorgungsalgorithmus gegen Standardversorgung an. Im KI-Arm wurden die Patient:innen alle zwei Wochen von einer Assistenzkraft ohne jegliche medizinische Ausbildung gesehen. Auf Basis einer Laboruntersuchung und der leitlinienbasierten Empfehlung der KI wurde die Medikation auftitriert, wobei sich jeweils ein Telekardiologe oder eine Telekardiologin noch einmal die KI-Empfehlung ansah und sie abschließend freigab.

Die Ergebnisse waren sehr eindrucksvoll. Nicht nur waren die Patient:innen praktisch durchweg zufrieden mit der KI-gestützten Versorgung und fühlten sich gut aufgehoben. Sie erreichten auch wesentlich schneller und zahlreicher die optimale Dosis der Medikamente. Nahezu alle Patient:innen im KI-Arm waren nach 12 Wochen bei allen oder nahezu allen Standardmedikamenten auf der maximal tolerierten Dosis, während das bei Standardversorgung je nach Medika-

mentenklasse jeweils nur eine teils kleine Minderheit geschafft hatte (Abbildung 1).

Auch hinsichtlich der Verbesserung der Symptomatik schnitten die KI-versorgten Patient:innen besser ab (Abbildung 2), und bei den aufgrund der Studiengröße rein exploratorischen Endpunkten „schwere kardiovaskuläre Ereignisse“ und „erneute Klinikeinweisung wegen Herzinsuffizienz“ gab es ebenfalls einen deutlichen Trend zugunsten der KI-Versorgung. „Wir werden das jetzt in einer großen, randomisierten Studie überprüfen“, so Gorog. „Virtuelle Assistenten auf Basis von generativer KI haben das Potenzial, bestehende Lücken im Herzinsuffizienz-Management zu überbrücken und gleichzeitig den Ressourceneinsatz zu optimieren.“

NEUE STUDIENKONZEPTE AN DER SCHNITTSTELLE VON RCT UND REAL-WORLD

Nun ist KI kein Medikament, entsprechend braucht es für eine großflächige Validierung KI-gestützter Versorgungsszenarien jenseits von Pilotstudien etwas anders geartete Studien als in der Arzneimittelwelt. Wie solche Studien konkret aussehen können, zeigt die erneut britische TRICORDER-Studie, die die Potenziale eines

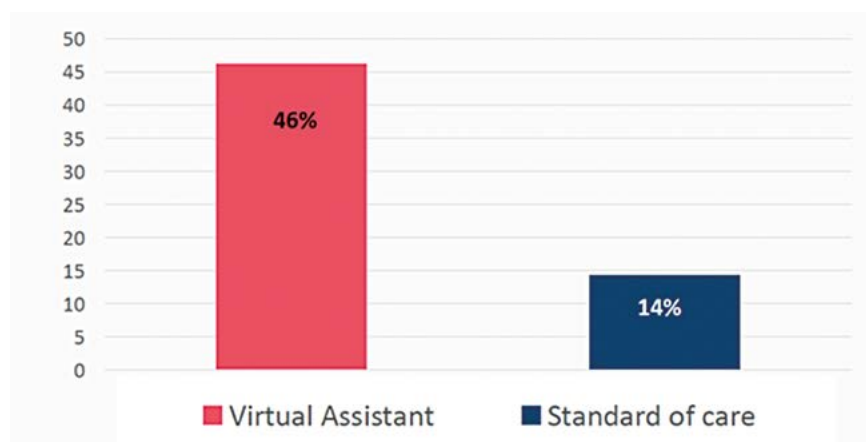


Abbildung 2: ASSIST-HF-SIRIO-Studie: Anteil der Patient:innen mit symptomatischer Herzinsuffizienz (NYHA III/IV), die 12 Wochen nach Entlassung in NYHA-Klasse I waren. Rot: KI-Assistent. Blau: Standardversorgung.

>

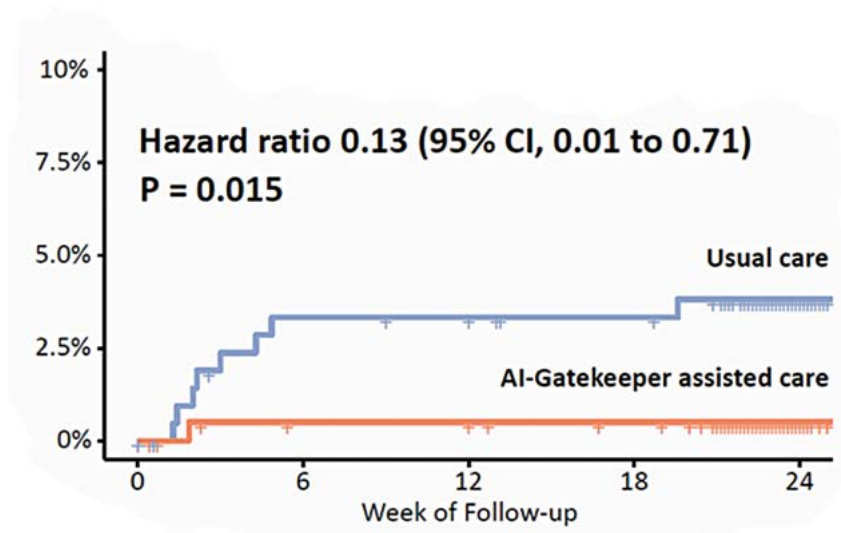


Abbildung 3: Sicherheitsendpunkt der AI-Gatekeeper-Studie aus Südkorea: weniger schwere kardiovaskuläre Ereignisse bei KI-basierter Risikostratifizierung bei Verdacht auf KHK.

KI-gestützten Stethoskops in der allgemeinmedizinischen Versorgung in Nordwest-London ausgeleuchtet hat. Die Studie, deren Ergebnisse von Dr. Patrik Bachtiger vom Imperial College London ebenfalls bei der ESC-Tagung in Madrid vorgestellt wurden, hat ihren primären Endpunkt zwar verfehlt. Das Studiendesign war dennoch wegweisend.

Konkret ging es um die Früherkennung von Herzinsuffizienz, Vorhofflimmern und Herzklappenerkrankungen. In Nordwest-London wurden 213 allgemeinmedizinische Praxen Cluster-randomisiert zu Nutzung des KI-Stethoskops oder Standardversorgung. Auf diese Weise konnte eine enorme Zahl an Patientenkontakten generiert werden. Der Aufwand war dennoch überschaubar, weil eine Real-World-Datenquelle des NHS genutzt wurde, statt klinische Endpunkte mühsam einzeln zu erheben. Vorstellen kann man sich das ähnlich wie den künftigen Forschungsdatensatz der deutschen ePA. Dieses Vorgehen hatte zwei Kardinalvorteile: Die beteiligten Praxen mussten nichts zusätzlich dokumentieren, und die beteiligten Patient:innen mussten keine informierte Einwilligung unterschreiben, weil für die Forschung auf der NHS-

Datenbank eine pauschale Einwilligung gilt, erneut ähnlich wie für die deutsche ePA geplant.

KI-TRIAGE BEI VERDACHT AUF KHK KANN ÜBERZEUGEN

Auch in Südkorea wird jenseits von reinen EKG-Algorithmen an der Implementierung KI-gestützter Versorgungsszenarien gearbeitet. Prof. Dr. Sung Bae vom Yongin Severance Krankenhaus der Yonsei Universität berichtete davon. In seiner AI-Gatekeeper-Studie ging es um die sehr versorgungsrelevante Frage, ob sich durch KI bei Verdacht auf koronare Herzerkrankung (KHK) unnötige Diagnose-schritte vermeiden lassen. Bisher hängt bei diesen Menschen mit unklaren Brustschmerzen das Vorgehen – Koronar-CT, funktionelle Bildgebung oder gleich Herzkatheter – von der klinischen Vortestwahrscheinlichkeit ab.

Für die AI-Gatekeeper-Studie wurde jetzt ein gemischtmodes KI-Modell zurate gezogen, das klassische Risikofaktoren, einen Röntgen-Thorax, ein 12-Kanal-EKG und ein transthorakales Echo integrierte und darauf aufsetzend die Wahrscheinlichkeit einer obstruktiven KHK abschätzte. Primäre Endpunkte waren die Effektivität, gemessen an unnötiger

zusätzlicher kardiovaskulärer Diagnostik (Koronar-CT oder Katheterangiographie) und Sicherheit, definiert als schwere unerwünschte kardiovaskuläre Ereignisse (Tod jeglicher Ursache, Schlaganfall/Myokardinfarkt, Klinikeinweisung wegen akutem Koronarsyndrom). Auch hier waren die Ergebnisse beachtlich: Der Anteil der Patient:innen mit unnötiger Diagnostik konnte um rund 75 Prozent reduziert werden, von 37,0 Prozent bei klassischer Risikostratifizierung auf nur noch 8,8 Prozent bei KI-Stratifizierung. Auch aufseiten der Sicherheit war die KI-Risikoabschätzung relevant überlegen (Abbildung 3).

BITTE MAL DIE EHEFRAU FRAGEN!

Dass KI in der Kardiologie auch einfach Arbeitserleichterung sein kann, zeigte Dr. Michal Nedoszytko von den Cliniques de l'Europe in Brüssel beim Berliner ESC-Summit Ende November. Der Kardiologe berichtete über das Tool previsit.ai. Der Name ist Programm, es handelt sich um eine KI-Unterstützung für das Aufnahmegespräch. Vor dem Arztbesuch erhält die Patientin oder der Patient einen Link zu einem KI-Assistenten, der ein Vorgespräch führt, eine „Prävisite“. Die Software bereitet die Ergebnisse auf und übernimmt wichtige Informationen schon mal vorläufig in die Patientenakte. Entsprechend gut vorbereitet kann der Arzt oder die Ärztin dann in das eigentliche Gespräch gehen.

Der Vorteil gegenüber konventionellen Fragebögen ist, dass die Patient:innen sich mit dem KI-Assistenten ganz normal unterhalten können. Nedoszytko hatte ein Beispiel: Wenn der Patient auf die Frage nach der derzeitigen Medikation sagt, dass seine Frau die Medikationsliste habe, dann hakt der Chatbot sofort nach: Er möge doch bitte mal seine Ehefrau fragen.

NICHT ALLES GOLD, WAS GLÄNZT

Solche Anamnese-Tools können im Einsatz sehr eindrucksvoll sein, aller-

dings bedeutet der Siegeszug von KI hier wie anderswo nicht, dass medizinische Expertise weniger gefragt wäre. Prof. Dr. Marc Leon von der Abteilung Herz-Thorax-Chirurgie an der Stanford Medical School stellte in Berlin ein Forschungsprojekt vor, das auf einer klinischen Beobachtung fußte. Leon hatte nämlich bemerkt, dass die Assistent:innen in seiner Klinik immer häufiger kommerzielle LLMs bei klinischen Fragestellungen zurate ziehen. Auch in Deutschland ist das mittlerweile gang und gäbe.

Leon hat sich deswegen sein Fachgebiet, die Herzchirurgie, diesbezüglich etwas genauer angesehen. Er hat fünf LLMs – DeepSeek-R1, GPT-4, Llama-3-OpenBioLLM-70B, 01 und 03-mini-high – auf insgesamt 15 klinische Szenarien angesetzt, in denen typische herzchirurgische Entscheidungen anstanden. Diese klinischen Szenarien wurden von einem Panel von drei erfahrenen Herzchirurg:innen entwickelt. Fünf weitere Herzchirurg:innen waren dann dafür zuständig, in den 15 Szenarien das herzchirurgische „Goldstandardvorgehen“ zu definieren.

NEUERE MODELLE SIND BESSER

Insgesamt zeigte sich dabei, dass die neueren KI-Modelle deutlich besser abschnitten als die etwas älteren Modelle. Der Sieger war das neue OpenAI-Modell 01, gefolgt von dessen Geschwister 03-mini-high. Platz 3 ging an DeepSeek-R1 aus China, erst dann kam GPT-4. Das Open-Source-LLM Llama-3-OpenBioLLM-70B landete auf dem letzten Platz – obwohl es eigentlich spezifisch für biomedizinische Fragestellungen entwickelt wurde. Einen richtigen Gewinner sieht Leon allerdings ohnehin nicht, denn das Gesamtergebnis war aus Sicht des Kardiochirurgen alles andere als erfreulich: „Die getesteten LLMs sind nicht bereit für einen sicheren Einsatz in der Herzchirurgie“, so das Fazit des Experten.

Im Detail zeigte sich, dass alle Modelle in der Domäne „Verstehen“ gut abschnitten. Die Modelle kapierten also das klinische Szenario, und sie gaben entsprechende sinnvolle, inhaltlich passende Antworten. Diese allerdings stimmten längst nicht immer mit dem überein, was die Expert:innen für die jeweiligen klinischen Szenarien vorschlugen. „Vor allem bei komplexeren Fällen, bei denen Entscheidungen in mehreren Stufen getroffen werden mussten, hatten die Modelle Schwierigkeiten“, so Leon.

KI-MODELLE SIND OFT ZU FORSCH

Besonders eindrucksvoll war das bei „Szenario 14“, bei dem es darum ging, bei einem Patienten, der eine mitrale Annuloplastie benötigte – also einen operativen Eingriff an der Mitralklappe des Herzens – die richtige Größe des Klappenrings auszuwählen. Das ist nicht trivial: Zu kleine Ringe bremsen den Blutfluss aus und können die Blutdrücke im Herzen und den beiden Kreisläufen ungünstig beeinflussen, zu große Ringe verzerren die natürliche Herzanatomie. Für eine informierte Entscheidung müssen unterschiedliche Echo-Parameter, aber auch die individuelle Herzanatomie, berücksichtigt werden und es müssen einige einfache Berechnungen durchgeführt werden.

Die nötigen Informationen lagen den KI-Modellen allesamt vor. Dennoch schlugen die fünf LLMs Mitraling-Durchmesser zwischen 28 mm und 32 mm vor. Das Experten-Panel empfahl demgegenüber 36 mm – ein erheblicher und klinisch hoch relevanter Unterschied. Durchweg Schwierigkeiten hätten die KI-Modelle auch damit gehabt, die Patientensicherheit beziehungsweise individuelle Risiken korrekt einzuschätzen, so Leon: „Die Modelle neigten zur Übertherapie.“ Auch das ist etwas, das man in einem herzchirurgischen Setting eher nicht haben möchte. ■



■ PHILIPP GRÄTZEL
VON GRÄTZ

ist Chefredakteur der
E-HEALTH-COM.
Kontakt: p.graetzel@
e-health-com.de

DIGITALE IDENTITÄTEN: WAS LEISTET DIE EUDI-WALLET IM GESUNDHEITSWESEN?

2026 soll – endlich – das Jahr des digitalen Aufbruchs in Deutschland werden. Eine zentrale Komponente dabei ist die EUDI-Wallet. Im Gesundheitswesen könnte sie die glücklose Gesundheits-ID ersetzen – und damit Funktionen wie das E-Rezept oder den Check-in bei medizinischen Einrichtungen erleichtern. Manchen schwebt aber noch sehr viel mehr vor.

TEXT: PHILIPP GRÄTZEL VON GRÄTZ

Die große Koalition in Deutschland hat sich in Sachen Digitalisierung viel vorgenommen. Ein zentraler Akteur dabei ist das Bundesministerium für Digitales und Staatsmodernisierung (BMDS) unter Führung des Ex-Media-Market-Manager Karsten Wildberger (CDU). Es wurde in den letzten Monaten komplett neu aufgebaut und hat mittlerweile fast 500 Mitarbeiter:innen. Im Jahr 2026 soll es jetzt vom Aufbau in die Umsetzung gehen. Ein großes Themenfeld ist die Registermodernisierung, im Rahmen deren Tausende Datenbanken standardisiert vernetzt werden sollen. Ein weiteres Vorhaben ist der Deutschland-Stack, eine Technologieplattform für Digitalvorhaben von Bund und Ländern, die nicht zuletzt die föderale Zusammenarbeit erleichtern soll.





SPRIND BAUT NATIONALE DEUTSCHE EUDI-WALLET

Aus Sicht des Gesundheitswesens ist vor allem das dritte Großprojekt des BMDS von Interesse, die europäische ID-Wallet bzw. European Digital Identity Wallet, kurz EUDI-Wallet. Eine nationale EUDI-Wallet soll, das ist eine EU-Vorgabe, am 2. Januar 2027 an den Start gehen, was bedeutet, dass

sektoralen Identitäten beziehungsweise Nach- und Ausweisen aller Art verknüpft werden, die höchste Anforderungen an die Identifizierung und Authentifizierung stellen. Schleupner nannte den Führerschein, die Geburtsurkunde, Sorgerechtsnachweise – und auch die Krankenversicherungskarte.

» In Frankreich hat die Regierung kürzlich auf einem Souveränitätsgipfel angekündigt, die Krankenversichertenkarte als Credential in die Wallet zu bringen. Das fehlt in Deutschland bisher. « *Clemens Schleupner*

die Bundesregierung den Bürger:innen bis Weihnachten 2026 eine solche nationale Wallet zur Verfügung stellen muss. Entwickelt wird sie in Deutschland von der Bundesagentur für Sprunginnovationen (SPRIND).

Bei der Digital Health Conference des Bitkom Ende November in Berlin gab Clemens Schleupner, Product Owner Partner Integration im Nationalen EUDI-Wallet-Projekt der SPRIND, einen Ausblick auf das, was in Sachen EUDI-Wallet vom Bund erwartet werden kann. Von heutigen Wallets, wie sie beispielsweise auf Smartphones genutzt werden, unterscheidet sich die EUDI-Wallet dadurch, dass sie den ePersonalausweis quasi als Wurzelidentität nutze, so Schleupner. Diese könne dann mit anderen,

LÖST DIE EUDI-WALLET DAS HENNE-EI-PROBLEM?

Für die Erstanmeldung bei der EUDI-Wallet sei die eID des Personalausweises inklusive einer PIN zwingend erforderlich, so Thomas Hampf, Director Sales bei dem eID- und QES-Anbieter AUTHADA. Nicht zuletzt soll auf diese Weise eines der großen Henne-Ei-Probleme der Digitalisierung gelöst werden: Hochsichere digitale Anwendungen werden nicht entwickelt, solange ausweisanaloge digitale Identitäten nicht eine gewisse Verbreitung haben. Und gleichzeitig werden existierende ausweisanaloge digitale Identitäten nicht in großem Stil nachgefragt, solange keine attraktiven Anwendungen dafür existieren.

Für die Anwendungsseite sind neben Behörden und Körperschaften nicht zuletzt Industrieunternehmen zuständig. Entsprechend hat sich innerhalb des Bitkom eine Initiative gebildet, die rund 75 Unternehmen umfasst, die sich auf Initiative des BMDS in einem Memorandum zu dem Ziel bekannt haben, die EU-Wallet-Spezifikationen in ihren jeweiligen Prozessen bis zum Wallet-Start „so weit wie möglich“ auszurollen. Seitens des Gesundheitswesens sind insbesondere die CGM, die Online-Apotheke Red Pharmacy, der Messenger-Hersteller Famedly und die Berater von Wallet Experts an Bord. Die Regierungen der EU-Mitgliedsstaaten haben an einer agilen Industrie ein hohes Eigeninteresse. Denn sie müssen bis Ende 2027 wichtige staatliche Dienstleistungen über die nationale EUDI-Wallet anbieten können, auch das schreibt die EU gesetzlich vor. Ohne die Industrie wird das nicht klappen.

GESUNDHEITSWESEN SOLL SICH MEHR ENGAGIEREN

Die entscheidende Frage ist: Wie wird aus einer Roadmap auf Basis eines politischen Wunschgedankens eine gelebte Wirklichkeit – etwas, das die Bürger:innen und die unterschiedlichen Sektoren der Volkswirtschaft auch wirklich spürbar voranbringt? „Wir müssen jetzt mit den unterschiedlichen Stakeholdern gemeinsam Anforderungen definieren“, sagte Matthias Intemann vom Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik (BSI). Dabei – das wird bisher noch eher wenig diskutiert – geht es nicht nur um die nationale EUDI-Wallet. „Es wird auch privatwirtschaftliche Anbieter von Wallets geben“, betonte Hampf, dessen Unternehmen AUTHADA als BSI-zertifizierter Dienstleister eine entsprechende Wallet gebaut hat.

In den unterschiedlichen Sektoren der Volkswirtschaft wird es jetzt darum gehen, Anwendungsfälle für die



DREI FRAGEN ZUR EUDI-WALLET IM GESUNDHEITSWESEN

Dr. Dominik Deimel ist Geschäftsführer und Partner der Wallet Experts GmbH, einer auf die EUDI- und EU-Business-Wallet spezialisierten Strategieberatung für den Gesundheits- und Versicherungsbereich und Initiator des Wallet Forums. Er plädiert dafür, das Potenzial der EUDI-Wallet voll auszuschöpfen.

Die Kernaufgabe der EUDI-Wallet wird üblicherweise im Kontext der digitalen Identifizierung und Authentifizierung gesehen. Warum greift das zu kurz?

Mit der EUDI-Wallet-Infrastruktur entsteht ein europaweites Ökosystem, das weit über die Grenzen des Gesundheitswesens hinaus agiert. Erstmals wird es möglich sein, unterschiedlichste Daten branchenübergreifend sicher und unter der Hoheit des Nutzers zu teilen. Eine Vision, die gerade im Gesundheitsmarkt eine wichtige Rolle spielt. Neben dem Teilen von Daten werden mit der digitalen Signatur und auch der Bezahlungsfunktion weitere Funktionen über die EUDI-Wallet-Prinzipien nutzbar. Darüber hinaus lassen sich nun Patientendaten aus anderen Bereichen sicher in das Gesundheitswesen integrieren oder auch Gesundheitsdaten in andere Lebensbereiche übertragen – dies eröffnet komplett neue Anwendungsfälle und Potenziale.

Jenseits der vielzitierten Identifizierung in Arztpraxen und bei Videosprechstunden: Welche „ehrgeizigeren“ Anwendungsszenarien für die EUDI-Wallet in der medizinischen Versorgung wären konkret denkbar?

Anwendungsfälle ergeben sich, wenn Patientendaten über die EUDI-Wallet in ganz Europa, mobil und insbesondere wiederverwendbar genutzt werden sollen. Damit wird ein in Deutschland ausgestelltes E-Rezept zukünftig über die EUDI-Wallet überall in Europa einlösbar. Der Versichertenstatus oder auch medizinische Informationen können, einmal in die EUDI-Wallet übertragen, durch den Versicherten selbstbestimmt weitergegeben werden, z. B. in einer konkreten Ver-

sorgungssituation oder auch, wenn ich mit Behörden außerhalb des Gesundheitswesens kommuniziere. Auch z. B. Unverträglichkeiten lassen sich beim Einkaufen von Lebensmitteln anonym weitergeben, ohne dass jemand weiß, dass es sich um meine persönlichen Gesundheitsdaten handelt.

Einige dieser Use Cases können ja auch über die elektronische Patientenakte bzw. die Telematikinfrastruktur abgewickelt werden. Wie sollten TI, ePA und EUDI-Wallet künftig ineinandergreifen? Eine Parallelinfrastruktur kann ja nicht das Ziel sein.

Das EUDI-Wallet-Ökosystem basiert auf sicherheitstechnischen Vorgaben, die EU-weit gelten und in den unterschiedlichen Mitgliedsstaaten umgesetzt werden müssen. Damit besitzen alle, die Daten über die EUDI-Wallet nutzen, die Sicherheit, dass diese Daten geschützt und die Datenempfänger im Ökosystem registriert sind. Das ist sehr ähnlich organisiert wie in der Telematikinfrastruktur, nur branchenübergreifend, und nicht von der Gematik, sondern der EU spezifiziert. Die Telematikinfrastruktur und die ePA sollten dieses Ökosystem nicht als Wettbewerb sehen und nicht lediglich Schnittstellen in das EUDI-Wallet-Ökosystem – wie z. B. National Conntec Points – bieten. Neue Anwendungsfälle in der deutschen Gesundheitstelematik – wie z. B. VSDM 2.0, Impfnachweise oder auch der Notfalldatensatz – lassen sich über das EUDI-Wallet-Ökosystem gestalten und anschließend auch in der Telematikinfrastruktur nutzbar machen. Dazu braucht es aber eine Haltungsänderung der verantwortlichen Akteure.

nationale EUDI-Wallet voranzutreiben – Online-Anwendungsfälle, aber auch Offline-Anwendungsfälle. Sowohl Intemann als auch Schleupner wünschen sich hier nicht zuletzt vom Gesundheitswesen etwas mehr Engagement. Der Gedanke, die digitale Gesundheits-ID künftig über die nationale EUDI-Wallet abzubilden und da-

mit die Krankenversichertenkarte in die EUDI-Wallet zu übertragen, ist relativ naheliegend. Sie könnte dann nicht nur zur Identifizierung im Rahmen von Videosprechstunden oder digitalen Gesundheitsanwendungen (DiGA) genutzt werden, sondern auch zum Check-in per Smartphone in der Arztpraxis.

Doch konkrete Aktivitäten in dieser Richtung sind bisher zumindest nicht öffentlich: „Mir fehlt das Commitment, auch zum Beispiel des Bundesministeriums für Gesundheit, zu sagen: Wir digitalisieren die Krankenversichertenkarte und bringen sie in die Wallet, damit sie zum Beispiel für Arztbesuche genutzt werden kann.“ >



» Es wird auch privatwirtschaftliche Anbieter von Wallets geben. « *Thomas Hampf*

In Frankreich hat die Regierung auf einem Souveränitätsgipfel angekündigt, die Krankenversichertenkarte als Credential in die Wallet zu bringen. Das fehlt in Deutschland bisher“, so Schleupner. Dialoge in dieser Richtung gebe es, betonte Intemann. Konkret ist freilich noch nichts. „Das Offline-Szenario ist im Wallet-Ökosystem einer der Teile, die noch Herausforderungen darstellen“, so Intemann ein wenig kryptisch.

GESUNDHEITS-ID: „EIN KOMPLETT GESCHEITERTES PROJEKT“

Auch Olaf Heinrich, CEO von Redcare Pharmacy, sieht in puncto EUDI-Wallet im Gesundheitswesen akuten Handlungsbedarf. Sein Unternehmen war Teil eines EU-Projekts, das unterschiedliche Use Cases für die EU-Wallet getestet hat. Neben Führerschein und Eröffnung eines Bankkontos war

das auch die EUDI-Wallet-Variante des E-Rezepts, die Redcare gemeinsam mit der Bundesdruckerei und der SPRIND umgesetzt hatte.

Dass eine Online-Apotheke digitale Identitäten mag, überrascht nicht, denn E-Rezepte werden dadurch effizienter. Eine digitale ID per EUDI-Wallet wiederum würde im Vergleich zu den digitalen Gesundheits-IDs derzeitiger Ausprägung nochmals Effizienzgewinne bringen – denn lediglich eine einzelne Wallet-Schnittstelle zu implementieren, ist im Zweifel weniger aufwendig, als rund neunzig Gesundheits-ID-Lösungen unterschiedlicher Krankenkassen. Für Heinrich ist vor diesem Hintergrund die Nutzung der EUDI-Wallet für eine digitale Identifizierung im Gesundheitswesen ein Nobrainer: „Das Gesundheitswesen allein bringt die digitale ID nicht zum Fliegen. Es gibt derzeit vier

Millionen digitale Gesundheits-IDs. Wie viele aktive User die haben, veröffentlicht niemand. Das ist ein komplett gescheitertes Projekt. Die Gesundheits-ID muss Teil der EUDI-Wallet werden. Parallelinfrastrukturen auf Kassenseite müssen weg.“

WALLETS IM HEALTHCARE-ÖKOSSYSTEM: NOCH VIELE OFFENE FRAGEN

So naheliegend der Gedanke ist, die EUDI-Wallet zur digitalen Identifizierung im Gesundheitswesen zu nutzen, so komplex wird das Thema, wenn man etwas tiefer einsteigt:

- Könnte es neben der nationalen EUDI-Wallet im Gesundheitswesen vielleicht auch eine Rolle für privatwirtschaftliche oder andernorts angesiedelte EUDI-Wallets geben?
- Entsteht um die EUDI-Wallet(s) herum vielleicht sogar ein ganzes Ökosystem an Anwendungen und Use Cases, bei dem sich dann die Frage stellt, wie es sich zu anderen digitalen medizinischen Ökosystemen, insbesondere zur Telematikinfrastruktur verhält?
- Welche Rolle spielt die Gematik und spielen die Krankenkassen in einem solchen komplexeren Ökosystem? Könnten Krankenkassen vielleicht sogar selbst als Wallet-Provider in Erscheinung treten?

Völlig abwegig seien solche Spekulationen nicht, sagt Dominik Deimel von der Wallet Experts GmbH, einer in Darmstadt ansässigen Strategieberatung zur EUDI- und EU-Business-Wallet sowie Initiator des Wallet Forums. Deimel blickt über den Teller rand in Richtung Finanzbranche. Dort gebe es Akteure wie etwa die Sparkassen, die eine Integration einer Wallet in ihre bestehenden mobilen Apps anstrebten: „Das Ziel ist dabei die Orchestrierung von Daten, die ein Kunde in der Lebenswelt Finanzen benötigt. Der Personalausweis bleibt in staatlicher Hoheit, aber andere Nach-

weise liegen dann in der Wallet eines privaten Anbieters.“

Im Gesundheitswesen kann sich Deimel die Krankenkassen sehr gut als Wallet-Provider vorstellen. Vor allem sei dann die Chance größer, dass digitale Nachweise wirklich Teil des gelebten Gesundheitswesens würden – und nicht in abstrakten Applikationen des Staates bleiben, die punktuell für ausgewählte Identifizierungsvorgänge, aber für sonst nichts, genutzt werden.

MEHR ALS NUR IDENTIFIZIERUNG

In Deimels Vision könnte eine „Healthcare-Wallet“ zum Beispiel in die Versicherten-App der Barmer oder Techniker Krankenkasse integriert wer-

Wallet selektiv und pseudonymisiert weitergegeben werden können – dank Kopplung an den ePersonalausweis mit maximal möglicher Authentizität. „Aus meiner Sicht ist die EUDI-Wallet nicht einfach die neue Gesundheits-ID. Sie kann genutzt werden, um zahlreiche Anwendungsfälle zu gestalten und den Datenaustausch auf ganz neue Füße zu stellen. Viele Verfahren, die heute über zentrale Fachanwendungen oder bei Krankenkassen in der Dunkelverarbeitung organisiert werden, lassen sich so deutlich effizienter und kostengünstiger durchführen“, so Deimel.

Auch andere sehen diese Chancen, warnen aber davor, zu schnell zu viel zu wollen: „Ich würde nicht ausschlie-

Kerngeschäft. Unser Kerngeschäft ist Apotheke.“ Bumm plädierte auch dafür, nicht so zu tun, als sei die Wallet bereits ein Erfolgsmodell: „Die Wallet muss sich erst noch durchsetzen.“ Der Wallet-Ansatz habe sehr viel Potenzial, weil es eine offene Plattform sei, die es erlaube, Identitäten aus anderen Kontexten auch im Gesundheitswesen zu nutzen. Dazu könnten Akteure des Gesundheitswesens aber auch mit etablierten Wallet-Anbietern kooperieren, ohne gleich alles selbst zu machen. ■

» Die Gesundheits-ID muss Teil der EUDI-Wallet werden. Parallelinfrastrukturen auf Kassenseite müssen weg. « *Olaf Heinrich*

den. Sie würde dort zum einen identifizierende Funktionen erfüllen, die heute von krankenkassenunabhängigen ID-Apps oder von separaten Kassen-ID-Apps wie TK-Ident übernommen werden. Die integrierte Healthcare-Wallet könnte aber mehr als nur Identifizierung: Sie könnte auch digitale Nachweise speichern und zur Verfügung stellen – beispielsweise E-Rezepte oder auch Impfnachweise. „Selbst medizinische Daten wie z. B. der Notfalldatensatz oder eine Patienten-Kurzakte könnten in der Wallet gespeichert und unter der Hoheit des Patienten weitergegeben werden“, so Deimel.

Der Charme dieser Art der Datenweitergabe besteht Deimel zufolge darin, dass Informationen über eine

ßen, dass es irgendwann attraktiv werden kann, eine eigene Wallet anzubieten“, betonte beispielsweise Moritz Becker, IT-Architekt bei der Barmer. Das aktuelle Hauptproblem sei aber, Anwendungen zum Fliegen zu bekommen, die ein hohes Vertrauensniveau erfordern. Entsprechend sei die Identifizierung und Authentifizierung aus Sicht einer Krankenkasse zunächst der bei weitem wichtigste Use Case.

Auch Martin Bumm, Director eHealth bei Redcare Pharmacy, will sich nicht zu weit aus dem Fenster lehnen: „Wir haben derzeit über zwölf Millionen Kunden, da wäre es schon naheliegend, eine eigene Wallet zu implementieren. Wir werden das aber nicht machen, das ist nicht unser



■ PHILIPP GRÄTZEL VON GRÄTZ

ist Chefredakteur der E-HEALTH.COM.
Kontakt: p.graetzel@e-health-com.de

TRENDS DER GESUNDHEITS-IT

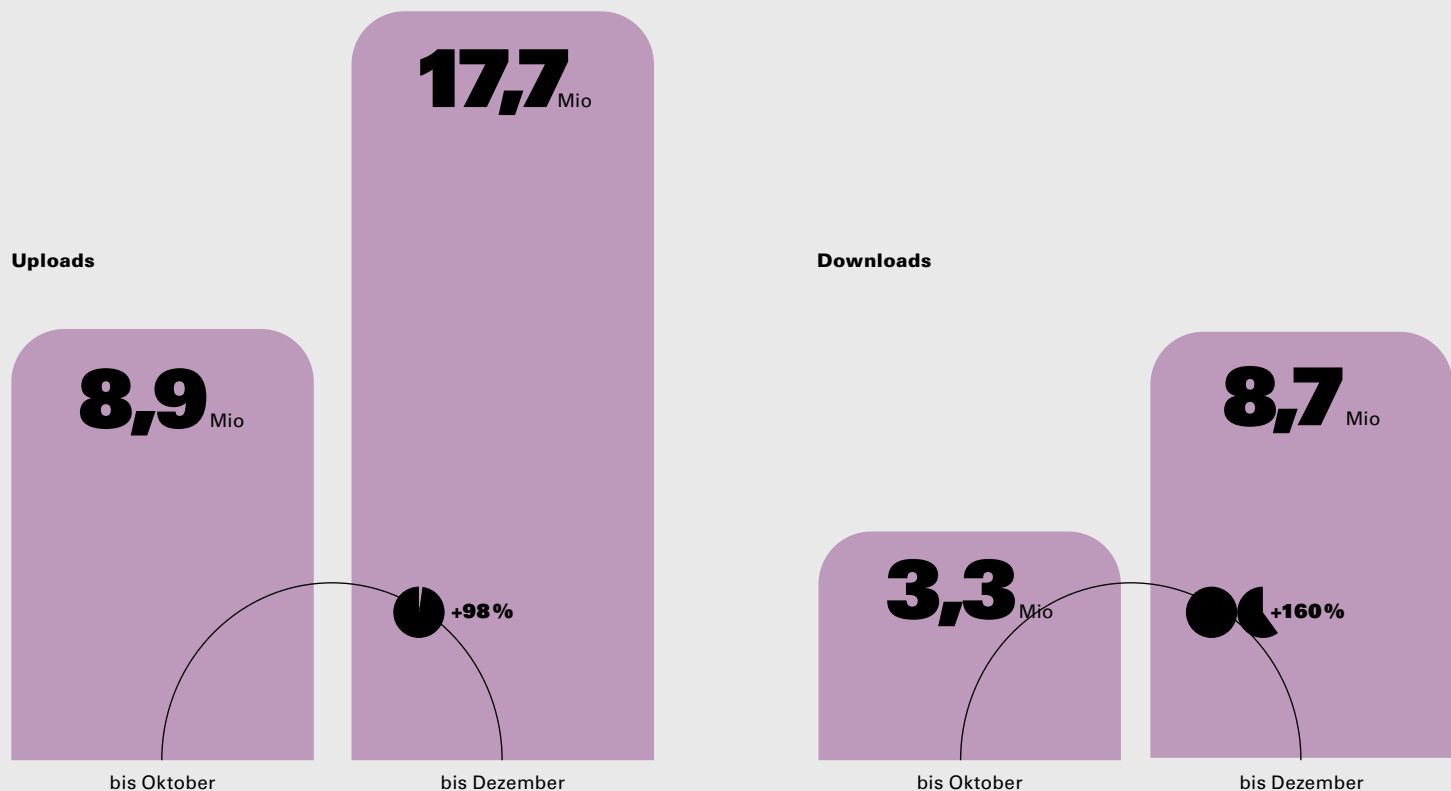


Es gibt weltweit zahlreiche Studien, die interessante Hintergründe und Trends im Bereich Health IT aufzeigen. **Bernhard Calmer** (CGM) und **Luise Redders** (bvitg) scannen solche Studien innerhalb der AG Marktforschung des bvitg und ordnen sie ein. E-HEALTH-COM präsentiert Ihnen einige Highlights daraus.

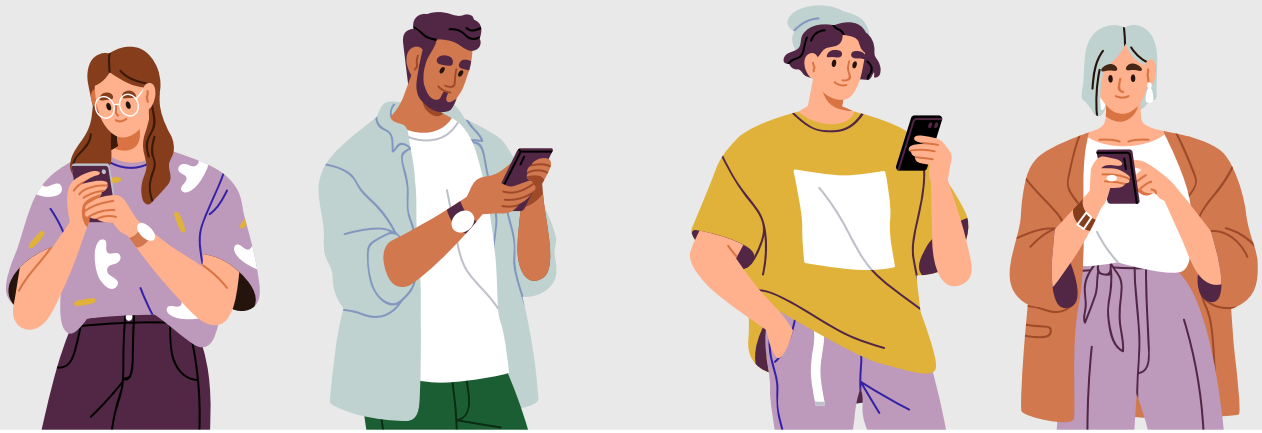
AKTIVE NUTZUNG DER ELEKTRONISCHEN PATIENTENAKTE

Die elektronische Patientenakte (ePA) wird mehr und mehr genutzt: Seit Start der Akte im Mai hat sich die aktive Nutzung durch Versicherte vervierfacht. Das geht aus Daten von BITMARCK hervor.

ePA Up- & Downloads von Dokumenten durch Leistungserbringende



Quelle: BITMARCK, Dezember 2025



“ Die aktuellen BITMARCK-Zahlen zeigen deutlich: Die ePA verlässt den Projektstatus und findet zunehmend im Versorgungsalltag statt. Aussagekräftig ist vor allem das Zusammenspiel der aufgezeigten Entwicklungen: Mehr Logins, deutlich mehr Uploads und Downloads sowie intensiv genutzte Medikationsdaten belegen, dass die ePA nicht nur befüllt, sondern auch genutzt wird. Der Fokus verschiebt sich damit von der reinen Einführung hin zur praktischen Anwendung im Behandlungsprozess.

Aus diesen Ergebnissen lassen sich mehrere Schlussfolgerungen ableiten.

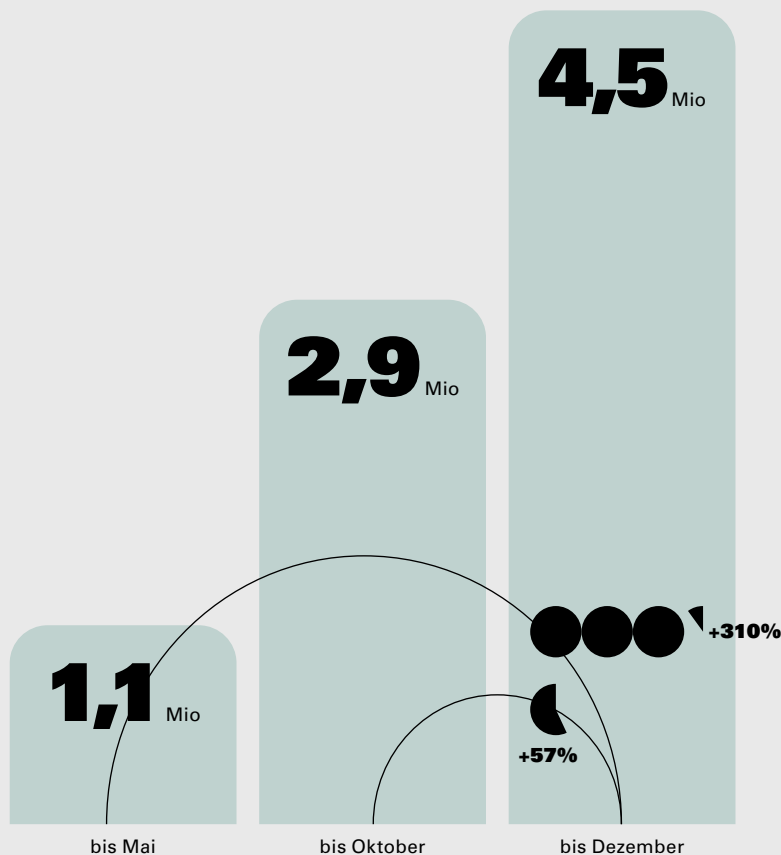
1. Nutzung folgt Verbindlichkeit: Dort, wo gesetzliche Vorgaben, klare Anwendungsfälle und technische Stabilität zusammenkommen, steigt die Akzeptanz spürbar.

2. Der Mehrwert der ePA entsteht weniger durch ihre Existenz als durch relevante, aktuelle Inhalte – insbesondere strukturierte Daten wie Medikationsinformationen.

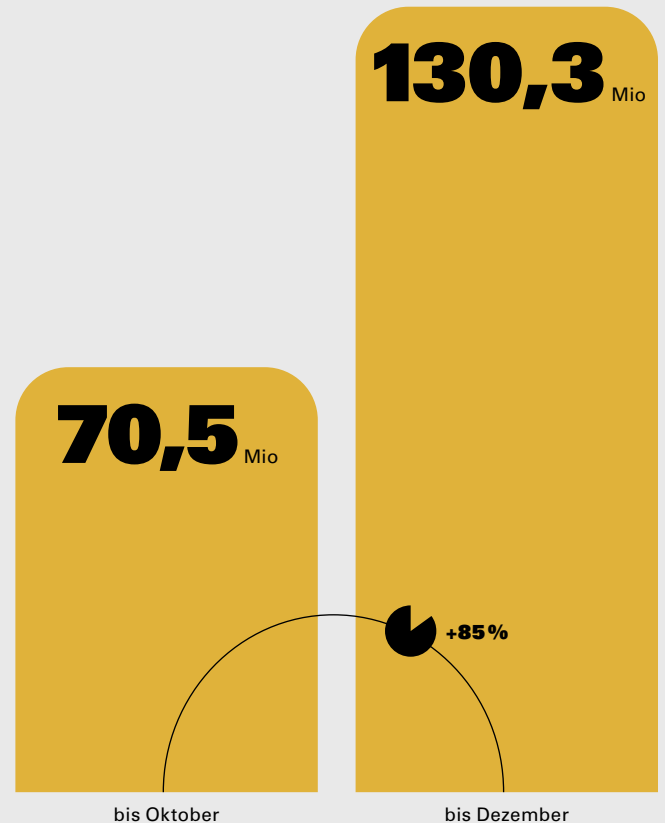
3. Der nächste Entwicklungsschritt liegt nicht mehr primär in der Technik, sondern in der konsequenten Einbettung der ePA in Arbeitsabläufe, Kommunikation und Patientennutzen.

Kurzum: Die ePA ist auf dem Weg vom Pflichtsystem zum Arbeitsinstrument. Ob sie ihr volles Potenzial entfalten kann, entscheidet sich nun daran, wie konsequent Nutzenargumente, Usability und Versorgungspraxis zusammengedacht werden.

ePA Logins der Versicherten



ePA Zugriffe auf elektronische Medikationsliste durch Leistungserbringende

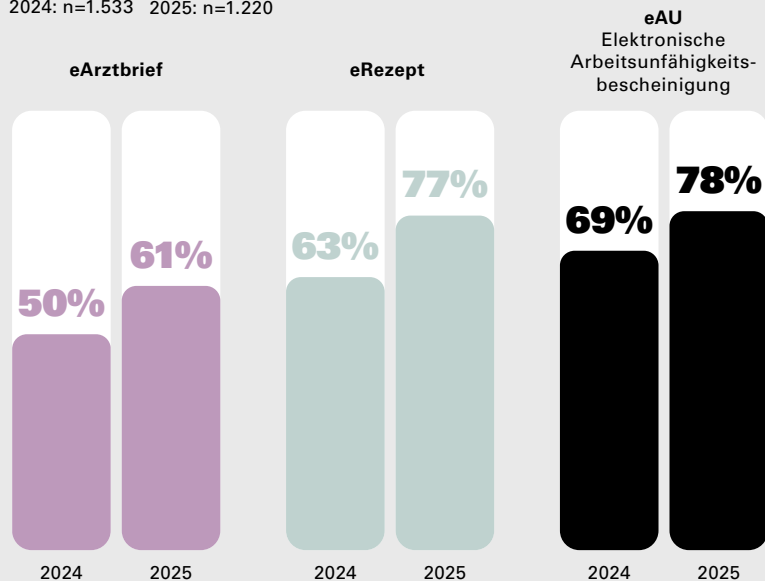


PRAXISBAROMETER DIGITALISIERUNG

Zum achten Mal untersuchte die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), wie es um die Digitalisierung in den Praxen steht: Mit dem PraxisBarometer Digitalisierung fragt sie die niedergelassenen Ärztinnen, Ärzte und Psychotherapeut:innen nach ihren Erfahrungen und Erwartungen. Ein Ergebnis: Die Akzeptanz und Verbreitung digitaler Anwendungen im ambulanten Bereich sind weiter gestiegen.

Digitale Anwendungen: Zufriedenheit steigt

2024: n=1.533 2025: n=1.220



“Zufriedenheit mit digitalen Angeboten steigt“ bedeutet nicht nur, dass mehr Praxen digital arbeiten – sondern dass digitale Werkzeuge zunehmend im Praxisalltag ankommen und als hilfreich empfunden werden. Gleichzeitig bleiben Herausforderungen bei Technik, Interoperabilität und neuen Anwendungen bestehen. Die Entwicklung zeigt eine gesunde Reife der Digitalisierung im ambulanten Bereich: Weg von anfänglicher Skepsis hin zu konstruktiver Nutzung bei klar erkennbaren Vorteilen.

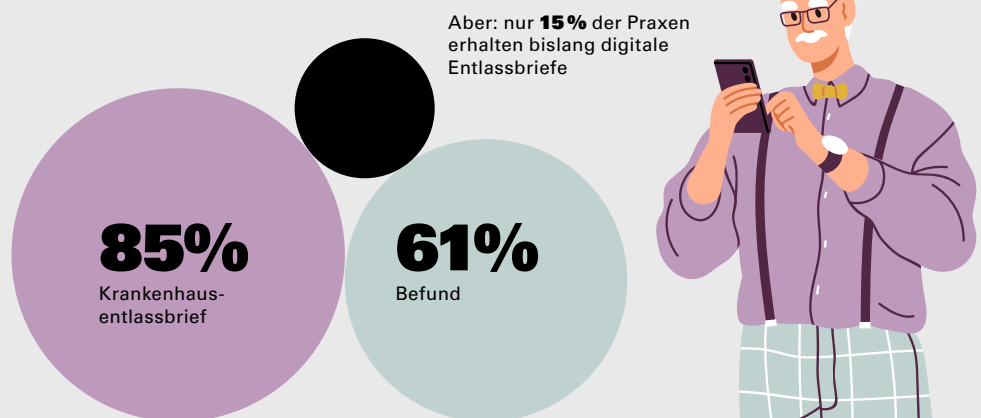
“Der digitale Krankenhausentlassbrief gilt als größter Hebel für eine bessere sektorenübergreifende Versorgung – doch ausgerechnet hier klaffen Anspruch und Wirklichkeit weit auseinander. Während die große Mehrheit der Praxen einen klaren Nutzen sieht, kommt der Entlassbrief im Alltag meist noch immer analog, verspätet oder unvollständig an.

Das ist weniger ein Akzeptanzproblem als ein strukturelles. Niedergelassene haben gezeigt, dass sie digitale Anwendungen nutzen, wenn diese verlässlich funktionieren. An den Schnittstellen zum stationären Bereich jedoch endet die Digitalisierung häufig abrupt. Fax und Papier sind dort nicht Ausdruck von Beharrung, sondern von fehlender Vernetzung.

Der Entlassbrief steht damit sinnbildlich für die Herausforderungen der Digitalisierung im Gesundheitswesen: Solange Sektorengrenzen auch digitale Grenzen bleiben, verpufft ihr Potenzial. Erst wenn der Informationsfluss nach der Krankenhausentlassung selbstverständlich digital funktioniert, wird Digitalisierung ihrem Anspruch gerecht, die Versorgung wirklich zu verbessern.

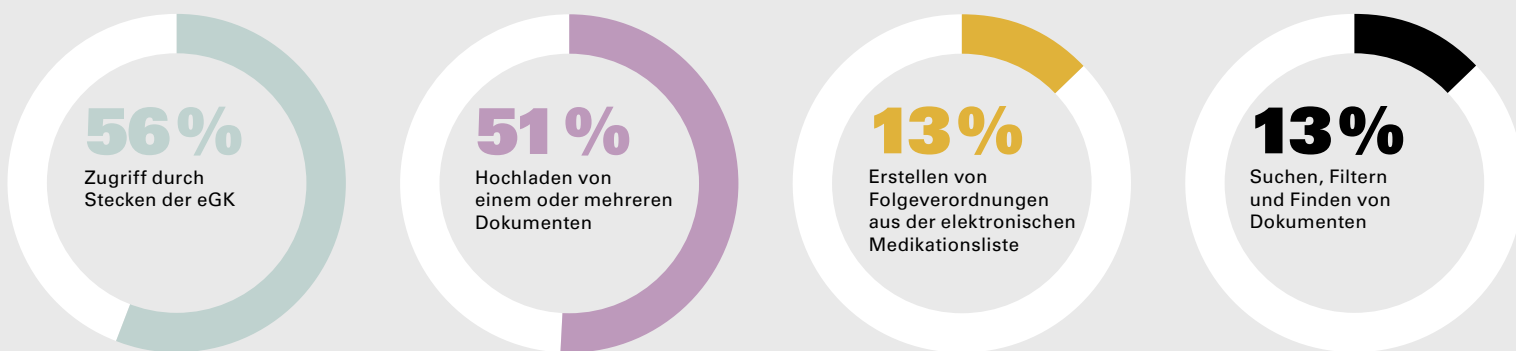
Sektorenübergreifende digitale Kommunikation: größter Nutzen im Krankenhausentlassbrief erwartet

n=1.379



ePA: gemischte Zufriedenheit mit Funktionen

sehr/eher zufrieden n=316



“ Die elektronische Patientenakte ist ein zentrales Digitalprojekt – doch im Praxisalltag überzeugt sie nur teilweise. Das PraxisBarometer zeigt: Während einfache Zugriffs- und Ablagefunktionen akzeptiert werden, enttäuschen genau jene Funktionen, die im Alltag Zeit sparen sollen.

Besonders die schwache Bewertung von Dokumentensuche und Medikationsfunktionen macht deutlich, dass die ePA funktional noch nicht ausgereift ist. Die gemischte Zufriedenheit ist daher weniger Kritik als Auftrag: Erst mit besserer Integration, Daten statt Dokumenten und echtem Nutzwert wird die ePA vom Konzept zur praktischen Hilfe.

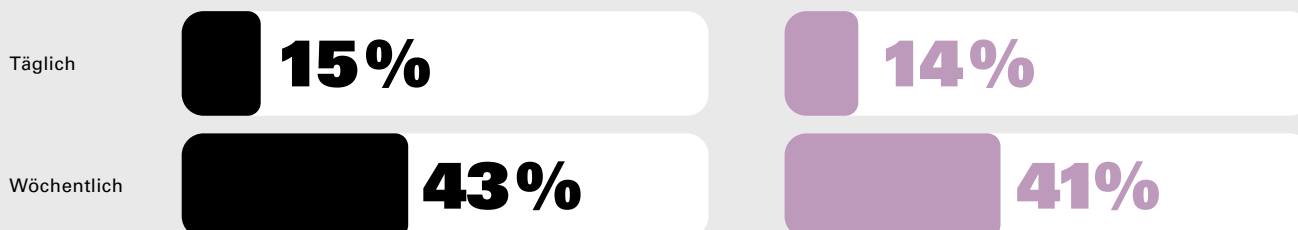
“ Die Telematikinfrastruktur ist das Rückgrat der digitalen Versorgung – doch für mehr als die Hälfte der Praxen ist sie aktuell ein wiederkehrender Störfaktor. Tägliche oder wöchentliche Unterbrechungen verzögern digitale Prozesse wie eRezept, eArztbrief oder eAU und mindern Effizienz sowie Akzeptanz.

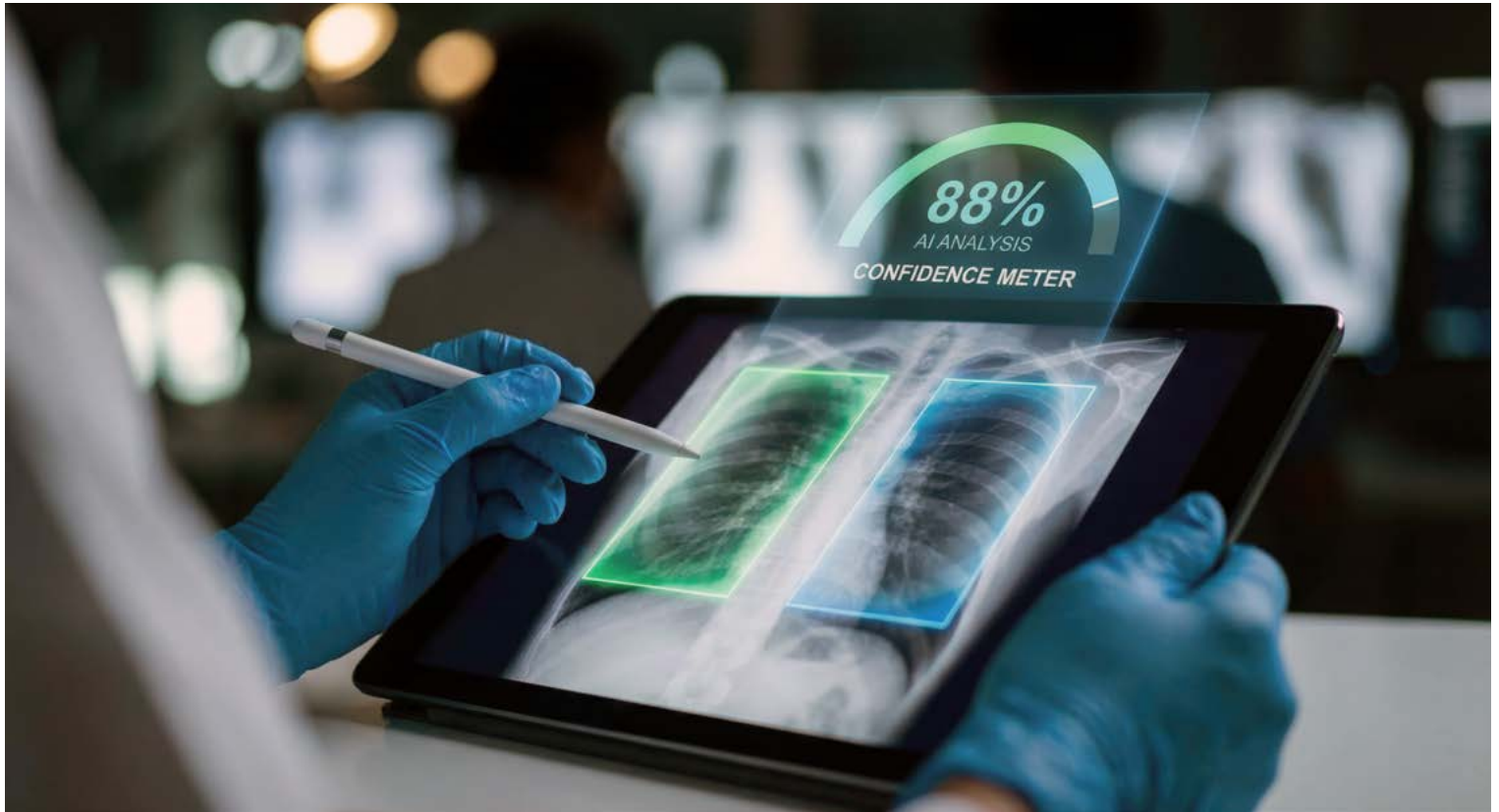
Das System braucht eine stabile, performante und zukunftsfähige Infrastruktur, die unnötigen Datenverkehr reduziert, Interoperabilität sicherstellt und digitale Abläufe zuverlässig unterstützt. Nur so können digitale Anwendungen ihr Potenzial entfalten und die sektorenübergreifende Zusammenarbeit wirklich verbessern.

Die Lösung liegt in gezielter Optimierung, enger Vernetzung aller Akteure und einer konsequent praxisorientierten Weiterentwicklung der TI – damit Digitalisierung im Alltag entlastet, statt zu behindern.

TI-Störungen: wöchentlich oder täglich bei mehr als der Hälfte der Praxen

■ 2024 ■ 2025 n=1.458





DIE RADIOLOGIE ZWISCHEN MENSCHLICHKEIT UND AUTOMATISIERUNG

Künstliche Intelligenz war – wie bereits in den vergangenen Jahren – das Megathema der 111. Jahrestagung der Nordamerikanischen Röntgengesellschaft (RSNA). Die Veranstaltung in Chicago hat einmal mehr gezeigt, wie KI die Radiologie transformiert – und welche Fragen dabei noch offen sind.

TEXT: RALF BUCHHOLZ

Die Zukunft der Radiologie liegt in der interdisziplinären Zusammenarbeit, in der Empathie der Mediziner:innen und in den Möglichkeiten der Bildgebung, die einzigartige Geschichte jedes Patienten zu verstehen“ – so formulierte es der letztjährige Kongresspräsident Dr. Umar Mahmood in seiner Eröffnungsrede. „Wir alle in diesem Raum teilen eine gemeinsame Menschlichkeit“, betonte er im Arie Crown Theater. „Aber jeder Kollege, jeder Patient, jedes Leben ist anders.“ Dieses Spannungsfeld zwischen globaler Radiologie-Community und individueller Versorgung, zwischen Standardisierung und persönlicher Geschichte bündelte sich im Kongressmotto „Imaging the Individual“.

Dr. Mahmood hob die transformative Rolle der Radiologie in der Präzisionsmedizin hervor, wo sich die Bildgebung vom reinen Diagnoseinstrument zum Eckpfeiler personalisierter Versorgung entwickelt. Die Radiologie gehe heute über die bloße Diagnose hinaus, hin zur Prävention. Dank Fortschritten in CT, MRT, PET und Ultraschall könnten Kliniker:innen nicht nur Krankheiten schneller und detailreicher abbilden, sondern Risikofaktoren erkennen, bevor Symptome auftreten. „Unsere Bilder enthalten so viele Informationen, dass wir jetzt ein opportunistisches Screening durchführen können“, erläutert Dr. Mahmood. Gemeint ist das systematische „Mitlesen“ ohnehin erhobener Bilddaten, um subklinische Erkrankungen zu identifizieren – Präzisionsmedizin ausgeweitet zu „Präzisionsgesundheit“.

KI sei dabei kein Ersatz für Kliniker:innen, sondern ein leistungsstärker Partner, stellte der Kongresspräsident heraus. „Es geht nicht um Mensch gegen Maschine, es geht um Mensch plus KI, wodurch die Versorgung unserer Patientinnen und Patienten optimiert wird.“ Mit Blick auf die kommenden Jahre zeigte er sich optimistisch: „Dank unserer gemeinsamen harten Arbeit wird das Fachgebiet in zehn Jahren ein anderes sein.“

RADIOLOGIE TRIFFT AUF BIG DATA

Wie stark der Wert von KI und Präzisionsmedizin von Datenqualität, Repräsentativität und Zugänglichkeit abhängt, unterstrich eine Session zum „All of Us Research Program“ des US-National Institutes of Health (NIH). Am Anfang stand die Frage, wie viele diagnostische Durchbrüche ausbleiben, weil die Patient:innen in Studien nicht die Patient:innen in den Wartezimmern abbilden. Genau hier setzt „All of Us“ an. Das ehrgeizige Programm sammelt seit 2018 Umwelt-, Lebensstil- und genomische Gesundheitsdaten von über 871 000 Teilnehmer:innen in den USA.

„Das Besondere an diesem Datensatz ist, dass er Informationen von Teilnehmergruppen enthält, die nie die Möglichkeit hatten, an biomedizinischen Forschungsstudien teilzunehmen“, erklärte Dr. Ginsburg, medizinischer und wissenschaftlicher Leiter des Programms. Durch die Kombination umfangreicher Genomdaten mit elektronischen Gesundheitsakten, Wearables, körperlichen Messungen und Umfragen bietet All of Us eine multidimensionale Sichtweise zur Untersuchung von Gesundheit und Krankheit. Damit werde die Lücke zwischen Entdeckung und klinischer Umsetzung kleiner – und zwar über Bevölkerungsgruppen hinweg.

Für die Radiologie besonders relevant ist die geplante Erweiterung um Bildgebungsdaten – und ein bereits gestartetes Pilotprojekt. „Eyes on Health“ ist eine Kooperation von „All of Us“ mit dem National Eye Institute und dem National Institute of Biomedical Imaging and Bioengineering. Erfasst werden Aufnahmen des Auges von etwa 5 000 Teilnehmenden, um Zusammenhänge zwischen okulären Merkmalen und systemischen Erkrankungen wie Herz-Kreislauf-Leiden, Diabetes oder neurologischen Störungen zu untersuchen.

„Durch die Verknüpfung bildgebender Verfahren mit elektronischen Patientenakten, Genomik, Wearables und umfangreichen Umfragedaten wird All of Us Radiologinnen und Radiologen die Möglichkeit geben, bildgebende Phänotypen im Kontext zu untersuchen“, so Dr. Ginsburg.

KI: DIE FALSCHEN ALBTRÄUME

Doch nicht alle teilen den uneingeschränkten Optimismus bezüglich technologischer Fortschritte. Die Technosoziologin Dr. Zeynep Tufekci, New-York-Times-Kolumnistin und Professorin an der Princeton University, etwa warnte davor, dass Menschen historisch schlecht darin seien, die Auswirkungen disruptiver Technolo-

gien vorherzusagen. „Als der Buchdruck erfunden wurde, erwartete die katholische Kirche, dass dadurch mehr lateinische Bibeln produziert würden und der Glaube so gefestigt werden könne“, erinnerte Tufekci. Stattdessen begünstigte die Druckerpresse die Reformation. Der Denkfehler, so die Professorin: Neue Technologien würden oft als „schnellere, bessere“ Version des Bestehenden betrachtet – statt als Auslöser systemischer Veränderungen.

Ein weiteres Beispiel: das Automobil. „Unsere Vorfahren stellten sich das Auto als eine neue Art von Pferd vor, aber ein Auto ist kein Pferd“, bemerkte Dr. Tufekci. Man übersah die wirklichen Auswirkungen: Umweltverschmutzung, gestiegene Nachfrage nach fossilen Brennstoffen und Suburbanisierung. „Während das Pferd auf die Weide gestellt wurde, hatten diese Themen tiefgreifende, langfristige Auswirkungen.“ Ein Pferd durch ein Auto zu ersetzen, sei etwas anderes, als 100 000 Pferde durch 100 000 Autos – dann verändere sich das System.

Heute wiederhole sich die Geschichte mit KI. „Wenn wir über KI diskutieren, verwenden wir wieder die falschen Maßstäbe und ignorieren die Folgen der Skalierung“, warnte Dr. Tufekci. KI werde als bessere, schnellere Form menschlicher Intelligenz dargestellt, obwohl es sich um eine völlig neue Form handle. „Ob eine Maschine besser ist als ein Mensch, ist der falsche Maßstab; die Frage ist, ob sie gut genug ist, um in großem Maßstab eingesetzt zu werden.“

Die existenzielle Bedrohung durch KI bestehe nicht darin, dass sie die Menschheit auslöschen werde, sondern dass sie einige Dinge zu einfach mache. Ihr KI-Albtraum sei weniger Terminator als vielmehr Big Brother – eine extreme, zentralisierte Überwachung zur Aufrechterhaltung von Rechenschaftspflicht in einer Welt, in der KI alle Beweise unzuverlässig gemacht hat.

>

Trotz dieser düsteren Szenarien blicke sie dennoch optimistisch in die Zukunft, betonte Dr. Tufekci. „Um diese Vorteile zu genießen, müssen wir anfangen, ernsthafte Gespräche darüber zu führen, was wir von dieser transformativen Technologie erwarten und wie wir sie gestalten wollen.“

REGULIERUNG UND KONTROLLE

Während Dr. Tufekci die Systemebene beleuchtete, rückte eine Session der Food and Drug Administration (FDA) die regulatorische Praxis in den Fokus. Dr. Robert Ochs, Direktor des Office of Health Technology, skizzierte den aktuellen Rahmen für KI-gestützte Medizinprodukte. Die FDA-

ware Reliability, betonte die wachsende Bedeutung synthetischer Daten. „Egal wie viele Bilder von Patientinnen und Patienten wir haben, sie werden nicht ausreichen, um alle vielversprechenden Algorithmen in allen Varianten zu testen“, erklärte er. „Irgendwann müssen wir diese Datensätze ergänzen.“ Er warnte jedoch: „Das Feld der synthetischen Daten explodiert förmlich, aber nicht alle synthetischen Daten sind gleich.“ Er unterschied wissensbasierte und generative Modelle und machte damit klar: „Synthetisch“ ist nicht automatisch „geeignet“ – auch hier braucht es Standards und Prüfpfade.

Zur Regulierungsrealität gehört auch die Frage, was passiert, wenn ein

Algorithmus, sondern ein Governance-Thema – vom Datenunterbau über die Validierung bis hin zur kontrollierten Weiterentwicklung im Betrieb.

ZWISCHEN VISION UND VERANTWORTUNG

Die RSNA 2025 hat die Spannung zwischen technologischem Fortschritt und verantwortungsvoller Implementierung eindrücklich aufgezeigt. Während Dr. Mahmood eine Vision personalisierter Präzisionsmedizin skizzierte, mahnten andere zur Vorsicht. Die Frage ist nicht mehr, ob KI die Radiologie transformieren wird, sondern wie diese Transformation gestaltet werden soll – zwischen menschlicher Expertise und maschineller Effizienz, zwischen Innovation und Regulierung, zwischen individueller Patientenversorgung und Skalierung.

Wie Dr. Mahmood betonte: „Es geht um Menschen plus KI, die die Versorgung unserer Patientinnen und Patienten optimieren.“ Die kommenden Jahre werden zeigen, ob diese Partnerschaft gelingt – oder ob Dr. Tufekci mit ihrer Warnung Recht behält, dass wir die falschen Fragen stellen und die eigentlichen Herausforderungen übersehen.

Erste Antworten gibt es vielleicht bereits während der 112. Jahrestagung der Radiological Society of North America vom 29. November bis zum 3. Dezember 2026 in Chicago. ■

Die Frage ist nicht mehr, ob KI die Radiologie transformieren wird, sondern wie diese Transformation gestaltet werden soll. ■

Liste umfasste im Juli 1 247 zugelassene KI-Technologien. „Mehr als 75 Prozent dieser Geräte haben einen Bezug zur Radiologie“, sagte er. Dazu gehören Geräte für die Bildsegmentierung, quantitative Messungen, die Bildaufnahme, Triage und Interpretation.

Dr. Ochs beschrieb den Produktlebenszyklus: KI-Geräte werden vor und nach Markteinführung bewertet. Leistungstests können sowohl als eigenständige Tests zur Beurteilung der Generalisierbarkeit erfolgen als auch in kontrollierten Studien mit Radiolog:innen. Wichtig: Post-Market-Informationen und Real-World-Evidence helfen, Sicherheit und Wirksamkeit kontinuierlich zu überwachen. Die FDA stellt dafür Leitlinien und öffentliche Datenbanken bereit.

Dr. Aldo Badano, Direktor der Division of Imaging Diagnostics and Soft-

ware bereits zugelassenes KI-Produkt verändert wird. Dr. Krishna Juluru, Medical Officer im Digital Health Center of Excellence, erläuterte: Änderungen können eine neue Zulassung oder einen vorab festgelegten Änderungskontrollplan (Predetermined Change Control Plan, PCCP) erfordern. Ein PCCP beschreibt erwartbare Änderungen, Methodik für Entwicklung, Validierung und Implementierung sowie eine Bewertung der Auswirkungen. In der Radiologie wird das häufig genutzt, um Algorithmen mit zusätzlichen Datensätzen nachzutrainieren oder zu optimieren. „Unternehmen sollten proaktiv über PCCPs nachdenken und sich so früh wie möglich mit der FDA in Verbindung setzen“, riet Dr. Juluru.

Für das E-Health-Publikum liegt hier eine zentrale Botschaft: KI in der Radiologie ist nicht nur eine Frage des



■ RALF BUCHHOLZ

ist freier Journalist in Hamburg. Er schreibt über Healthcare IT und Medizintechnik.

Kontakt:
ralf@ralfbuchholz-hc.de



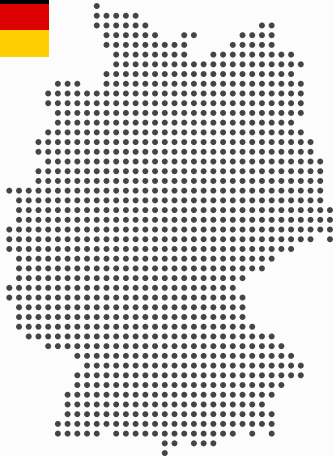
FAST TRACK TO NOWHERE: WARUM DIGITALE THERAPIEN IN FRANKREICH FESTSTECKEN

Der französische Markt für digitale Therapeutika galt anfangs als vielversprechend. Doch bisher hat keine einzige digitale Gesundheitsanwendung (DiGA) aus Deutschland den Sprung ins Nachbarland geschafft. Woran liegt das?

TEXT: STAN SUGARMAN

In Deutschland können derzeit 57 digitale Therapeutika (DTx) beziehungsweise Gesundheitsanwendungen (DiGA) von Ärzt:innen verschrieben werden. In Frankreich? Keine einzige. Haben deutsche F&E-Unternehmen im Bereich der digitalen Therapien zunächst mit großen Erwartungen nach Frankreich geblickt, hat sich inzwischen ernüchterter Realismus breitgemacht. Der französische Markt entpuppt sich als schwer kalkulierbare und kostenintensive Sackgasse. Keine einzige deutsche DiGA hat es bisher geschafft, sich in Frankreich zu etablieren.

>



Marktzulassung verbindet. Deshalb gilt es inzwischen als Referenzmodell, das weltweit Aufmerksamkeit findet. Länder wie Frankreich, Belgien und Südkorea haben das deutsche Modell intensiv studiert.

Entsprechend hoch waren die Erwartungen, als Frankreich 2023 mit der Procédure d'Évaluation Clinique Anticipée (PECAN) ein eigenes, an Deutschland angelehntes Verfahren startete. Die Realität ist allerdings er-

Wenn der Marktzugang von kulturellen Zuschreibungen abhängt, verliert Regulierung ihre wissenschaftliche Grundlage. Dabei wären wissenschaftlich tragfähige Alternativen machbar, etwa eine Studie zur Qualität und Akzeptanz der Übersetzung, gegebenenfalls ergänzt durch eine einarmige Beobachtungsstudie. ■

Gesellschaftlich stehen Frankreich und Deutschland vor denselben Herausforderungen. Beide Gesundheitssysteme geraten zunehmend unter Druck, finanziell, aber auch durch eine alternde Bevölkerung, den Ärztemangel und das weiter wachsende Problem psychischer Erkrankungen, unter dem Millionen Menschen leiden. Die Aufnahme von DTx in die Regelversorgung in beiden Ländern belegt, dass der politische Mut vorhanden war, neue Verfahren einzuführen, um die bestehenden strukturellen und gesundheitlichen Herausforderungen zu bewältigen. Im politischen Berlin wie im politischen Paris herrscht weitgehender Konsens, dass DTx Versor-

gungslücken schließen, Patient:innen unterstützen, Ärztinnen und Ärzte entlasten und langfristig zur Kostendämpfung beitragen können.

PECAN-VERFAHREN: FAST TRACK TO NOWHERE?

Deutschland ist hier Pionier. Mit dem DiGA-Fast-Track, der 2019 eingeführt wurde, ist Deutschland international zum Vorreiter geworden. Darauf können wir zu Recht stolz sein. Denn DTx sind nicht nur eine Erfolgsgeschichte der Digitalisierung, sondern auch ein Beispiel für eine Innovation „made in Germany“. Ebenso hat die Regulatorik einen Vorbildcharakter, weil sie Evidenz, Datenschutz und schnelle

nüchtern. Bislang hat keine einzige deutsche DiGA den Weg in die französische Regelversorgung gefunden. Weder über PECAN noch über die traditionelle LPPR-Liste („Liste des produits et prestations remboursables“). Die französische Regulatorik erweist sich bislang eher als „Fast Track to Nowhere“. Trotz der erklärten Ambitionen des französischen Gesundheitsministeriums bleibt die Umsetzung auf der Strecke. Politische Willensbekundungen gibt es viele, doch für Hersteller klingen sie eher wie Lippenbekenntnisse. Denn die Politik hat die Rechnung anscheinend ohne die Haute Autorité de Santé (HAS) gemacht, die zentrale Instanz, die darüber entscheidet, ob Inno-

vation in Frankreich tatsächlich in der Gesundheitsversorgung ankommt.

STEREOTYPE STATT INNOVATION

Die HAS ist das französische Pendant zum Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM), wenn es um die Prüfung und Zulassung von DTx geht. Seit fünf Jahren bewertet das BfArM DiGA auf Sicherheit, Funktionstauglichkeit, Qualität, Datenschutz und vor allem auf Wirksamkeit. Nur Anwendungen, die einen positiven Versorgungseffekt nachweisen, werden dauerhaft in das DiGA-Verzeichnis aufgenommen und können ärztlich verschrieben werden.

Das BfArM bleibt innovationsfreundlich, auch wenn die Anforderungen an Studien in den vergangenen Jahren gestiegen sind: Heute werden randomisierte kontrollierte klinische Studien (RCTs), der Goldstandard der evidenzbasierten Medizin, standardmäßig für die Listung vorausgesetzt. Es versteht sich nicht als Verhinderer, sondern als Ermöglicher. Ein ähnliches Selbstverständnis scheint die HAS jedoch (noch) nicht zu haben. Die Behörde bewertet medizinische Innovationen nach klassischen pharmazeutischen Kriterien. Diese sind für Arzneimittel etabliert, aber lassen sich kaum auf digitale Therapien übertragen. Für DTx wären angepasste Bewertungsmaßstäbe notwendig. Stattdessen führt die vorherrschende Pharma-Logik dazu, dass die Anforderungen für niedrigrisikoreiche, risikoarme digitale Anwendungen der Realität nicht entsprechen.

ÉGALITÉ? NICHT, WENN ES UM PATIENT:INNEN GEHT

So verlangt die HAS hochkontrollierte Studienbedingungen mit einem Vergleich der DTx gegen einen artifiziellen „Standard of Care“. Bei einer DiGA gegen Schlaflosigkeit wurde etwa bemängelt, dass keine Studiendaten im Vergleich zur persönlich durchgeführten kognitiven Verhaltenstherapie für

Insomnie vorlägen, obwohl diese Therapieform in der realen Versorgung nur selten verfügbar ist. Daher akzeptiert das BfArM ausdrücklich versorgungsnahe Studien. Hinzu kommt bei der HAS die Erwartung, dass klinische Studiendaten mit französischen Patient:innen sowie eine gesundheitsökonomische Analyse für das französische Gesundheitssystem vorgelegt werden. Zusammen mit den zusätzlichen klinischen Anforderungen entstehen Investitionshürden, die für viele Hersteller kaum zu bewältigen sind.

Im zuständigen Bewertungsgremium der HAS, dem CNEDiMTS („Commission nationale d'évaluation des dispositifs médicaux et des technologies de santé“), fehlt es bislang an Erfahrung mit Digital Health und speziell mit DTx. Und wo Expertise fehlt, entstehen Unsicherheit und mit ihr Skepsis. So dominieren nicht selten kulturelle Stereotype statt innovationsfreundlicher Offenheit. Ein Beispiel: In Deutschland durchgeführte RCTs seien nicht übertragbar, weil Patient:innen in beiden Ländern angeblich zu unterschiedlichen Lebensstile hätten. Deutsche äßen früher, Franzosen später; selbst das Schlafverhalten sei anders.

Was zunächst wie eine amüsante Stammtischanekdote klingt, verdeutlicht ein strukturelles Problem. Denn wenn der Marktzugang von kulturellen Zuschreibungen abhängt, verliert Regulierung ihre wissenschaftliche Grundlage. Dabei wären wissenschaftlich tragfähige Alternativen machbar, etwa eine Studie zur Qualität und Akzeptanz der Übersetzung, gegebenenfalls ergänzt durch eine einarmige Beobachtungsstudie. Auf diese Weise ließe sich einschätzen, ob eine DTx auch in einem anderen kulturellen und sprachlichen Kontext sicher ist, akzeptiert wird und vergleichbare Effekte erzielen kann.

Für deutsche Hersteller bedeutet dies Investitionen in Millionenhöhe in die Durchführung neuer klinischer Studien, bei unklarer Chance auf Zu-

lassung, ungewisser Vergütung und nicht vorhandener Planungssicherheit. Das ist umso bemerkenswerter, als viele Ärztinnen, Ärzte und Therapeut:innen in Frankreich den Nutzen von DTx seit der COVID-19-Pandemie längst erkannt haben.

WAS TUN?

Wie also könnte es weitergehen? Erstens braucht es weiter eine enge bilaterale Abstimmung auf politischer Ebene, um Erfahrungen und Wissen zu teilen. Dieser Austausch ist elementar wichtig und sollte verstetigt werden. Denn wenn ein System eingeführt, aber nicht erfolgreich umgesetzt wird, dann braucht es politischen Handlungswillen, hier entgegenzusteuern. Auch in Frankreich.

Zweitens wäre eine erleichterte gegenseitige Anerkennung zwischen Deutschland und Frankreich ein wichtiger Schritt. Eine DiGA, die dauerhaft im BfArM-Verzeichnis gelistet ist, sollte in Frankreich ein beschleunigtes Zulassungsverfahren erhalten und umgekehrt. Langfristig sollte dieses Prinzip in eine europäische Harmonisierung überführt werden.

Drittens braucht es Vertrauensaufbau mit der Fachcommunity. Hier sind die Hersteller gefragt. Ohne Unterstützung der französischen Psycholog:innen, Ärztinnen und Ärzte wird es keine Marktdurchdringung geben. Meinungsbildner:innen aus Wissenschaft und Praxis könnten Brücken bauen, ähnlich wie in Deutschland. Ansonsten bleibt der französische Markt vorerst für alle Hersteller, egal ob aus Frankreich oder Deutschland, eine Herausforderung, wenngleich keine verlorene. ■



■ STAN SUGARMAN

Chief Commercial Officer,
GAIA AG

Kontakt: stan.sugarman@
gaia-group.com



HOSPITAL-AT-HOME: „WO IST DAS PROBLEM?“

Es gibt viele Argumente dafür, Teile der Krankenhausversorgung ins häusliche Umfeld zu verlagern. Warum tut Deutschland sich trotzdem so schwer?

TEXT: PHILIPP GRÄTZEL VON GRÄTZ

Eine Studie, die das Institut für angewandte Versorgungsforschung (inav) im Auftrag der Rhön Stiftung erstellt hat, geht der Frage nach, mit welchen Hürden Hospital-at-Home-Konzepte im deutschen Gesundheitswesen konfrontiert sind. „Die Studienlage ist überwältigend“, sagte inav-Chef Prof. Volker Amelung. Hospital-at-Home sei eines der Konzepte, bei dem es tatsächlich gelingen könne, bessere Versorgung zu niedrigeren Kosten bei höherer Patientenzufriedenheit zu erreichen.

Wichtig: Hospital-at-Home sind nicht ambulante Leistungen, die durch Krankenhäuser erbracht werden. Es geht um Patient:innen, die die Qualifikation und die Möglichkeiten eines Krankenhauses brauchen – aber dort nicht zwingend liegen müssten. Es geht um Dinge wie COPD, onkologische Erkrankungen, Frühgeburtlichkeit sowie generell die geriatrische Versorgung. Unterschieden wird der Admission-Avoidance-Ansatz, bei dem stationäre Aufenthalte von vornherein vermieden werden sollen, vom Early-Discharge-Ansatz, der eine frühzeitige Entlassung anstrebt. Das aktuell laufende, vom inav mitkonzipierte Innovationsfondsprojekt „Virtual Ward“ folgt dem ersten Ansatz: Bewohner:innen von Pflegeheimen, die Krankenhausbetreuung brauchen, sollen diese direkt im Pflegeheim erhalten – ohne Transport und neue Umgebung. Frühentlassungen bei Frühgeburtlichkeit wären ein typisches Beispiel für den zweiten Ansatz.

UNTER 104 PUBLIKATIONEN KEINE AUS DEUTSCHLAND

Für den vom inav erstellten Scoping-Review, den die inav-Wissenschaftlerin Anna-Lena Brecher vorstellte, wurde Evidenz aus insgesamt 104 Publikationen ausgewertet, die zwischen 2015 und Anfang 2025 publiziert wurden. „Vorreiter sind die USA, Spanien und Großbritannien“, so Brecher. Aus diesen Ländern stammen jeweils zehn oder mehr Publikationen. Keine einzige der 104 Publikationen kam primär aus Deutschland.

Bei den Indikationen für die Hospital-at-Home-Versorgung dominierten die Atemwegserkrankungen, gefolgt von Infektionen und kardiovaskulären Erkrankungen. Explizit geriatrische Szenarien waren immerhin in 15 Publikationen Thema, es folgen Onkologie, Pädiatrie, (post-)chirurgische Versorgung und Palliativmedizin. Tatsächlich, so Brecher, gebe es sogar eine ganze Reihe von Studien bzw. Publika-

tionen, die breit aufsetzen und sich nicht auf eine Indikation festlegen.

DAS RISIKO IST NICHT HÖHER ALS IM KRANKENHAUS

Beispielhaft stellte Brecher einen recht aktuellen Cochrane Review zur Hospital-at-Home-Thematik vor, der auf Admission-Avoidance-Konzepte fokussiert hatte (Edgar K et al. Cochrane Database Syst Rev 2024; CD007491). Er umfasst insgesamt rund 3 100 Patient:innen aus 20 randomisierten Studien. Die Kernbotschaft: In Sachen Gesamtsterblichkeit machen Hospital-at-Home-Konzepte keinen Unterschied, sie sind also nicht mit einem höheren Sterberisiko behaftet.

Es gibt auch nicht häufiger Krankenhaus(wieder)aufnahmen als bei primär stationärer Versorgung. Dafür war das Risiko, sechs Monate später in stationärer Langzeitpflege zu sein, in der Hospital-at-Home-Gruppe nur in etwa halb so hoch: „Hospital-at-Home scheint dazu beizutragen, dass Menschen länger und sicher in der Häuslichkeit verbleiben können“, so Brechers Fazit aus diesem Review.

BEISPIEL BARCELONA: POSTOPERATIVE HOSPITAL-AT-HOME-BETREUUNG

Ein konkretes Versorgungsbeispiel liefert eine Kohortenstudie der Universitätsklinik in Barcelona, an der in den Jahren 2021 bis 2023 insgesamt 325 Patient:innen teilnahmen, die nach operativen Eingriffen frühzeitig entlassen wurden. Auch hier: Es geht nicht um die auch in Deutschland bekannte Fast-Track-Chirurgie, es geht um Patient:innen, die noch stationäre Versorgung brauchen, diese aber nicht im Krankenhaus, sondern zu Hause erhalten (Ugarte A et al. Ann Surg 2024; 279(5):727-33).

Die Patient:innen hatten u. a. Nierentransplantationen, Appendektomien und bariatrische Operationen über sich ergehen lassen. Nach der Operation wurde anhand festgelegter Einschlusskriterien überprüft, wer

sich für die häusliche Versorgung eignete. Zu Hause erfolgte dann je nach Konstellation Schmerztherapie, chirurgische Wundversorgung, Vitalparameter-Monitoring, Physiotherapie oder alles zusammen. Die Ärzt:innen wurden täglich telemedizinisch zugeschaltet, machten also Visiten wie sonst auch. Insgesamt ziehen die Spanier eine sehr positive Bilanz: Im Schnitt wurde der Klinikaufenthalt um drei Tage verkürzt, es wurden 1 551 Bettentage eingespart. Eine Wiederaufnahme innerhalb von 30 Tagen war bei 7 Prozent der Patient:innen nötig, wobei davon ein Drittel aus Gründen aufgenommen wurden, die mit der Operation selbst nichts zu tun hatten.

BEISPIEL UK: GELD SPAREN MIT COPD-AT-HOME

Ein weiteres Beispiel aus der klassischen Hospital-at-Home-Indikation COPD kommt aus Großbritannien, wo es vor allerdings schon zehn Jahren an drei Kliniken eine randomisierte Studie mit gesundheitsökonomischer Evaluation gab (Echevarria C et al; COPD 2016; 13(4):523-33). Die Eignung für die Hospital-at-Home-Versorgung wurde hier u. a. am DECAF-Score festgemacht. Insgesamt 118 Patient:innen nahmen teil. Die häusliche Betreuung erfolgte sowohl durch Respiratory Speciality Nurses als auch telemedizinisch durch die Krankenhauspneumolog:innen.

Medizinisch funktionierte das, was bei der COPD auch vorher schon gut belegt war. Interessant sind die ökonomischen Daten. Die Versorgungskosten pro Person über 90 Tage waren bei Hospital-at-Home-Versorgung im Schnitt um rund 1 000 britische Pfund geringer, im Wesentlichen durch die geringere Zahl an Krankenhaustagen bedingt. Hospital-at-Home-Patient:innen waren im Schnitt einen Tag im Krankenhaus, regelversorgte Patient:innen fünf Tage. Basierend auf qualitätsadjustierten Lebensjahren berechneten die Ökonom:innen >

Abbildung 16: Empfehlungen und Voraussetzungen für zukünftige Hospital@Home-Pilotprojekte



Abbildung: Empfehlungen und Voraussetzungen für zukünftige Hospital@Home-Pilotprojekte, Quelle: Rhön Stiftung, „Hospital@Home – Ein innovatives Versorgungskonzept für die Gesundheitsversorgung der Zukunft“, November 2025

eine Wahrscheinlichkeit von 90 Prozent, dass die Hospital-at-Home-Versorgung mit diesen Zahlen auch real kosteneffektiv ist. Die Patient:innen wurden hier auch konkret gefragt, was sie von der Sache hielten. Und auch da war das Ergebnis eindeutig: 90 Prozent sagten, sie bevorzugten die Heimbetreuung.

SEKTORENGRENZEN, TECHNISCHE DEFIZITE UND PERSONALMANGEL

Wenn die Datenlage so ist, wie sie ist, warum tut sich in Deutschland dann – außer dem genannten Innovationsfonds-Projekt – in Sachen Hospital-at-Home-Versorgung so herzlich wenig? Amelung sieht drei große Hürden oder eher Problembereiche, die derartige Projekte speziell in Deutschland stark erschweren, nämlich die nach wie vor starren Sektorengrenzen, eine unzureichende technische Infrastruktur und einen Mangel an qualifiziertem Gesundheitsfachpersonal.

Beim Stichwort Sektorengrenzen denkt Amelung nicht nur an regulatorische Rahmenbedingungen, die ein

Engagement von Krankenhäusern in der Häuslichkeit erschweren. Es gehe auch um „mentale Sektorengrenzen“: Das Wohnzimmer der Patient:innen ist in den Köpfen der Akteur:innen des Gesundheitswesens Teil der ambulanten Welt. Bei der Technik geht es zum einen um einen flächendeckenden Breitbandzugang. Hospital-at-Home impliziert ein krankenhausanaloges Monitoring in Echtzeit, und das funktioniert nur, wenn die Netzwerk-anbindung und die Netzwerkstabilität das auch hergeben. Die zweite technische Lücke ist das Fehlen einer elektronischen Patientenakte, die diesen Namen verdient. Ein PDF-Safe kann die Grundlage für ein Hospital-at-Home-Szenario nicht sein. Und solange die ePA nicht mehr ist als ein auch noch unübersichtlicher PDF-Safe, sind für eine Hospital-at-Home-Versorgung andere Plattformen nötig, die dann erst mal aufgebaut werden müssen.

NICHT ZU KLEIN DENKEN

Aus all dem leiten die Wissenschaftler:innen des inav und leitet die Rhön

Stiftung eine Reihe von Empfehlungen für jene ab, die es trotz aller Hürden in Deutschland mit Hospital-at-Home-Pilotprojekten versuchen wollen. „Wir empfehlen, sehr eng in Patientenkollektiven zu denken“, so Amelung. Das hessische VirtualWard-Projekt fokussiert auf Pflegeeinrichtungen. In Hannover wird aktuell über ein Hospital-at-Home-Projekt bei Transplantationspatient:innen nachgedacht. Und einen weiteren Hospital-at-Home-Innovationsfonds-Antrag gibt es für Patient:innen nach Sturz.

Ein zweiter Erfolgsfaktor sind Amelung zufolge hinreichend große Strukturen, sprich große Krankenhäuser mit höherer Versorgungsstufe in eher urbanen Regionen: „Hospital-at-Home macht keinen Sinn, wenn es nur fünf bis sechs Patienten gibt. Man muss sich Gedanken machen, wie man das skaliert kriegt. Es braucht Strukturen, die langfristig aufgesetzt sind und über drei bis fünf Jahre aufgebaut werden.“ Zu solchen Strukturen gehören – ein weiterer Erfolgsfaktor – Kooperationen mit ambulanten medizinischen Einrichtungen aller Art. Es braucht eine technische Infrastruktur, und natürlich müssen sich alle, die mit Hospital-at-Home-Gedanken spielen, mit dem Thema Finanzierung beschäftigen. Stand im Moment kommen hier Amelung zufolge – jenseits der Förderprojekte – in erster Linie Selektivverträge nach § 140a SGB V infrage. ■

Die vollständige Studie „Hospital@Home – Ein innovatives Versorgungskonzept für die Gesundheitsversorgung der Zukunft“ finden Sie unter:

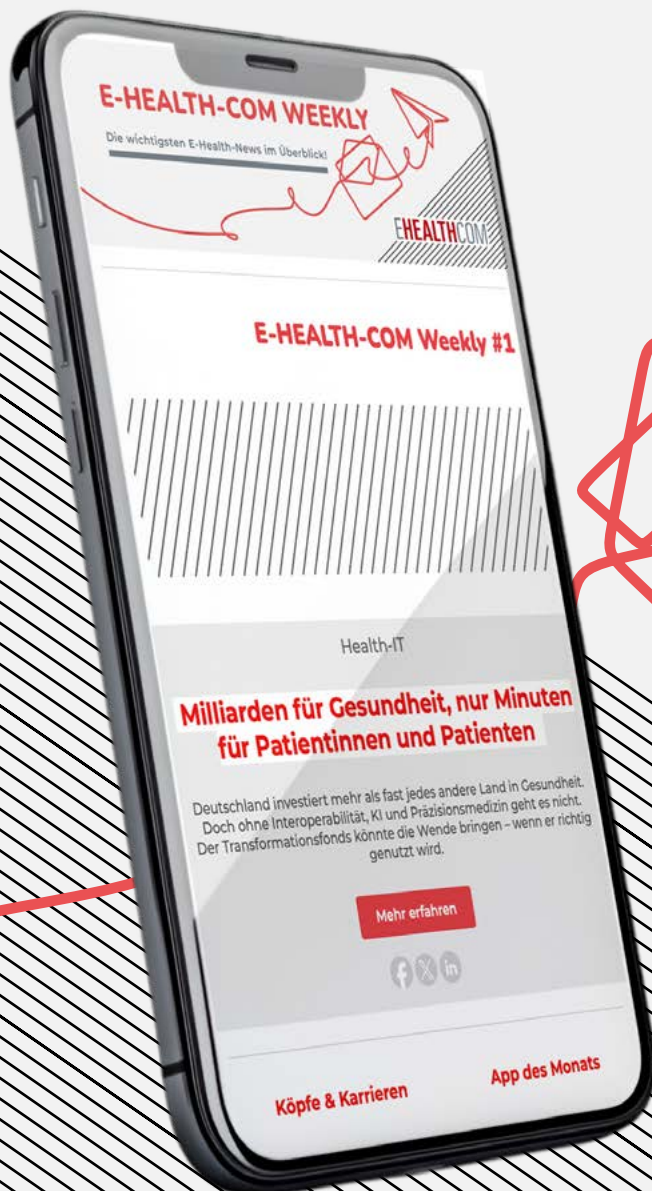
https://www.rhoen-stiftung.de/wp-content/uploads/2025/11/RSt_Hospital@Home.pdf

■ PHILIPP GRÄTZEL VON GRÄTZ

ist Chefredakteur der E-HEALTH.COM.
Kontakt: p.graetzel@e-health-com.de

E-HEALTH-COM WEEKLY

Die wichtigsten E-Health-News im Überblick!



EHEALTHCOM

BEREITSCHAFTSDIENST UND NOTFALLREFORM: » WIR BRAUCHEN EINE ANDERE STEUERUNG «

Strukturreformen im deutschen Gesundheitswesen sind unerlässlich. Eine Notfallreform, die diesen Namen verdient, ist eine wichtige Teilkomponente. Bundespolitisch ist das alles nicht so einfach, derzeit nimmt die Bundesregierung den dritten Anlauf. Was bei entsprechendem Reformwillen auf regionaler Ebene erreichbar ist, macht unter anderem die KV Niedersachsen (KVN) vor. Im Gespräch mit E-HEALTH-COM berichtet KVN-Vize Thorsten Schmidt über ein Projekt, das Maßstäbe im Bereitschaftsdienst setzt – und das auch Impulse für eine große Notfallreform geben kann.

INTERVIEW: PHILIPP GRÄTZEL VON GRÄTZ





Thorsten Schmidt
ist stellvertretender Vorsitzender
der Kassenärztlichen Vereinigung
Niedersachsen (KVN).

Herr Schmidt, geben Sie uns einen kurzen Überblick über die Notfallversorgung in Deutschland. Wie ist die Aufgabenverteilung zwischen Notaufnahmen und ärztlichem Bereitschaftsdienst?

Der ärztliche Bereitschaftsdienst ist im Grunde die Fortführung der Sprechstunde außerhalb der Sprechstundenzeiten. Wenn die Praxen geschlossen haben, kann man sich über die 116117 an den ärztlichen Bereitschaftsdienst wenden. Das ist die zentrale Rufnummer, die seit 2012 existiert. Wenn Sie dort anrufen, werden Sie zunächst eingeschätzt. Wenn es ein kritisches Beschwerdebild ist, können wir direkt an die 112 weitergeben. In anderen Fällen, zum Beispiel bei akuten Atemwegserkrankungen, akuten Schmerzen oder Kreislaufproblemen, wird der ärztliche Bereitschaftsdienst involviert. Dafür gibt es zum einen geöffnete Bereitschaftsdienstpraxen, zum anderen den aufsuchenden Bereitschaftsdienst – insbesondere für Bürgerinnen und Bürger, die nicht so mobil sind.

Als KV sind Sie zuständig für den ärztlichen Bereitschaftsdienst, während die Notfallrettung Landesaufgabe ist. Ein paar Zahlen: Wie viele Ärztinnen und Ärzte nehmen in Niedersachsen am Bereitschaftsdienst teil? Und in welchem Umfang wird dieser Bereitschaftsdienst von den Bürgerinnen und Bürgern in Anspruch genommen?

Bis Sommer 2025 waren 14 500 niedersächsische Ärztinnen und Ärzte prinzipiell verpflichtet, den Bereitschaftsdienst durchzuführen. In einer typischen Nacht gibt es zwischen 500 und 1000 Anrufe, und bei 80 bis 90 Prozent gibt es dann auch eine medizinische Versorgung.

Im Sommer 2025 haben Sie das System dann geändert und eine Reform initiiert, die weit über Ihr Bundesland hinaus Aufmerksamkeit erregt und auch mit Digitalisierung zu tun hat. Warum war eine Reform überhaupt nötig?

Der bisherige Bereitschaftsdienst war im Grunde ungeeignet. Je nachdem, wo man niedergelassen war, war es unterschiedlich, wie häufig man im Bereitschaftsdienst tätig sein musste und ob man sich vertreten lassen konnte oder nicht. Insbesondere mit Blick auf die Niederlassung von jungen Ärztinnen und Ärzten war das ein Thema, das wurde uns immer wieder zurückgespiegelt. Deswegen haben wir gesagt: Wir brauchen eine Regelung, die für alle Ärztinnen und Ärzte in Niedersachsen gleich ist und die auch einen Anreiz für die Niederlassungen setzt. Über 97 Prozent aller Behandlungsfälle werden tagsüber in den Sprechstunden abgearbeitet, nur knapp 3 Prozent im Bereitschaftsdienst. Das heißt: Der entscheidende Faktor bei uns ist die Sicherstellung tagsüber, denn

die Arbeit in den Praxen muss so attraktiv wie möglich gemacht werden.

Sie haben den Bereitschaftsdienst komplett neu aufgesetzt. Wie läuft das jetzt ab?

Für die Patientinnen und Patienten ändert sich erst mal gar nichts. Sie rufen weiterhin die 116117 an. Dort gibt es eine Ersteinschätzung über das bundesweit zentrale System SmED, also die Strukturierte medizinische Ersteinschätzung in Deutschland. Danach bekommen alle als Allererstes einen telemedizinischen Kontakt, entweder per Telefon oder per Video, damit das Beschwerdebild eingeschätzt werden kann. In vielen Fällen kann die Versorgung abschließend telemedizinisch erfolgen, alternativ werden weitere Maßnahmen eingeleitet – eine Zuweisung an eine Bereitschaftsdienstpraxis, ein aufsuchender Bereitschaftsdienst oder die Weitergabe an die 112.

Geht das auch schon über die 116117-App? Dort könnte eine Videosprechstunde ja direkt integriert werden.

Man kann über die App den Bereitschaftsdienst erreichen, aber eine vernünftige Videosprechstunde lässt die App aktuell noch nicht zu. In der Regel wird angerufen, die Patientendaten werden aufgenommen, die Ersteinschätzung erfolgt und dann gibt es entweder einen direkten Rückruf von einem Arzt oder einer Ärztin, oder es wird ein Link zu einer Videosprechstunde per SMS oder per Mail zugeschickt. Dabei erfolgt der erste ärztliche Kontakt per Telefon oder Video innerhalb von maximal 30 Minuten, das war unsere Vorgabe. Tatsächlich erreichen wir aktuell eine Durchschnittszeit von knapp neun Minuten.

Sie haben sich für das Projekt als KV Niedersachsen Partner ausgewählt, zum einen die Telemedizinplattform TeleClinic, zum anderen die Johanniter, die den aufsuchenden Bereitschaftsdienst organisieren. Warum braucht es solche Partner?

Bei der Telemedizin haben wir zunächst die Voraussetzungen definiert: Wir brauchen die Möglichkeit, ein E-Rezept und eine eAU auszustellen. Der Arzt oder die Ärztin soll außerdem von überall in Deutschland zugreifen können. Und er oder sie muss eine entsprechende Abrechnungsdatei haben. Für all das braucht es eine technische Plattform, die zudem den deutschen Datenschutzanforderungen genügt. So etwas können und wollen wir als KV nicht selbst entwickeln. Dementsprechend haben wir ausgeschrieben, und letztlich gab es dann nur einen Anbieter, der unsere Anforderungen abdecken konnte, nämlich die TeleClinic.

Beim aufsuchenden Bereitschaftsdienst war unser Anliegen, dass nicht mehr alle Ärzte und Ärztinnen ver-



» In vielen Fällen kann die Versorgung abschließend telemedizinisch erfolgen, alternativ werden weitere Maßnahmen eingeleitet. «

pflichtet sind, sondern dass das freiwillig erfolgen soll. Dazu brauchten wir jemanden, der das für uns organisiert. Da hat sich dann eine Reihe von Anbietern beworben, die meist auch im Rettungsdienst tätig waren, und am Ende fiel die Wahl auf die Johanniter. Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte können sich dort neben der Praxistätigkeit anstellen lassen. Aber es gibt eben keine Verpflichtung zum aufsuchenden Bereitschaftsdienst mehr. Gleichzeitig haben wir mit diesem Modell mit Blick auf das sogenannte Pool-Arzt-Urteil eine sozialversicherungsrechtlich völlig einwandfreie Lösung geschaffen.

Zurück zur Telemedizin: Wie genau sieht das Kooperationsmodell mit der Plattform aus? Ist das ein nutzungsabhängiges Abo-Modell?

Wir haben einen Grundvertrag abgeschlossen, der besagt, dass uns die Plattform als White-Label-Plattform zur Verfügung gestellt wird. Da steht dann nicht TeleClinic, sondern KVN.akut drauf. Die Gebühren für die Nutzung dieser tech-

nischen Plattformen entrichten wir als KV nutzungsabhängig. Da wir ziemlich genau wissen, wie viel Anrufe wir im Schnitt haben, lässt sich das ganz gut kalkulieren.

Die kommerziellen Telemedizinplattformen sind ja nicht überall im KV-System gleich beliebt. Es gibt KVen, die solche Plattformen verklagen. Warum haben Sie da in Niedersachsen weniger Berührungängste?

Wir hatten unsere Anforderungen, und wir brauchten jemanden, der das umsetzen kann. Insofern hatten wir da keine Berührungängste. Ich sage mal so: Wir haben uns nicht an ideologischen Fragestellungen festgebissen.

Einen Dienstplan für den Bereitschaftsdienst gibt es ja jetzt nicht mehr. Wie gelingt die Sicherstellung?

Es gibt in der Tat keine Dienstpläne mehr, sondern es gibt einen Pool von Ärztinnen und Ärzten, die die entsprechenden Anrufe freiwillig übernehmen können. Dieser Pool ist immer so groß, dass unsere gewünschte Kontakt- >

» Wir fordern einen verpflichtenden Anruf bei der 116117 für eine Ersteinschätzung. «

zeit erreicht wird, bzw. mit neun Minuten sogar deutlich geringer ausfällt als gedacht. Dabei hilft uns die deutschlandweite Abdeckung, wobei wir gesagt haben, dass mindestens 90 Prozent der Ärztinnen und Ärzte aus Niedersachsen kommen sollten. Es gab dann im Nachgang noch die eine oder andere Abstimmung mit anderen KV-Bezirken, wenn dort Ärztinnen und Ärzte Interesse hatten, Dienste bei uns zu übernehmen. So etwas gab es ähnlich aber in der Vergangenheit auch schon. Prinzipiell streben wir an, uns in Richtung 100 Prozent niedersächsische Ärztinnen und Ärzte zu bewegen.

Sie haben jetzt seit 1. Juli 2025 rund fünf Monate Erfahrung. Wie ist Ihre Zwischenbilanz?

Es läuft sehr, sehr gut. Wir hatten bis Anfang November rund 45 000 telemedizinische Kontakte im Bereitschaftsdienst. Von denen wurden gut 80 Prozent telemedizinisch fallabschließend abgearbeitet. Da helfen E-Rezept und eAU natürlich sehr. Tatsächlich ist die E-Rezept-Quote aber gar nicht so hoch, sie liegt aktuell bei 16 bis 17 Prozent der Fälle. Häufig reicht das ärztliche Gespräch, um das Beschwerdebild einzuordnen, Antworten auf Unsicherheiten zu geben oder Fragen zu beantworten zu einer Medikation, die ohnehin schon im Haus ist. In knapp 20 Prozent der Fälle ist ein physischer Kontakt nötig, wobei wir in Niedersachsen nicht nur Ärztinnen und Ärzte rausschicken, sondern auch Gesundheitsfachkräfte, die ebenfalls bei den Johannitern angestellt sind. Das sind Krankenschwestern oder medizinische Fachangestellte mit zusätzlicher Schulung. Außerdem gibt es grundsätzlich noch einen Fahrer, der auch administrative Tätigkeiten übernehmen kann. Es fährt also niemand allein. Die Gesundheitsfachkraft ist übrigens telemedizinisch angebunden an einen Arzt oder an eine Ärztin. Wenn entsprechende Expertise nötig ist, dann kann die eingeholt werden.

Was haben Sie bisher an Rückmeldungen bekommen – von Ihren Ärztinnen und Ärzten in der KV, aber auch von Bürgerinnen und Bürgern?

Das Feedback der Bürgerinnen und Bürger können wir nur indirekt an der Anzahl der Beschwerden festmachen. Die ist deutlich rückläufig, was wir auf den sehr schnellen telemedizinischen Arzt-Patienten-Kontakt zurückführen. Zusätzlich haben wir bei der Telemedizin auch noch ein Beurteilungssystem eingeführt, mit einer Skala von null bis fünf. Da liegen die Ärztinnen und Ärzte regelhaft weit über vier. Aufseiten unserer Mitglieder ist die überwiegende Zahl froh, den Bereitschaftsdienst nicht mehr selbst durchführen zu müssen. Und die, die im Bereitschaftsdienst noch tätig sein wollen, haben jetzt zusätzlich ein komfortables telemedizinisches System, was durchaus positiv gesehen wird. Natürlich gibt es im laufenden Betrieb immer mal wieder Anpassungsbedarf, sei es mit Blick auf die Vergütung oder mit Blick auf die Prozesse.

Wie sind die Reaktionen aus anderen KV-Bezirken?

Es gibt mittlerweile viele KVen, die ähnliche Angebote machen oder darüber nachdenken – Bayern und Baden-Württemberg zum Beispiel, die aber einen etwas anderen Weg gehen als wir. Es gibt da kein Besser oder Schlechter, wir müssen einfach voneinander lernen. Letztlich ist nicht die Frage entscheidend, wer der Dienstleister oder Partner ist, sondern es geht darum, welche Anforderungen es im jeweiligen KV-Bezirk konkret gibt.

Sie nutzen das SmED-Tool, das bundesweit einheitlich ist. Könnten Sie sich vorstellen, dass solche Tools künftig noch leistungsfähiger werden? Stichwort Künstliche Intelligenz.

Auf jeden Fall. Das System wird in Deutschland über das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (Zi) ständig evaluiert und soll auch verbessert werden. Sprache und Übersetzung sind ein offensichtliches Thema, KI kann sicher die eine oder andere Sprachhürde überwinden helfen. Aber auch in den Prozessen wird KI künftig eine größere Rolle spielen. Wichtig ist: SmED ist ein Medizinprodukt, es muss immer die entsprechenden regulatorischen Anforderungen erfüllen. Deswegen wird es nicht von heute auf morgen Veränderungen geben.

Aber prinzipiell ist das Zi an dem Thema dran. Ich verspreche mir da schon eine weitere Beschleunigung des ganzen Verfahrens. Insbesondere die Erstinanspruchnahme können in vielen Fällen sicher auch Sprachbots beziehungsweise KI-hinterlegte Apps übernehmen. Das würde bei der Einwahl in die 116117 zu kürzeren Wartezeiten führen.

Kommen wir abschließend noch zur Notfallreform auf Bundesebene. Da nimmt die aktuelle Bundesgesundheitsministerin Nina Warken jetzt einen neuen Anlauf, nachdem sich sowohl Jens Spahn als auch Karl Lauterbach an dem Thema die Zähne ausgebissen hatten. Was würden Sie, mit den Erfahrungen, die Sie jetzt gesammelt haben, der Politik mit Blick auf eine breitere Notfallreform mitgeben wollen?

Ein wesentlicher Punkt, der im Gesetzentwurf fehlt, ist die verpflichtende Patientensteuerung. Es ist nach wie vor so, dass den Patientinnen und Patienten ermöglicht wird, alle Optionen des Gesundheitswesens zu nutzen. Wir fordern einen verpflichtenden Anruf bei der 116117 für eine Ersteinschätzung. Dazu gehört auch, dass die Patientinnen und Patienten nicht einfach in die Notaufnahme marschieren können, obwohl sie da gar nicht hingehören. Ich denke schon, dass einige Patientinnen und Patienten, die heute für volle Notaufnahmen sorgen, auch telemedizinisch versorgt werden können.

Was wir für falsch halten: den telemedizinischen Bereitschaftsdienst und den aufsuchenden Bereitschaftsdienst 24/7 zur Verfügung zu stellen. Innerhalb der Praxisöffnungszeiten gibt es Anlaufstellen, und wir haben da auch gar nicht die Kapazitäten, noch zusätzliche Dienste aufzubauen. Tagsüber sollte das Primat der ärztlichen Praxis gelten.

Der dritte Punkt sind die sogenannten Integrierten Notfallzentren (INZ). Hier wünschen wir uns eine kooperative Zusammenarbeit. Nicht jedes Krankenhaus braucht ein INZ. Im Rahmen der Krankenhausreform sollte die Anzahl der in Notfällen ansprechbaren Krankenhäuser insgesamt verringert werden. Jedes Krankenhaus mit INZ sollte dann aber auch über die 116117 ansteuerbar sein.

INZ und Telemedizinplattformen schließen sich also nicht aus, sondern ergänzen sich?

Das muss sich ergänzen. Wir brauchen ein gutes Telemedizinangebot, aber wir brauchen auch Präsenz-anlaufstellen, das geht gar nicht anders.

Eine Frage, die eine Notfallreform beantworten muss, lautet: Was mache ich mit den Patientinnen und Patienten, die einfach ungefragt in die Notaufnahmen gehen? Was ist da Ihre Vorstellung? Kommen hier die INZ ins Spiel?

Auch bei den INZ würde ich mir wünschen, dass alle vorher ersteingeschätzt werden. Wer über die 116117 in ein INZ kommt, der sollte unserer Auffassung nach mit einem entsprechenden Barcode ausgestattet werden, sodass diese Patientinnen und Patienten dann Vorrang vor ande-

ren, nicht dringend zu versorgenden Patientinnen und Patienten haben. Es muss sich lohnen, vorher anzurufen. Ich mache übrigens niemandem einen Vorwurf, der heute primär ins Krankenhaus geht. Wir machen als Gesundheitswesen dieses Angebot, da müssen wir uns nicht wundern, dass es genutzt wird.

Auf Dauer werden wir das so aber in Zeiten des Fachkräftemangels nicht durchhalten, das ist nicht effizient. Wir brauchen beim Zugang eine andere Steuerung. ■

■ DAS INTERVIEW FÜHRTE PHILIPP GRÄTZEL VON GRÄTZ, CHEFREDAKTEUR E-HEALTH-COM.



NEU: E-HEALTH-TALK **Der E-HEALTH-COM Podcast**

Das Interview mit Thorsten Schmidt von der KV Niedersachsen gibt es auch als Podcast in unserem neuen Format „E-Health-Talk – der E-HEALTH-COM Podcast für ein besseres Gesundheitswesen“.

Jetzt überall, wo es Podcasts gibt.



SASCHA RADDATZ ÜBERNIMMT DIE HAUPTGESCHÄFTSFÜHRUNG DES BVITG

INHALT

48 Einschätzung zur wirtschaftlichen Lage der Health-IT-Branche

49 Politischer Abend

49 Positionspapier zu digitalen Medikationsprozessen

50 Neuer bvitg-Vorstand



Der **BVITG MONITOR** auf den Seiten 46 bis 51 dieser Ausgabe von **E-HEALTH-COM** wird verantwortet vom Bundesverband Gesundheits-IT – bvitg e.V., Markgrafenstraße 56, 10117 Berlin.

v. i. S. d. P.: Sascha Raddatz

Ein vertrautes Gesicht an der Spitze des bvitg: Sascha Raddatz übernimmt die Hauptgeschäftsführung. Er ist seit über zwei Jahren im Verband tätig und folgt auf Melanie Wendling. Ihr dankt der Vorstand ausdrücklich für ihr großes Engagement und ihre prägende Arbeit in den vergangenen Jahren.

Zuletzt verantwortete Sascha Raddatz als Bereichsleiter Politik & Kommunikation die politische Interessenvertretung und die strategische Kommunikation des Verbands. Seine beruflichen Stationen führten ihn – neben und nach seinem Studium der Geschichtswissenschaften sowie der Zukunfts- und Innovationsforschung – in unterschiedliche Funktionen im Deutschen Bundestag. Der 1990 geborene Raddatz lebt und arbeitet in Berlin.

In seiner neuen Rolle setzt Raddatz auf Dialog, Zusammenarbeit und klare Rahmenbedingungen für die digitale Gesundheitswirtschaft. „Die kom-

menden Jahre entscheiden darüber, ob die digitale Transformation im Gesundheitswesen ihr volles Potenzial entfalten kann. Dafür brauchen wir eine stabile Telematikinfrastruktur, praxisnahe Gesetze und einen echten Dialog zwischen Politik und Industrie“, betont er. Gemeinsam mit den Mitgliedsunternehmen wird der bvitg mit Nachdruck daran arbeiten, dass Innovationen unter verlässlichen Bedingungen nachhaltig in der Versorgung ankommen. ■

Ein ausführliches Interview mit Sascha Raddatz lesen Sie in der nächsten Ausgabe.



(v.l.): Dr. Reinhard Pfeiffer (Co-CEO Messe München), Matthias Meierhofer (bvitg-Vorstandsvorsitzender), Dagmar Brandenstein (Geschäftsführerin bvitg Service GmbH), Sascha Raddatz (bvitg Hauptgeschäftsführer), Stefan Rummel (Co-CEO Messe München)

DMEA FINDET AB APRIL 2027 IN MÜNCHEN STATT

Europas wichtigster Treffpunkt der Digital Health-Branche mit mehr als 20000 Besucher:innen wechselt von Berlin nach München. Der neue Standort ermöglicht die strategische Weiterentwicklung der DMEA zum Vorteil für Branche, Aussteller und Besucher:innen.

„München markiert die nächste Stufe der Erfolgsgeschichte. Die DMEA

bleibt das Original und entfaltet hier ihr volles internationales Potenzial – an einem Standort mit herausragender Infrastruktur, globaler Vernetzung und einzigartiger Strahlkraft für die digitale Gesundheitswirtschaft“, erklärt Sascha Raddatz, bvitg-Hauptgeschäftsführer. ■

Save the date: 13. bis 15. April 2027

NEUE ARBEITSGRUPPE „TI-BASIERTE VERSORGUNGSPROZESSE“

Der bvitg hat die Arbeitsgruppe „TI-basierte Versorgungsprozesse (TIV)“ ins Leben gerufen. Sie widmet sich der Optimierung der Telematikinfrastruktur, fördert Interoperabilität und entwickelt

praxisnahe Lösungen im Dialog mit der gematik. Interessierte Unternehmen können Kolleg:innen zur Mitarbeit anmelden; Termine werden im bvitg-Intranet bekanntgegeben. ■



VERSTÄRKUNG FÜR DIE BVITG-GESCHÄFTSSTELLE

Seit Dezember 2025 unterstützen Nora Holz (Foto links) und Joelle Mistele (Foto rechts) das Team. Während Nora Holz (nora.holz@bvitg.de) als Referentin eHealth ihre Expertise einbringt, unterstützt

Joelle Mistele (joelle.mistele@bvitg.de) das Team als studentische Mitarbeiterin bei der Organisation der DMEA. Herzlich willkommen und wir freuen uns auf die Zusammenarbeit! ■



MIT EINER STIMME

„Und was macht ihr da eigentlich beim bvitg?“ Diese Frage zeigt, wie erklärungsbedürftig Digitalisierung im Gesundheitswesen noch immer ist: zu komplex, zu reguliert, zu viele Akteure. Dabei wächst die E-Health-Branche jährlich um mehr als sechs Prozent, und digitale Lösungen gelten als Schlüssel für ein leistungsfähiges und zukunftssicheres Gesundheitswesen.

Gleichzeitig klaffen Anspruch und Realität oft auseinander. Ambitionierte Ziele treffen auf enge Fristen, offene Finanzierungsfragen und einen Regulierungsrahmen, der Innovation nicht immer fördert. Technische Entscheidungen haben weitreichende Folgen für die Versorgung – und werden nicht selten unter hohem Zeitdruck getroffen.

Hier kommt die Rolle eines Verbands wie des bvitg ins Spiel. Eine Interessenvertretung bündelt Expertise, ordnet komplexe Zusammenhänge und bringt die Perspektive der digitalen Gesundheitswirtschaft ein. Sie gibt einer vielfältigen Branche eine gemeinsame, konstruktive Stimme.

Was macht den bvitg aus? Drei Dinge sind zentral: Erstens das außergewöhnliche ehrenamtliche Engagement unserer Mitglieder und der Geschäftsstelle. Zweitens die DMEA als Europas wichtigste Plattform für digitale Gesundheitsversorgung, Austausch und Dialog. Drittens unsere Überzeugung, dass Digitalisierung kein Selbstzweck ist, sondern Versorgung besser, effizienter und patientenzentrierter machen muss.

Mit neuen politischen Zuständigkeiten und dem Digitalgesetz ist jetzt der richtige Zeitpunkt, diese relevanten Perspektiven einzubringen. ■

Sascha Raddatz

bvitg-Geschäftsführer

EINSCHÄTZUNG ZUR WIRTSCHAFTLICHEN LAGE DER HEALTH-IT-BRANCHE ZWISCHEN REGULIERUNG UND INNOVATION: DIE HEALTH-IT-BRANCHE IM AUFWIND

Die Gesundheitswirtschaft zählt mit einer Bruttowertschöpfung von über 490 Milliarden Euro zu den tragenden Säulen der deutschen Volkswirtschaft. Innerhalb dieses starken Ökosystems gewinnt die digitale Gesundheitswirtschaft zunehmend an Bedeutung: Mit aktuell rund 8,2 Milliarden Euro Bruttowertschöpfung ist sie zwar noch vergleichsweise klein, wächst jedoch dynamisch und entwickelt sich an der Schnittstelle von Versorgung, Technologie und Innovation zu einem unverzichtbaren Erfolgsfaktor für ein leistungsfähiges Gesundheitssystem.

Vor diesem Hintergrund hat der bvitg im Herbst 2025 Geschäftsführer:innen seiner Mitgliedsunternehmen zur wirtschaftlichen Lage der Health-IT-Branche befragt. 67 Top-Manager:innen haben ihre Einschätzungen geteilt und liefern ein klares Bild: Über 80 Prozent bewerten die wirtschaftliche Lage ihrer Unternehmen als gut oder sehr gut, 74 Prozent berichten von einer verbesserten Auftragslage in den vergangenen zwölf Monaten. Drei von vier Unternehmen sehen sich auf Wachstumskurs – ein deutliches Signal für die strukturelle Stärke der Branche.

Getragen wird diese Entwicklung von massiven Investitionen in die digitale Gesundheitsinfrastruktur. KHZG-Projekte, der Ausbau der TI 2.0, die verpflichtende Einführung der ePA, das längst etablierte E-Rezept, neue Interoperabilitätsvorgaben sowie der zunehmende Einsatz von KI erhöhen den Digitalisierungsdruck spürbar. Gleichzeitig verschärfen Personalengpässe im Gesundheitswesen den Bedarf an automatisierten, IT-gestützten Prozessen. Digitale Lösungen sind damit keine Kür mehr, sondern Pflicht.

Gleichzeitig zeigt die Umfrage ein ambivalentes Umfeld: Politische Vorgaben und öffentliche Finanzierung prägen die wirtschaftliche Lage stark, werden von vielen Unternehmen jedoch eher als Handicap denn als Rückenwind wahrgenommen.

Fachkräftemangel, steigende Kosten und regulatorische Komplexität bremsen die Entwicklung, ohne den positiven Trend grundsätzlich zu gefährden. Die Health-IT-Branche wächst, weil sie wachsen muss – und weil ein modernes Gesundheitssystem ohne sie nicht mehr funktionsfähig wäre.

Damit dieses Wachstum nachhaltig wirken kann, braucht es verlässliche politische Rahmenbedingungen. Zentrale Voraussetzungen sind verbindliche und konsistente Interopera-

bilitätsstandards, die Fragmentierung abbauen und echte Vernetzung ermöglichen. Ebenso notwendig ist eine dauerhafte, innovationsfreundliche Digitalisierungsfinanzierung, die Investitionen in Infrastruktur, Interoperabilität und IT-Sicherheit langfristig absichert – jenseits kurzfristiger Förderprogramme. Entscheidend sind zudem eine spürbare Entbürokratisierung und praxisnahe Regulierung, die Digitalisierung ermöglicht statt ausbremst sowie eine nationale Fachkräfteoffensive für digitale Gesundheit. Deutschland muss seine Rolle im EHDS, bei EUDI-Wallet-Anwendungen sowie bei Sicherheitsstandards und interoperablen Architekturen aktiv stärken und mitgestalten, damit Vorgaben innovationsfreundlich, praxistauglich und für Unternehmen gut umsetzbar sind – statt zusätzliche Bürokratie zu schaffen. Die Umfrage macht deutlich: Die technologische Basis ist vorhanden – jetzt kommt es auf die richtigen politischen Weichenstellungen an. ■



POLITISCHER ABEND DIGITALE DASEINSVORSORGE IM LÄNDLICHEN RAUM



Unter dem Titel „Wie gelingt digitale Daseinsvorsorge auf dem Land?“ lud der bvitg am 17. Dezember 2025 zum Politischen Abend ins AXICA. Im Mittelpunkt der Veranstaltung stand die Frage, wie digitale Lösungen dazu beitragen können, die gesundheitliche Versorgung auch jenseits urbaner Zentren nachhaltig zu sichern.

Den inhaltlichen Auftakt bildete eine Keynote von Prof. Daniel C. Baumgart (University of Alberta, Kanada). Mit seinem internationalen Blick zeigte er eindrucksvoll auf, wie digitale Technologien räumliche Distanzen

überwinden und neue Perspektiven für die Versorgung im ländlichen Raum eröffnen können.

Anschließend diskutierten Vertreter:innen aus Politik, Selbstverwaltung und Industrie in einer hochkarätig besetzten Panelrunde über die Notwendigkeit von Kooperationen – und darüber, warum vernetzte Lösungen Inselösungen klar überlegen sind. Auf dem Podium diskutierten Prof. Daniel C. Baumgart, Johanna Ludwig (gematik), Georg Münzenrieder (Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit, Pflege und Prävention), Dr. Philipp Stachwitz (Kassenärztliche Bundesvereinigung) sowie Matthias Meierhofer (Meierhofer AG), Vorstandsvorsitzender des bvitg. Die Diskussion wurde von Melanie Wendling moderiert.

Der Politische Abend setzte als letzte Veranstaltung im 30. Jubiläumsjahr des Verbandes einen würdigen Schlusspunkt unter ein erfolgreiches Jahr. Der bvitg bedankt sich herzlich bei allen Teilnehmenden für den offenen und inspirierenden Dialog. ■

AKTUELLES POSITIONSPAPIER: DIGITALE MEDIKATIONS- PROZESSE GEMEINSAM ZUKUNFTSFÄHIG GESTALTEN



Die Digitalisierung des Medikationsprozesses ist kein Selbstzweck, sondern eine zentrale Voraussetzung für mehr Patientensicherheit sowie für die Entlastung von Praxis- und Apotheken-Teams. Um dieses Potenzial zu heben, braucht es jetzt klare Entscheidungen statt digitaler Insellösungen.

Der bvitg spricht sich in seinem aktuellen Positionspapier für einen zukunftsfähigen, digital gestützten Medikationsprozess (dgMP) aus. Ziel ist ein einheitlicher Ansatz, der Medikationsinformationen systemübergreifend konsistent darstellt – unabhängig davon, ob sie digital genutzt oder ausgedruckt werden. Dabei muss der Mehrwert für alle Patient:innen gewährleistet sein, auch ohne verpflichtende Nutzung der elektronischen Patientenakte.

Zentrale Voraussetzung sind klare technische Vorgaben und verbindliche Datenstandards, um Komplexität und Fehlerquellen zu reduzieren. Zugleich braucht es den konsequenten Abschied vom veralteten bundeseinheitlichen Medikationsplan (BMP) hin zu einem modernen, volldigitalen elektronischen Medikationsplan (eMP).

Gesundheits-IT schafft die Infrastruktur für sichere, effiziente und praxistaugliche Versorgung. Jetzt gilt es, die digitalen Medikationsprozesse gemeinsam nachhaltig auszurichten. ■

Das Positionspapier steht auf der

Webseite zum Download bereit:

<https://www.bvitg.de/publikationen/positionspapiere/>

BILD: © GRAPHICS_BAZAAR – STOCK.ADOBE.COM, 1622078551, STAND-LIZ.



BVITG-VORSTAND KONTINUITÄT TRIFFT AUFBRUCH – DAS NEUE VORSTANDSTEAM STELLT SICH VOR

Im Rahmen der Mitgliederversammlung am 24. November 2025 hat der Bundesverband Gesundheits-IT – bvitg e. V. sein neues Vorstandsteam gewählt.



Der neu gewählte bvitg-Vorstand (v.l.): Dr. Ralf Brandner, Matthias Meierhofer, Ecky Oesterhoff, Dr. Viola Henke, Heiko Mania und Dr. Daniel Diekmann

Vorstandsvorsitzender bleibt Matthias Meierhofer (Meierhofer AG), wiedergewählt wurden auch Dr. Viola Henke (DMI GmbH & Co. KG) als stellvertretende Vorstandsvorsitzende und Heiko Mania (NursIT Institute GmbH) als Vorstandsmitglied. Neu bzw. erneut im Vorstand sind Dr. med. Daniel Diekmann (ID GmbH & Co. KGaA) als Finanzvorstand und die Vorstandsmitglieder Dr. Ralf Brandner (x-tention Informationstechnologie GmbH) und Ecky Oesterhoff (CGM Clinical Deutschland GmbH).

Die Amtszeit des neuen Vorstands ist auf zwei Jahre festgelegt. Nicht mehr zur Vorstandswahl angetreten waren in diesem Jahr Beate Jonas (Nuance | A Microsoft Company), Bernhard Calmer (CGM Clinical Europe GmbH) sowie Jens Naumann (medatixx GmbH & Co. KG).

NEUER VORSTAND, NEUE PERSPEKTIVEN

Wir haben den bvitg-Vorstandsmitgliedern zwei Fragen gestellt – und Einblicke in ihre Prioritäten und Visionen für die digitale Gesundheitsversorgung erhalten.

In dieser Ausgabe lernen Sie die Hälfte unseres neuen Vorstands kennen – die anderen drei stellen wir Ihnen im nächsten Heft vor.



DR. RALF BRANDNER

Nach einer Pause bist du wieder zurück im bvitg-Vorstand. Was hat dich dazu bewogen, erneut Verantwortung im Verband zu übernehmen, und mit welchem geschärften Blick auf die Herausforderungen der Branche kehrst du zurück?

Die Pause habe ich bewusst genommen, um mich bei x-tention intensiv wichtigen Aufgaben und Projekten zu widmen. In diesem Kontext ist erneut deutlich geworden, dass der Nutzen digitaler Lösungen schneller im Versorgungsalltag ankommen muss. Prozesse verändern sich langsamer als Technologien; genau hier sehe ich weiterhin großen Handlungsbedarf.

Mit über 20 Jahren Erfahrung in der Branche und meinen praxisnahen Einblicken aus der täglichen Arbeit bei x-tention, wo wir Digitalisierung vom TI-Messenger über Patientenportale bis hin zu Interoperabilitätsthemen in klinische Prozesse bringen, möchte ich diesen Blick auf die Umsetzung wieder verstärkt in den Verband einbringen. Zudem möchte ich mein Netzwerk nutzen, um Brücken zwischen Akteuren zu bauen und die Digitalisierung gemeinsam pragmatischer voranzubringen.

Digitalisierung gelingt nur, wenn Systeme sinnvoll zusammenspielen. Welchen Impuls möchtest du im Vorstand setzen, um die Branche weg von Silo-Lösungen hin zu einem integrierten digitalen Ökosystem zu bewegen, das Patient:innen und Fachpersonal gleichermaßen unterstützt?

Digitalisierung darf nicht an Systemgrenzen enden – weder für Patient:innen noch für medizinisches Personal. Ein zentraler Punkt ist für mich deshalb, die Telematikinfrastruktur stärker als offene Plattform zu verstehen und nicht als abgeschotteten Bereich mit isolierten Anwendungen. Ihr Nutzen entsteht erst dann wirklich, wenn TI-Anwendungen mit anderen Systemen integriert werden und beispielsweise digitale Identitäten aus der TI auch in Patientenportalen oder anderen Anwendungen nutzbar sind.

Gleichzeitig müssen wir bei der Interoperabilität hin zu Spezifikationen,

die reale Versorgungsprozesse besser unterstützen. Wir haben es im Gesundheitswesen mit heterogenen Systemumgebungen zu tun – umso wichtiger ist das funktionierende Zusammenspiel verschiedener Systeme. Mein Impuls ist daher, Integration und Praxisbezug stärker in den Mittelpunkt zu stellen und damit echte Vernetzung auch über Sektoren hinweg zu fördern.



HEIKO MANIA

Das Thema Pflege-IT steht oft im Schatten der ärztlichen Versorgung. Wie wird der bvitg unter deiner Mitwirkung dafür sorgen, dass das relevante Thema noch mehr Aufmerksamkeit erhält?

Pflege-IT ist eigentlich kein Randthema, sondern mittlerweile eine tragende Säule der digitalen Gesundheitsversorgung. Unter meiner Mitwirkung wird sich der bvitg dafür einsetzen, Pflegeinformatik konsequent als eigenständiges, fachlich anspruchsvolles Handlungsfeld weiter zu positionieren – nicht als Anhängsel der medizinischen IT. Konkret heißt das: Pflegeprozesse, pflegerische Daten und Pflegeexpertise müssen in Digitalstrategien, Förderprogrammen und politischen Diskussionen von Anfang an mitgedacht werden. Der bvitg kann hier als Stimme der Industrie deutlich machen, dass heute ohne digital unterstützte Pflege weder Qualität, Effizienz noch Versorgungssicherheit erreichbar sind. Mein

Ziel ist es, Pflegeinformatik sichtbar zu machen – fachlich fundiert, datenbasiert und auf Augenhöhe mit allen anderen Versorgungsbereichen.

Die Arbeit im bvitg-Vorstand erfordert viel Zeit und Herzblut. Was ist für dich persönlich die größte Belohnung bei diesem Engagement – eher der direkte Austausch mit den politischen Entscheidern oder das Gefühl, die digitale Agenda des Gesundheitswesens aktiv mitzuschreiben?

Die größte Belohnung ist für mich tatsächlich die Kombination aus beidem. Der direkte Austausch mit politischen Entscheidern ist wichtig, weil er ermöglicht, Realitäten aus der Praxis einzubringen und frühzeitig Einfluss zu nehmen.

Mindestens genauso motivierend ist aber das Gefühl, aktiv an der digitalen Agenda des Gesundheitswesens mitzuwirken – insbesondere dort, wo die Profession Pflege bislang zu wenig berücksichtigt wurde. Wenn es gelingt, strukturelle Weichen so zu stellen, dass Pflege digital souverän, interoperabel und zukunftsfähig arbeiten kann, dann ist das ein sehr konkreter Mehrwert dieses Engagements. Genau dafür investiere ich Zeit und Leidenschaft.



ECKY OESTERHOFF

Der bvitg lebt vom Engagement seiner Mitglieder. Was hat dich persönlich dazu bewogen, Verantwortung im Vorstand zu übernehmen?

Ich habe bereits in meiner Zeit als Sprecher der AG Politik erleben dürfen, wie vielfältig der bvitg ist. In der AG wird sehr lebhaft miteinander gearbeitet, um zu einer gemeinsamen Position zu kommen, die es dann nach außen zu vertreten gilt. Und genau dieser Prozess ist es, der das Ergebnis härtet und die Qualität sichert. Das funktioniert aber nur, wenn dort Menschen aufeinandertreffen, die auch willens sind, noch über das Engagement in ihren jeweiligen Unternehmen hinaus mit viel Kraft diese Extrameile zu gehen. Das gilt auch für die weiteren Gremien des Verbandes. Hier sind Branchenexpert:innen mit hoher fachlicher Expertise unterwegs, die eine Motivation für das Gesundheitswesen mitbringen.

Die Health-IT-Branche ist heterogen. Welchen gemeinsamen Geist oder welchen Wert möchtest du im Vorstand besonders fördern, um den Zusammenhalt innerhalb der Mitgliedschaft weiter zu stärken?

Wir sind heterogen, wir sind aber auch interoperabel. Mir persönlich ist neben vielen anderen Werten die Transparenz besonders wichtig. Um die leben zu können, braucht es eine gemeinsame Sprache. Viele unserer Mitgliedsunternehmen stellen hochspezialisierte Lösungen her und kommen aus dem Mittelstand, andere haben ein eher breites Portfolio und sind in große Konzerne eingebettet. Wir erleben aber in der Zusammenarbeit, dass es beide Perspektiven benötigt, um einen 360-Grad-Blick auf beispielsweise neue Versorgungsformen und die gesamte Patient Journey zu entwickeln. Ich möchte dafür arbeiten, dass wir weiterhin alle am Tisch haben und damit neben aller IT-Fachlichkeit auch immer ein Sprachrohr unserer Kunden sind, wenn es um sinnvolle Prozessdefinitionen geht. ■

KI-GESETZGEBUNG UND MDR: BVMed GEGEN DOPPELREGULIERUNGEN

Der Bundesverband Medizintechnologie (BVMed) spricht sich in einer Stellungnahme an die EU-Kommission dafür aus, die übergreifenden EU-Rechtsvorschriften wie die KI-Gesetzgebung in Einklang mit der EU-Medizinprodukteverordnung (MDR) zu bringen. „Ziel muss es sein, Doppelprüfungen zu vermeiden und den MedTech-Zugang für Patient:innen zu gewährleisten“, so BVMed-Geschäftsführer Dr. Marc-Pierre Möll.

BVMed Bundesverband
Medizintechnologie e.V.

BVMed – Bundesverband
Medizintechnologie e.V.
Georgenstraße 25, 10117 Berlin
Tel.: +49-(0)40-30 246 255-0
E-Mail: info@bvmed.de
www.bvmed.de

Medizinprodukte unterliegen mit der MDR bereits heute einer komplexen Regulierung, die neben klaren Anforderungen an die Sicherheit, Qualität und Leistungsfähigkeit der Produkte auch die Einführung nationaler Strukturen für die Notifizierung, Akkreditierung, Marktüberwachung und Konformitätsbewertung notwendig gemacht hat. Im Sinne der Prinzipien der „besseren Rechtssetzung“ („better regulation“) sollten horizontale Rechtsvor-

haben wie die KI-Regulierung nicht zu Doppelstrukturen führen.

In einer weiteren Stellungnahme an den nationalen Gesetzgeber begrüßt der BVMed daher ausdrücklich, dass mit dem „Gesetz zur Durchführung der KI-Verordnung“ Doppelregulierungen vermieden werden sollen, indem die bereits bestehenden und etablierten Strukturen der MDR zuständig gemacht werden sollen. „Es besteht dabei die dringende Notwendigkeit, dass dieses Vorgehen sauber und zweifelsfrei im Gesetz zur Durchführung der KI-Verordnung abgebildet wird, sodass in der praktischen Umsetzung keine offenen Fragen der Zuständigkeit bleiben, wodurch es zu Verzögerungen oder Doppelstrukturen kommen könnte“, heißt es in der BVMed-Stellungnahme.

Zur Klarstellung spricht sich der BVMed dafür aus, dass die Zuständigkeiten für Medizinprodukte, die KI-Systeme enthalten, neben dem Gesetz

zur Durchführung der KI-Verordnung auch im Medizinprodukterecht-Durchführungsgesetz (MPDG) festgeschrieben werden.

Zum Hintergrund erläutert der deutsche MedTech-Verband, dass unter der MDR derzeit 51 Benannte Stellen für die Konformitätsbewertung von Medizinprodukten in Europa notifiziert sind. Fast alle dieser Benannten Stellen sind für die unter der MDR bereits vorhandenen Prüfcodes für medizinische Software notifiziert. Sie können somit Erfahrungen und Expertise bei der Konformitätsbewertung von Software in Medizinprodukten nachweisen. Ein Teil dieser Software kann ebenfalls als KI angesehen werden, erläutert der BVMed.

Um Doppelregulierung und weitere Verzögerungen zu vermeiden und den Medizinprodukte-Herstellern und Benannten Stellen Planungssicherheit zu geben, sollte die EU zeitnah pragmatische Lösungen finden, um die unter MDR bereits aktiven Benannten Stellen ebenfalls für die Konformitätsbewertung von KI-Medizinprodukten zu benennen.

„Ein eigenes KI-Notifizierungsverfahren ist für Medizinprodukte nicht erforderlich, da wir in unserer Branche bereits seit Jahrzehnten über ein entsprechendes System verfügen“, so der BVMed-Appell an die Politik.



BVMed-Geschäftsführer Dr. Marc-Pierre Möll

Die beiden BVMed-Stellungnahmen zur KI-MDR-Thematik können unter www.bvmed.de/positionen abgerufen werden.

BEDARFSORIENTIERTE KRANKENHAUSVERSORGUNG MIT TELEMEDIZIN

Die Krankenhausreform kommt. Und sie stellt Krankenhäuser vor große Herausforderungen. Gemeinsam mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft haben wir am Hospital of the Future (MEDICA) unser neues Positionspapier „Bedarfsorientierte Krankenhausversorgung mit Telemedizin effizient, qualitativ und sicher gestalten“ vorgestellt.

Die geplanten Strukturveränderungen zielen auf eine effiziente, qualitativ hochwertige und wirtschaftlich tragfähigere Versorgung ab – unerlässliche Ziele bei knapper werdenden Ressourcen. Um die erforderliche Balance zwischen hochwertiger, möglichst ortsnaher Versorgung, verfügbaren medizinischen Fachkräften, Qualitätsvorgaben und wirtschaftlicher Tragfähigkeit herstellen zu können, sind professionelle telemedizinische Versorgungsnetzwerke zur Ermöglichung von Telekooperationen unverzichtbar.

TELEKOOPERATIONEN IN DER REGELVERSORGUNG ETABLIEREN

Wir sehen die dringende Notwendigkeit einer strukturierten, vernetzten Zusammenarbeit im Gesundheitswesen, unterstützt durch telemedizinische Lösungen. Telekooperationen sollten gleichwertig und ergänzend zur Präsenzversorgung ein fester Bestandteil der Regelversorgung werden, um medizinisches Fachwissen zeit- und ortsunabhängig verfügbar zu machen. Die aktuellen Rahmenbedingungen müssen flexibler gestaltet werden, indem das Standortprinzip, das derzeit für viele Leistungsgruppen ärztliche Präsenz vor Ort verlangt, entsprechend modernisiert und angepasst wird. Künftig sollte es möglich sein, personelle Ressourcen wie Facharztstandards auch durch telemedizinische Kooperation zu erfüllen. „Telekooperationen ermöglichen Krankenhäusern, zusätzliche Unterstützung einzuholen“, so Prof. Dr. med. Gernot Marx, FRCA, DGTelemed-

Vorstandsvorsitzender. „Und das nicht nur in Form von Telekonsilen, sondern auch als grundsätzliche telemedizinische Mitbehandlung, um vor Ort nicht verfügbare Expertise permanent in die Behandlung einbeziehen zu können.“ Dr. Gerald Gaß, DKG-Vorstandsvorsitzender, stimmt zu: „Telemedizin kann hier eine entscheidende Rolle spielen. Denn wir müssen zukünftig noch stärker mit Knappheit rechnen – personell und finanziell. Daher müssen Telekooperationen eine Regeloption werden als gleichwertige Kooperationsmöglichkeit zur Präsenzmedizin.“

VORAUSSETZUNG: PROFESSIONELLE DIGITAL GESTÜTZTE VERSORGUNGSNETZWERKE

Partner- und Netzwerkstrukturen für Telekooperationen müssen verbindlich organisiert sein – in professionellen telemedizinischen Versorgungsnetzwerken. Diese erfordern eine geeignete technische Infrastruktur sowie die qualitätsgesicherte 24/7-Vorhaltung/-Verfügbarkeit sehr breiter fachlicher Expertise. Hierfür empfehlen wir die Bündelung des Telekonsilgeber-Angebots. „Geeignete (Supra-) Maximalversorger bieten sich hier an“, so Günter van Aalst, stellvertretender DGTelemed-Vorstandsvorsitzender. „Sie decken ein breites Indikationsspektrum ab und können eine qualitätsgesicherte, interdisziplinäre Versorgung 24/7 sicherstellen. Außerdem sorgen einheitliche Prozess- und Vertragsstrukturen für eine kosteneffiziente und pragmatische Umsetzung.“

DGTelemed 

Deutsche Gesellschaft für Telemedizin e.V.

Luisenstr. 58/59, 10117 Berlin

Tel.: +49-(0)30-629 369 29 0

Fax: +49-(0)30-629 369 29 9

E-Mail: info@dgtelemed.de

www.dgtelemed.de

DEN KRANKENHAUSTRANSFORMATIONSFONDS (KHTF) ZIELGERICHTET FÜR INVESTITIONEN NUTZEN

Bundesweit werden im Rahmen des KHTF bis 2035 rund 50 Mrd. Euro für die Weiterentwicklung der Krankenhauslandschaft bereitgestellt. Die Förderung telekonsiliarischer Netzwerkstrukturen wird darin explizit ermöglicht. Die Mittel müssen über das jeweilige Bundesland beantragt werden. Wir empfehlen den Ländern, hierbei den Auf- und Ausbau professioneller digital gestützter Versorgungsnetzwerke zwingend vorzusehen, einzufordern und zu fördern.

Das Positionspapier zum Download finden Sie hier: <https://dgtelemed.de/initiativen/publikationen/>



Gemeinsam für die Weiterentwicklung einer bedarfsorientierten Krankenhausversorgung mit Telemedizin (v. l. n. r.): Günter van Aalst und Prof. Dr. med. Gernot Marx (beide DGTelemed) und Dr. Gerald Gaß (DKG)

ZWISCHEN DATENFLUT UND DICOM: WEGE ZUR STANDARDISIERTEN KI-RADIOLOGIE

Wie viel Standardisierung braucht KI-gestützte Radiologie? Wie entsteht aus technischen Leuchttürmen interoperabler Klinikalltag? Diese Fragen beschäftigten Dr. med. Torsten Möller und andere Experten bei der Online-Fachtagung „Zukunft Teleradiologie“.

Deutsche Gesellschaft für Teleradiologie e.V.

Deutsche Gesellschaft für
Teleradiologie (DGfT)

Dr. Torsten Möller, Vorsitzender der DGfT
reif & möller – Netzwerk für Teleradiologie
Gathmannstraße 3, 66763 Dillingen
E-Mail: moeller@reif-moeller.de
Tel.: 06831-69897 22

Die Veranstaltung, die unser Verband gemeinsam mit NEXUS/CHILI, FuP Kommunikation und dem Teleradiologienetzwerk reif & möller organisiert, bringt Radiologie, Wissenschaft und Medizintechnik-Unternehmen zusammen. Diesmal diskutierten wir, wie man Deep Learning, Radiomics, Bildqualität und LLM-basierte Spracherkennung intelligent in RIS/PACS verzahnen kann.

Das ist ein wichtiges Thema, denn KI ist im Alltag angekommen, doch echte Interoperabilität fehlt immer noch. Datenformate, Schnittstellen und Workflows sind uneinheitlich,

KI-Ergebnisse stehen oft nur in einer Form zur Verfügung, die eine strukturierte Weiterverarbeitung nicht erlaubt. Wir versorgen rund 140 Krankenhäuser mit unserer Teleradiologie. Deswegen weiß ich, dass Interoperabilität ein entscheidender Faktor ist, wenn es um die Zukunft in der Radiologie geht. Sie ist mehr als nur ein technisches Detail. Beim Thema Standardisierung in der Radiologie geht es nicht nur um den Austausch von Bilddaten, sondern auch um Statusinformationen, Wahrscheinlichkeiten, Kurzbefunde und Rückmeldungen aus der Befundung. Gleichzeitig wächst der Wunsch, KI mit weiteren klinischen Daten zu versorgen – etwa Voruntersuchungen, Laborwerten oder textuellen Fragestellungen. Dieser Schritt hin zu multimodalen Systemen erhöht den Nutzen, stellt aber auch höhere Anforderungen an den Datenschutz.

Mit dieser Einschätzung bin ich nicht allein, wie der Fachvortrag eines Kollegen zeigte. Er verglich bei unserer Veranstaltung die Lage mit der

PACS-Einführung in den 1990er-Jahren: Wie damals bei DICOM braucht es Jahre, bis aus Insellösungen robuste „Plug-and-Play“-Standards werden. Doch genau diese Standardisierung entscheidet darüber, ob KI in der Radiologie den Sprung in die Routine schafft. Und das ist wichtig, denn parallel wächst die Datenmenge exponentiell, während die Zahl der Radiologen sinkt. Eine wahre Datenflut, denn ohne KI lassen sich Bildvolumina, etwa in Screening-Programmen oder in der Onkologie, künftig kaum noch bewältigen.

Ein wichtiger Schritt in die Zukunft sind Foundation Models. Die Experten bei „Zukunft Teleradiologie“ betonen, dass sie Grundmodelle, Bild- und Textdaten gemeinsam verarbeiten und Teile des Befundes direkt erzeugen, statt viele spezialisierte Algorithmen getrennt darzustellen. Fest steht: Diese ganzen Herausforderungen können nur im Zusammenspiel von Herstellern, Anwendern und Standardisierungsgremien gelöst werden.



Sie konnten bei der Veranstaltung nicht dabei sein? Kein Problem. Die Aufzeichnung von „Blitzschnelle Diagnostik: Wie viel Standardisierung braucht KI-gestützte Radiologie?“ steht auf der Homepage unter <https://zukunft-teleradiologie.de/veranstaltung/blitzschnelle-diagnostik/> zur Verfügung.

Dr. Torsten Möller
Vorsitzender der Deutschen
Gesellschaft für Teleradiologie
(DGfT)

MDR-UPDATE: MEHR KLARHEIT FÜR MEDIZINISCHE SOFTWARE UND KI

Mit gezielten Anpassungen will die EU-Kommission den Rechtsrahmen für medizinische Software und KI vereinfachen. Der ZVEI unterstützt die Initiative und bringt weitere Präzisierungen ein.

Die Europäische Kommission hat im Dezember 2025 einen Vorschlag zur Anpassung der Verordnung über Medizinprodukte (MDR) vorgelegt. Ziel ist es unter anderem, den rechtlichen Rahmen für medizinische Software sowie für Anwendungen der Künstlichen Intelligenz (KI) im Medizinproduktebereich zu vereinfachen und praxistauglicher zu gestalten. Der ZVEI unterstützt diesen Vorstoß ausdrücklich.

Die Europäische Kommission sieht einerseits vor, den AI Act so zu ändern, dass die MDR aus dem Anhang 1A in den Anhang 1B verschoben wird. Dadurch wird erreicht, dass für Medizinprodukte, die KI einsetzen, das gesamte Verfahren zur Konformitätsbewertung in der MDR beschrieben ist. Das soll Widersprüche sowie Doppelregulierungen zwischen MDR und AI Act verhindern. Auf die Bedeutung dieses Punktes hatte der

ZVEI schon lange aufmerksam gemacht. Der Verband unterstützt den Vorschlag daher auf ganzer Linie. Die Änderung bedeutet jedoch auch: Die MDR muss nun so ergänzt werden, dass alle auf Medizinprodukte anwendbaren Anforderungen aus dem AI Act in der MDR enthalten sind. Der Anpassungsbedarf ist nach Auffassung des ZVEI gering, weil die MDR bereits heute auch Anforderungen an KI enthält, die viele Teile des AI Act abdecken. Der Vorschlag muss zuerst vom Europäischen Parlament und den Mitgliedstaaten der EU verabschiedet werden, bevor die konkrete Umsetzung beginnen kann.

Die Europäische Kommission schlägt außerdem eine Änderung der Klassifizierungsregel 11 der MDR vor. Damit soll verlässlich geklärt werden, wann Software, die ein Medizinprodukt ist, in die Klasse I eingeordnet wird. Nach Auffassung des ZVEI

muss dieser Vorschlag noch deutlich klarer formuliert werden. In der aktuellen Form entsteht der Eindruck, dass medizinische Software der Klasse I überhaupt nicht erwünscht ist. Dieser Punkt ist für all jene Anbieter von medizinischer Software von Bedeutung, die unter der früher geltenden MDD (Richtlinie über Medizinprodukte) in die Klasse I eingeordnet worden sind.

Der ZVEI ist der Meinung, dass die Vorschläge der Europäischen Kommission wichtige Punkte adressieren und die Rahmenbedingungen in der EU für die Entwicklung und Vermarktung von medizinischer Software und medizinischen KI-Anwendungen insgesamt verbessern. Das Europäische Parlament und die Mitgliedstaaten der EU sollten den Vorschlag der Europäischen Kommission daher zügig beraten und verabschieden. Der ZVEI wird sich aktiv in die Beratungen einbringen und konkrete Vorschläge zur weiteren Präzisierung der neuen Regelungen vorlegen. Nur so kann ein verlässlicher und kohärenter Rechtsrahmen entstehen, der die Sicherheit von Patientinnen und Patienten gewährleistet und zugleich die Innovations- und Wettbewerbsfähigkeit der medizintechnischen Industrie in Europa stärkt.

zvei
electrifying
ideas

ZVEI e. V.
Verband der Elektro- und Digitalindustrie
Lyoner Straße 9, 60528 Frankfurt am Main
Tel.: +49-(0)69-6302-206
Fax: +49-(0)69-6302-390
E-Mail: medtech@zvei.org
www.zvei.org/gesundheit



TREFFPUNKT ZUKUNFT: BMT 2026 IN AUGSBURG – WO INNOVATION AUF ZUSAMMENARBEIT TRIFFT

Die Deutsche Gesellschaft für Biomedizintechnik im VDE veranstaltet vom 6. bis 8. Oktober 2026 in Augsburg die BMT 2026 – die führende interdisziplinäre Konferenz für aktuelle Trends und zukunftsweisende Entwicklungen in der Biomedizintechnik.

VDE DGBMT

Deutsche Gesellschaft für
Biomedizinische Technik im VDE
VDE Verband der Elektrotechnik
Elektronik Informationstechnik e.V.
Merianstraße 28, 63069 Offenbach
Tel.: +49-(0)69-6308-348
E-Mail: dgbmt@vde.com
www.vde.com/dgbmt



PREIS FÜR INNOVATION IN DER MEDIZINTECHNIK

Die Deutsche Gesellschaft für Biomedizinische Technik im VDE schreibt in Gemeinschaft mit der Stiftung Familie Klee alle zwei Jahre den Preis für Innovation in der Medizintechnik aus.

Der Preis für Innovation in der Medizintechnik zeichnet innovative Lösungen medizinischer Fragestellungen aus, die interdisziplinär durch technisch-naturwissenschaftliche Zusammenarbeit entstanden sind.

Der Preis ist mit 15 000 Euro dotiert und wird mit einer Urkunde ausgezeichnet. Die Einsendefrist endet am 30.04.2026. Weitere Informationen zum Preis finden Sie unter:

www.vde.com/de/dgbmt/preise-ehrerungen/preis-fuer-innovation-in-der-medizintechnik

DREI TAGE VOLLER INSPIRATION, AUSTAUSCH UND INNOVATION:

Freuen Sie sich auf spannende Keynotes, vielfältige Fachvorträge, interaktive Postersessions und praxisnahe Workshops. Entdecken Sie, wie Forschung und Technik gemeinsam neue Wege in der Medizin eröffnen.

GESTALTEN SIE DIE ZUKUNFT MIT:

Bringen Sie Ihr Know-how aus Physik, Ingenieurwissenschaften oder angrenzenden Disziplinen ein und arbeiten Sie mit uns an Lösungen für die großen Herausforderungen in Medizin und Biologie.

Weitere Infos unter
www.bmt2026.de



VDE DGBMT PREISE 2026

PREIS FÜR PATIENTENSICHERHEIT IN DER MEDIZINTECHNIK

Der Preis ist mit 6 500,- Euro dotiert.

Stifter ist Herr Dr. med. Hans Haindl, der als öffentlich bestellter Sachverständiger für Medizinprodukte auf mehr als 25 Jahre Schadensbegutachtung an Medizinprodukten zurückblicken kann.

Der Preis richtet sich an den wissenschaftlich-technischen Nachwuchs in Forschungseinrichtungen, Kliniken und in der Industrie, aber auch für Krankenhausbetreiber, die dafür sorgen müssen, dass die Medizinprodukte in verlässliche Prozesse eingebunden werden. Die Einsendefrist endet am 30.04.2026. Weitere Informationen (Teilnahmebedingungen etc.) zum Preis finden Sie unter:

www.vde.com/de/dgbmt/preise-ehrerungen/preis-fuer-patientensicherheit

VDE DR. WILHELMY PREIS

Doktorandinnen der Elektrotechnik aufgepasst, es winken 3 000 Euro!

Alle Elektroingenieurinnen, die 2025 ihre Dissertation mit Bestnoten abgeschlossen haben und dabei nicht älter als 35 Jahre sowie VDE Mitglied sind, sollten sich jetzt unbedingt für den mit 3 000 Euro dotierten Dr. Wilhelmy VDE Preis bewerben.

Die Chancen stehen gut: Pro Jahr wird der Preis an bis zu drei Ingenieurinnen verliehen. Die Dissertation im Bereich Elektro- und Informationstechnik muss im laufenden Kalenderjahr vom 1. Januar bis 31. Dezember 2025 abgeschlossen worden sein. Bewerberinnen können ihre Dissertation bis zum 30.04.2026 einreichen. Die Einreichungskriterien finden Sie hier:

www.vde.com/de/elektroingenieurinnen/preise-ehrerungen/wilhelmy-vde-preis/wilhelmy-vde-preis-preisaufuf

1. LONGCARE-SYMPOSIUM

Das 1. LongCARE-Symposium hat am 22. Januar 2026 rund 160 Expert:innen aus Wissenschaft, Klinik und Versorgungsforschung zusammengebracht, um Erkenntnisse zu postinfektiösen Erkrankungen zu diskutieren.

Nina Warken, Bundesministerin für Gesundheit, eröffnete die Veranstaltung und betonte in ihrem Grußwort die Bedeutung einer engen Verzahnung von Grundlagen-, klinischer und Versorgungsforschung, um Betroffenen schneller Diagnosen und Therapien zu ermöglichen. Das Symposium fand im Rahmen der Convention des Netzwerkes Universitätsmedizin (NUM) statt.

Auf dem Symposium präsentierten über 30 Forschungsprojekte ihre Arbeiten zu postinfektiösen Erkrankungen bei Erwachsenen, Kindern

und Jugendlichen, die im Förderschwerpunkt zu diesen Krankheiten vom Bundesministerium für Gesundheit seit 2024 gefördert werden. Auch Wissenschaftler:innen aus weiteren Projekten, die vom Bundesministerium für Forschung, Technologie und Raumfahrt sowie über den Innovationsfonds gefördert werden, nahmen engagiert am Austausch teil. Veranstaltet wurde das Symposium von der TMF e.V. im Rahmen des Koordinationsprojekts LongCARE des Förderschwerpunkts Long COVID des BMG.



TMF e.V.

Charlottenstraße 42/Dorotheenstraße
10117 Berlin

Tel.: +49-(0)30-22002470

E-Mail: info@tmf-ev.de

www.tmf-ev.de



Bundesgesundheitsministerin Nina Warken, die das 1. LongCARE-Symposium eröffnete, und **TMF-Geschäftsführer Sebastian C. Semler**.



FOTOS: © TMF E.V./VOLKMAR OTTO

MEDIZININFORMATIK-INITIATIVE FEIERT JUBILÄUM MIT SYMPOSIUM IN BERLIN

Die Medizininformatik-Initiative feiert in diesem Jahr ihr zehnjähriges Bestehen mit einem zweitägigen Symposium. Es wird am 24. und 25. März 2026 im dbb forum berlin stattfinden. Eröffnet wird das Symposium von Dorothee Bär, Bundesministerin für Forschung, Technologie und Raumfahrt. Das Motto der Veranstaltung lautet „Zukunft Gesundheit: Daten nutzen. Vernetzung fördern. Innovation gestalten. Zehn Jahre Medizininformatik-Initiative – Grundlage für Forschung, Versorgung und digitale Souveränität in Europa“.

Die Anmeldung ist geöffnet, weitere Informationen finden Sie hier:



MII Symposium 2026

24.-25. März 2026 | Berlin



KH-IT STARTET MIT GROSSEM SCHWUNG INS NEUE JAHR

Die strategische und organisatorische Entwicklung des KH-IT machte mit der Neugründung der KH-IT Service GmbH Ende 2025 noch einmal einen großen Sprung nach vorne.



Bundesverband der
Krankenhaus-IT-Leiterinnen/Leiter e.V.

Kontakt:
Jürgen Flemming
Pressereferent
E-Mail: Flemming@kh-it.de
www.kh-it.de

Das neue Jahr startete dank der zusätzlichen Ressourcen schon mal sehr gut – der Clubabend im Januar stellte mit 50 Teilnehmer:innen und einem hervorragenden Vortrag von Dr. Tilmann Dittrich ein absolutes Highlight dar!

Mit der Gründung der KH-IT Service GmbH und kurz vor Weihnachten der Berufung von Bastian Stockhausen als Geschäftsführer sind damit die notwendigen Voraussetzungen für den Start ins neue Jahr und die weitere Entwicklung geschaffen worden.

Die KH-IT Service GmbH übernimmt 2026 zentrale organisatorische Unterstützungsleistungen für den Bundesverband und bietet Mitgliedern, Fördermitgliedern und Partnern einen unabhängigen Rahmen für Austausch, Orientierung und praxistaugliche Arbeitshilfen.

Folgende Veränderungen und Angebote stehen kurzfristig an: Systematische Abfrage der Community-Bedarfe und Umsetzung in Themen, Agenden und Formate. Darauf basierend Strukturierung des Leistungsportfolios der KH-IT Service GmbH durch nachvollziehbare Angebote, die zielgruppengerecht und leicht auffindbar sind.

Ausbau der Praxisformate, wie Clubabende, Talks und weitere Austauschformate, mit klaren Take-Home-Points und starker Interaktion.



Bastian Stockhausen ist Geschäftsführer der neu gegründeten KH-IT Service GmbH.

Bastian Stockhausen beschreibt seine Zielsetzung so: „Die KH-IT Service GmbH wird den Bundesverband in seinen organisatorischen Aufgaben unterstützen und für Mitglieder, Fördermitglieder und Partner eine Plattform für den Austausch und die Unterstützung bieten.“

Der sehr erfolgreiche Clubabend am 14. Januar mit dem Thema „NIS2 _ITSM praktische Umsetzung“ mit Dr. Tilmann Dittrich machte deutlich, dass der KH-IT mit Bastian Stockhausen Ernst macht.

Auch das Seminarprogramm wurde für 2026 erheblich überarbeitet und veröffentlicht. Neben Webinaren zur Digitalisierungs-Strategie, zum Klimafreundlichen Krankenhaus, zum Cyber Incident Management oder der souveränen Cloud – um nur einige wenige zu nennen, finden sich

auch Präsenz-Seminare im Vorfeld der Tagungen oder Online-Seminare zu verschiedenen Themen, die uns im KH-IT-Alltag umtreiben. Das Programm ist schon recht umfangreich, wird aber laufend ergänzt durch weitere Themen.

ÜBER DEN KH-IT

Der KH-IT bietet als Berufsverband den Führungskräften aus der Krankenhaus-IT eine Plattform zum Austausch von Erfahrungen und Wissen sowie zahlreiche Möglichkeiten zur Fort- und Weiterbildung. Die Mitglieder des Verbandes begleiten und gestalten in verschiedenen Gremien die Entwicklung der Rahmenbedingungen für die Digitalisierung im Gesundheitswesen. Der Verband unterstützt seine Mitglieder in der Entwicklung vom Techniker zum Wegbereiter der digitalen Transformation und IT-Strategen.

Bei Interesse finden Sie weitere Informationen auf unserer Website.

www.kh-it.de

UNTERNEHMEN	ANSCHRIFT	KURZPORTRÄT	LEISTUNGSÜBERSICHT
	AMC Holding GmbH Ballindamm 5 20095 Hamburg Tel.: +49-(0)40-2442 27-0 E-Mail: info@amc-gmbh.com www.amc-gmbh.com	Auf dem Markt für Krankenhausinformationssysteme hat die AMC Holding GmbH aus Hamburg mit dem webbasierten System CLINIXX® Maßstäbe gesetzt und sich durch den Einsatz flexibler und systemunabhängiger Webtechnologie als bundesweit erster Anbieter mit großem Erfolg etabliert. In der Zwischenzeit haben sich über 50 Kliniken im deutschsprachigen Raum für den Einsatz von CLINIXX® entschieden.	Krankenhausinformationssystem (KIS) – Als Lokalinstallation – Aus der Cloud (AWS, Telekom, weitere)
	AOK Systems GmbH Kortrijker Straße 1 53177 Bonn Tel.: +49-(0)228-843-0 Fax: +49-(0)228-843-1111 E-Mail: aok-systems@sys.aok.de www.aok-systems.de	Wir sind der IT-Partner für die Sozialversicherung in Deutschland und mit einem Marktanteil von 55 % das führende System- und Softwarehaus im Gesundheitsmarkt. Mit unserer SAP-basierten GKV-Branchenlösung oscar® betreuen ca. 70 000 Anwender über 37 Millionen Versicherte. Kunden profitieren von unserem exzellenten Geschäftsprozess-Know-how und GKV-Fachwissen sowie unserer engen Partnerschaft mit SAP.	– Beratung – Entwicklung – Einführung – Training – Service
	BITMARCK Kruppstraße 64 45145 Essen Tel.: +49-(0)201-1766-2000 www.bitmarck.de	Als führender Digitalisierungspartner der gesetzlichen Krankenversicherung treibt BITMARCK mit mehr als 1900 Mitarbeitenden die Digitalisierung in der Branche mit innovativen Produkten, Lösungen und Services voran – hiervon profitieren über 30 000 GKV-Mitarbeitende und rund 35 Millionen Versicherte. Mehr als 80 % der gesetzlichen Krankenkassen sind Kundinnen und Kunden von BITMARCK.	– Digitale Lösungen inkl. ePA, digitalen Identitäten und GesundheitsCockpit – Künstliche Intelligenz / Business Intelligence – GKV-Kernstandard – Betrieb & Services
	CGM Clinical – ein Unternehmen der CompuGroup Medical SE & Co. KGaA Maria Trost 21 56070 Koblenz Tel.: +49-(0)261-8000-0 info.clinical.de@cgm.com cgm.com/krankenhaus	CompuGroup Medical ist eines der führenden E-Health-Unternehmen weltweit und erwirtschaftete im Jahr 2023 einen Jahresumsatz von EUR 1,19 Mrd. Die Softwareprodukte der CGM zur Unterstützung aller ärztlichen und organisatorischen Tätigkeiten in Arztpraxen, Apotheken, Laboren, Krankenhäusern und sozialen Einrichtungen, die Informationsdienstleistungen für alle Beteiligten im Gesundheitswesen und die webbasierten persönlichen Gesundheitsakten dienen einem sichereren und effizienteren Gesundheitswesen.	– KIS-Systeme: CGM CLINICAL & CGM MEDICO – Dienst- und Personal-einsatzplanung – Künstliche Intelligenz (KI) – Telematikinfrastruktur (ePA, E-Rezept etc.) – Patientenportal – Management-informationssysteme
	Dedalus HealthCare Konrad-Zuse-Platz 1–3 53227 Bonn Tel.: +49-(0)228-26 68-000 Fax: +49-(0)228-26 68-26 66 E-Mail: martina.goetz@dedalus.com www.dedalusgroup.de	Dedalus erstellt, vertreibt, implementiert und wartet komplexe, technologisch und qualitativ hochwertige sowie innovative IT-Lösungen für Krankenhäuser, Rehabilitationseinrichtungen, psychiatrische Kliniken und diagnostische Einrichtungen wie Radiologien und Kardiologien. Ergänzt wird das um ein vollständiges Portfolio von Managed Services und Betreiberlösungen.	– Klinikinformationssystem – Fachabteilungslösungen – Business-Intelligence-Lösung – Dokumenten-managementsystem
	DGN Deutsches Gesundheitsnetz Service GmbH (DGN) Hüngert 15 41564 Kaarst Tel.: +49-(0)211-99 33 98-90 (Mo.–Fr. 8:00–18:00 Uhr) www.dgn.de	Der qualifizierte Vertrauensdiensteanbieter (VDA) nach eIDAS entwickelt Lösungen für den sicheren Datenaustausch zwischen Praxen, Kliniken sowie Laboren und produziert in seinem Trustcenter qualifizierte Signaturkarten und Zeitstempel. Das DGN bietet Praxen Ausstattungspakete zur Anbindung an die Telematikinfrastruktur (TI), den E-Mail-Dienst KIM sowie den Kommunikationsrouter DGN GUSbox an. Für den stationären Sektor hat das DGN die DGN KIM Klinik Appliance umgesetzt.	– Produktion von qualifizierten elektronischen Signaturkarten und Zeitstempeln – DGN TI Paket, DGN KIM & DGN KIM Klinik Appliance – DGN GUSbox für die digitale Laborbeauftragung & andere Anwendungen
	GMC Systems – Gesellschaft für medizinische Computersysteme mbH Albert-Einstein-Str. 3 98693 Ilmenau Tel.: +49-(0)3677-46 76-00 Fax: +49-(0)3677-46 76-02 E-Mail: info@gmc-systems.de www.gmc-systems.de	GMC Systems bietet mit der Entwicklung und Betreuung von plattform- und systemübergreifenden Informations- und Kommunikationssystemen für das Gesundheitswesen modulare Lösungen für die Vernetzung ihrer IT-Infrastruktur. Mit den E-Health-Lösungen für Telematikinfrastruktur, eDokumentation, Abrechnung und sektorübergreifender Kommunikation liefern wir interoperable Softwarekomponenten zur Ergänzung und Erweiterung bestehender IT-Systeme. Unsere Expertise der Telematikinfrastruktur ermöglicht innovative Umsetzungskonzepte in komplexen medizinischen Einrichtungen.	– TI- und KV-Anwendungen mit QES – eAU-Komplettlösung und medizinische Formulare – KIM für E-Mail-Infrastrukturen (KIM2Mail) – TI-Komponenten für B2B (VSDM, KIM, NFDm, ePA etc.)
	Governikus GmbH & Co. KG Hochschulring 4 28359 Bremen Tel.: +49-(0)421-204 95-0 E-Mail: kontakt@governikus.de www.governikus.de	Gemeinsam vom digitalen Wandel zum digitalen Vorsprung: Mit IT-Lösungen, die das Leben sicherer und einfacher machen. Governikus entwickelt seit über 25 Jahren Lösungen für sichere Identitäten, vertrauliche Kommunikation und rechtskonforme Datenprozesse. Im Gesundheitswesen sorgt der IT-Sicherheitsspezialist für sichere Online-Identifizierungen und beweiswerterhaltende Aufbewahrung von Daten.	– Sichere Online-Identifikation für den ePA-Zugang – Automatisierter Meldedaten-austausch mit Behörden – Rechtssichere, verschlüsselte Fachkommunikation – Lückenlose Beweiswerterhaltung – Rechtssichere Langzeitaufbewahrung

UNTERNEHMEN	ANSCHRIFT	KURZPORTRÄT	LEISTUNGSÜBERSICHT
 InterSystems Creative data technology	InterSystems GmbH Robert-Bosch-Straße 16 a 64293 Darmstadt Tel.: +49-(0)6151-17 47-0 Fax: +49-(0)6151-17 47-11 E-Mail: info@InterSystems.de www.InterSystems.de	InterSystems , ein Anbieter kreativer Datentechnologien, liefert seit Gründung 1978 eine einheitliche Grundlage für Anwendungen der nächsten Generation für Kunden in mehr als 80 Ländern im Gesundheitswesen und anderen Branchen. Unser Ansatz basiert auf einer Cloud-first-Datenplattform, die leistungsstarkes Datenbankmanagement, intelligente Datenservices und Analysefunktionen integriert.	– Digitale Gesundheitslösungen, Gesundheitsnetze – Interoperabilitätsplattform, Clinical Data Repository – FHIR-fähiger Kommunikationsserver – Master Patient Index – Klinische Clouds, Analytics – KI-basierte administrative und klinische Anwendungen
 medatixx Damit die Praxis läuft.	medatixx GmbH & Co. KG Im Kappelhof 1 65343 Eltville Tel.: +49-0800-09 80 098-0 Fax: +49-0800-09 80 098-98 98 E-Mail: info@medatixx.de medatixx.de	Die medatixx GmbH & Co. KG ist gemeinsam mit ihrem Tochterunternehmen I-Motion GmbH und mediDOK Software Entwicklungsgesellschaft mbH ein führender Anbieter von Software und IT-Dienstleistungen für niedergelassene Humanmediziner. Mehr als 48 000 Ärzte und Psychotherapeuten setzen die Lösungen medatixx, psyx, x.comfort, x.concept, x.isynet, EL sowie die Ambulanz-/MVZ-Lösungen x.vianova, x.concept-Edition Ambulanz/MVZ und xentro ein. Für eine engmaschige Kundenbetreuung sorgen 19 eigene und 62 Vertriebspartner- und Service-Standorte.	– Praxissoftware stationär, hybrid und mobil – Deutschlandweiter, regionaler Service – Lösungen für Ambulanz und MVZ – Fachmagazin x.press: IT in der Praxis
 medavis a synava company	medavis GmbH a synava company Bannwaldallee 60 76185 Karlsruhe Tel.: +49-(0)721-92910-0 E-Mail: info@medavis.de www.medavis.de	Seit mehr als 25 Jahren gestalten wir die Radiologie mit Leidenschaft für reibungslose Abläufe und innovative Lösungen. Heute sind wir Komplettanbieter aus einer Hand für radiologische Einrichtungen aller Größen: von Workflow- und Bildmanagement über standortübergreifende Vernetzung bis hin zur gesamten Patient Journey.	– Radiologie-Informationssystem – PACS, Viewing, Vernetztes Arbeiten und Teleradiologie – Patient Journey: Online-Terminbuchung, Patientenaufklärung und Portale
 mediDOK	mediDOK Software Entwicklungsgesellschaft mbH Handschuhsheimer Landstraße 11 69221 Dossenheim Tel.: +49-(0)6221-8768-0 info@medidok.de https://medidok.de	Die mediDOK Software Entwicklungsgesellschaft mbH wurde 1998 gegründet. Mit über 15 000 verkauften Systemen zählen das mediDOK® Bild- und Dokumentenarchiv und mediDOK® PACS zu den führenden Softwarelösungen im Bereich der niedergelassenen Ärzte, Ambulanzen und MVZs. Das Lösungs-Portfolio wurde in den letzten Jahren kontinuierlich um neue Produkte zum medienbruchfreien Ausfüllen und Unterschreiben von Formularen sowie einem Self-Check-In-Terminal für Patienten erweitert.	– Bild- & Dokumentenarchiv (DICOM/Non-DICOM) – PACS / Universal-Archiv / VNA – mediDOK eForms: Formulare digital ausfüllen, auch von zu Hause – mediDOK eTerminal: Der clevere Self-Check-In für Patienten
 medisign	medisign GmbH Hüngert 15 41564 Kaarst Tel.: +49-(0)211-99 33 99-69 (Mo.-Fr. 8:00-18:00 Uhr) www.ehba.de www.smc-b.de www.medisign.de	Die medisign GmbH bietet elektronische Heilberufsausweise (eHBA) sowie Praxis- und Institutionsausweise (SMC-B) für verschiedene Heilberufsgruppen an, u. a. für Ärztinnen und Ärzte, Pflegefachkräfte und Hebammen. Der medisign eHBA ermöglicht die rechtsverbindliche Signatur digitaler Dokumente. Mit über 275 000 herausgegebenen Karten zählt medisign zu den führenden Vertrauensdiensteanbietern (VDA) im deutschen Gesundheitswesen.	– Praxis-/Institutionsausweise (SMC-B) zur Anbindung an die Telematikinfrastruktur (TI) – Elektronische Heilberufsausweise (eHBA) für die TI-Fachanwendungen: Authentifizierung, qualifizierte Stapel- und Komfortsignatur & Verschlüsselung
 Meierhofer	Meierhofer AG Einsteinring 30 85609 Aschheim Tel.: +49-(0)89-44 23 16-0 Fax: +49-(0)89-44 23 16-666 E-Mail: info@meierhofer.com www.meierhofer.com	Meierhofer ist ein führender Anbieter von Lösungen für die digitale Patientenversorgung in Krankenhäusern im deutschsprachigen Raum. Seit über 35 Jahren unterstützt das inhabergeführte Unternehmen Gesundheitseinrichtungen bei der Steuerung und Digitalisierung medizinischer, pflegerischer und administrativer Prozesse. Das Unternehmen beschäftigt rund 400 Mitarbeitende an neun Standorten in DACH.	– Sektorübergreifende Kommunikation – Krankenhausinformationssystem plus Fachlösungen – Migrationskonzepte
 mesalvo real-life applications	Mesalvo GmbH Heinrich-von-Stephan-Straße 25 79100 Freiburg info@mesalvo.com www.mesalvo.com	Mesalvo leistet einen wesentlichen Beitrag zur Digitalisierung, Qualitätsverbesserung & Patientensicherheit im Gesundheitswesen. Rund 460 Mitarbeitende entwickeln passgenaue IT-Lösungen und Konzepte zur Unterstützung von Gesundheitsdienstleistern. Die Next Generation Healthcare-Plattform Mesalvo HealthCentre digitalisiert und vernetzt administrative & medizinische Prozesse entlang der Patient Journey. Medizinisches Fachpersonal wird entlastet und die Behandlungsqualität nachhaltig verbessert.	Ambulatory, Admin & Billing, Curve General Ward, Medication, Oncology, ICU, Psychiatry, Radiology, Laboratory, Dialysis, Neonatology, Surgery, Anesthesia, Emergency, Financials

UNTERNEHMEN	ANSCHRIFT	KURZPORTRÄT	LEISTUNGSÜBERSICHT
	NEXUS AG Irmastraße 1 78166 Donaueschingen Tel.: +49-(0)771-22960-0 Fax: +49-(0)771-22960-999 info@nexus-ag.de www.nexus-ag.de	Die NEXUS AG ist ein europaweit führender IT-Lösungsanbieter im Gesundheitswesen mit dem breitesten Produktportfolio am Markt. NEXUS steht für innovative und nachhaltige Softwarelösungen, die es den Anwendern ermöglichen, mit nur wenigen Klicks eine spürbare Erleichterung in der Informationsbeschaffung oder der medizinischen Dokumentation zu erzielen. Die Grundsätze der NEXUS-Produktentwicklung: Einfach anzuwendende Software zu entwickeln, die inhaltlich stark auf den jeweiligen medizinischen Prozess fokussiert ist und dem Anwender hilft, Dokumentationen oder Informationssuche schnell zu erledigen.	– Klinikinformationssysteme – Fachabteilungslösungen – Mobile Lösungen – Dokumentenmanagementsystem – Archivierungslösungen – Qualitätsmanagement
	NEXUS / CHILI GmbH Friedrich-Ebert-Str. 2 69221 Dossenheim/Heidelberg Tel.: +49-(0)6221-180 79-10 Fax: +49-(0)6221-180 79-11 E-Mail: sales@nexus-chili.com www.nexus-chili.com	Die NEXUS / CHILI GmbH entwickelt innovative Software für RIS, PACS und Telemedizin. Der Einsatz der Lösungen bleibt nicht auf das eigene Haus beschränkt, sondern ermöglicht den Austausch multimedialer medizinischer Daten mit allen am Behandlungsprozess Beteiligten. Beispiele sind der Datenaustausch der Radiologie mit Zuweisern und die Teleradiologie nach Strahlenschutzverordnung für den Nacht- und Wochenenddienst. Die CHILI Telemedizinakte ist die Lösung für klinische Studien mit DICOM-Bildern und die intersektorale Vernetzung zwischen medizinischen Einrichtungen.	– Innovatives RIS/PACS-Gesamtkonzept – PACS (von der Praxis bis zum Enterprise-PACS) – Multimediales Bildmanagement – Teleradiologie, Telemedizin, intersektorale Vernetzung – Portal-Lösungen
	secunet Security Networks AG Kurfürstenstr. 58 45138 Essen Tel.: +49-(0)201-5454-0 E-Mail: info@secunet.com www.secunet.com/gesundheitswesen	Ob KI, Kryptografie oder Cloud – die Zukunft des Gesundheitswesens braucht mehr als nur innovative Technologien: Sie braucht Vertrauen, Souveränität und Verlässlichkeit. Damit Leistungserbringer sich einfach sicher fühlen können, liefert secunet eine zuverlässige IT-Infrastruktur für das Gesundheitswesen von heute und morgen. Von der Datenverarbeitung für die Forschung über den TI-Zugang hin zur Cloud-Technologie: Als Sicherheitspartner der Bundesrepublik Deutschland steht secunet seit Jahrzehnten für Cybersecurity und digitale Souveränität.	– TI-Gateway – Edge-Gateway-Plattform – Beratung zu NIS 2 und ISMS – Pentesting
	synedra IT GmbH Feldstr. 1/13 6020 Innsbruck, Österreich Tel.: +43-(0)512-58 15 05 Fax: +43-(0)512-58 15 05-111 E-Mail: office@synedra.com www.synedra.com	Health Content Management – innovativ, nachhaltig, zukunftsweisend. synedra bietet Lösungen für das Management von Daten im Gesundheitswesen. Als erfolgreicher Hersteller medizinischer Software verstehen wir die Bedürfnisse unserer Kunden, zu denen Universitätskliniken und Krankenhausverbünde genauso gehören wie kleine Arztpraxen. Mit unserer Health Content Management Plattform synedra HCM helfen wir unseren Kunden dabei, ihre Workflows für die Behandlung von Patient:innen effizient und qualitativ zu organisieren.	– Medizinisches Universalarchiv – PACS und Multiformat-Viewer – Webportal für Patienten und Zuweiser – Video, Bild & Scanning – FHIR & E-Health
	Telepaxx Medical Data GmbH Wasserrunzel 5 91186 Büchenbach Tel.: +49-(0)9171-89 81 80 E-Mail: info@telepaxx.de www.telepaxx.de	Seit 25 Jahren vertrauen Telepaxx über 600 medizinische Einrichtungen wie Asklepios, Rhön Klinikum AG und Knappschaftskliniken ihre mehr als 20 Milliarden Gesundheitsdaten an. Setzen auch Sie auf eHealth as a Service in den Bereichen Medical Cloud Archiving, Medical Data Sharing oder Medical Deep Learning.	– Digitalarchiv – Patientenportal – Künstliche Intelligenz
	VISUS Health IT GmbH Gesundheitscampus-Süd 15 44801 Bochum Tel.: +49-(0)234-93693-0 Fax: +49-(0)234-93693-199 E-Mail: info@visus.com www.visus.com	Die VISUS Health IT GmbH leistet mit ihren Softwarelösungen einen maßgeblichen Beitrag zur Digitalisierung und Vernetzung des Gesundheitswesens. JiveX Enterprise PACS, die vielfach ausgezeichnete Lösung für das radiologische Bildmanagement, ist in Deutschland marktführend. Eine weitere Kernkompetenz ist das einrichtungsweite Management von medizinischen Daten. VISUS ist Teil der CompuGroup Medical SE & Co. KGaA.	– JiveX Enterprise PACS Radiologie sicher und effizient – JiveX Healthcare Content Management Medizinische Daten systematisch organisieren
	x-tention Margot-Becke-Ring 37 69124 Heidelberg Tel.: +49-(0)6221-36055-0 E-Mail: office@x-tention.de www.x-tention.com	„IT with care“, dafür steht x-tention seit 25 Jahren. Wir harmonisieren und integrieren unterschiedliche IT-Systeme im Gesundheitswesen, damit sich unsere Kunden ganz auf ihr Kerngeschäft konzentrieren können. An 16 Standorten unterstützen fast 800 Mitarbeitende mehr als 1000 Kunden in den Bereichen Consulting, Softwareentwicklung, Data Science, Delivery, Managed Services und Cybersecurity.	– Patientenportale – Interoperabilitätsplattformen – Cybersecurity & Datenschutz – Managed Services – Data Science

DIGITALISIERUNG IM LAND DER BEDENKENTRÄGER

ITSG Wir alle wissen, dass Deutschland in Sachen Digitalisierung noch einiges zu tun hat. Viele Prozesse müssen zügig digitalisiert werden, um die bürokratischen Belastungen von Arbeitgebern deutlich zu senken.

Gleichzeitig ist Deutschland das Land der „Ja, aber“-Sager. Was immer sich als Innovationspush anbietet - es gibt Bedenken. Viele folgen dabei dem urdeutschen Gedankenmuster, dass jedes Risiko nicht nur berücksichtigt, sondern unbedingt verhindert werden muss. Und ja, Daten müssen sicher aufbewahrt und verarbeitet werden, keine Frage. Aber geht nicht beides – Innovation und absolute Sicherheit?

Die ITSG beschäftigt sich seit fast 30 Jahren mit dem Digitalisieren im Gesundheits- und Sozialwesen. Aus dieser langjährigen Erfahrung sind das unsere vier wichtigsten Erkenntnisse:

DIGITALISIERUNG IST KEIN SELBST-ZWECK

Ein schlechter analoger Prozess wird durch eine Digitalisierung nicht besser.

Er muss vorher komplett neu gedacht und sinnvoll neu konzipiert werden. Und ein digitaler Prozess spart nur dann Kosten und Geld, wenn er sektorübergreifend und nachhaltig konzipiert ist. Hier muss jeder über die Grenzen seiner Zuständigkeit hinausschauen, was sinnvoll ist. Wir als ITSG könnten es uns leicht machen und nur die Anforderungen in der Sozialversicherung beachten. Wenn das aber alle Player – also auch Steuern/Finanzen und Kommunalverwaltung – machen, bleibt die Transformation der Verwaltung ein nebulöser Wunschtraum. Es braucht ein gemeinsames Vokabular und gleiche, eindeutige Identifikationen von Unternehmen und Personen. Erst dann kann eine Interoperabilität gelingen.

BESSER ALS „GUT“ IST NICHT AUTOMATISCH „SEHR GUT“

Der europäische Datenschutz ist umfassend und gut. Und selbstverständlich erfüllen wir alle gesetzlichen Auflagen zum Schutz personenbezogener sensibler Daten. Seit Jahren lassen wir

uns nach ISO/IEC 27001 zertifizieren und können so nachweisen, dass wir ein effektives Informationssicherheitsmanagement-System betreiben, was über die personenbezogenen Daten hinausgeht. Zusätzlich sind wir seit 2025 auch nach den ISO/IEC-Normen 27017 und 27018 zertifiziert. Das belegt, dass sensible Daten auch in unserer Cloud-Lösung, der ITSG Private Platform, sicher geschützt sind.

Und dennoch: Ein noch strengeres deutsches Datenschutzverständnis, das uns in die Handlungsunfähigkeit treibt, ist nicht hilfreich. Nebenbei: Warum gibt es in jedem Bundesland einen Datenschutzbeauftragten, der die vorhandenen Gesetze individuell interpretieren muss?

TECHNISCHE SCHLAGFERTIGKEIT UND SOUVERÄNITÄT

Souveräne Cloud-Lösungen in Verbindung mit automatisierter Angriffsabwehr sorgen für eine solide Basis in der Datensicherung.

Mit der ITSG Private Platform bieten wir unseren Kunden – das sind

» Als Datenschutzbeauftragter der ITSG ist für mich klar: Eine moderne cloudbasierte Infrastruktur kann nur dann Vertrauen schaffen, wenn Datenschutz, Sozialdatenschutz und Informationssicherheit konsequent zusammengedacht werden. Unsere Aufgabe besteht darin, Innovation zu ermöglichen mit pragmatischer Compliance, voller Transparenz und dem Schutz hochsensibler Gesundheitsdaten. «

Philipp Rothmann, externer Datenschutzbeauftragter der ITSG



» Die Themen Cybersecurity und Digitalisierung erfahren zu Recht im Moment sehr viel Aufmerksamkeit – einfach weil der Leidensdruck bei den Beteiligten massiv groß ist. Wir glauben, dass es in Deutschland genug schlaue Köpfe gibt, die den Spagat zwischen Datensicherheit und Digitalisierung schaffen wollen und können. Das neue Bundesministerium für Digitalisierung gibt Anlass zur Hoffnung, dass genau diese Köpfe jetzt gestalten dürfen. Was wir jetzt brauchen, ist weniger Scheu vor dem Risiko und mehr Mut zum Machen sowie verlässliche Rahmenbedingungen aus der Politik. Lassen Sie uns Innovationen ausprobieren, aus Fehlschlägen lernen und am Ende eine sichere Digitalisierung mit echtem Mehrwert für alle erreichen. Immer nach dem Motto: Weniger Scheu, mehr Tatkraft. «

Stefan Haibach, Geschäftsführer der ITSG



immerhin die Spitzenverbände der Sozialversicherung und ihre Mitglieder – eine sichere Cloud-Lösung. Mit ihr ist die Datenhaltung und Verarbeitung flexibel, sicher und leicht zu skalieren.

Und wie sicher sind die Daten bei uns aufgehoben? Neben vielen anderen Maßnahmen arbeiten wir mit einem SIEM/SOC-System: Das Security Information and Event Management (SIEM) sammelt, strukturiert und analysiert die Logdaten. Es dient als zentrale Plattform und korreliert alle sicherheitsrelevanten Ereignisse, um Bedrohungen frühzeitig zu erkennen und darauf zu reagieren. Im Security Operations Center (SOC) werden die daraus erzeugten Alarmer ausgewertet und bei Bedarf Sofortmaßnahmen eingeleitet.

UND WIE TEUER IST DAS GANZE?

Klar ist, dass die Kosten im Gesundheitswesen nicht weiter steigen sollen – und es dennoch tun.

Wir tragen unseren Teil dazu bei, dass zumindest die Kosten in der Verwaltung sinken können – das gelingt durch flexible Systeme wie der ITSG

Private Plattform, aber auch durch einen hohen Automatisierungsgrad.

Natürlich darf aber der Drang, Kosten einzusparen, nicht zulasten der Sicherheit gehen. IT- und Informationssicherheit müssen ausreichend finanziert werden. Im Grunde ist es hier wie mit der Präventionsarbeit: Investitionen in Sport- und Vorsorgeprogramme kosten zunächst, sie vermeiden aber spätere Kosten durch Zivilisationskrankheiten.

ITSG

ITSG GMBH

Kaiserleistraße 10–16, 63067 Offenbach

Tel.: +49-(0)69-8700358-0

Fax: +49-(0)69-8700358-300

E-Mail: kontakt@itsg.de

www.itsg.de

ÜBER DIE ITSG

Die Informationstechnische Servicestelle der gesetzlichen Krankenversicherung (ITSG) gestaltet die Digitalisierung im deutschen Gesundheitswesen. Mit Produkten und Dienstleistungen wie dem SV-Meldeportal oder EESSI vereinfacht und beschleunigt das Unternehmen mit Sitz in Offenbach am Main und in Berlin seit 1996 den elektronischen Datenaustausch zwischen Arbeitgebern, Leistungserbringern und Krankenkassen sowie deren Geschäftspartnern in Deutschland und Europa. Das Unternehmen wird regelmäßig u. a. wegen seines positiven Betriebsklimas als Top-Arbeitgeber ausgezeichnet.

www.itsg.de

MAXIMALER SCHUTZ VOR CYBERBEDROHUNGEN

VODAFONE Datenschutz auf höchstem Niveau – aber wie? Ein Pflegedienst zeigt, wie kleine Unternehmen sich mit modernen Lösungen wirksam gegen IT-Angriffe absichern können.

Die Digitalisierung im Gesundheitswesen schreitet voran: Elektronische Patientenakten, telemedizinische Anwendungen und mobile Dokumentationstools verändern den Arbeitsalltag in Kliniken, Pflegeeinrichtungen und bei ambulanten Diensten. Diese Technologien versprechen Effizienzgewinne, schnelleres Informationsmanagement und eine bessere Versorgungsqualität. Doch mit dem digitalen Fortschritt wächst auch die Angriffsfläche für Cyberkriminalität. Datenschutz, Datensicherheit und die Abwehr von Cyberangriffen gehören heute zu den zentralen Herausforderungen, denn Gesundheitsdaten zählen zu den sensibelsten und begehrtesten Informationen im digitalen Raum.

DIE HERAUSFORDERUNG: SCHUTZ SENSIBLER DATEN IN MOBILEN UMGEBUNGEN

Insbesondere in der mobilen Nutzung von digitalen Anwendungen entstehen Risiken. Smartphones und Tablets, über die Pflegekräfte Patientendaten dokumentieren oder sich mit klinischen Systemen verbinden, sind potenzielle Einfallstore für Phishing, Malware oder Datendiebstahl. Gerade kleine und mittelständische Akteure im Gesundheitsbereich verfügen oft nicht über umfangreiche IT-Sicherheitsressourcen oder dedizierte Sicherheitsteams, um diesen Gefahren systematisch zu begegnen. Ohne geeignete Schutzmechanismen kann ein kompromittiertes Gerät schnell zur Schwachstelle werden – mit weitrei-

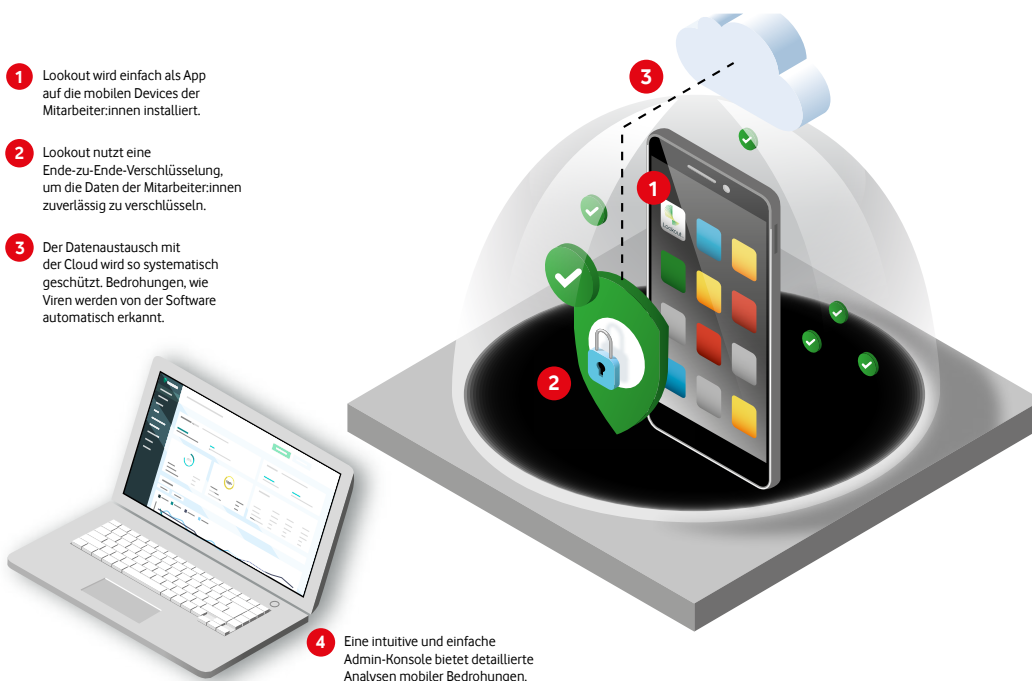
chenden Folgen für den Betrieb und die Vertraulichkeit von Patientendaten.

EIN PRAXISBEISPIEL AUS DER PFLEGE: SOZIALSTATION HILDEBRAND

Ein anschauliches Beispiel liefert die Sozialstation Hildebrand GmbH, ein regional tätiger Pflegedienst mit etwa 150 Mitarbeitenden. Das Unternehmen setzt seit Jahren auf digitale Prozesse: Eigene Smartphones für Einsatzplanung, interne Kommunikation und Dokumentation gehören zum Alltag. Gleichzeitig laufen die Mitarbeitenden täglich bei Kund:innen vor Ort, was die mobilen Geräte besonders gefährdet. „Mit den für uns unverzichtbaren Gesundheitsinformationen gehen wir natürlich mit sensiblen Daten um. Die haben für Cyberkriminelle durchaus einen Wert“, sagt Geschäftsführer Herbert Hildebrand. Tatsächlich registrierte das Unternehmen im Schnitt mehrere Dutzend versuchte Cyberangriffe pro Monat auf das Unternehmensnetz.

DIE LÖSUNG: MOBILE ENDGERÄTE GEZIELT ABSICHERN

Um dem Risiko zu begegnen, setzt die Sozialstation auf eine spezialisierte Sicherheitslösung für mobile Endgeräte von Vodafone Business. Diese schützt Smartphones und darauf gespeicherte Daten vor Viren, Datendiebstahl, Phishing und ähnlichen Bedrohungen, indem die Sicherheits-App „Lookout for Small Business“ auf den Geräten installiert wird, die Angriffe in Echtzeit erkennt und automatisch abwehrt. Eine zentrale Admin-Konsole gibt der Firmenleitung jederzeit einen Überblick über alle verwalteten Geräte und deren Sicherheitsstatus.



Quelle: Vodafone



» Dank der von Vodafone Business bereitgestellten Sicherheitslösung schläft man als Arbeitgeber definitiv ruhiger. «

Herbert Hildebrand
Gründer und Geschäftsführer,
Sozialstation Hildebrand GmbH

Essentiell an der von Vodafone Business bereitgestellten Lösung ist ihre Kombination aus Schutzwirkung und Bedienbarkeit: Sie lässt sich ohne tiefgehende IT-Fachkenntnisse einrichten und verwalten, was gerade für Organisationen mit begrenzten IT-Ressourcen ein entscheidender Vorteil ist. Gleichzeitig kann die Lösung als Zusatz zu bestehenden Geschäftskunden-Mobilfunktarifen gebucht werden, was die Integration in bestehende Abläufe erleichtert.

FAZIT: SICHERHEIT ALS INTEGRALER BESTANDTEIL DIGITALER PFLEGEPROZESSE

Digitalisierung im Gesundheitswesen kann nur gelingen, wenn sie von geeigneten Sicherheitskonzepten begleitet wird. Sensible Patientendaten, mobile Geräte und vernetzte Arbeitsprozesse erhöhen die Anforderungen an Datenschutz und Cyberabwehr im Pflegealltag. Praxisnahe Lösungen, die technische Sicherheit mit einfacher Nutzbarkeit verbinden, sind dabei ein Schlüssel, um digitale Innovationen vertrauenswürdig und alltags-tauglich zu machen.



VODAFONE GMBH

Ferdinand-Braun-Platz 1 | 40549 Düsseldorf
E-Mail: medien@vodafone.com
www.vodafone.de

MEHR INFORMATIONEN

zu dieser und weiteren spannenden Erfolgsgeschichten finden Sie unter: vodafone.de/referenzen



Interview

„Vodafone Business bietet uns eine perfekte Sicherheitslösung an“

Vier Fragen an Herbert Hildebrand, Gründer der Sozialstation Hildebrand

Welche Rolle spielt Digitalisierung in der Pflege und in Ihrem Unternehmen?

Das hängt ganz vom jeweils betrachteten Unternehmen ab. Viele Pflegedienste haben sich überhaupt noch nicht mit diesem Thema befasst. Andere, und dazu zählen wir, haben frühzeitig erkannt, dass Digitalisierung zu einem entscheidenden Vorteil bei der Bewältigung der Herausforderungen unserer Branche beitragen kann.

Wie schätzen Sie die Rahmenbedingungen dafür ein?

Mit der zunehmenden Digitalisierung im Gesundheitswesen – ich nenne als Beispiel nur die bei Ärzten und Kliniken verpflichtende Telematikinfrastruktur – führt auch für Dienstleister in diesem Bereich kein Weg daran vorbei, sich mit diesen Lösungen zu befassen und sie produktiv im eigenen Geschäft einzusetzen.

Sehen Sie Ihr Unternehmen in besonderem Maße von Cyberangriffen bedroht?

Das denke ich zwar nicht, aber mit den für uns unverzichtbaren Gesundheitsinformationen gehen wir natürlich mit sensiblen Daten um. Die haben für Cyberkriminelle durchaus einen Wert. Auch ohne dass wir vielleicht direkt im Zentrum solcher Aktivitäten stehen, registrieren wir schon rund 40 Cyberangriffe pro Monat auf unser Unternehmensnetz. Hinzu kommen weitere Bedrohungen wie Phishing, Ransomware und Ähnliches.

Wie gehen Sie und Ihre Mitarbeitenden mit diesen Themen um?

Wie überall sonst im Leben haben wir auch unter unseren Pflegekräften Personen, die recht technikaffin sind, und andere, die sich nur wenig für diese Themen interessieren. Und zu den Cyberbedrohungen kommen ja Anforderungen wie sie etwa die DSGVO auch an uns stellt. Unsere Lösung ist, die betriebliche Kommunikation konsequent von den privaten Smartphones unserer Mitarbeitenden fernzuhalten. Die Einsatzplanung, interne Kommunikation und Dokumentation finden ausschließlich auf den von uns zu diesem Zweck bereitgestellten Geräten statt.

AUS VERANTWORTUNG WIRD FORTSCHRITT: MIT AUVARIA WIRD DIE AWS SOVEREIGN CLOUD ZUM INNOVATIONSTREIBER!

AUVARIA Gesundheitseinrichtungen stehen unter Druck: Sie müssen sensible Patientendaten schützen, Regularien wie DSGVO erfüllen und zugleich die digitale Transformation vorantreiben.

Eine souveräne Cloud schafft die Basis: Daten bleiben in der EU, Betrieb liegt in europäischen Händen, Compliance ist sichergestellt. Doch Technologie allein reicht nicht aus. Entscheidend ist, wie sie Versorgung und Abläufe optimiert.

Hier setzt Auvaria an. Wir kombinieren bewährte Sicherheitsstandards mit Branchenexpertise und nutzen moderne Cloud-Technologien, um Prozesse zu vernetzen, Datenflüsse zu optimieren und Abläufe zu automatisieren.

Das Ergebnis: höhere Effizienz, geringere Kosten und eine IT-Infrastruktur,

die medizinisches Personal bestmöglich unterstützt. Für eine sichere, vernetzte Patientenversorgung. Generative KI verstärkt diesen Effekt: von der intelligenten Analyse medizinischer Daten über automatisierte Berichtserstellung bis hin zu digitalen Assistenten, die Fachpersonal entlasten.

Unser Ansatz: Cloud und GenAI sind kein Selbstzweck, sondern Werkzeuge, um das Gesundheitswesen sicherer, agiler und zukunftsfähiger zu machen. Gemeinsam mit Ihnen schaffen wir Lösungen, die rechtssicher, praxistauglich und messbar wirksam sind.

Bereit für den nächsten Schritt? Sprechen Sie mit uns. Als AWS-zertifizierter Partner begleiten wir Ihre digitale Transformation: Pragmatisch, nachvollziehbar, souverän.

auvaria

Auvaria Technology GmbH

www.auvaria.com/european-sovereign-cloud/

Ihr Ansprechpartner:

Andreas Tschauner – Managing Partner
a.tschauner@auvaria.com

DMEA 2026: DAS ZENTRUM DER DIGITALEN GESUNDHEITSVERSORGUNG IN BERLIN

DMEA Die Zukunft der Gesundheitsversorgung ist digital: Die DMEA bringt vom 21. – 23. April 2026 Anbieter, Anwender:innen und politische Entscheider:innen in Berlin zusammen.

Mit rund 900 Ausstellern aus Deutschland und der Welt bietet die DMEA einen umfassenden Überblick über den Markt für digitale Gesundheitsversorgung. Im Mittelpunkt stehen Themen, die die Branche aktuell prägen: Künstliche Intelligenz, Interoperabilität, digitale Pflege, sichere IT-Infrastrukturen sowie die Nutzung von Gesundheitsdaten im Versorgungsalltag.

Bundesgesundheitsministerin Nina Warken übernimmt die Schirmherrschaft der DMEA. Ergänzt wird das Programm durch Beiträge zahlreicher Vertreter:innen aus Bund und Ländern, darunter die Bundesbeauftragte

für den Datenschutz Prof. Dr. Louisa Specht-Riemenschneider sowie mehrere Gesundheits-, Digital- und Wirtschaftsminister:innen der Länder. Sie bringen regulatorische, strategische und föderale Perspektiven in den Dialog mit Wirtschaft, Wissenschaft und Versorgung ein.

Ein besonderer Fokus liegt auf der Förderung des Nachwuchses: In der DMEA sparks Careers Area treffen Studierende, Absolvent:innen und Young Professionals auf potenzielle Arbeitgeber.

Tickets für die DMEA gibt es im Online-Ticketshop auf www.dmea.de



DMEA

Connecting Digital Health

DMEA – Connecting Digital Health

Messedamm 22, 14055 Berlin

E-Mail: dmea@messe-berlin.de

www.dmea.de

TERMINE Kongresse und Messen

8. Konferenz „Zukunft der Pflege“

3. – 4. März 2026 | Nürnberg

Die 8. Konferenz des Clusters Zukunft der Pflege fokussiert das Thema „Digitale Transformation: smart, sicher, souverän!“. Wie kann die digitale Transformation in der Pflege nachhaltig, verantwortungsvoll und innovativ gestaltet werden? Welche technologischen, organisatorischen und ethischen Impulse benötigt es, um Pflegestrukturen resilienter, menschlicher und effizienter zu machen? Wie kann die Pflegepraxis selbst zur aktiven Mitgestalterin dieses Wandels werden?

Technische Hochschule Nürnberg

Georg Simon Ohm

www.cluster-zukunft-der-pflege.de

17. Deutscher Interdisziplinärer Notfallkongress (DINK)

5. – 6. März 2026 | Koblenz

Der DINK 2026 bietet erneut die Gelegenheit, gemeinsam innezuhalten, Entwicklungen kritisch zu reflektieren und den interprofessionellen Austausch zu pflegen. Die Anforderungen an die Akut- und Notfallversorgung haben sich weiter verschärft – die Schaffung von Resilienz ist der in diesem Zusammenhang am meisten benutzte Begriff und steht im Fokus des Kongresses.

Rhein-Mosel-Halle

www.dink-kongress.de

19. Kongress für Gesundheitsnetzwerker

17. – 18. März 2026 | Berlin

Der 19. Kongress für Gesundheitsnetzwerker widmet sich unter dem Motto „Kurs 2030: #vernetzt #gesteuert #resilient“ den drei zentralen Säulen der zukünftigen Gesundheitsversorgung: der digitalen Vernetzung und Kooperation zwischen den Akteuren, der gesteuerten Versorgung in all ihren Facetten sowie der Resilienz unseres Gesundheitswesens in Krisenzeiten.

Langenbeck-Virchow-Haus

www.gesundheitsnetzwerker.de

DRG | FORUM 2026

19. – 20. März 2026 | Berlin

Einmal im Jahr bringt das DRG|FORUM mehr als 2000 Entscheider:innen aus der Gesundheitsbranche zusammen. In den vergangenen zwei Jahrzehnten hat sich der Kongress zum Pflichttermin für zahlreiche Manager:innen von Krankenhäusern, Reha- und Pflegeeinrichtungen, Medizintechnik, Industrie, Dienstleistungen und Krankenkassen sowie deren Verbänden entwickelt. Das DRG|FORUM erweitert sein Programm in diesem Jahr um einen eigenen Themenstrang zur Ambulantisierung.

Estrel Hotel & Convention Center

www.drg-forum.de

MI-Symposium 2026

24. – 25. März 2026 | Berlin

Die Medizininformatik-Initiative feiert in diesem Jahr ihr zehnjähriges Bestehen mit einem zweitägigen Symposium. Das Motto lautet „Zukunft Gesundheit: Daten nutzen. Vernetzung fördern. Innovation gestalten. Zehn Jahre Medizininformatik-Initiative – Grundlage für Forschung, Versorgung und digitale Souveränität in Europa“ und wird von Dorothee Bär, Bundesministerin für Forschung, Technologie und Raumfahrt, eröffnet.

dbb forum berlin

www.medizininformatik-initiative.de

DMEA 2026 – Connecting Digital Health

21. – 23. April 2026 | Berlin

Die DMEA 2026 – Connecting Digital Health mit etwa 900 Ausstellern, über 20 500 Besucher:innen und 470 hochkarätigen Speakern ist das führende Event für alle Akteure der digitalen Gesundheitswirtschaft. Die DMEA bietet allen Akteur:innen neben einem umfassenden Marktüberblick vielfältige Möglichkeiten für einen intensiven Austausch, zielgerichtetes Networking und effektive Kundengewinnung.

Messe Berlin

www.dmea.de

Weitere Termine zum Thema E-Health finden Sie auf unserer Internet-Seite www.e-health-com.de

BÜCHER

**E-HEALTH MONITOR 2025**

Wie steht es um die Digitalisierung unseres Gesundheitswesens? Wo zeigen sich spürbare Fortschritte, wo bleibt die Praxis hinter den Erwartungen zurück? Antworten liefert der E-Health Monitor 2025 von McKinsey & Company. Bereits zum fünften Mal seit der Erstausgabe 2020 misst der aktuelle E-Health Monitor anhand von rund 30 Indikatoren den digita-

len Fortschritt unseres Gesundheitssystems – von der Verbreitung zentraler Anwendungen wie ePA und E-Rezept bis zur Nutzung von DiGA, Videosprechstunden und den Effekten für Patient:innen.

Die aktuelle Ausgabe zeigt: Die Digitalisierung des deutschen Gesundheitswesens hat 2025 einen entscheidenden Schritt nach vorn gemacht. Mit der verpflichtenden Einführung der elektronischen Patientenakte im Opt-out-Modell und des E-Rezepts sind digitale Anwendungen erstmals flächendeckend in der Versorgung angekommen. Parallel beginnt die Umstellung der Telematikinfrastruktur auf eine cloudbasierte Architektur (TI 2.0), und erstmals wurden verbindliche Interoperabilitätsstandards eingeführt, die den sektorenübergreifenden Datenaustausch regeln. Damit ist regulatorisch ein Meilenstein erreicht:

E-Rezept, ePA, digitale Gesundheitsanwendungen und neue Erstattungsregeln haben die Basis für eine digitale Gesundheitsversorgung gelegt. Neben den McKinsey-Analysen tragen auch diesmal zahlreiche Gastbeiträge dazu bei, ein umfassendes Bild von E-Health in Deutschland zu zeichnen, u. a. aktuelle Einsichten und Perspektiven von E-Health-Anbietern und -Nutzern, Forschenden und Ärzteschaft.

E-Health Monitor 2025**Deutschlands Weg in die digitale Gesundheitsversorgung – Status quo und Perspektiven**

McKinsey & Company | Alexander Rajko | Matthias Redlich | Laura Richter | Katharina Sickmüller (Hrsg.)
Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft
Berlin, 2025
49,95 Euro

**EIN REALITÄTSABGLEICH**

„Ich habe geglaubt, Daten retten Leben. Nicht aus Naivität, sondern aus Überzeugung. Weil es logisch und technisch möglich ist. Und weil wir es uns moralisch nicht leisten konnten, die wertvollen Daten nicht zu nutzen. Wenn wir nur genug Daten hätten: vollständig, FAIR, vernetzt, dann würden Krankheiten früher erkannt,

Therapien besser angepasst, Fehler vermieden, Prävention möglich. Künstliche Intelligenz würde Muster sehen, wo wir sie übersehen. Medizin würde präziser, gerechter, menschlicher.

Heute weiß ich: Daten retten nicht automatisch Leben. Manchmal retten sie keines. Nicht, weil Daten und KI böse sind, sondern weil wir unterschätzt haben, was zwischen Datenerhebung und Versorgung wirklich passiert: Interessen, Macht, Bürokratie, fehlende Standards, falsche Anreize. Und eine erstaunliche Bereitschaft, technologische Lösungen für strukturelle Probleme zu halten. Dieses Buch ist kein Abgesang auf digitale Medizin. Es ist ein Realitätsabgleich.

Ich glaube nicht mehr, dass Daten Leben retten. Aber ich weiß, was passieren muss, damit sie es könnten.“

*Prof. Dr. Sylvia Thun,
Direktorin für E-Health und Interoperabilität am Berliner Institut für Gesundheitsforschung (BIH) der Stiftung Charité*

Ich habe geglaubt, Daten retten Leben: Gesundheitsdaten, KI und die Realität der digitalen Medizin

Prof. Dr. Sylvia Thun
BoD – Books on Demand
2026
15,90 Euro

FINDEX

NAMEN

Aalst, Günter van	53
Abbott, Ethan	12
Amelung, Volker	36
Badano, Aldo	32
Baumgart, Daniel C.	49
Becker, Moritz	25
Brandner, Ralf	50
Brecher, Anna-Lena	37
Broich, Karl	7
Bumm, Martin	25
Calmer, Bernhard	26
Deimel, Dominik	23
Diekmann, Daniel	50
Fuhrmann, Florian	7
Gaß, Gerald	53
Haibach, Stefan	63
Haindl, Hans	56
Hampf, Thomas	22
Harding, Rebecca	12
Heckert, Uwe	10
Heinrich, Olaf	24
Helfrich, Christian	10
Henke, Viola	6, 50
Hildebrand, Herbert	65
Holz, Nora	47
Intemann, Matthias	22
Juluru, Krishna	32
Kaup, Marisa	11
Kleinert, Tobias	12
Kroemer, Heyo	12
Ludewig, Gottfried	6
Lutsker, Guy	12
Mahmood, Umar	30
Mania, Heiko	50
Marx, Gernot	53
Meierhofer, Matthias	49
Meyer, Alexander	10
Mistele, Joelle	47
Möller, Torsten	54
Möll, Marc-Pierre	52
Müller, Gregor	10
Müller, Philipp	10
Ochs, Robert	32
Oesterhoff, Ecky	50
Raddatz, Sascha	9, 46
Redders, Luise	26
Redmann, Jörg	10
Rothmann, Philipp	62
Schleupner, Clemens	22
Schmidtke, Claudia	10
Schmidt, Thorsten	40
Semler, Sebastian C.	57
Shy, Bradley	12
Stern, Ariel Dora	7
Stockhausen, Bastian	10, 58
Strausfeld, Andreas	8
Tufekci, Zeynep	31
Warnke, Ralph	11
Wendling, Melanie	9, 46

FIRMEN & ORGANISATIONEN

AUTHADA	22
Auvaria	66
Barmer	25
Berlin Institute of Health in der Charité (BIH)	6
BfArM	7, 35
Bitkom	7, 22
BITMARCK	8, 26
BSI	22
Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS)	6
Bundesdruckerei	10
bvitg	7, 46
BVMed	52
Cellbricks	6
CNEDI/MTS	35
Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG)	53
DFKI	10
DGBMT	56
DGfT	54
DGTeled	53
Doctolib	8
Europäische Gesellschaft für	
Kardiologie (ESC)	14
FINSOZ	10
Hasso-Plattner-Institut Potsdam (HPI)	7
Idoven	16
inav	36
IKIM	10
ITSG	62
Johanniter	42
Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)	28
KH-IT	10, 58
KVN.akut	43
KV Niedersachsen	40
medatixx	7
Medical AI	16
MediTECH	11
Medizininformatik-Initiative	57
Netzwerk Universitätsmedizin (NUM)	12
Oviva	11
RECOM	10
Redcare Pharmacy	24
Rhön Stiftung	36
SPRIND	22
SVDGV	7
TeleClinic	42
Telekom	6, 10
TMF	57
Verbraucherzentrale Bundesverband (vzbv)	8
Vodafone	64
Wallet Experts	22
Zentralinstitut für die kassenärztliche	
Versorgung (ZI)	13
ZVEI	55

IMPRESSUM

E-HEALTH-COM

Magazin für Health IT, vernetzte
Medizintechnik und Telemedizin
www.e-health-com.de

E-HEALTH-COM ist Verbandsorgan des
Bundesverbandes Gesundheits-IT – bvitg e.V.

CHEFREDAKTEUR:

Philipp Grätzel von Grätz (v. i. S. d. P.)

REDAKTION:

Miriam Mirza, Silke Weidner (Korrektorat), Anne Wolf (CvD)

WEITERE AUTOREN DIESER AUSGABE:

Ralf Buchholz, Bernhard Calmer, Ricardo Colón,
Prof. Dr. Dr. Christian Dierks, Dr. Torsten Möller,
Luise Redders, Stan Sugarman

BVITG MONITOR (S. 46-51):

v. i. S. d. P.: Sascha Raddatz
Bundesverband Gesundheits-IT e.V.
Markgrafenstraße 56
10117 Berlin
Tel.: +49-(0)30-2062258-20
E-Mail: info@bvitg.de
www.bvitg.de

GRAFIK:

Berta Mattern

ANSCHRIFT REDAKTION UND VERLAG:

HEALTH-CARE-COM GmbH
Kaiserleistr. 8A, 63067 Offenbach am Main
Tel.: +49-(0)69-840 006 - 3020
E-Mail: redaktion@e-health-com.de

ABOSERVICE:

Per Internet: www.e-health-com.de/abo/
Per E-Mail: ehealthcom@vuservice.de
Per Tel.: +49-(0) 6123-92 38-234
Per Post: vertriebsunion meynen GmbH & Co. KG
Große Hub 10
65344 Eltville am Rhein

ERSCHEINUNGSWEISE:

6 Ausgaben pro Jahr (eine Doppelausgabe)

PREIS:

Jahresabonnement 62,50 Euro/CHF 95 plus 6,50 Euro Porto
(Deutschland) bzw. 12,- Euro Porto (Österreich)
und CHF 18,10 (Schweiz)

ANZEIGEN:

Beate Gehm
Tel.: +49-(0)69-840 006 - 3030
E-Mail: b.gehm@health-care-com.de
Es gilt die Anzeigenliste Nr. 1/2026

DRUCK:

Buch- und Offsetdruckerei
H. Heenemann GmbH & Co. KG
Bessemerstraße 83-91
12103 Berlin

AUFLAGE:

10 000 Exemplare

Der Verlag übernimmt für unverlangt eingesandte
Manuskripte keine Haftung. Mit der Übergabe der
Manuskripte und Bilder erteilt der Verfasser dem Verlag
das Exklusivrecht zur Veröffentlichung. Honorierte Arbeiten
gehen in das Verfügungsrecht des Verlags über. Die
kompletten Geschäftsbedingungen für Autoren sind unter
www.e-health-com.de (Autorenhinweise) einzusehen.

Eine Haftung für die Richtigkeit der Veröffentlichungen
kann trotz sorgfältiger Prüfung durch die Redaktion nicht
übernommen werden.

Eine Verwertung der urheberrechtlich geschützten
Zeitschrift und Website und aller in ihnen enthaltenen
Beiträge und Abbildungen, insbesondere durch
Vervielfältigung oder Verbreitung, ist ohne schriftliche
Zustimmung des Verlags unzulässig, soweit sich aus
dem Urheberrechtsgesetz nichts anderes ergibt.

ISSN-Nummer: 1862-7897

INFORMATIONEN NICHT VERSENDEN, SONDERN SICHER TEILEN

Echtzeit entscheidet über Versorgungsqualität – doch das Gesundheitswesen arbeitet vielerorts im Zeitversatz. Warum das gefährlich ist und wie Teams heute schon zeigen, dass eine andere Form der Zusammenarbeit möglich ist.

Es gibt diese Momente in der Versorgung, in denen eine einzige Information den entscheidenden Unterschied macht. Eine kurze Rückfrage, ein Bild, ein Befund – und doch dauert es vielerorts Minuten oder Stunden, bis sie dort landet, wo sie gebraucht wird. Nicht, weil Menschen versagen, sondern weil das System sie zwingt, Informationen zu versenden, statt sie – sicher, DSGVO-konform und schnell – zu teilen.

Viele Gesundheitsteams arbeiten im digitalen Zeitversatz, obwohl der klinische Alltag längst Echtzeit verlangt. Dabei beobachten wir immer wieder, wie anders Versorgung aussehen kann, wenn Teams gleichzeitig auf demselben Wissensstand agieren: Entscheidungen werden klarer, Abläufe schneller, Fehler seltener. Die Qualität steigt und die Belastung sinkt.

Dass diese Form der Zusammenarbeit nicht nur theoretisch möglich ist, zeigt ein Blick in den Versorgungsalltag: Eine orthopädische Fachklinik im Südwesten Deutschlands, die Acura Fachklinik, hat vor Kurzem ihren gesamten Kommunikations- und Koordinationsfluss neu strukturiert. Rund 1400 Termine müssen dort jeden Monat koordiniert werden – zusätzlich zu komplexen Abläufen in Akut- und Rehafällen. Das Team entschied sich, seine Prozesse so zu gestalten, dass Informationen dort landen, wo sie gebraucht werden: bei allen, die Verantwortung tragen.

Anstatt Anfragen über Telefonlisten, private Messenger oder E-Mail zu verteilen, kommunizieren Ärztinnen und Ärzte, Pflegekräfte und Therapeut:innen nun über ein gemeinsames, sicheres, digitales DSGVO-konformes Kooperationsstool. Bilder, Rück-

fragen und benötigten nur noch Sekunden statt Minuten. Die Klinik spart damit jeden Monat spürbar Zeit ein, die unmittelbar in die Versorgung fließt.

Dieses Beispiel zeigt, was passiert, wenn Teams aufhören, Informationen zu versenden und anfangen, sie sicher zu teilen: Übergaben bleiben nicht mehr an einzelnen Personen hängen. Kritische Rückfragen versanden nicht im Posteingang. Komplexe Fälle lassen sich mit allen Beteiligten besprechen, statt in fragmentierten Kanälen verloren zu gehen. Verantwortlichkeiten werden nicht weniger, aber sie werden geteilt.

Echtzeit-Kooperation bedeutet nicht nur Effizienzgewinn, sondern einen Kulturwechsel: weg von der Idee, dass Einzelne Versorgung absichern müssen, hin zu einem Verständnis, dass Qualität im Zusammenspiel entsteht.

» Moderne Medizin entsteht dort, wo Wissen nicht zirkuliert, sondern verfügbar ist, wenn es gebraucht wird. «

Gerade in einem Gesundheitswesen, das zunehmend interprofessionell arbeitet, ist das mehr als ein technischer Fortschritt. Es ist eine professionelle Notwendigkeit. Denn moderne Medizin entsteht dort, wo Wissen nicht zirkuliert, sondern verfügbar ist – in dem Moment, in dem es gebraucht wird.

Die Zukunft der Versorgung hängt deshalb weniger davon ab, welche Daten wir erzeugen, sondern wann und wie sicher sie geteilt werden. Echtzeit-Kooperation ist kein Trend, keine App-Funktion und keine Vision von morgen. Sie wird heute schon gelebt. Von Kliniken, die Abläufe transparenter machen. Von Praxisteams, die Anfragen gemeinsam tragen. Von Pflegekräften, die endlich Rückmeldungen erhalten, bevor wertvolle Zeit verloren geht.

Vielleicht wird man in einigen Jahren sagen: Die Digitalisierung des Gesundheitswesens begann nicht mit Daten – sondern mit der Erkenntnis, dass Teams nur dann gut arbeiten können, wenn Informationen nicht länger versendet werden müssen, wenn sie sofort im Team ankommen. ■



■ RICARDO COLÓN

ist Head of Doctolib Connect (ehemals Siilo) und verantwortet die Weiterentwicklung sicherer Echtzeit-Kommunikation für interprofessionelle Teams im Gesundheitswesen.

fragen und relevante Hinweise erreichen über eine Team Inbox immer das gesamte verantwortliche Team, unabhängig davon, wer gerade Dienst hat. Auch Patientinnen und Patienten profitieren: Terminvereinbarungen und Anfragen laufen parallel digital oder automatisiert per Telefon

Wir machen Gesundheit digital. Gemeinsam. #wearebvitg

- größter Branchenverband der Gesundheits-IT mit rund 120 Mitgliedsunternehmen
- Veranstalter der DMEA - Connecting Digital Health, Europas größtes Event für Digital Health
- Plattform für Positionierung, Austausch & Vernetzung
- Zugang zu Entscheider:innen der Gesundheits-IT
- exklusive Branchen-Insights & Events
- Vorteile bei der DMEA

**Jetzt Mitglied werden und
mitgestalten!**



www.bvitg.de/mitgliedschaft

Treffen Sie uns vom
21. - 23. April 2026
auf der **DMEA** in
Berlin!

Halle 4.2
Stand E-118



► **bvitg**



Digital Backbone

powered by InterSystems

Digitale Transformation mit Rückgrat: Stabil. Vernetzt. Innovativ.

Wenn IT-Landschaften gewachsen und Anforderungen gestiegen sind, braucht es mehr als die nächste Schnittstelle. Das InterSystems Digital Backbone führt Daten einrichtungsintern, standortübergreifend, sektorenübergreifend und regional zusammen, macht sie überall sicher und nutzbar – als stabile Grundlage für Entscheidungen. So werden Fördervorhaben aus KHVVG und KHTF nachhaltig, die Regeln des EHDS erfüllbar und KI-Anwendungen verlässlich.

Was entsteht, ist ein Betrieb, der ruhiger läuft – mit weniger Komplexität, klaren Prozessen und einer Architektur, die heute trägt und morgen mitwächst.

**InterSystems – Ihr Rückgrat, auf dem Versorgung,
Forschung und KI sicher und nachhaltig aufbauen.**



Treffen
Sie uns auf der

DMEA

Halle 4.2 | Stand B-104
Halle 6.2 | Stand B-101

