EHEALTHCOM

MAGAZIN FÜR HEALTH-IT, VERNETZTE MEDIZINTECHNIK UND TELEMEDIZIN

www.e-health-com.de Nr. 2_3 | 2026



se|cu|net
['ze:ku:nɛt]
Digitale Souveränität steht allen gut.
DMEA
Halle 1.2 | Stand E-108

PRIMÄRVERSORGUNG HEBT DIE HAUSÄRZT:INNEN AUFS PODEST!

GESUNDHEITSDATEN WIE GEHT ES EIGENTLICH DEM EHDS?

SOZIALVERSICHERUNG DIGITALE ERFOLGE OHNE VIEL TAMTAM

schwarz digits



Co-CEOs Schwarz Digits
Rolf Schumann, Christian Müller

IHRE DATEN –
IHRE ENTSCHEIDUNG!

Digitale Abhängigkeit ist die größte Bedrohung für Europas Wachstum.
Wer heute keine Kontrolle über seine Daten hat, verspielt seine Handlungsfreiheit von morgen.
Wir brauchen mutige CEOs, Vorstände und Behördenleiter, die sich aktiv von digitalen Abhängigkeiten lösen. Wir brauchen Macher, die sich die Freiheit zu entscheiden zurückholen.

Schwarz Digits bietet Ihnen das technologische Fundament – mit souveränen Lösungen für Cloud, Cyber Security, Data & AI, Communication und Workspace.

Digitale
Souveränität
für Europa

schwarz-digits.de

LITERACY ERHÖHEN STATT DURCHREGIEREN

Die Diskussion um das richtige Maß bei der KI-Regulierung hält an. Die geopolitische Gesamtsituation trägt dazu bei, dass der Reflex, die dominanten amerikanischen und chinesischen KI-Anbieter gesetzlich an die kurze Leine zu nehmen, bei vielen Sympathie genießt.



Dem einfach nachzugeben, mag verführerisch sein. Europa tut sich, der eigenen IT-Industrie und auch der medizinischen Versorgung mit einer zu straffen Regulierung aber keinen Gefallen. Dass die Bundesregierung versucht, bei der EU darauf hinzuwirken, den AI Act abzuspecken, ist deswegen sinnvoll, genauso wie die im Vorfeld des deutschen Gesetzes für digitale Versorgung und den Gesundheitsdatenraum (GDVG) von der Industrie formulierte Forderung, im medizinischen Bereich AI Act, MDR/IVDR und DSGVO besser zu harmonisieren und nationale Sonderlocken konsequent(er) wegzufrisieren.

» Wir tun uns mit zu viel vorauseilender Regulierung keinen Gefallen. «



BEWUSSTSEIN FÜR KI-BIAS SCHÄRFEN

Einer von mehreren Diskussionspunkten bei der KI-Regulierung ist der Umgang mit Bias. Hier sollte in erster Linie auf eine Verbesserung der KI-Literacy gesetzt werden. Wenn reichweitenstarke Accounts in den sozialen Medien beispielhaft zeigen, wie eine Bild-KI systematisch die Darstellung von Frauen sexualisiert, dann bringt diese Öffentlichkeit im Zweifel mehr als Versuche, den Modellen den Bias – welchen? und welchen nicht? – per Regulierung auszutreiben.

Es ist auch längst nicht jeder Bias per se schlecht. Wissenschaftler:innen haben kürzlich die Kompetenz unterschiedlicher LLMs in Sachen traditionelle chinesische Medizin (TCM) verglichen. Es gab einen klaren und wenig überraschenden Sieger: DeepSeek, denn dieses LLM hat aufgrund seines Trainingskontexts einen TCM-Bias. Schlimm? Nein, solange man sich dessen bewusst ist und es ggf. bei der Auswahl seiner KI-Modelle berücksichtigt. Wie wurde ein Modell trainiert? Was ist die Grundgesamtheit? Diese Fragen kann und sollte man stellen. Aber sofort gegenreguliert werden muss deswegen nicht. Ein bisschen mehr Selbstbewusstsein gegenüber LLMs täte uns Menschen ganz gut.

PHILIPP GRÄTZEL VON GRÄTZ
Chefredakteur E-HEALTH-COM

BILDER: RECHTS UNTEN: © DIRK HASSKARL, BERLIN; RECHTS OBEN: © SUKLA – STOCK.ADOBE.COM, 1916652585, STAND.-LIZ.:TITEL: © E-HEALTH-COM (GNERIERT MIT KI)

INHALT



14

Die Bundesregierung nimmt mit dem Primärarztsystem einen ambitionierten Anlauf zur Umstrukturierung der ambulanten Versorgung.



20

Viele Gleise, kein Fahrplan: Der European Health Data Space soll den Austausch von Gesundheitsdaten in Europa neu ordnen und einen verbindlichen Rahmen dafür schaffen.

COMPACT

Nachrichten und Fakten

6 Meldungen
Medizin-Robotik, Interview mit Dr. Lutz Hager (Vorstandsvorsitzender BMC e.V.), EHealth Insights Studie 2026, KI für Patient:innen & Forschung, Digitalisierung medizinischer Leitlinien, KIS-Markt, Wissenschaftsticker etc.

7 Dierks antwortet
Die Rechts-Kolumne von Prof. Christian Dierks aus Berlin. Diesmal: Haben wir zu viele Regeln im E-Health-Markt?

10 Köpfe & Karrieren
Prof. Lalith Kumar Shiyam Sundar, Prof. Dr. Louisa Specht-Riemenschneider, Dr. Inga Jarosch, Felix Winter, Melanie Winter, Bernd Altpeter, Ingo Elfering

COMPLEX

Ereignisse & Entwicklungen

14 PRIMÄRARZTSYSTEM
Ambulante Versorgung gerät in Bewegung: Unter dem Stichwort Primärarztsystem nimmt die schwarz-rote Koalition einen ambitionierten Anlauf zur Umstrukturierung der ambulanten Versorgung.

20 EHDS
Viele Gleise, kein Fahrplan: Der European Health Data Space soll den Austausch von Gesundheitsdaten in Europa neu ordnen. Wer erwartet, dass ein solches Vorhaben sofort reibungslos funktioniert, unterschätzt seine Dimension.

26 KI & Standards
Könnte künftig KI die Übersetzung zwischen verschiedenen Dateiformaten übernehmen und Standards wie FHIR zumindest in Teilen verzichtbar machen?

30 Rehabilitation
Digital, vernetzt, wirksam: Ein Überblick über Erfolgsfaktoren zukunftsfähiger Rehabilitation mit Digitalisierung als Bestandteil einer ganzheitlichen Reha-Strategie

33 Digitale Transformation
Vom Pflichtprogramm zur Existenzfrage: Der Krankenhaustransformationsfonds zielt auf eine notwendige, strukturelle Neuordnung der gesamten Krankenhauslandschaft.



36

ITSG-Geschäftsführer Stefan Haibach zeigt, wo die medizinische Versorgung in Sachen Digitalisierung von anderen Bereichen der Sozialversicherung lernen kann.

DMEA COMPASS

58 Special
Themen, Trends und Veranstaltungstipps der DMEA im Überblick



COMMUNITY

Menschen & Meinungen

36 INTERVIEW
„Die Budgets sind kleiner geworden“: ITSG-Geschäftsführer Stefan Haibach zeigt, wo die medizinische Versorgung in Sachen Digitalisierung von anderen Bereichen der Sozialversicherung lernen kann.

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

50 Aus den Verbänden
Beiträge von BVMed, DGfTr, DGTelemed, FINSOZ, KH-IT, TMF, VDE DGBMT und ZVEI

COMPASS

Markt & Service

67 Firmenverzeichnis
70 Aus den Unternehmen
71 Termine

Standards

03 Editorial
72 Bücher
73 Findex/Impressum
74 Kolumne

ANZEIGE

noris network

Mehr Sicherheit für Ihre Patientendaten
Wir machen Ihre IT sicher & hochverfügbar

- Schutz vor Ransomware
- Nahtlose Integration
- Revisions- und auditsicher
- Datensouveränität – made in Germany
- Aktiver Schutz mit SIEM und SOC
- DSGVO-konform





MRT-SIMULATOR: ÜBUNG IN DER „RAKETE“ NIMMT KINDERN ANGST

Termine in der Klinik empfinden viele Kinder als unangenehm – erst recht, wenn es sich dabei um eine Untersuchung per Magnetresonanztomografie (MRT) handelt. In der Kinderradiologie der Kinderklinik der Medizinischen Hochschule Hannover (MHH) gibt es dafür jetzt ein Trainingsgerät. In einem MRT-Simulator können Kinder die Untersuchung spielerisch üben. Es ist der erste MRT-Simulator in Niedersachsen. Der Simulator in Form einer „Rakete“ sieht aus, als würde er zu einem kleinen Abenteuerflug einladen. Mit seiner Hilfe können die Kinder die Untersuchung üben – inklusive der verschiedenen Geräusche. So werden Doppeluntersuchungen vermieden und die Aufnahmen haben eine bessere Bildqualität, weil es zu weniger Bewegungsartefakten wie Verwacklungen oder Verwischungen kommt.

DMEA 2026: SO VIEL KI WIE NIE

Bei der diesjährigen DMEA und ihren Goldpartnern dreht sich nicht alles um KI, aber doch so einiges.

Wer sich die Schwerpunkte der sieben DMEA-Goldpartner ansieht, der kann nicht anders als erkennen: Künstliche Intelligenz (KI) wird im Gesundheitswesen Mainstream. Ob ambulant, ob stationär: IT-Anbieter peppen ihre Systeme mit KI-Algorithmen auf oder docken entsprechende Tools an, um den Nutzer:innen mehr Komfort oder mehr Leistung anbieten zu können. Im ambulanten Bereich, bei medatixx oder der CompuGroup, sind es nicht zuletzt Lösungen für eine komfortablere Dokumentation, die die Kundschaft überzeugen sollen. Das reicht von KI-gestützter Befunderstellung über Echtzeitdokumentation von Arzt-Patienten-Gesprächen bis hin zu Pilotprojekten für agentische KI-Lösungen oder agentische KI-Plattformen, die nicht nur dokumentieren, sondern auch gleich Aktionen in den jeweiligen IT-Systemen vorbereiten.

Hersteller, die sich im Bereich Krankenhaus-IT tummeln – Nexus, Dedalus, ID, die Telekom, Meierhofer und erneut die CGM – lassen sich da nicht lumpen. Im Krankenhaus ist naturgemäß die KI-gestützte Arztbriefschreibung ein Megathema. Aber auch für die stationäre Welt gibt es einen ganzen Reigen an Lösungen mit sprachbasierter Echtzeitdokumentation, nicht zuletzt im Pflegebereich. Es gibt außerdem Chatbots, die es während der Dokumentation oder Arztbriefschreibung erlauben, quasi mit der Patientenakte zu sprechen. Entwickelt werden außerdem komplexe, versorgungsnahe KI-Tools, die Echtzeitspracherkennung mit agentischer KI kombinieren und beispielsweise das Management im Schockraum optimieren. Klar ist: Viel von dem, was in Sachen KI in den nächsten Jahren in medizinischen Einrichtungen installiert wird, dürfte zumindest in Teilen Cloud-basiert sein. Wenig überraschend ist der Cloud-Betrieb ein weiteres großes Thema der DMEA-Aussteller.

BILD: © KARIN KAISER/MHH

„NEUE PARADIGMEN WERDEN MÖGLICH“

Beim chinesischen Neujahrsfest tanzten humanoide Roboter gen Frühling. Auch Deutschland sollte (Medizin-) Robotik als Standortfaktor begreifen.

Der Gruppentanz einer Heerschar humanoider Roboter anlässlich des chinesischen Neujahrsfests war eine eindrucksvolle Leistungsschau des Innovationsstandorts China. Wenn Deutschland und Europa da mithalten wollen, müssten sie KI-geführte Robotik als Zukunftstechnologie begreifen und entsprechend investieren, so Prof. Oliver Brock von der TU Berlin: „Wir haben in diesem Bereich absolute Spitzenforschung. Aber es geht um das gesamte Ökosystem. Und da fällt die Bilanz im Moment eher nachteilhaft aus.“

Für Prof. Tamim Asfour, der am KIT in Karlsruhe u. a. Haushaltsroboter entwickelt, stehen und fallen die Fortschritte in der Robotik mit den Investitionen. Zwar stecke Deutschland bis 2029 rund 18 Milliarden Euro in eine Hightech-Agenda, die auch Robotik umfasse. Aber: „China investierte allein in den letzten fünf Jahren einhundert Milliarden Euro in humanoide Robotik.“ Asfour kritisierte nicht zuletzt die hiesige Industrie, die vor risikoreichen Investitionen zurückschrecke.

Auch in der Medizin sieht Prof. Stefanie Speidel von der Translationalen Chirurgischen Onkologie an der TU Dresden enormes Potenzial. Bisherige OP-Roboter kommen fast ausschließlich aus den USA, und das Einsatzspektrum ist sehr begrenzt. Letztlich, so Speidel, handele es sich „nur“ um Telemanipulatoren. Moderne KI-gestützte Robotik könne die Karten ganz neu mischen: „Neue Paradigmen werden möglich.“ Speidel denkt an Assistenzroboter, die chirurgische Ein-Personen-Eingriffe ermöglichen würden, und an telerobotische Systeme, die punktuell zugeschaltet werden, um Operateur:innen zu assistieren: „Wir wollen keine inkrementelle Weiterentwicklung des Da Vinci. Wir wollen kleinere, mobilere Systeme entwickeln und sie mit KI und neuen Imaging-Verfahren kombinieren. Hier haben Deutschland und Europa große Stärken.“

TICKER



+ + + Das Interop Council der gematik hat eine **IOP-ROADMAP** festgelegt. Dies ist der Fahrplan für 2026 und 2027 des Kompetenzzentrums für Interoperabilität im Gesundheitswesen (KIG) in Zusammenarbeit mit dem Interop Council und dem IOP-Expert:innenkreis. Ziel ist, Herausforderungen im Bereich Interoperabilität zu identifizieren und gemeinsam mit der Community an Lösungsansätzen zu arbeiten. Mehr zur Roadmap unter https://www.ina.gematik.de/kompetenzzentrum/wirkungsfelder-im-ueberblick/interop-roadmap-2026-2027 + + + Baden-Württemberg hat die Weichen für einen dauerhaften Weiterbetrieb der Gesundheitscloud **MEDI:CUS** gestellt. Mit dem Mitte 2023 gestarteten ressortübergreifenden Projekt baut das Land eine sichere, landesweite, cloudbasierte Datenplattform für den Gesundheitsbereich auf. Mehr Infos unter https://digital-laend.de/medicus/ + + + Und noch mal Ba-Wü: Das Land fördert mit 25 Millionen Euro den Aufbau einer diagnostischen und therapeutischen Forschungs- und Entwicklungseinheit im **DIGITALEN INNOVATIONSZENTRUM (DIGIZ)**, ein Innovations- und Translationszentrum an der Schnittstelle von Medizintechnik, Digitalisierung und klinischer Patientenversorgung am Universitätsklinikum Freiburg. + + + Die Charité – Universitätsmedizin Berlin und Schwarz Digits gründen ein Joint Venture. In der künftigen **SCHWARZ CHARITÉ HEALTH DATA GMBH** bündeln beide Partner ihre Expertise, um medizinische Daten sicher zu vernetzen. + + +

FOTO OBEN: © PROF. DR. DR. DIERKS; BILD UNTEN: © GEMATIK

DIERKS ANTWORTET



PROF. DR. DR. CHRISTIAN DIERKS

ist Rechtsanwalt und Facharzt für Allgemeinmedizin in Berlin.

Kommentare & Fragen:
christian.dierks@dierks.company

Haben wir zu viele Regeln im E-Health-Markt?

Nein. Wir haben zu wenig Nutzung der bestehenden Regeln.

Die Erzählung von der Überregulierung hält sich hartnäckig. Sie ist bequem. Sie entlastet Organisationen von der Notwendigkeit, sich ernsthaft mit den vorhandenen rechtlichen Möglichkeiten auseinanderzusetzen. Sie ist zugleich falsch. Der regulatorische Rahmen im E-Health-Bereich ist heute nicht das Hindernis, sondern die Infrastruktur, auf der Geschäftsmodelle überhaupt erst entstehen können.

EHDS, AI Act und Datenschutzrecht schaffen keine Verbotszonen. Sie definieren Spielregeln. Sie legen fest, wer Daten nutzen darf, unter welchen Bedingungen und mit welchen Sicherungen. Genau das ist die Voraussetzung für Skalierung. Märkte entstehen nicht im rechtsfreien Raum, sondern dort, wo Verlässlichkeit besteht.

» Datenzugang, Interoperabilität und Sekundärnutzung sind keine theoretischen Optionen mehr. Sie sind rechtlich angelegt und operativ erreichbar. «

Das eigentliche Defizit liegt in der Umsetzung. Viele Unternehmen behandeln Regulierung defensiv. Sie prüfen Risiken, aber nicht Chancen. Sie sehen Anforderungen, aber keine Gestaltungsspielräume. Wer so agiert, überlässt das Feld denjenigen, die Regulierung als strategisches Instrument begreifen.

Regulierung wird damit selbst zum Wettbewerbsfaktor. Nicht die geringste Regelbindung entscheidet, sondern die Fähigkeit, innerhalb des bestehenden Rahmens belastbare Modelle zu entwickeln. Datenzugang, Interoperabilität und Sekundärnutzung sind keine theoretischen Optionen mehr. Sie sind rechtlich angelegt und operativ erreichbar.

Die entscheidende Frage lautet daher nicht, ob es zu viele Regeln gibt. Die entscheidende Frage lautet, wer sie besser nutzt.

» SPÜRBARER VORTEIL FÜR DIE MENSCHEN «

Die Bundesregierung will ein Primärversorgungssystem in Deutschland einführen. Sie stößt damit vielerorts auf Zustimmung.



DR. LUTZ HAGER
ist Professor für Management im Gesundheitswesen an der SRH Fernhochschule und Vorstandsvorsitzender des Bundesverbands Managed Care (BMC).

Das deutsche Gesundheitswesen durchlebt finanziell schwierige Zeiten. Kann ein Primärversorgungssystem wirklich Teil der Lösung sein?
Ja, wenn eine echte Strukturreform umgesetzt wird. Die finanzielle Schieflage entsteht auch, weil das System zu viele Kontakte, Doppelwege und unklare Zuständigkeiten erzeugt. Gerade mit Blick auf die heutige und künftig noch steigende Versorgungslast müssen „die Mengen runter". Wir müssen mehr Anliegen auf der primären Ebene und am besten außerhalb der Arztpraxen lösen. Klar ist: Ein Primärversorgungssystem muss deutlich mehr leisten als die reine Weiterleitung vom Hausarzt zum Facharzt. Dies gelingt nur durch einen Teamansatz, der weitere Gesundheitsberufe einbindet, und durch digital unterstützte Prozesse.

Die Bürgerinnen und Bürger werden ein Primärversorgungssystem als Rückschritt empfinden. Wie lässt sich das kommunizieren?
Patientinnen und Patienten sollen ihren Facharzt weiterhin frei wählen können, orientiert am konkreten medizinischen Bedarf. Dafür braucht es vor jedem neuen Behandlungsanlass eine standardisierte, symptombezogene Ersteinschätzung, die digital, telefonisch oder in der Praxis erfolgen kann. Sie klärt, ob und wo Behandlung nötig ist, und leitet je nach Bedarf in die passende Versorgungsebene weiter. Dringliche Anliegen werden bei der Terminvergabe priorisiert. Das schafft einen spürbaren Vorteil für die Menschen, erhöht die Nachvollziehbarkeit der Versorgung und stärkt das Vertrauen in das System.

Was sind wichtige Komponenten, die ein Primärversorgungssystem bieten bzw. erfüllen muss, damit es funktioniert?
Wir haben die zentralen Anforderungen im BMC-Positionspapier „Fünf Bausteine für die Primärversorgungsreform" herausgearbeitet. Dazu gehören eine standardisierte digitale Erst- und Dringlichkeitseinschätzung sowie Primärversorgungseinheiten, die interprofessionell arbeiten und Koordination im Team organisieren. Ebenso wichtig sind eine verlässliche, digital vernetzte Terminvermittlung mit Dringlichkeitslogik und ein digitales Update mit interoperablen Systemen und einer nutzbaren elektronischen Patientenakte, damit Informationen entlang der Versorgungspfade verfügbar sind. Ergänzt wird das durch eine umfassende Primärversorgung, die Programme zur Prävention, Früherkennung und Chroniker-Betreuung verbindlich integriert.

Quo vadis, SAP?

KIS-MARKT Die Ablösung von SAP-Lösungen nach der Abkündigung von IS-H und i.s.h.med bleibt eines der großen Gesundheits-Themen im deutschsprachigen Markt. Noch immer warten viele Krankenhäuser ab, die Zahl der KIS-Ausschreibungen war bisher geringer, als manche erwartet hatten. Ende Februar wurde jetzt bekanntgegeben, dass der Münchener KIS-Anbieter Avelios von SAP ein strategisches Investment für die nächste Skalierungsphase erhält. Dies, so die beiden Unternehmen, schaffe Orientierung und Investitionssicherheit für Kliniken, die vor grundlegenden IT-Neuausrichtungen stünden. Bei der deutschsprachigen SAP-Anwendergruppe (DSAG) hat man diesbezüglich zumindest noch ein paar Fragen. Die Beteiligung von SAP bei Avelios wird begrüßt, man sieht darin aber keinen vollständigen Ersatz für eine SAP-eigene Nachfolgelösung. Insbesondere dürfe SAP nicht einzelne Partner stärker positionieren, so die DSAG. SAP müsse vielmehr alle Hersteller unterstützen, damit die SAP Business Technology Platform (SAP BTP) im Healthcare-Sektor ein umfassendes Partner-Ökosystem erhalte. Nötig seien jetzt konkrete Kundenprojekte und nachvollziehbare Referenzen, damit Krankenhäuser abschätzen könnten, was IT-Lösungen in einem SAP-Umfeld tatsächlich leisteten. Die Zeit dränge, so die DSAG.

BILD: © SRH FERNSCHULE



BILD: © SALEEM – STOCK.ADOBE.COM, 1887088836, STAND: LIZ.

UNGENUTZTES POTENZIAL *Die digitalen Versorgungsangebote in Deutschland bleiben hinter den Wünschen und Erwartungen der Bevölkerung zurück. Das zeigt eine neue Studie.*

Der Studie „EHealth Insights 2026“ der Berater:innen von _fbeta liegt eine Befragung von 4150 deutschsprachigen Erwachsenen bis 75 Jahre zugrunde. Demnach nutzen derzeit 31 % Digital-Health-Anwendungen in der regulären Versorgung, und weitere 53 % können sich das vorstellen. Dabei handelt es sich bisher überwiegend um administrative Anwendungen. So gaben 35 % an, die Online-Geschäftsstelle der Krankenversicherung zu nutzen, und 24 % nutzen Tools zur Terminbuchung oder Leistungserbringersuche. Anwendungen mit Versorgungsbezug, etwa therapiebegleitende Apps, digitale Schulungen oder digitale Therapien, spielen dagegen eine geringere Rolle. Offenheit gibt es aber: 56 % können sich vorstellen, digitale psychische Interventionen zu nutzen, 64 % eine digitale Therapiebegleitung und 71 % Telemonitoring.

Was könnte Noch-nicht-Nutzer:innen zur Nutzung von Digital-Health-Anwendungen bewegen? 84 % nannten ärztliche Empfehlungen als Treiber. Aber auch die Möglichkeit, sich autonom zu informieren sowie flexibel und terminunabhängig Leistungen wahrnehmen zu können, wurden positiv hervorgehoben. Gleichzeitig befürchten mehr als 60 % eine Überforderung durch permanente Gesundheitsinformationen, und ebenso viele zweifeln, ob die Digital-Health-Anwendungen individuell genug auf ihre Bedürfnisse zugeschnitten werden können. Zentrale Orientierungsgeber im Digital-Health-Dschungel sind weiterhin die Krankenversicherungen: Jede:r zweite Digital-Health-Nutzer:in wurde auf diesem Weg auf die Anwendung aufmerksam, nur etwas mehr als jede:r vierte durch Ärztinnen oder Ärzte bzw. Psychotherapeut:innen.

ANZEIGE



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 Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit (BfDI), **PROF. DR. LOUISA SPECHT-RIEMENSCHNEIDER**, hat Mitte März erklärt, sich aus gesundheitlichen Gründen von ihrem Amt zurückzuziehen, sobald die Nachfolge geregelt ist. **2** Die International Centers for Precision Oncology (ICPO) Foundation hat den Gewinner ihres ersten KI-Forschungsaufrufs mit einer Fördersumme von 100 000 Euro bekannt gegeben: Das Gewinner-Projekt ist „ARCHE – Eine KI-gestützte Kurations- und Harmonisierungseinheit zur Strukturierung multimodaler Theranostikdaten", geleitet von **PROF. LALITH KUMAR SHIYAM SUNDAR** am LMU Klinikum München. **3** Die Medizin- und Sportwissenschaftlerin **DR. RER. MED. INGA JAROSCH** vom Forschungsinstitut für Pneumologische Rehabilitation der Schön Klinik Berchtesgadener Land hat den Wissenschaftspreis für digitale Medizin in der Pneumologie der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin (DGP) erhalten. Der mit 5 000 Euro dotierte Preis würdigt ihre Arbeit zur digitalen Rehabilitations-Nachsorge für Menschen mit Post- beziehungsweise Long COVID sowie chronischen Atemwegserkrankungen. **4** Seit Mitte März ist **FELIX WINTER** neuer geschäftsführender Vorstand des Medical Valley EMN e. V. Neben dem zweiten Vorstand Marco Wendel wird Winter künftig die Bereiche Strategie, Geschäftsentwicklung, Marketing und Kommunikation verantworten. **5** Im März hat **MELANIE WINTER** die Posistion der Bereichsleitung DMEA Operations beim Bundesverband Gesundheits-IT (bvitg) e. V. übernommen, zuvor war sie seit 2024 Projektmanagerin der DMEA. **6** Seit Februar verantwortet **INGO ELFERING** als neuer CIO die IT des niederländischen MedTech-Anbieters Philips. Zuvor war er Group CIO der Fresenius Group. **7** **BERND ALTPETER** hat seit März die neue Position als Head of Digital Product Innovation bei Boehringer Ingelheim Vetmedica GmbH angetreten. Zuvor war er CEO der SHL Telemedizin GmbH.

KI: Chance für Patient:innen …

LLM-CHATBOTS **ChatGPT, Claude, Perplexity und Co werden mitunter als große Verwirrungsmaschinen für Patient:innen dargestellt, die medizinische Informationen suchen. Zu Unrecht, findet Alexandra von Korff von der Patienteninitiative „patients today". KI-Tools seien vielmehr eine riesige Chance für mehr Gesundheitskompetenz, zum Beispiel im Zusammenhang mit einer Krebsdiagnose. Sie selbst, so von Korff beim Deutschen Krebskongress in Berlin, hätte sich gewünscht, bei ihrer Diagnose 2017 schon KI-Chatbots zur Verfügung gehabt zu haben: „KI ist Dolmetscher, Strukturierungshilfe und Navigator im Dschungel der Möglichkeiten." KI-Chatbots hätten keinen Zeitdruck, seien auch nachts um drei ansprechbar und dank Quellenangaben ein optimaler Ausgangspunkt für die weitere Recherche. Aber: „KI sollte keine Therapieentscheidungen treffen. Patientinnen und Patienten brauchen immer noch Empathie, sie brauchen immer noch klinische Erfahrung."**

… und für klinische Studien

STUDIENPLATTFORMEN **Klinische Studien haben oft Schwierigkeiten, Patient:innen zu rekrutieren. KI-Lösungen können dabei unterstützen. So gibt die Studienplattform Reesi Ärzt:innen einen Überblick über laufende Studien. Anders als bei Studienregistern arbeitet Reesi mit über 300 klinischen Studienzentren aktiv zusammen – entsprechend aktuell und relevant sind die Studien, die über die Plattform bekannt gemacht werden. Aufseiten der Pharmaindustrie nutzt das Unternehmen Johnson & Johnson ein Tool, das potenzielle Studienzentren mittels klassischem Maschinenlernen bewertet und so bei der Zentrenselektion unterstützt. Auch das zielt auf effizientere Patientenrekrutierung: Welche Zentren können am ehesten das halten, was sie versprechen? Zum Selbstzweck werden dürfen KI-Anwendungen bei klinischen Studien aber nicht: Der persönliche Draht zwischen Hersteller und Studienzentrum bleibt auch künftig der wahrscheinlich wichtigste Erfolgsfaktor.**

FOTOS: © JOHANNA WITTIG; © LMU; © PRIVAT; © MEDICAL VALLEY EMN; © BVITG; © PHILIPS; © PRIVAT

„STABILITÄT & INNOVATION“

Für das GDVG definiert der bvitg drei Handlungsfelder.

Der Bundesverband Gesundheits-IT (bvitg) betont im Vorfeld des Gesetzes für digitale Versorgung und den Gesundheitsdatenraum (GDVG) den Handlungsbedarf bei der Nutzung von Gesundheitsdaten, bei der Telematikinfrastruktur (TI) und bei der Definition der Rolle der gematik. Gefordert werden u. a. klare Rahmenbedingungen für die Nutzung pseudonymisierter Gesundheitsdaten sowie klare Vorgaben für das Opt-out-Prozedere. Zudem, dass gesetzliche Kriterien festgelegt werden, bei denen Daten als wirksam anonymisiert gelten. Anonymisierte Daten müssten ausdrücklich von der DSGVO ausgenommen und scharfe Sanktionen für Re-Identifizierungsversuche eingeführt werden. Auf EU-Ebene wünscht man sich eine klarere Abgrenzung von MDR/IVDR, DSGVO und EU AI Act, um Zulassungen digitaler Medizinprodukte zu entbürokratisieren.

Auf Versorgungsebene gelte es, die ePA zu einer Datenplattform zu machen und dabei die richtige Balance zu finden zwischen Stabilität und Innovation. Ziel müsse ein echtes Ökosystem mit Option für eine bidirektionale ePA-Anbindung sein. Gleichzeitig brauche es ausreichend lange Testphasen, insbesondere in Zeiten, in denen die TI neue Basistechnologien wie Zero Trust oder Health Confidential Computing einführt. Beim Primärversorgungssystem wird angemahnt, die Ergebnisse der digitalen Ersteinschätzung strukturiert und interoperabel zur Verfügung zu stellen. Bei der gematik wiederum wünscht sich der Verband harmonisierte Zertifizierungsprozesse sowie Regelungen, die klar ausschließen, dass die gematik als Entwicklerin oder Wettbewerberin im Markt auftritt.

KI-

WISSENSMANAGEMENT

Gemeinsam stärker: Die neue Plattform zur Nutzung und Entwicklung von KI-Anwendungen in der Gesetzlichen Krankenversicherung ermöglicht es Krankenkassen, ihr Know-how zu bündeln, Synergien zu nutzen und Innovationen schneller, sicherer und wirtschaftlicher bereitzustellen.

- **Gemeinsame KI-Plattform für die Gesetzliche Krankenversicherung**
- **Von Krankenkassen für Krankenkassen: Wissen bündeln, Effizienz steigern**
- **Schon jetzt verfügbar: Wissensmanager Pflege**

BITMARCK®

Noch Fragen? Dann wenden Sie sich gerne an **vertrieb@bitmarck.de**

Wissenschaftsticker

+ + + ADHS im Erwachsenenalter wird oft medikamentös behandelt, aber nicht alle wollen das. Physische Therapieplätze sind aber knapp. Die Selbsthilfe-App attexis will die Lücke füllen (Psychol Med 2026; 11:56e54). In einer randomisierten Studie mit 337 Teilnehmer:innen konnte **ROBERTO D'AMELIO** vom Universitätsklinikum Homburg/Saar zeigen, dass die mit der ADHS Symptom Severity Scale quantifizierten Symptome nach drei Monaten bei Einsatz der auf kognitiver Verhaltenstherapie fußenden Anwendung signifikant stärker abnahmen als bei Standardversorgung. + + + Können große Sprachmodelle (LLMs) traditionelle chinesische Medizin (TCM)? Nicht alle gleich gut, das zeigt eine Studie von **WEIWEI LIU** von der Nanjing Universität (JMIR Form Res 2026; 2:10e80167). Er ließ fünf gängige LLMs – Claude 3.7, ChatGPT 4.5, Grok3, Gemini 2.0 und DeepSeek-R1 – zunächst 160 Fragen zur TCM beantworten und danach 30 typische Fälle analysieren. Am Ende wurde die klinische Anwendbarkeit der LLMs von echten TCM-Profis bewertet. Vielleicht nicht ganz überraschend, war DeepSeek-R1 den anderen Modellen klar überlegen. + + + KI-basierte Prädiktion klinischer Ereignisse ist spannend, aber bringt sie auch einen Mehrwert? Anhand eines 12-Kanal-EKG-Algorithmus haben Forscher:innen um **YI ZHENG** vom Inselspital Bern das jetzt auf Basis der UK Biobank analysiert (Eur Heart J Digit Health 2026; 7(3):ztag025). 21 842 Menschen mit Risikofaktoren für Vorhofflimmern wurden identifiziert, das mediane Follow-up lag bei drei Jahren. Die Area under the Curve der Receiver Operating Curve betrug für die rein klinische Vorhofflimmerprädiktion nach einem und nach drei Jahren jeweils 0,71. Mit zusätzlichem KI-EKG waren es 0,75 und 0,74. Das ist besser, aber es ist kein Quantensprung. + + + Können Newsletter Public Health? **MALIA JONES** von der Universität Wisconsin hat das in einer randomisierten Studie untersucht (PLoS One 2026; 21(3):e0344258). Im Kontext des Substack-Newsletters „Those Nerdy Girls" wurde Wissen um saisonale Impfungen kommuniziert. Es zeigte sich, dass bezüglich Zoster- und RSV-Impfung tatsächlich ein Wissensgewinn erreicht wurde, der sich aber im Vergleich zur Kontrollgruppe nicht in mehr Impfungen niederschlug. Wer etwas von Wissenschaftskommunikation versteht, wundert sich nicht: Das beliebte Defizit-Modell hat nicht nur beim Thema Impfen Grenzen. + + + Nicht immer ist nach Hüftfrakturen im Alter eine traditionelle Reha umsetzbar. Können digitale Reha-Interventionen helfen? **WEI FAN** von der Medizinischen Hochschule in Tianjin, China, hat dazu im Rahmen eines systematischen Reviews 13 randomisierte Studien ausgewertet (J Med Internet Res 2026; 12:28e79563). Er kommt zu einem positiven Fazit: Verglichen mit den jeweiligen Kontrollgruppen waren Hüftfunktion und funktionelle Unabhängigkeit bei Einsatz einer digitalen Reha-Intervention jeweils signifikant besser. Die Studien waren allerdings nur von mäßiger Qualität. Beispielsweise wurde nur in einer einzigen Studie die Adhärenz erhoben und kommuniziert. + + +

Im Moment noch Mehrarbeit

LEITLINIEN Viele arbeiten an der Digitalisierung medizinischer Leitlinien – ein mühsames Unterfangen. „Leitliniennutzende möchten heute keine 500-Seiten-Dokumente durchsuchen, sondern konkrete und schnelle Antworten", sagte Ina Müller von der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) beim Deutschen Krebskongress 2026. Um dorthin zu kommen, müssten Leitlinien konsequent digitalisiert werden, doch gebe es hier wenig Einheitlichkeit: „Unterschiedliche Systeme können Leitlinieninhalte nicht gut standardisiert austauschen. Hochwertiges Leitlinienwissen kann sein Potenzial in der Versorgung nicht erfüllen." Ändern soll das u. a. das vom Gemeinsamen Bundesausschuss geförderte DISSOLVE-E Projekt. Ziel ist die Digitalisierung des AWMF-Leitlinienregisters mit Hilfe international anschlussfähiger Datenmodelle auf Basis von FHIR-Ressourcen. Aktuell liegt der neue AWMF-Standard in der Version 0.1 vor. In diesen Wochen startet die Erprobung, an der dann Leitlinienautor:innen und Verwaltende beteiligt sind.



Ein Registerstandard reicht aber nicht. Für die Erstellung und Aktualisierung der Leitlinien braucht es ein passendes Content-Management-System. Ein solches werde für den Bereich Krebsmedizin derzeit im Rahmen des Leitlinienprogramms Onkologie entwickelt, sagte Thomas Langer von der Deutschen Krebsgesellschaft. Mehr Struktur, weniger Text, mehr Flowcharts und ein Interface, das es Leitliniengruppen erlaubt, die eigene Leitlinie selbst zu verwalten, das sind die Ziele. Klingt erstrebenswert, allerdings: „Wir sind an dem Punkt, wo es für manche mehr Arbeit ist, das ist so", sagte Langer. Was geht, zeigt eine weitere digitale Plattform, die darauf abzielt, Konsensuskonferenzen effizienter zu machen. „Die dauerten früher manchmal fünf Tage", so Langer. Dank digitaler Unterstützung geht das mittlerweile wesentlich flotter, schon weil rund die Hälfte der Empfehlungen im Vorfeld online konsentiert werden können.

BILD: © ARDAN – STOCK.ADOBE.COM, 1940104330, STAND: LIZ.

LEITLINIEN-KI: WER IST ZUSTÄNDIG?



Die Königsdisziplin für digitale Leitlinien ist die Nutzung im klinischen Kontext. Die Krebsmedizin will dieses Feld auch nichtkommerziell bearbeiten.

Digitale Leitlinienregister und Content-Management-Systeme helfen bei der Erstellung von Leitlinien. Für eine kontextsensitive Einbindung digitaler Leitlinieninhalte in klinische Informationssysteme oder auch für ein digitales Leitlinien-Adhärenzmonitoring im Versorgungsalltag reicht das aber noch nicht. Niedrigschwellig zugänglich gemacht werden soll digitales Leitlinienwissen im Bereich Krebsmedizin durch den von der Deutschen Krebshilfe unterstützten OncoGuide, der aktuell beim Brustkrebs getestet wird. Es handelt sich um eine Art Leitlinien-Chatbot für Mediziner:innen. Der OncoGuide konkurriert mit kommerziellen, stark kapitalisierten KI-Chatbots wie Amboss AI, Open Evidence und Prof. Valmed.

Macht das Sinn? „Wir sehen einen Mehrwert darin, als Fachgesellschaft die Verantwortung nicht aus der Hand zu geben“, sagte Sebastian Griewing vom Institut für Digitale Medizin der Universität Marburg. „Fachgesellschaften wollen mitentscheiden, auf Basis welcher Evidenz agiert wird.“ Blackbox-Systeme seien da schwierig, zudem müsse zuverlässig sichergestellt werden, dass veraltetes Wissen aussortiert werde. Ebenfalls nichtkommerziell ist ein Projekt zum Leitlinien-Adhärenzmonitoring, das Gregor Lichtner von der AG Medizinische Informatik der Universitätsmedizin Greifswald vorstellte. Die Greifswalder mussten dafür die Leitlinien aufwendig semantisch annotieren und damit dann FHIR-Ressourcen erstellen, die mit den IT-Systemen interagieren können – ein Riesenaufwand. Künftig, so Lichtner, könnte das KI-unterstützt ablaufen. Aber: „Es muss ein Mensch dahinterstehen, der das kontrolliert.“

BILD: © SHIROKUMA-DESIGN – STOCK.ADOBE.COM, 1942824885, STAND: 1.12.

ANZEIGE



custo diagnosic clinical – die Diagnostik-Plattform der Zukunft!

Sicher. Integriert. Zentralisiert.

Im Klinikalltag geht es heutzutage vor allem um nahtlose Integration, sichere und schnelle Workflows und anwenderoptimierte Lösungen.
Wir bieten mit unserer diagnostischen Plattform „custo diagnostic clinical“ eine modulare Lösung für die Herz-Kreislauf-Diagnostik.
Bei uns bekommen Sie Dienstleistung, Hard- und Software aus einer Hand – für einen effizienteren Klinikalltag.

www.customed.de

Besuchen Sie uns auf YouTube!

custo·med
SICHERHEIT IN DER DIAGNOSTIK

AMBULANTE VERSORGUNG
GERÄT IN BEWEGUNG

Unter dem Stichwort Primärarztsystem nimmt die schwarz-rote Koalition einen ambitionierten Anlauf zur Umstrukturierung der ambulanten Versorgung. Dabei gibt es an mehr als nur einer Stelle Kontaktpunkte zur Digitalisierung. Ähnlich wie bei der Krankenhausreform prescht Nordrhein-Westfalen vor.

TEXT: PHILIPP GRÄTZEL VON GRÄTZ

Politik hat auch eine psychologische Dimension, und die Gesundheitspolitik ist da keine Ausnahme. In Berlin war es in den letzten Jahren für GKV-Versicherte teils extrem schwierig, Facharzttermine zu bekommen. In Fächern wie Orthopädie oder Dermatologie musste man entweder Monate warten, oder man reihte sich bei jenen Praxen in lange frühmorgendliche Schlangen ein, die terminfreie Sprechstunden anbieten. Interessanterweise hat sich die Situation aber zuletzt etwas entspannt, das berichten viele, und es scheint überall in der Stadt so zu sein. Fast kann man den Eindruck gewinnen, dass die ständigen Diskussionen um die Terminknappheit in der fachärztlichen Versorgung und die politische Ankündigung eines Primärarztmodells dazu geführt haben, dass einige Praxen wieder großzügiger terminieren. >

BILD: © E-HEALTH-COM (GENERIERT MIT KI)


1

Ein subjektiver Eindruck, klar, und was in Berlin gilt, mag anderswo anders sein. Aber: Es kommt Bewegung in die ambulante Versorgung. Bundesgesundheitsministerin Nina Warken (CDU) hat für den Sommer 2026 einen Gesetzentwurf angekündigt, mit dem in Deutschland ein Systemwechsel vollzogen werden soll: Ein Primärversorgungsmodell soll eingeführt werden, bei dem GKV-Versicherte zunächst und obligat eine Hausärztin oder einen Hausarzt aufsuchen, bevor sie dann bei Bedarf in Richtung fachärztliche Versorgung gesteuert werden. In der Bevölkerung wird das nicht populär sein. Aber es hat dennoch Erfolgsaussichten, weil es von nahezu allen gesundheitspolitischen Akteuren und Verbänden unterstützt wird.

Politisch unstrittig ist bei einem Primärversorgungssystem mit Patientensteuerung nicht nur das übergeordnete Ziel, sondern auch, dass digitale Plattformen eine zentrale Komponente einer solchen Versorgungslandschaft sein müssen.

EINHEITSFRONT FÜR DEN SYSTEMWECHSEL

Zu sehen war diese breite Koalition Anfang März, als Karl-Josef Laumann, Gesundheitsminister in Nordrhein-Westfalen, in Sachen Primärversorgungssystem in die Offensive ging. Wir erinnern uns: Bei der Krankenhausreform war es Nordrhein-Westfalen gewesen, das dem Bund mit seinem Leistungsgruppenmodell Beine gemacht hatte oder, je nach Sichtweise, als Inspiration diente. Auch bei der ambulanten Strukturreform setzte man sich jetzt mit einem 15-Punkte-Papier an die Spitze. Das, was Nina Warken auf Bundesebene bis dahin nur angedeutet hatte, wurde hier erstmals explizit und konsentiert vorgelegt. Unter anderem enthält das 15-Punkte-Papier folgende Maßnahmen:

- Es soll ein verpflichtendes, strukturiertes Ersteinschätzungsverfahren eingerichtet werden, das dann zum Einsatz kommt, wenn der Erstkontakt nicht persönlich in den Hausarztpraxen erfolgt. Die Ergebnisse dieser Ersteinschätzung sollen für alle Beteiligten verbindlich sein.
- Um das Ersteinschätzungsverfahren fit für ein Primärversorgungssystem zu machen, soll das für die Notdienstversorgung genutzte SmED („Strukturierte medizinische Ersteinschätzung in Deutschland“) entsprechend weiterentwickelt werden.
- Primärversorgungspraxen (PVP) sollen gesetzlich verankert werden. Die Entscheidung für eine PVP soll aufseiten der Patient:innen kein aufwendiges Einschreibungsverfahren erfordern, anders als bei Hausarztverträgen. Die fachärztliche Versorgung soll im GKV-Kontext zwingend an die PVP gekoppelt werden. (Ausnahmen: Gynäkologie, Pädiatrie, Psychotherapie und Vorsorgemaßnahmen.)
- Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) soll einen Leistungskatalog für die PVPs erstellen, mit definierten Aufgaben wie Terminkoordination, Case Management sowie Mindestanforderungen.
- Teamstrukturen in PVPs sollen mit klaren Delegationsregeln rechtssicher hinterlegt werden. Die Rolle von VERAH, NäPA und anderen flankierenden Berufen soll gestärkt werden.
- Chroniker-Überweisungen sollen vier Quartale gelten, nicht nur eines, um die Versorgungsbürokratie zu reduzieren.
- Standardisierte Versorgungspfade sollen mit Hilfe von Fachgesellschaften formuliert und dann im Versorgungssystem transparent implementiert werden.

Interessant an dem 15-Punkte-Papier und an der Pressekonferenz, auf der es vorgestellt wurde, waren nicht nur die Inhalte, sondern auch die Verpackung. Praktisch alle Versorgungsakteure in Nordrhein-Westfalen haben die Landesregierung explizit unterstützt und dafür in der Kommunikation auch ihre Namen hergegeben – beide Kassenärztlichen Vereinigungen, der Hausärztinnen- und Hausärzteverband und praktisch alle Krankenkassen. Das ist im Stadium eines Eckpunktepapiers alles andere als die Regel. >

»MIT DEM JETZIGEN EBM NICHT UMZUSETZEN«



SUSANNE MÜLLER
ist Geschäftsführerin des Bundesverbands Medizinische Versorgungszentren – Gesundheitszentren – Integrierte Versorgung, BMVZ e. V.

Wie ist aktuell der Stellenwert von hausärztlichen MVZs und Großpraxen für die Aufrechterhaltung der hausärztlichen Versorgung?
Groß. In dem Maße, wo die Einzelniederlassung auch in der hausärztlichen Medizin an Attraktivität verliert, sind größere Strukturen – MVZs, Großpraxen und Praxen mit mehreren Standorten – auch Auffangbecken. Es ist nicht so, dass Ärztinnen und Ärzte nicht ambulant arbeiten wollen. Sie wollen auch durchaus selbstständig arbeiten, nur nicht alleine. Das Feedback, das wir als Verband bekommen, geht in die Richtung, dass es gerade die Größe ist, die für viele insbesondere jüngere Ärztinnen und Ärzte attraktiv ist. Viele wollen in Teams arbeiten, nicht in einer Einzelpraxis und auch nicht in einer klassischen Zweier-Gemeinschaftspraxis. Es ist auch nicht so, dass wir diese großen Strukturen nur in den großen Städten sehen, im Gegenteil: Größere Praxisstrukturen mit fünf bis zehn Ärztinnen und Ärzten finden sich sowohl auf dem Land als auch in den Städten. Wahrscheinlich sind sie auf dem Land sogar ein bisschen häufiger.

Wie wichtig sind digitale Lösungen bei diesen größeren ambulanten Strukturen?
Ohne geht es nicht. Umso größer und komplexer die Organisationsstruktur, umso mehr Menschen und unterschiedliche Berufsgruppen zusammenkommen, umso mehr sind die Betreiber oder Gründer bestrebt, das effizient und schlank abzubilden. Das gilt für interne, administrative IT-Lösungen, aber natürlich auch für die standortübergreifende Anbindung von Zweigpraxen und Satellitenpraxen. Hier ist der Druck, effizient zu arbeiten, noch mal größer, und wenn eine Struktur umfangreich mit Delegation arbeitet, dann gilt das noch mehr. Mein persönlicher Eindruck ist auch, dass diejenigen, die den Nukleus großer ambulanter Versorgungsstrukturen bilden, häufig schon von vornherein etwas digital affiner sind als andere. Das hilft natürlich. Außerdem kann man in größeren Strukturen arbeitsteilig arbeiten: Ein Arzt oder eine Ärztin ist vielleicht besonders IT-affin und spezialisiert sich auf das Thema Digitalisierung. Unter Umständen wird sogar jemand für die IT angestellt. Das geht nur bei einer gewissen Größe, denn es muss ja auch refinanziert werden.

Wie sind größere ambulante Strukturen gesundheitspolitisch repräsentiert?
Wenn man Repräsentation definiert als ein politisch Gesehenwerden, dann sind sie fast gar nicht repräsentiert. Der Fokus sowohl der Politik als auch der Selbstverwaltung liegt ganz klar immer noch auf klassischen Einzelpraxen oder kleinen Gemeinschaftspraxen. Das Wissen darüber, dass es in 5 000 Praxen Strukturen mit fünf oder mehr Ärztinnen und Ärzten gibt – dieses Wissen ist kaum vorhanden. Und das merken wir überall, bei der Gesetzgebung, beim Honorar. Vor allem beim Honorar, bei dem ganz besonders fachübergreifend aufgestellte Kooperationen das Nachsehen haben.

Die ambulante GKV-Versorgung soll auf ein Primärversorgungssystem umgestellt werden, ein Gesetzentwurf ist für den Sommer angekündigt. Was sind aus Sicht größerer ambulanter Strukturen die Anforderungen an so einen Gesetzentwurf?
Entscheidend wäre, dass die Politik nicht mehr von vornherein in der Struktur der Einzelpraxen denkt. Man muss sich immer vor Augen halten: 23 Prozent aller ambulanten Ärztinnen und Ärzte arbeiten in großen Strukturen, die in Summe aber nur 5 Prozent der ambulanten medizinischen Einrichtungen ausmachen. Wenn künftig wieder oder weiterhin Vorgaben „pro Arzt mit Kassensitz“ gemacht werden, dann kommen wir nicht weiter. Ja, es wird in der Politik jetzt von Teampraxen gesprochen. Aber wenn „Team“ nichts anderes heißt als Ärztin/Arzt plus Medizinische Fachangestellte (MFA), dann können wir es auch sein lassen. „Team“ im Sinne großer ambulanter Strukturen heißt, dass mehrere Ärztinnen und Ärzte zusammenarbeiten und dass ein Spektrum nichtärztlicher medizinischer Berufe eingebunden werden kann. Und das muss sich dann auch in der Vergütung widerspiegeln.

Das heißt, Primärversorgungssystem bedeutet auch Reform des Vergütungssystems?
Absolut. Mit dem jetzigen EBM ist ein Primärversorgungssystem definitiv nicht umzusetzen. Da sind sich, glaube ich, sogar Hausärzteverband und KBV einig. Und wenn wir das Thema Primärversorgungssystem mal außen vor lassen: Große ambulante Strukturen, die viel delegieren, die umfassend digitalisieren, die fast immer auch ausbilden, solche Strukturen sind im derzeitigen Honorarsystem schlicht nicht abgebildet, Primärversorgungssystem hin oder her. Man kann nicht erwarten, dass das alles geleistet wird und dann so honorieren wie bei einer Einzelpraxis. Das funktioniert nicht und wird auch in einem Primärversorgungssystem nicht funktionieren.

BILD: © BMVZ E.V.

VERSORGUNGSDIGITALISIERUNG ALS KERNKOMPONENTE

Politisch unstrittig ist bei einem Primärversorgungssystem mit Patientensteuerung nicht nur das übergeordnete Ziel, sondern auch, dass digitale Plattformen eine zentrale Komponente einer solchen Versorgungslandschaft sein müssen. Das naheliegende Stichwort 116117 hat Nina Warken bereits Anfang des Jahres in die politische Diskussion geworfen. Denkbar wäre ein Szenario, bei dem die KVen in ihren Bezirken 116117-Plattformen entweder betreiben oder ausschreiben – Plattformen, die dann bedarfsweise um weitere digitale Lösungen ergänzt werden könnten. Als ein Beispiel gilt hier die Notdienstreform in Niedersachsen, wo die 116117-Plattform die zentrale telefonische und zunehmend auch digitale Anlaufstelle ist. Dort erfolgt eine medizinische Ersteinschätzung mit anschließender Triagierung Richtung Videosprechstunde, Notdienstpraxis, Notaufnahme oder zeitversetzte Standardversorgung.

Natürlich lässt sich eine Notdienstplattform nicht einfach auf die Regelversorgung tagsüber übertragen. Es geht eher ums politische Prinzip: So oder ähnlich könnte man es machen. Die Gesundheitspolitik in Nordrhein-Westfalen hat diese Gedanken in ihr 15-Punkte-Papier inkorporiert, zum Ersten dahingehend, dass, wie bereits erwähnt, dass Ersteinschätzungssystem SmED über die Notdienstsituation hinaus weiterentwickelt werden soll. Zum Zweiten soll die 116117, die in dem 15-Punkte-Papier als „Ideallösung" für den Aufgabenbereich Erstkontaktplattform bezeichnet wird, perspektivisch einen ePA-Zugriff erhalten. Das wäre für eine informierte Steuerung vielleicht nicht unerlässlich, aber doch ziemlich hilfreich. Und zum Dritten formuliert das NRW-Papier das Konzept nachgelagerter Plattformen für die weiterführende regionale Versorgung, die an die 116117-Plattform quasi angedockt werden könnten.

Digitale Plattformen für Triagierung und videogestützte Konsultationen werden künftig sowohl beim Erstkontakt als auch bei der Versorgungssteuerung eine zentrale Komponente sein. ■

SPIELT DIE MUSIK BEI NACHGELAGERTEN VERSORGUNGSPLATTFORMEN?

Letzteres erscheint insbesondere unter Steuerungsaspekten erforderlich. Denn wenn Hausärztinnen und -ärzte künftig in Richtung Facharztmedizin steuern sollen, dann wird es nicht damit getan sein, den Patient:innen, wie bisher, eine Überweisung in die Hand zu drücken und ihnen zu sagen: „Jetzt kümmert euch mal selbst darum, wie es weitergeht." Es muss über eine Terminierungslösung eine gewisse Verbindlichkeit geschaffen werden. Das wird irgendeine Art von Versorgungsplattformen erfordern, und diese Plattformen müssen dann auch dafür sorgen, dass hausärztlich gesteuerte Facharzttermine zeitnah, und nicht erst nach Monaten, wahrgenommen werden können.

Gleichzeitig wäre es zumindest hilfreich, wenn auch privatärztliche Konsultationen und Überweisungen über diese Versorgungsplattformen abgewickelt werden könnten – schon um Privatpatient:innen nicht digital abzuhängen. Und das wiederum könnte dafür sprechen, die Versorgungsplattformen nicht – wie die 116117-Plattform für den Erstkontakt GKV-Versicherter – organisatorisch bei den KVen aufzuhängen, sondern auf Landes- oder sogar auf kommunaler Ebene. Auch rein privatwirtschaftliche oder um Krankenhäuser herum aufgebaute Szenarien wären an dieser Stelle denkbar, solange es gelingt, die Versorgung auch dort aufrechtzuerhalten, wo es kommerziell nicht so interessant ist. Stand im Moment ist das aber alles Spekulation.

VERGÜTUNGSMODELLE MÜSSEN ANGEPASST WERDEN

Keine Spekulation ist, dass ein Primärversorgungssystem mit Steuerung eine lange Reihe an versorgungspolitischen Neujustierungen nach sich ziehen wird, die nicht zuletzt die Vergütung betreffen. So wird ein Primärversorgungssystem mit Steuerung nur dann die Versorgung spürbar entlasten, wenn ambulante Leistungen zumindest teilweise von fachärztlichen in Richtung hausärztliche Praxen und/oder von hausärztlicher bzw. fachärztlicher Präsenzversorgung in Richtung telemedizinischer Versorgung verschoben werden. Das ist noch keineswegs in allen denkbaren Konstellationen durch die Vergütungssysteme abgebildet. Vorsichtig formuliert.

Ein Spezialthema ist dabei die Hausarztzentrierte Versorgung (HZV). Deren „Unique Selling Point" ist die primäre Anlaufstelle Hausarztpraxis.

Da das aber in einem Primärversorgungssystem ohnehin der neue Standard wäre, müssten HZV-Verträge entweder intelligent weiterentwickelt oder schlicht abgeschafft werden. Gerade in ländlichen Regionen sind die HZV-Verträge im Moment aber für viele Praxen finanziell unverzichtbar. Das gilt in besonderem Maße für hausärztliche Medizinische Versorgungszentren (MVZ) und für Großpraxen, die mit mehreren Standorten und teils nicht durchgehend ärztlich besetzten Satellitenpraxen arbeiten. Diese finanzieren den höheren infrastrukturellen und personellen Aufwand, den sie haben, mit den Zusatzhonoraren aus der HZV. Viele dieser in der Regel ärztlich geführten MVZ-Strukturen müssten ohne HZV-Honorare schließen bzw. ihr Angebot stark eindampfen.

All das ist nicht unlösbar. Dass Strukturen, die nichtärztliche Praxisassistenzen (NäPA), Versorgungsassistenzen in der Hausarztpraxis (VERAH), Physician Assistants (PA) und andere flankierende Berufe nutzen, in einem Primärversorgungssystem auskömmlich sein müssen, ist gesundheitspolitisch im Prinzip unstrittig. Diese theoretische Unstrittigkeit allerdings so umzusetzen, dass es auch in der praktischen Umsetzung für alle Beteiligten hinreichend attraktiv ist, das ist schwierig, und es geht sicherlich nicht über Nacht. Schon heute funktioniert gerade im Bereich der hausärztlichen MVZs und der Großpraxen vieles nur mit einer Menge Idealismus – auch weil diese Strukturen zwar politisch immer wieder als leuchtende Beispiele genannt, bei der Vergütung aber eher knapp gehalten werden.

VERBRAUCHERSCHÜTZER WARNEN VOR PLATTFORMWILLKÜR

Politischen Regulierungsbedarf gibt es unabhängig davon auch auf der Seite der digitalen Plattformen, auf denen ein Primärversorgungssystem auf den unterschiedlichen Ebenen aufsetzen wird. Dass es da durchaus Konfliktpotenzial geben kann, zeigt ein aktuell schwelender Streit zwischen dem Verbraucherzentrale Bundesverband (vzbv) und dem Plattform-Anbieter Doctolib. Die Verbraucherschützer hatten vor dem Landgericht Berlin wegen Irreführung gesetzlich Versicherter geklagt und in erster Instanz gewonnen.

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. Das ist formal korrekt, denn natürlich kann ein GKV-Versicherter auch selbst zahlen. Es sei aber irreführend, so der vzbv, zumal der entsprechende Hinweis auf die Kostenpflichtigkeit des Termins erst sehr spät im Buchungsvorgang angezeigt werde. GKV-Versicherte würden auf diese Weise zur Buchung von Privatsprechstunden verleitet. Das Landgericht Berlin hat sich dieser Einschätzung angeschlossen, Doctolib hat Berufung eingelegt.

Unabhängig von diesem Verfahren fordert der vzbv, dass Arztterminportale strenger reguliert werden müssen. 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. Dass diese vom vzbv aufgelisteten Punkte im Zusammenhang mit einem Primärversorgungssystem noch aktueller werden, ist offensichtlich.

Eine andere Frage, die den vzbv weniger, die Ärzteschaft dagegen umso mehr interessieren wird, ist die nach dem Verhältnis zwischen medizinischen Einrichtungen und Plattformbetreibern. Hier sind ganz unterschiedliche Modelle denkbar, von komplett neutralen Plattformen bis hin zu solchen, bei denen sich medizinische Einrichtungen über entsprechende Verträge Sichtbarkeit kaufen – und auf diesem Weg indirekt in die Versorgungssteuerung eingreifen – können. Tatsächlich ist die Frage, wie viel Privatwirtschaft, wie viel Werbung zulässig ist, im deutschen Gesundheitswesen eine uralte. Es wird sich hier ein Modus Vivendi herausbilden, der einerseits durch das SGB V, vermutlich aber auch durch das eine oder andere Gerichtsurteil geprägt werden wird.

FAZIT

Die schwarz-rote Koalition hat es geschafft, durch die Erwähnung eines Primärversorgungsmodells im Koalitionsvertrag die ambulante Versorgung spürbar zu dynamisieren. Digitale Plattformen für Triagierung und videogestützte Konsultationen werden künftig sowohl beim Erstkontakt als auch bei der Versorgungssteuerung eine zentrale Komponente sein, das ist schon jetzt absehbar. Um die Details muss noch gerungen werden. Einige offene Fragen dürfte der für den Sommer angekündigte Gesetzentwurf zum Primärversorgungssystem beantworten. Tatsächlich dürfte die ambulante Versorgung in Deutschland aber vor einem Transformationsprozess stehen, der Jahre dauern wird. ■



■ **PHILIPP GRÄTZEL VON GRÄTZ**

ist Chefredakteur der E-HEALTH-COM. Kontakt: redaktion@health-care-com.de

VIELE GLEISE, KEIN FAHRPLAN?

Der European Health Data Space soll den Austausch von Gesundheitsdaten in Europa neu ordnen. Wer erwartet, dass ein solches Vorhaben sofort reibungslos funktioniert, unterschätzt seine Dimension.

TEXT: MIRIAM MIRZA

Die Debatte um den European Health Data Space (EHDS), zuletzt zum Beispiel beim Radical Health Festival in Helsinki geführt, zeigt, dass es hier nicht um ein einzelnes digitales Projekt geht, sondern um Infrastrukturarbeit im laufenden Betrieb. Der EHDS wird nicht selten als ein neues digitales Angebot betrachtet. Etwas, das eingeführt wird und dann funktionieren soll. Genau diese Erwartung greift jedoch zu kurz. Der EHDS adressiert keine homogene Ausgangslage, sondern ein über Jahrzehnte gewachsenes Nebeneinander sehr unterschiedlicher Systeme. Elektronische Gesundheitsakten, Krankenhausinformationssysteme, Praxissoftware, Labor- und Bildgebungssysteme sowie Patientenportale existieren parallel. Sie sind historisch entstanden, national reguliert und technisch unterschiedlich ausgereift.

Ein Blick von außen hilft, diese Ausgangslage einzuordnen. Der EHDS gleicht weniger einem neuen Zug als einem großen Umsteigebahnhof. Viele Daten kommen an, aus unterschiedlichen Richtungen, in unterschiedlicher Qualität und Struktur. Was fehlt, ist ein gemeinsamer Fahrplan. Übergänge sind möglich, aber selten selbstverständlich. Wer sorgt heute dafür, >

BILD: © SHIROKUMA-DESIGN – STOCK.ADOBE.COM, 1942824885, STAND: LIZ.





Der EHDS versucht nicht, bestehende Systeme zu ersetzen, sondern schafft erstmals einen verbindlichen Rahmen, der definiert, welche Daten in welchen Formaten austauschbar sein müssen und wer dafür Verantwortung trägt.

dass Informationen vollständig ankommen? Und warum liegt diese Aufgabe noch immer so häufig bei Ärzt:innen, Pflegekräften oder sogar bei Patient:innen selbst?

Der EHDS setzt genau hier an. Er versucht nicht, bestehende Systeme zu ersetzen, sondern schafft erstmals einen verbindlichen Rahmen, der definiert, welche Daten in welchen Formaten austauschbar sein müssen und wer dafür Verantwortung trägt. Dass dieser Rahmen schrittweise greift und mit langen Übergangsfristen verbunden ist, ist kein Zeichen von Zögern. Es ist Ausdruck realistischer Planung. Wer Infrastruktur baut, plant nicht für den Moment, sondern für Dauer.

GROSSE DATENRÄUME SIND KEIN SOFTWAREUPDATE

Große Datenräume lassen sich nicht wie klassische Softwareprojekte behandeln. Der EHDS betrifft nicht nur einzelne Anwendungen, sondern nahezu alle Systeme, die Gesundheitsdaten erzeugen, speichern oder verarbeiten. Dazu zählen nicht nur zentrale elektronische Gesundheitsakten, sondern auch Fachsysteme in Radiologie, Labor, Pflege oder Medikation. Kann ein solches Geflecht wirklich per Verordnung vereinheitlicht werden?

Die bewusst breite Definition des EHDS sorgt bei vielen Akteur:innen zunächst für Unsicherheit. Hersteller:innen und Betreiber:innen fragen sich, ob ihre Systeme unter die Regulierung fallen und welche Anpassungen erforderlich werden. Diese Unsicherheit ist jedoch Teil des Übergangs. Die Regulierung ist so angelegt, dass sie möglichst spätere Ausnahmen vermeidet und langfristig Klarheit schafft. Kurzfristig bedeutet das, sich mit Fragen auseinanderzusetzen, die lange vertagt wurden. Welche Daten gelten als relevant? Wer ist für ihre Qualität verantwortlich? Und was passiert, wenn Systeme zwar interoperabel sind, Inhalte aber unterschiedlich interpretiert werden?

Ein zentraler Engpass liegt dabei weniger in der Technik als im gemeinsamen Verständnis. Standards wie FHIR oder DICOM ermöglichen den Austausch von Daten. Sie garantieren jedoch nicht, dass diese Daten überall gleich verstanden werden. Semantik bleibt eine der größten Herausforderungen. Unterschiedliche Kodierungen, lokale Erweiterungen und variierende Dokumentationspraktiken führen dazu, dass Daten formal korrekt, aber inhaltlich schwer nutzbar sind. In diesem Zusammenhang stellt sich die Frage, wie belastbar Entscheidungen sind, wenn ihre Datengrundlage unterschiedlich gelesen wird.

Besonders sichtbar wird dieses Problem in der Primärversorgung. In vielen Ländern ist sie digital weniger weit entwickelt als der stationäre Bereich, obwohl dort entscheidende Informationen für die Versorgung entstehen. Der EHDS zwingt diese Unterschiede erstmals in ein gemeinsames Raster. Das erzeugt Reibung, macht aber auch sichtbar, wo strukturelle Nacharbeit notwendig ist. Ein europäischer Datenraum kann nur eingeschränkt funktionieren, wenn zentrale Versorgungsbereiche digital hinterherhinken.

BILD: © MATILDA – STOCK.ADOBE.COM, 1288816794, STAND: LIZ.

VERANTWORTUNG IST DIE EIGENTLICHE INFRASTRUKTUR

Neben technischen Fragen rückt mit dem EHDS ein weiteres Thema in den Mittelpunkt: Verantwortung. Wer ist dafür zuständig, dass Daten korrekt, aktuell und vollständig sind? Wer entscheidet, welche Informationen weitergegeben werden dürfen und in welchem Kontext? Und wer trägt die Konsequenzen, wenn Daten verfügbar sind, aber falsch interpretiert werden?

In vielen bestehenden Systemen sind diese Fragen historisch gewachsen. Zuständigkeiten verteilen sich auf Einrichtungen, Hersteller:innen, Betreiber:innen und Aufsichtsstrukturen. Der EHDS zwingt diese impliziten Arrangements erstmals in einen expliziten Rahmen. Er verlangt Klarheit dort, wo bisher pragmatische Lösungen ausreichten. Das kann einerseits als Ausweitung von Bürokratie betrachtet werden, aus einer anderen Perspektive ist es jedoch eine Voraussetzung für Skalierbarkeit.

Ohne klare Verantwortlichkeiten bleibt jeder Datenaustausch fragil. Der EHDS verschiebt den Fokus damit von der Frage, ob Daten geteilt werden können, hin zu der Frage, unter welchen Bedingungen sie verlässlich genutzt werden dürfen. Diese Verschiebung ist unbequem. Sie ist aber notwendig, wenn aus punktuellen Verbindungen ein belastbares Netz entstehen soll.

SPANIEN ALS REFERENZ FÜR INTEGRIERTE STRUKTUREN

Ein Blick nach Spanien zeigt, dass einige dieser Fragen bereits früher adressiert wurden. In mehreren Regionen existieren dort integrierte Gesundheitsdateninfrastrukturen, die Krankenhausversorgung, Primärversorgung und weitere Versorgungsbereiche systematisch miteinander verbinden. Entscheidend ist weniger eine einzelne technische Lösung als eine klare organisatorische Architektur.

Konkret bedeutet das: Zuständigkeiten für Datenqualität, Aktualisierung und Bereitstellung sind definiert. Patient:innen greifen über einheitliche Zugänge auf ihre Gesundheitsdaten zu, unabhängig davon, wo diese entstanden sind. Der Übergang zwischen Versorgungsebenen ist strukturell vorgesehen. Informationen müssen nicht jedes Mal neu erhoben oder manuell zusammengeführt werden, sondern sind Teil eines gemeinsamen Rahmens. Zugegeben, das funktioniert nicht immer reibungslos, aber entlang klarer Regeln.

Für den EHDS ist das ein wichtiger Referenzpunkt. Er zeigt, dass Interoperabilität nicht erst auf europäischer Ebene beginnt. Sie muss national und regional vorbereitet werden. Der EHDS versucht nicht, funktionierende Modelle zu vereinheitlichen. Er versucht, sie anschlussfähig zu machen. Wie lassen sich solche Erfahrungen auf Länder mit völlig anderen Ausgangsbedingungen übertragen?

XSHARE UND DIE LOGIK GEZIELTER ÜBERGÄNGE

Wie Anschlüsse praktisch umgesetzt werden können, verdeutlicht das Projekt xShare. Es adressiert eine alltägliche Versorgungsfrage: Wie lassen sich relevante Gesundheitsdaten zuverlässig weitergeben, wenn Patient:innen die Versorgungseinrichtung wechseln?

xShare setzt auf klar definierte Übergabeszenarien. Gesundheitsdaten werden aus bestehenden Krankenhausinformationssystemen strukturiert exportiert, validiert und in standardisierten Formaten bereitgestellt. Es geht nicht um eine permanente Vollintegration aller Daten, sondern um gezielte, kontrollierte Transfers. Der empfangende Leistungserbringer erhält strukturierte Informationen, die direkt in den eigenen Kontext integriert werden können.

Im Alltag reduziert das doppelte Datenerhebung und minimiert Informationsverluste. Übergänge werden planbarer. Gleichzeitig wird sichtbar, welche Voraussetzungen erfüllt sein müssen. Einheitliche Datenmodelle, klare Verantwortlichkeiten und Prozesse zur Qualitätssicherung sind entscheidend. Wo diese fehlen, bleibt jeder Austausch fragil. xShare zeigt, dass der Weg dorthin nicht über Zentralisierung führt, sondern über klar definierte Schnittstellen. Nicht alles muss immer verfügbar sein. Entscheidend ist, dass das Richtige zum richtigen Zeitpunkt am richtigen Ort ankommt.

EINE FRAGE DES VERTRAUENS

Der European Health Data Space wird oft vor allem als Projekt für die Versorgung gelesen. Doch dieser Blick greift zu kurz. Sein Anspruch reicht weiter und berührt Fragen von Forschung, Public Health, Versorgungsplanung und gesellschaftlichem Vertrauen in den Umgang mit Gesundheitsdaten. Der EHDS soll die Sekundärnutzung von Gesundheitsdaten für Forschung, Public Health, Versorgungsplanung und Innovation ermöglichen. Genau an dieser Schnittstelle wird sichtbar, wie politisch und gesellschaftlich sensibel das Projekt ist.

Sekundärnutzung setzt Vertrauen voraus. Daten, die im Versorgungsalltag entstehen, sollen für andere Zwecke nutzbar werden, ohne den Schutz der Patient:innen zu gefährden. Dafür braucht es klare Regeln, transparente Prozesse und nachvollziehbare Entscheidungswege. Wer darf auf welche Daten zugreifen? Für welchen Zweck? Und wie lässt sich sicherstellen, dass aus der Nutzung ein tatsächlicher Mehrwert für die Gesellschaft entsteht?

Der EHDS versucht, diese Fragen erstmals auf europäischer Ebene zu strukturieren. Nationale Regelungen, die bislang stark voneinander abwichen, sollen in einen gemeinsamen Rahmen überführt werden. Das ist anspruchsvoll, weil es nicht nur um technische Standards geht, sondern um unterschiedliche Vorstellungen >

von Datenschutz, Gemeinwohl und staatlicher Verantwortung. Was in einem Land als legitime Datennutzung gilt, wird in einem anderen deutlich kritischer bewertet.

Gleichzeitig zeigt sich hier eine enge Verbindung zur Versorgungsrealität. Sekundärnutzung ist nur so gut wie die Primärdaten, auf denen sie aufbaut. Unvollständige, inkonsistente oder schlecht strukturierte Dokumentation lässt sich nicht nachträglich korrigieren. Wer hochwertige Forschungsdaten erwartet, muss in hochwertige Versorgungsdaten investieren. Der EHDS macht diese Abhängigkeit sichtbar, auch wenn sie unbequem ist.

Neben technischen Fragen rückt mit dem EHDS ein weiteres Thema in den Mittelpunkt: Verantwortung. ■

Für viele Akteur:innen entsteht daraus ein Spannungsfeld. Die Anforderungen an Struktur und Qualität steigen, ohne dass der Nutzen im Alltag sofort spürbar wird. Der Mehrwert zeigt sich zeitversetzt, etwa in belastbareren Erkenntnissen, besserer Versorgungsplanung oder effizienteren Innovationsprozessen. Der EHDS verlangt damit einen unbequemen Perspektivwechsel weg von kurzfristiger Optimierung einzelner Systeme hin zu langfristiger Infrastrukturarbeit.

DIE ROLLE DER INDUSTRIE ZWISCHEN STABILITÄT UND VERÄNDERUNG

Ein weiterer Aspekt betrifft die Industrie. Elektronische Gesundheits- und Fachsysteme sind keine kurzlebigen Produkte. Viele von ihnen sind über Jahre oder Jahrzehnte im Einsatz. Sie wurden für nationale Rahmenbedingungen entwickelt und kontinuierlich angepasst. Der EHDS trifft diese Systeme nicht in einer Phase des Neubeginns, sondern im laufenden Betrieb. Das verlangt eine realistische Betrachtung der Veränderungsmöglichkeiten und ihrer Geschwindigkeit.

Für Hersteller:innen bedeutet EHDS-Konformität mehr als ein technisches Update. Sie erfordert strategische Entscheidungen rund um Fragen wie: Welche Systeme werden weiterentwickelt? Welche müssen grundlegend angepasst werden? Und wie lassen sich neue regulatorische Anforderungen mit bestehenden Versorgungsrealitäten verbinden? Der EHDS positioniert die Industrie damit zugleich als Enabler und als kritischen Faktor. Ohne ihre Mitwirkung bleibt Interoperabilität theoretisch. Gleichzeitig macht die Regulierung deutlich, dass Abschottung langfristig keine Option mehr ist. Der europäische Datenraum verlangt Offenheit, ohne Innovation zu blockieren. Ob dieser Balanceakt gelingt, wird entscheidend dafür sein, wie schnell sich funktionierende Anschlüsse etablieren.

WAS DAS FÜR DIE VERSORGUNG BEDEUTET

Für Ärztinnen, Ärzte, Pflegekräfte und andere Gesundheitsberufe wirkt der EHDS auf den ersten Blick abstrakt. Sein Einfluss zeigt sich nicht in neuen Benutzeroberflächen, sondern in veränderten Arbeitsprozessen. Daten sollen nicht mehr mehrfach erhoben werden müssen. Informationen sollen dort verfügbar sein, wo sie benötigt werden. Gleichzeitig steigt der Anspruch an Struktur und Qualität der Dokumentation. Ist das realistisch unter den Bedingungen des Versorgungsalltags?

Diese Entwicklung erzeugt Spannungen. Strukturierte Dokumentation kostet Zeit. Sie konkurriert mit Versorgungsdruck und Personalmangel. Der EHDS kann diese Zielkonflikte nicht auflösen. Er macht sie jedoch sichtbar und zwingt dazu, sie systemisch zu adressieren. Langfristig liegt hier auch eine Entlastungschance. Wenn Übergänge funktionieren, sinkt der Aufwand für Informationsbeschaffung und Rückfragen. Für Patient:innen bedeutet der EHDS vor allem eines: Sie werden Beteiligte in einem System, das Übergänge selbst organisiert. Daran, wie gut dieser Perspektivwechsel gelingt, wird sich messen lassen, ob der europäische Gesundheitsdatenraum als Mehrwert erlebt wird oder als zusätzliche Komplexität.

INFRASTRUKTUR WÄCHST IM BETRIEB

Der EHDS ist kein Projekt mit klarer Ziellinie. Er ist ein Umbau in laufendem Betrieb. Es geht nicht um schnelle Erfolge, sondern um tragfähige Strukturen. Dafür ist Geduld nötig. Der europäische Gesundheitsdatenraum wird nicht fertig sein. Er wird wachsen. Baustellen, Provisorien und Anpassungen gehören dazu. Entscheidend ist, dass Übergänge planbarer werden, Verantwortlichkeiten klarer und Daten nicht mehr an Systemgrenzen steckenbleiben. Der EHDS ist der Versuch, dafür erstmals einen verbindlichen Rahmen zu schaffen. Nicht als Schnellzug, sondern als Umsteigebahnhof. ■



■ **MIRIAM MIRZA**
Die Journalistin ist Redakteurin bei E-HEALTH-COM.
Kontakt: redaktion@e-health-com.de

GESUNDHEITS·
FOREN

16.06.2026 Fokustag

IT-Sicherheit im Gesundheitswesen

Bei Fragen gern für Sie da



Markus Hettwer
+49 341 98988 323
hettwer@gesundheitsforen.net

Jetzt entdecken:



KI STATT STANDARDS

FHIR ist die Hoffnung für Interoperabilität, doch die Verbreitung läuft schleppend. Stattdessen könnte künftig KI die Übersetzung zwischen verschiedenen Dateiformaten übernehmen und FHIR zumindest in Teilen verzichtbar machen.

TEXT: PATRICK OESTRINGER

Geht es um echte Interoperabilität im Gesundheitswesen, ist FHIR seit Jahren ein großer Hoffnungsträger. Mit ihm werden medizinische Daten zwischen verschiedenen IT-Systemen reibungslos übertragbar – unabhängig davon, ob sie aus einem Praxisverwaltungssystem (PVS), einem Krankenhausinformationssystem (KIS) oder einer elektronischen Patientenakte (ePA) stammen. Aber seit ebenso vielen Jahren bleibt FHIR auch genau das – die große Hoffnung. Trotz intensiver Diskussionen, vielfältiger Initiativen und zahlreicher Pilotvorhaben ist FHIR in den deutschen Kliniken bislang nur punktuell im Einsatz, wenn überhaupt. Das ist der Grund für eine sehr spannende Diskussion, die gerade Fahrt aufnimmt: Kann KI erledigen, wofür heute noch Standards nötig sind? Künstliche Intelligenz wäre dann eine Art Übersetzer, der ein Datenformat in ein anderes überführt. Je weiter die Technologie im Gesundheitswesen Verbreitung findet, desto intensiver dürfte diese Debatte werden.

BILD: © LEO ROHMANN – STOCK.ADOBE.COM, 1708926354, STAND: LIZ.

Die Attraktivität des Gedankens resultiert aus einer Schwäche von FHIR: Um Interoperabilität zu ermöglichen, nutzt der Standard ein stark strukturiertes Datenmodell. Informationen müssen also hoch geordnet vorliegen. Die Technik dahinter ist zweifellos gut, und es war eine außerordentliche Leistung aller Beteiligten, sie zu entwickeln. Über die Jahre hat sich allerdings gezeigt, dass sich diese starke Strukturierung sehr schwer in der klinischen Realität umsetzen lässt.

Medizinische Informationen entstehen im Versorgungsprozess oftmals unstrukturiert: in Form von Gesprächsnotizen, frei formulierten Einschätzungen oder handschriftlichen Befunden. Ärztliche Entscheidungsfindung stützt sich auf Nuancen, Beobachtungen und Kontext – Elemente, die sich nur schwer in vordefinierte Datenfelder pressen lassen. Die Skepsis des medizinischen Personals gegenüber starren Eingabemasken entspringt dabei nicht nur der Macht der Gewohnheit. Eine wichtige Rolle spielt der Kampf gegen die stetig wachsende Bürokratie. Bestehende Interoperabilitätsinitiativen liefern dafür gute Belege. Oft war die Grundüberlegung auf den ersten Blick smart: Medizinische Informationen sollten sofort beim Eintippen in ein strukturiertes Format gebracht werden, statt es am Ende den Fachkräften zuzumuten, unstrukturierte Notizen oder diktierte Befunde mühsam über Eingabemasken sortieren zu müssen.

Auf diese Weise konnten sie später tatsächlich problemlos systemübergreifend weitergegeben werden. Aber in der Praxis bedeutet dies mehr Zeitaufwand für Fachkräfte, weil die strukturierte Eingabe deutlich länger braucht. Medizinisches Personal verbringt also einen beträchtlichen Teil der Zeit mit formalen Tätigkeiten, die nicht unmittelbar den Patient:innen zugutekommen und zudem dem üblichen klinischen Denkprozess widersprechen. Dem Deutschen Krankenhausinstitut zufolge verbringen Ärztinnen und Ärzte heute schon im Durchschnitt drei Stunden täglich mit Dokumentation. Zusätzliche Strukturierungsanforderungen stoßen daher schnell auf Ablehnung, vor allem wenn bestehende KIS-Landschaften durch individuelle Anpassungen und historisch gewachsene Datenmodelle ohnehin bereits komplex sind.

STRATEGISCHE BEDEUTUNG FÜR KRANKENHÄUSER

Genau hier setzt ein Paradigmenwechsel an, der seit einigen Jahren zunehmend an Bedeutung gewinnt: Es geht darum, die Standardisierung nicht an den Anfang zu stellen, sondern ans Ende. Auf diese Weise lassen sich Daten zunächst in ihrer natürlichen, narrativen Form erfassen und erst im Anschluss automatisiert in das benötigte Format überführen. Diese Perspektive gewinnt besondere Relevanz, seit moderne KI-Systeme in der Lage sind, komplexe Inhalte aus nahezu jeder Quelle auszulesen, zu interpretieren und kontextgerecht zu strukturieren.

Große Sprachmodelle (Large Language Models, LLMs) machen es möglich, unstrukturierte Daten in nahezu beliebige Zielformate zu überführen, darunter auch FHIR-Profile. Die KI fungiert dabei als universeller Übersetzer zwischen Datenwelten. APIs bleiben weiterhin wichtig, doch die aufwendige, oft fehleranfällige Logik zur Formatkonvertierung wandert in intelligente KI-Schichten, die im Hintergrund arbeiten. Man könnte sagen: Ein hochspezialisiertes LLM übersetzt – nur eben jetzt nicht vom Englischen ins Deutsche, sondern von einem medizinischen Datenformat in ein anderes.

Dieses Prinzip eröffnet zahlreiche Anwendungsfelder. Daten aus einem PVS könnten automatisch in das KIS einer Klinik überführt werden, ohne dass Ärztinnen und Ärzte hierfür zusätzliche Arbeit investieren müssten. Eingescannte Dokumente aus Papierakten, die Patient:innen in die Notaufnahme mitbringen, könnten direkt strukturiert einsortiert werden. Gerade für die ePA wird dieses Szenario künftig eine zentrale Rolle spielen: Informationen lassen sich nahtlos integrieren, unabhängig davon, wo sie ursprünglich entstanden sind.

Mit der zunehmenden Verbreitung generativer KI wachsen die Chancen, dass diese Vision Realität wird. 2026 dürfte dabei eine entscheidende Wegmarke sein. Mehrere Kliniken – darunter das Robert Bosch Krankenhaus oder das Klinikum Rheine – erproben bereits die KI-gestützte Verarbeitung von Patientendaten. Auch die Medizinischen Dienste setzen verstärkt auf KI, um Abrechnungsunterlagen zu prüfen. Hersteller wie Meierhofer integrieren entsprechende Technologien direkt in ihre Systeme, sodass Krankenhäuser ohne großen Implementierungsaufwand davon profitieren können.

Ein KI-basierter Workflow könnte künftig deutliche Effizienzgewinne bedeuten. Eine Ärztin dokumentiert ein Patientengespräch mithilfe eines KI-Assistenten, der die Inhalte mitschneidet und automatisch strukturiert. Die Ärztin prüft die Vorschläge, korrigiert bei Bedarf und gibt die fertigen Daten anschließend frei. Ein zweites Modell generiert daraus die strukturierte FHIR-Ressource oder jede andere benötigte Datenform, die nahtlos in das KIS übertragen wird. Soll ein niedergelassener Kollege informiert werden, erzeugt die KI einen formatierten Arztbrief, der relevante Inhalte nicht nur lesbar darstellt, sondern auch strukturiert in das PVS übernommen werden kann.

Studien aus dem Ausland zeigen, dass dies keine Zukunftsvision mehr ist. UCLA Health etwa konnte in randomisierten Untersuchungen nachweisen, dass KI-Dokumentationsassistenten Burnout-Symptome reduzieren. Praxisstudien mit „Ambient-AI"-Schreibassistenten zeigen eine tägliche Reduktion von Dokumentationszeit um mehrere Minuten bis hin zu >



Es wird weniger wichtig, ein universelles Austauschformat zu etablieren. Stattdessen können KI-basierte Systeme als intelligente Brücken zwischen bestehenden Standards fungieren.

etwa 20 Minuten pro Ärztin oder Arzt. Hochgerechnet entstehen erhebliche Entlastungen und mehr Kapazitäten für die Versorgung.

WARUM FHIR WEITERHIN EINE ROLLE SPIELT – ABER ANDERS ALS ERWARTET

Bedeutet diese Entwicklung, dass FHIR überflüssig wird? Eher nicht. FHIR bleibt essenziell für Daten, die ohnehin strukturiert vorliegen – etwa für Forschung, regulatorische Anforderungen, Register oder Abrechnung. Zudem existieren weltweit mehrere etablierte Standards, die sich langfristig kaum vollständig ablösen lassen.

Die entscheidende Veränderung liegt an anderer Stelle: Es wird weniger wichtig, ein universelles Austauschformat zu etablieren. Stattdessen können KI-basierte Systeme als intelligente Brücken zwischen bestehenden Standards fungieren. Schon diese Fähigkeit würde die Interoperabilität im Gesundheitswesen erheblich voranbringen und Krankenhäusern zugleich mehr Flexibilität geben.



PATRICK OESTRINGER
ist Geschäftsführer von Averbis.
Kontakt: patrick.oestringer@averbis.com

BILD: © MH.DESING – STOCK.ADOBE.COM, 739266701, STAND: LIZ.

smart health EUROPE

BERLIN
13 – 15 APR 2027
smarthealtheurope.com

MOVING DIGITAL HEALTH FORWARD IN EUROPE

Let's connect!

In coopration with bitkom

A brand of MESSE BERLIN



DIGITAL, VERNETZT, WIRKSAM: ERFOLGSFAKTOREN ZUKUNFTS-FÄHIGER REHABILITATION

Bei der medizinischen Rehabilitation übersteigt der Bedarf die strukturellen Kapazitäten deutlich. Digitalisierung kann helfen, dieses Problem zu lösen – aber nur als Bestandteil einer ganzheitlichen Reha-Strategie, die viel mehr ist als ein reines Softwareprojekt.

TEXT: TORSTEN KUNZ, CHRISTOPHER KARWETZKY

Der Markt für Rehabilitation steht vor einem zentralen, wenngleich seit Jahren bekannten Problem: Der medizinische Bedarf übersteigt die strukturellen Kapazitäten des Systems. Seit 2006 ist die Zahl der Reha-Behandlungen bei Erwachsenen um mehr als 20 Prozent gestiegen[1], während die Zahl stationärer Reha-Kliniken im gleichen Zeitraum um rund 16 Prozent[2] zurückgegangen ist. Parallel dazu verschärfen Fachkräftemangel, steigende Kosten und fehlende Strukturreformen den wirtschaftlichen Druck auf Einrichtungen: Mehr als die Hälfte der Reha-Kliniken waren im letzten Jahr nicht profitabel[3].

BILD: © PEOPLEIMAGES.COM – STOCK.ADOBE.COM, 1927500891, STAND: LIZ.

Was es braucht, sind Lösungen, die neue Umsatzpotenziale erschließen und Effizienzen im Klinikalltag heben – natürlich ohne zulasten der Behandlungsqualität zu gehen. Ziel muss es sein, wirtschaftliche Risiken zu reduzieren, Prozesse zu stabilisieren und vorhandene Ressourcen gezielter einzusetzen. Ein wichtiger Schlüssel hierfür liegt in der Digitalisierung. Allerdings zeigt sich in der Praxis, dass digitale Lösungen nur dann zur Versorgung beitragen, wenn sie nicht als isolierte Zusatzangebote verstanden werden, sondern als integraler Bestandteil einer ganzheitlichen Reha-Strategie. Die erfolgreiche Digitalisierung einer Reha-Klinik darf somit kein reines Softwareprojekt sein, sondern ist eine Frage von Architektur, Governance und Akzeptanz. Reha-Kliniken, die zukunftsfähig bleiben wollen, müssen daher konsequent digital denken – von der IT-Architektur bis hin zur Patientenbefähigung. Damit dies gelingen kann, gibt es drei konkrete Stellschrauben für Reha-Kliniken, die im Praxisalltag echten Mehrwert bieten.

LÜCKENLOSE VERSORGUNGSKETTE DANK TECHNISCHER INTEROPERABILITÄT

In kaum einem Bereich des Gesundheitswesens ist die Systemvielfalt so ausgeprägt wie in der Rehabilitation. Die Folge sind oft Medienbrüche und fehlende Synchronisation verschiedener Tools und Software. Sie rauben Therapeut:innen letztlich mehr Zeit, als dass sie entlasten. Im schnelllebigen Klinikalltag müssen digitale Lösungen aber vor allem eins sein: praktikabel und aus einem Guss. Zudem ist so eine fragmentierte digitale Inselwelt deutlich fehler- und störanfälliger.

Eine tragfähige digitale Lösung muss deshalb Patientenmanagement, Therapieplanung, Echtzeit-Monitoring, Kommunikationsdienste und Dokumentation in einem interoperablen System und selbstverständlich DSGVO-konform vereinen. Nur so entsteht ein konsistentes Bild des gesamten Therapieverlaufs, das medizinische, therapeutische und administrative Perspektiven zusammenführt, anstatt isolierte Einzelmaßnahmen abzubilden. Das schafft die Grundlage für zukunftssichere IT-Entscheidungen und reduziert das Risiko kostenintensiver Systemwechsel.

Gleichzeitig muss die digitale Plattform so anpassbar sein, dass sie sich an bestehende Rollen, Dokumentationslogiken und Arbeitsabläufe anschließt. Gerade in Reha-Kliniken mit gewachsenen Strukturen ist Akzeptanz kein Selbstläufer. Systeme, die den klinischen Alltag widerspiegeln, statt ihn neu zu definieren, schaffen einen durchgängigen und effizienten Prozess. In der Praxis zeigt sich: Interoperabilität ist nicht nur eine technische Anforderung, sondern ein entscheidender Erfolgsfaktor für die akzeptierte Nutzung durch das Personal.

DATENINTELLIGENZ ALS STEUERUNGS- UND QUALITÄTSFAKTOR

Selbst die besten Daten nützen wenig, wenn sie nicht konsequent genutzt werden. Ein weiterer zentraler Hebel digitaler Reha-Strukturen liegt deshalb in der systematischen Auswertung und Nutzung von Versorgungs- und Therapiedaten. Digitale Plattformen ermöglichen eine kontinuierliche Erfassung relevanter Parameter – von Trainingsfrequenzen über funktionelle Scores bis zu patientenberichteten Outcomes. Entscheidend ist nicht die bloße Datenerhebung, sondern diese Daten aktiv in klinische Entscheidungsprozesse zu integrieren. Für Therapeut:innen entsteht dadurch eine belastbare Grundlage, um Fortschritte sichtbar zu machen und Therapieentscheidungen transparenter zu kommunizieren – sowohl intern als auch gegenüber Patient:innen.

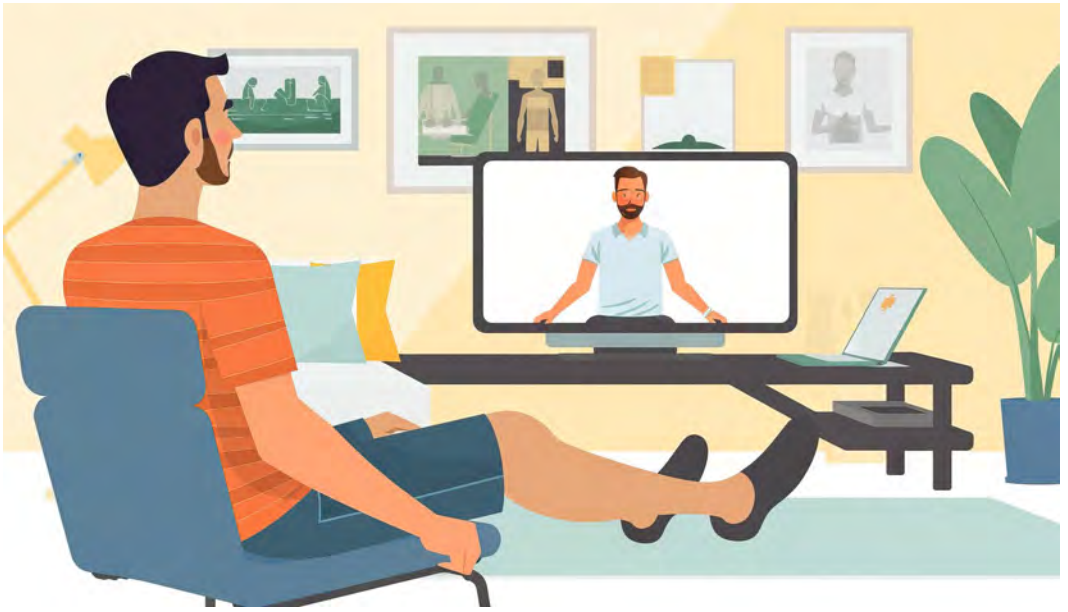
Ein konsolidiertes Datenmanagement steigert zudem die Transparenz gegenüber Kostenträgern und erleichtert die Erfüllung regulatorischer Anforderungen. Kliniken, die digitale Monitoring-Tools einsetzen, können DRV-konforme Abrechnungen effizient abwickeln. Das reduziert nicht nur den administrativen Aufwand, sondern minimiert auch Fehlerquellen und Rückfragen. Damit sinkt das Erlösrisiko und die wirtschaftliche Planbarkeit verbessert sich spürbar. Darüber hinaus liefern aggregierte Daten wertvolle Impulse für Klinikleitung und Therapieplanung, etwa zur Auslastungssteuerung, zur Personalplanung oder zur Weiterentwicklung von Behandlungspfaden auf Basis objektiver Versorgungsrealität statt individueller Einschätzungen.

DIGITALE PATIENTENBEFÄHIGUNG FÜR NACHHALTIGEN THERAPIEERFOLG

Die Möglichkeiten der Digitalisierung enden keinesfalls bei klinikinternen Prozessen. Auch digitale Therapieangebote gewinnen zunehmend an Bedeutung. Der nachhaltige Therapieerfolg hängt jedoch entscheidend davon ab, wie gut Patient:innen diese Angebote verstehen und anwenden.

In der Praxis werden digitale Tools häufig erst gegen Ende der Reha eingeführt. Damit bleiben sie für viele Patient:innen allerdings zu abstrakt und werden nach der Entlassung nicht konsequent genutzt. Das heißt, Patient:innen müssen in der Klinik bereits frühzeitig an digitale Anwendungen herangeführt und angeleitet werden – mit entsprechendem Stellenwert und systematischer Einbettung in den therapeutischen Alltag. Denn dann unterstützen sie den Transfer in die >

[1] DRV, Reha-Bericht 2025, https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Statistiken-und-Berichte/Berichte/rehabericht_2025.html
[2] Destatis, https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Vorsorgeeinrichtungen-Rehabilitationseinrichtungen/_inhalt.html
[3] Baden-Württembergische Krankenhausgesellschaft, https://www.bwkg.de/presse/pressemitteilung/news/bwkg-indikator-12024-507-der-reha-kliniken-erwarten-2024-defizit/



Entlastung durch bessere Steuerbarkeit, geringere Risiken und nachhaltige Ressourcennutzung. Digitalisierung muss als nachhaltige Weiterentwicklung der Versorgung verstanden werden: technologisch robust, klinisch fundiert und patientenzentriert umgesetzt. Reha-Kliniken, die diesen Weg gehen, verbessern sowohl ihre Qualität als auch ihre Effizienz und sichern damit ihre Zukunftsfähigkeit innerhalb des anspruchsvollen Gesundheitssystems. ■

Studien belegen, dass Patient:innen, die während der stationären Reha digital begleitet trainieren, die Routinen zu Hause deutlich konsequenter fortführen. ■

ambulante Nachsorge erheblich und fügen sich nahezu nahtlos in die alltäglichen Routinen der Patient:innen ein.

So schaffen sie die notwendige Kontinuität, das Erlernte auch zu Hause selbstständig durchzuführen und langfristig die Gesundheit zu unterstützen. Digitale Patientenbefähigung kann damit nachgewiesen die Therapieadhärenz erhöhen und langfristige Effekte stabilisieren – unabhängig von Alter, Wohnort oder individueller Lebenssituation.

Studien belegen, dass Patient:innen, die während der stationären Reha digital begleitet trainieren, die Routinen zu Hause deutlich konsequenter fortführen.

FAZIT

Die Reha-Klinik der Zukunft denkt digital – nicht aus externem Innovationsdruck, sondern aus intrinsisch motivierter medizinischer und wirtschaftlicher Notwendigkeit. Angesichts steigender Bedarfe, begrenzter Kapazitäten und unzureichender Nachsorgestrukturen sind integrierte digitale Versorgungskonzepte kein Zusatz, sondern ein struktureller Bestandteil moderner Rehabilitation.

Strukturierte digitale Prozesse, integrierte Datenintelligenz und konsequente Patientenbefähigung bilden dabei die zentralen Bausteine. Sie sichern langfristige Therapieerfolge, steigern die Effizienz im Klinikalltag und schaffen zugleich wirtschaftliche



■ **TORSTEN KUNZ**
Chief Product Officer,
Caspar Health
Kontakt:
https://www.linkedin.com/in/torstenhkunz/



■ **DR. CHRISTOPHER KARWETZKY**
Klinikleiter RehaKlinikum Bad Säckingen GmbH
Kontakt:
https://www.linkedin.com/in/karwetzky/

BILD: © LILA PATEL – STOCK.ADOBE.COM, 772177550, STAND: LIZ.



DIGITALE TRANSFORMATION: VOM PFLICHTPROGRAMM ZUR EXISTENZFRAGE

Mit dem Krankenhaustransformationsfonds (KHTF) steht das deutsche Gesundheitswesen wohl vor einer der tiefgreifendsten Umbruchphasen seit Jahrzehnten. Während das Krankenhauszukunftsgesetz (KHZG) seinen Fokus primär auf die Digitalisierung der einzelnen Kliniken und Krankenhäuser gelegt hat, zielt der Transformationsfonds auf eine notwendige, strukturelle Neuordnung der gesamten Krankenhauslandschaft.

TEXT: FARID KANBARI

BILD: © POLAVIS

Für Klinikgeschäftsführer:innen und IT-Leiter:innen ist das eine doppelte Botschaft. Einerseits ist in den nächsten Jahren nicht mehr nur neue Software entscheidend, sondern übergeordnet Versorgungsaufträge, Standortrollen und regionale Netzwerke. Andererseits ist die bereits erfolgte Digitalisierung nicht mehr nur Kür, sondern Voraussetzung, damit die Reform im Alltag funktioniert.

STRUKTURWANDEL MIT FINANZIELLER RÜCKENDECKUNG

Der Krankenhaustransformationsfonds ist ein Finanzierungsinstrument des Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetzes (KHVVG). Er soll den Strukturumbau und die Modernisierung der Krankenhauslandschaft fördern. Weg von der Maxime „alles überall" hin zu einer intelligenten Konzentration von Expertise und Kapazitäten bei gleichzeitiger Sicherung der flächendeckenden Grundversorgung.

Die Ziele sind klar: Qualität steigern durch Spezialisierung und Konzentration, flächendeckende Versorgung auch im ländlichen Raum sichern und Effizienz erhöhen, während die Transformation eine finanzielle Tragfähigkeit erreicht.

Konkret geht es um acht Fördertatbestände, die das gesamte Spektrum der strukturellen Transformation abdecken: von der standortübergreifenden Konzentration akutstationärer Kapazitäten über die Umstrukturierung zu sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen bis hin zu telemedizinischen Netzwerken einschließlich robotergestützter Telechirurgie. Hinzu kommen Zentren für seltene, komplexe oder schwerwiegende Erkrankungen, regionale Krankenhausverbünde mit mindestens zwei Häusern, integrierte Notfallstrukturen sowie – wo medizinisch vertretbar – auch Schließungen in Regionen mit hoher Krankenhaus- oder Bettendichte. Ebenso relevant sind an Transformationsvorhaben gekoppelte zusätzliche Ausbildungskapazitäten. Insgesamt stehen den Einrichtungen dafür bis zu 50 Milliarden Euro zur Verfügung.

AUF DAS KHZG FOLGT DER KHTF

Das KHZG hat die digitale Basis in Form verbindlicher Standards gelegt – etwa durch die Modernisierung von Krankenhausinformationssystemen, digitale Dokumentation oder breit aufgestellte Patientenportale. Der KHTF setzt nun auf höherer Ebene an: Die Digitalisierung muss strategischer erfolgen, ihre Lösungen stärker vernetzen. Sie ist nicht in Form isolierter Einzelprojekte zu verstehen, sondern als Grundlage neuer Versorgungsmodelle. IT-Strukturen müssen über Standorte hinweg funktionieren, Daten interoperabel und Prozesse über Sektorengrenzen hinaus gedacht sein. Der KHTF erzeugt dadurch Handlungsdruck, die im KHZG geschaffenen digitalen Lösungen zu konsolidieren, weiterzuentwickeln und in Transformationskonzepte einzubetten.

Eine der größten Herausforderungen besteht im Spagat zwischen den operativen Digitalisierungszielen des KHZG und den auf die gesamte Krankenhausversorgung bezogenen Zielsetzungen des KHTF. Viele Häuser haben ihre KHZG-Projekte umgesetzt, ohne zu wissen, welche Rolle sie künftig in der Versorgungslandschaft spielen werden. Die Aufgabe besteht nun darin, bestehende digitale Lösungen so weiterzuentwickeln, dass sie auch in neuen Strukturen tragfähig sind. Insellösungen, proprietäre Systeme oder fehlende Interoperabilität können sich dabei als erheblicher Hemmschuh erweisen. Gefragt ist ein strategischer Blick auf IT-Architekturen, der über Fördertatbestände hinausgeht.

VIELE HÄUSER SIND NOCH NICHT BEREIT

In vielen Häusern ist die Einsicht in die Notwendigkeit da, aber das Bild bleibt unscharf. Gerade kleinere Kliniken wissen oft noch nicht genau, was der Transformationsfonds praktisch bedeutet, welche Anforderungen im Detail auf sie zukommen und wie sie sich in regionalen Konzepten verorten sollen. Es dominiert der Blick nach innen: Welche Bereiche lassen sich halten? Wo drohen Abgaben? Wie bleibt das Haus leistungsfähig? Es folgen Überlegungen hinsichtlich möglicher Spezialisierungen und erst danach kommt der echte Blick über die eigene Einrichtung hinaus. Das kann vielfältige Gründe haben, auch ganz banale: Es fehlen vielerorts belastbare Daten, um regionale Versorgungsstrukturen faktenbasiert zu planen.

Zentraler Hebel sind die Patientenportale, denn mit ihnen wurde bereits ein Instrument der Versorgungssteuerung eingeführt. Richtig eingesetzt, können sie Patientenströme strukturieren, administrative Last reduzieren und Mitarbeitende entlasten. Vor allem aber können sie zum Leitsystem über den einzelnen Standort hinweg werden. Patient:innen erhalten klare digitale Wege und wissen, wo sie sich anmelden, welche Informationsbedarfe bestehen, welcher Standort zuständig ist und wie die nächsten Schritte aussehen. Auch in der regionalen Perspektive sind die Patientenportale damit ideale Plattform der Versorgung – gerade dann, wenn Verbünde, Zentren oder sektorenübergreifende Einrichtungen entstehen.

DOPPELMARATHON – GANZ OHNE PAUSE

Digitalisierung und digitale Transformation gleichen inzwischen einem Doppelmarathon. Den ersten Lauf haben die Kliniken mit dem KHZG gerade beendet, schon startet mit dem KHTF der nächste Marathon. Das stellt die Häuser vor enorme Herausforderungen. Hinzu kommt, dass sich das Feld der Kliniken und Krankenhäuser deutlich auseinandergezogen hat. Die einen sind sofort nach dem Startschuss losgelaufen, die anderen haben sich erst Gedanken über den Weg gemacht. Manche haben im Sprint aufgeholt, andere sich unterwegs verlaufen, und vielerorts ist dieser Abschnitt noch gar nicht bewältigt: Einführung, Roll-out, Nutzungsgrad, Prozessanpassung und das Sammeln von Erkenntnissen dauern deutlich länger als die Beschaffung.

Nun folgt mit dem KHTF unmittelbar der zweite Marathon – mit neuen Anforderungen, neuen Partnern,



neuen Versorgungslogiken. Das überfordert Einrichtungen, die die Digitalisierung bisher als Pflichtprogramm verstanden haben. Denn die Politik kann Rahmen und Geld geben, die Umsetzung aber muss vor Ort passieren. Und sie kann nicht überall gleich aussehen. Ballungsräume und ländliche Regionen brauchen unterschiedliche Konzepte, schon weil Personal nicht beliebig pendelt und Patient:innen nicht für jede Leistung 100 Kilometer weit fahren können. Der pragmatische Weg verläuft schrittweise: zuerst KHZG-Systeme in den Betrieb bringen, dann mit Daten Patientenwege und Personalstrukturen verstehen und im Anschluss regionale Konzepte daraus entwickeln, die zum Patientenklientel und zur Versorgungsrealität im Umkreis passen.

POTENZIALE IM TRANSFORMATIONSPROZESS

Patientenportale haben im Kontext des KHTF ein besonders hohes Potenzial, weil sie eine zentrale Schnittstelle zwischen Patient:innen, Kliniken und künftigen Netzwerken bilden können. Sie ermöglichen digitale Kommunikation, strukturierte Datenerhebung und transparente Prozesse – standortübergreifend, wie angedacht. Sie können Zugänge zur Versorgung vereinheitlichen, administrative Aufwände reduzieren und Patient:innen frühzeitig in Behandlungspfade einbinden.

Die Transformation der Krankenhauslandschaft ist ohne solche leistungsfähigen digitalen Prozesse kaum denkbar, gleichzeitig braucht es Rahmenbedingungen, die Planungssicherheit schaffen und Innovation nicht durch zu enge Vorgaben ausbremsen. Für Kliniken bedeutet das, mit der Portalimplementierung nicht nur die aktuellen Prozesse in der Einrichtung zu optimieren, sondern für Verbünde, Zentren und sektorübergreifende Prozesse anschlussfähig zu werden – technisch wie organisatorisch.

Neue Versorgungsmodelle, wie der KHTF sie fordert und fördert, sind ohne eine workflowbasierte Steuerung kaum umsetzbar. Patientenportale ermöglichen genau diese Steuerung, da sie unabhängig von einzelnen Standorten oder Organisationseinheiten funktionieren. Sie begleiten Patient:innen entlang ihrer gesamten Versorgungskette, passen sich veränderten Strukturen an und bleiben auch dann stabil, wenn sich interne Prozesse oder Zuständigkeiten verändern. Damit sind sie ein zentrales Werkzeug, um Transformation nicht nur auf dem Papier, sondern im operativen Alltag umzusetzen.

Besonders sichtbar wird der Nutzen bei der Patientenaufnahme und -steuerung. Bereits vor dem eigentlichen Versorgungskontakt werden Informationen erhoben. Digitale Selbstauskünfte, strukturierte Vorabinformationen und intelligente Triage-Mechanismen können Patient:innen gezielt in passende Angebote lenken. In einer stärker spezialisierten Landschaft ist das entscheidend, weil Fehlbelegungen teurer werden: Sie kosten Zeit, Personal und Betten – und sie frustrieren Patient:innen wie Mitarbeitende. Patientenportale helfen, Wartezeiten zu reduzieren, Ressourcen effizienter einzusetzen und die administrative Belastung zu reduzieren. Damit leisten sie einen direkten Beitrag zu den Kernzielen des KHTF: bedarfsgerechte, effiziente und qualitativ hochwertige Versorgung – nicht als abstraktes Reformziel, sondern als spürbare Entlastung im Alltag.

Der Krankenhaustransformationsfonds markiert eine Zäsur. Wer jetzt strategisch handelt, digitale Infrastrukturen nicht nur aufbaut, sondern intelligent einsetzt und regionale Vernetzung aktiv vorantreibt, kann die Transformation als Chance nutzen und sich als leistungsfähiger Knotenpunkt im Versorgungsnetzwerk positionieren. Patientenportale sind dabei mehr als ein technisches Tool – sie sind der prozessuale Kitt, der die neuen Strukturen zusammenhält. ■



■ **FARID KANBARI**
Geschäftsführer POLAVIS
Kontakt:
farid.kanbari@polavis.de

BILD: © POLAVIS

» DIE BUDGETS SIND KLEINER GEWORDEN «

Digitalisierung der Sozialversicherungslandschaft ist mehr als nur medizinische Versorgung. Stefan Haibach, Geschäftsführer der Informationstechnischen Servicestelle der gesetzlichen Krankenversicherung ITSG, zeigt, wo die medizinische Versorgung in Sachen Digitalisierung von anderen Bereichen der Sozialversicherung lernen kann. Und er blickt mit Sorge auf sinkende IT-Budgets in Zeiten, in denen die Gürtel enger geschnallt werden.

INTERVIEW: PHILIPP GRÄTZEL VON GRÄTZ

FOTO: © ITSG



Stefan Haibach
Geschäftsführer der Informationstechnischen Servicestelle der gesetzlichen Krankenversicherung ITSG

Herr Haibach, spätestens seit der Pandemie ist jedem klar, dass die Sozialsysteme inklusive Gesundheitswesen nicht nur in den medizinischen Einrichtungen, sondern auch im „Backend", also versicherungsseitig, viel umfassender digitalisiert werden müssen. Wie viel Papier wird denn in der Sozialversicherung noch bedruckt?
Das ist unterschiedlich. Wir bedienen als ITSG ja unterschiedliche Fachbereiche. Im Arbeitgeberumfeld – also Sozialversicherungsmeldung, Beitragsnachweis und so weiter – haben wir einen sehr hohen Digitalisierungsgrad, 99 Prozent und mehr. Da sind allenfalls noch einzelne Bescheinigungen nicht digitalisiert, und auch die werden rapide weniger. Auch Krankengeldberechnung und Arbeitslosengeldberechnung sind schon elektronisch, können aber noch digitaler werden. Im Leistungserbringerbereich sieht das teilweise noch anders aus, vor allem natürlich bei den nichtärztlichen Heilberufen. Aber schon auch bei den Arztpraxen: Ein PDF-Arztbrief, der quasi in einem FHIR-Briefumschlag steckt, ist nicht gerade konsequente Digitalisierung, auch wenn er elektronisch per KIM übermittelt wird.

» Die Budgets dieses Jahr sind kleiner geworden, insbesondere für Neuentwicklungen. «

Wie sieht es bei der internen Digitalisierung der Krankenkassen aus?
Die Bestandssysteme der Krankenkassen sind gut digitalisiert. Auch was das Antragswesen aufseiten der Versicherten angeht, haben die meisten Krankenkassen inzwischen Online-Geschäftsstellen. Trotzdem gibt es nach wie vor Formulare, die handschriftlich oder qualifiziert digital unterschrieben werden müssen. Und da die meisten Versicherten keine qualifizierte elektronische Signatur haben, kommt hier dann halt doch wieder Papier zum Einsatz.

Die ITSG ist lange im Geschäft, sie feiert in diesem Jahr ihr dreißigjähriges Jubiläum. Hätten Sie – bzw. hätten die Leute bei Ihnen, die von Anfang an dabei waren – gedacht, dass es so lange dauern würde mit der Digitalisierung der deutschen Sozialsysteme?
Die Frage ist ja immer: Was ist langsam, was ist schnell? Farbfernseher und Radio haben sich auch nicht über Nacht universell durchgesetzt, das hat teilweise Jahrzehnte gedauert. Eine Herausforderung ist, dass sich die Technologien in unserem Bereich so schnell ändern. Wir haben damals mit 3,5"-Disketten angefangen, die die Arbeitgeber verschickten. Die haben wir bei uns eingespielt, dann gelöscht und schließlich leer wieder zurückgeschickt, weil es ja nachhaltig sein sollte. So gesehen: Es geht schon spürbar voran, aber unser Anspruch ist heute natürlich ein anderer und die aktuellen Entwicklungszyklen sind viel kürzer geworden. Dem müssen wir uns insgesamt stellen und gerecht werden.

Im Gesundheitswesen ist das Geld zunehmend knapp. Die Krankenkassen sparen, wo sie können. Sie haben aktuell die Zusatzbeiträge erhöht. Die Politik denkt über eine teilweise Änderung der GKV-Finanzierung nach, Stichwort Kapitalerträge. Sparen die Versicherungen auch bei der IT?
Ja, das merken wir. Die Budgets dieses Jahr sind kleiner geworden, insbesondere für Neuentwicklungen. Für den laufenden Betrieb ändert sich nicht so viel, da sind die Budgets stabil, aber an neuen Projekten wird schon gespart. Ob das besonders sinnvoll ist, das ist die andere Frage. Ein schlechter Prozess, der kostensparend digitalisiert wird, statt ihn wirklich zu optimieren, ist halt immer noch ein schlechter Prozess. Und das Risiko solcher Schmalspurdigitalisierungen steigt, wenn an neuen Projekten gespart wird, die ja oft innovative Prozesse testen. Ich will nicht ausschließen, dass es in den letzten Jahren an der einen oder anderen Stelle mit Digitalprojekten übertrieben wurde. Aber einfach pauschal auf die Stopptaste drücken, das kann es nun auch nicht sein. Das tut dem Gesamtsystem nicht gut. Zumal die IT-Ausgaben der Krankenkassen und auch der Körperschaften weiterhin nur einen kleinen Teil der Verwaltungskosten ausmachen. Das ist nur ein geringer Prozentsatz, wir reden nicht über Riesenbeträge, die beitragsrelevant wären. Und am Ende soll Digitalisierung natürlich auch helfen, Kosten zu sparen. Insofern glaube ich schon, dass da teilweise am falschen Ende gespart wird.

Sie haben es angesprochen: Prozesse digitalisieren, kann die Effizienz verbessern. Aber nicht jeder digitalisierte Prozess hilft automatisch. Wie muss man rangehen, um zu digitalisierten Prozessen zu kommen, die echte Effizienzgewinne bringen?
Zum einen braucht es sektorenübergreifende Standards und Normen, auf Versicherungsseite genauso wie auf Leistungserbringerseite. Da kann man sich im Arbeitgeberumfeld durchaus das eine oder andere abschauen.



FOTO: © ITSG

» Es braucht sektorenübergreifende Standards und Normen, auf Versicherungsseite genauso wie auf Leistungserbringerseite. «

Dort wurden Standards und Normen geschaffen, und von den Entgeltabrechnungsprogrammen dürfen dann auch nur die teilnehmen, die sich an die Standards und Normen halten. Die Softwarelösungen in diesem Bereich werden jährlich rezertifiziert. Wenn ein Programm das Zertifikat nicht bekommt, dann kann der Arbeitgeber mit dieser Software keine Meldungen mehr schicken. Das ist schon ein wirksamer Hebel. Im Leistungserbringerbereich ist das längst nicht so streng geregelt, was dazu führt, dass es dort immer noch viele Insellösungen gibt, die nicht zusammenpassen – denken Sie an IT-Lösungen für IV-Verträge, für die Hausarztzentrierte Versorgung und so weiter.

Wer zertifiziert und ordnet das an im Arbeitgeberbereich? Warum funktioniert das da?
Das sind klare Vorgaben im Sozialgesetzbuch IV. Die hat das Bundesministerium für Arbeit und Soziales damals auf den Weg gebracht, und es hat dann den GKV-Spitzenverband beauftragt, die Softwareprodukte zu zertifizieren. Was der dann an uns weitergegeben hat als Auftrag.

Im Versorgungs- und damit SGB-V-Umfeld hat das Bundesministerium für Gesundheit die gematik zu einer Instanz aufgebaut, die auch eine gewisse Zertifizierungsfunktion hat. Warum funktioniert das da noch nicht so gut wie bei den Arbeitgebern?
Ich glaube, dass es ganz wesentlich daran liegt, dass die gesetzlichen Vorgaben nicht klar genug sind. Da war das Bundesarbeitsministerium einfach konsequenter. Das ist zumindest mein Eindruck.

Geben Sie mal ein paar Beispiele für solche SGB-IV-Prozesse, die gut funktionieren.
Ein Beispiel ist der GKV-Kommunikationsserver. Das war eine ganz bewusste politische Entscheidung: Unternehmen sollten nur eine einheitliche und konstante technische Adresse brauchen, bei der sie in Sachen Sozialversicherung alles abgeben können und von der sie dann auch Rückmeldung bekommen. Das wurde umgesetzt. Heute landen alle Arbeitgebermeldungen und Beitragsnachweise bei der ITSG, und wir verteilen die dann an die Datenannahmestellen der jeweiligen Krankenkassen. Wenn ein Arbeitgeber eine elektronische Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung abfragt, schickt er die Abfrage an den GKV-Kommunikationsserver bei der ITSG. Wir fragen dann bei den Kassen an, ob jemand für diesen Versicherten eine AU-Bescheinigung vorliegen hat und melden ggf. die AU-Zeit zurück, oder wir melden zurück, dass keine AU-Bescheinigung vorliegt. Ein anderes konkretes Beispiel ist das Sozialversicherungs-Meldeportal – eine einheitliche Ausfüllhilfe speziell für kleinere und mittlere Unternehmen. So werden auch die ins Boot geholt, die keine eigenen IT-Abteilungen haben. Das ist also sehr inklusiv. >

Das alles, Sie haben es angesprochen, ist lang eingespielt und gut etabliert. Was sind die echten Innovationsthemen im Bereich Sozialversicherungs-IT?
Vor allem die Verschlankung der Prozesse mit neuen Technologien. Um ein paar Buzzwords unterzubringen: Künstliche Intelligenz, Container-Betrieb, skalierungsfähiger Betrieb mit Cloud-Technologien. Das sind so die Bereiche, in denen wir uns weiterentwickeln – immer mit dem Ziel, dass es am Ende dem Prozess dienen und die Sachen jeweils einfacher und schneller machen muss.

» Unser Ziel ist, dass wir spätestens ab 2030 mit unserem Trust Center quantensichere Zertifikate vergeben können. «

Stichwort Cloud: Die ITSG will sich stärker als Private-Cloud-Provider für den Bereich Sozialversicherung positionieren. Gibt es nicht genug Cloud-Anbieter – auch solche, die rein europäisch sind?
Die erste Frage, die man in dem Zusammenhang stellen sollte, lautet: Was ist eigentlich „Cloud"? Wenn Sie da fünf Leute auf der Straße fragen, kriegen Sie fünf verschiedene Antworten, und die entsprechen dann oft dem Marketing-Geschwätz der Hyperscaler. Cloud ist aus meiner Sicht in erster Linie eine Technologie, mit der sich leicht skalieren lässt und die es erlaubt, Kapazitäten flexibel nach Bedarf zur Verfügung zu stellen. Mehr ist es eigentlich nicht. Und da stellt sich dann schon die Frage, ob wir die sensiblen Sozialdaten nur deswegen an Konzerne nach draußen geben sollten – oder ob wir sie nicht doch lieber innerhalb der Welt der deutschen Sozialversicherung halten. Wir sind da aber auch nicht dogmatisch: Ich kann mir schon vorstellen, mit rein europäischen Cloud-Anbietern zusammenzuarbeiten. Es gibt da auch Hybridmodelle, bei denen zum Beispiel nur besondere Bedarfsspitzen von Hyperscalern übernommen werden. Eines dieses Hybrid-Modelle testen wir gerade. Aber die reine Datenhaltung der Sozialdaten, die würden wir schon gerne innerhalb des eigenen Rechenzentrums machen. Denn wir wissen, wie man mit Sozialdaten umgehen muss.

Sind die Großanbieter nicht am Ende billiger?
Das wird an der Stelle dann immer gesagt. Aber so einfach ist es nicht. Klar können die Großen anders kalkulieren. Aber wenn man ehrlich rechnet, ist der Unterschied am Ende oft nicht sehr groß – vor allem dann, wenn spezielle Anwendungen zum Einsatz kommen, die im Sozialversicherungsbereich häufig benötigt werden. Nehmen Sie Hochsicherheitsmodule, die HSM, die kosten bei einem typischen Hyperscaler plötzlich richtig Geld, weil die
sagen, dass das nicht in ihrem Standardangebot enthalten ist. Noch mal: Wir sind da nicht dogmatisch. Wir kooperieren mit Hyperscalern, und ich kann mir zum Beispiel auch vorstellen, dass wir Cloud-Lösungen gemeinsam mit anderen Akteuren im Bereich Sozialversicherung betreiben. Das muss nicht jeder selbst und allein machen. Aber einfach alles rausgeben, das halte ich nicht für klug. Wir sind stark genug und brauchen uns da nicht zu verstecken, zumal die Technologie dahinter nun wirklich keine Raketen-wissenschaft ist. Was wir nicht anbieten werden, sind Oberflächen, auf denen die Kunden sich alles selbst zusammenklicken können. Das bleiben dann schon gemanagte Services von uns – was aber für die Krankenkassen oder andere Kunden durchaus einen Mehrwert hat, davon bin ich fest überzeugt.

Haben Sie den Eindruck, dass die makropolitische Gemengelage solchen Cloud-Lösungen, wie Sie Ihnen vorschweben, in die Hände spielt, Stichwort digitale Souveränität?
Absolut.

Das Digitalministerium hat den Deutschland-Stack zur Kommentierung veröffentlicht. Das soll künftig eine nationale Technologieplattform zur Digitalisierung der öffentlichen Verwaltung werden. Wo sind da für ein Unternehmen wie die ITSG die Kontaktpunkte?
Die Frage ist ja, an wen ist der Deutschland-Stack adressiert. Richtet sich das nur an die öffentliche Verwaltung, oder richtet es sich auch an die Organe der Selbstverwaltung und damit an uns? Das ist mir ehrlicherweise noch nicht ganz klar. Aber ich gehe mal davon aus, wenn es die öffentliche Verwaltung macht, dann wird es auch irgendwann die Selbstverwaltung treffen. Deswegen wollen wir uns als ITSG so früh wie möglich damit befassen und uns da auch bei der Kommentierung und Weiterentwicklung aktiv einbringen.

Noch mal kurz zum Thema Cloud. Im SGB-V-Bereich bewegt man sich da im Umfeld von § 393, der ein C5-Testat verlangt. Da haben ja einige so ihre Schwierigkeiten mit. Wie ist das bei Ihnen?

Das hat uns in den letzten Monaten sehr stark beschäftigt. Es gibt ja internationale Standards für den Cloud-Betrieb, das ist die ISO 27017/018 in Verbindung mit ISO 27001. Das sind die klassischen ISO-Normen für einen sicheren Cloud-Betrieb. Die erfüllen wir, diese Zertifikate haben wir alle. Dann kam der § 393 SGB V mit seinem C5-Testat. Das ist letztlich eine deutsche Sonderlocke. Wir arbeiten an einer Gap-Analyse im Vergleich zur ISO 27017/018. So groß sind die Unterschiede nicht, sodass wir gesagt haben, ja, wir holen uns jetzt auch das C5-Testat. Da sind wir gerade dran. Der Gesetzgeber hat jetzt über das Justizministerium eine Übergangsverordnung für zwei Jahre erlassen. In dieser Phase können gleichwertige Zertifikate vorgelegt werden. Entsprechend erfüllen wir den § 393 im Moment, auch wenn das C5-Testat noch in Arbeit ist. Unser Ziel ist es, das Testat bis zum Ende der Übergangsphase zu haben.

Lassen Sie uns zum Abschluss über zwei weitere Themen zumindest kurz sprechen. Postquanten-Kryptografie ist ein Thema, an dem die Sozialversicherung nicht vorbeikommt. Wo wird das für die ITSG und andere Dienstleister in diesem Bereich relevant?
Die ITSG vergibt Zertifikate für den elektronischen Datenaustausch im Sozialwesen, sowohl für Leistungserbringer wie auch für Arbeitgeber. Insbesondere bei Arbeitgebern haben wir einen sehr hohen Marktanteil mit unserem Trust Center. Bei den Leistungserbringern sind wir hauptsächlich bei sonstigen Leistungserbringern, Pflegeeinrichtungen und so weiter unterwegs. Internationale Gremien und darauf aufbauend das Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik (BSI) sagen jetzt, dass es ab voraussichtlich 2030 Computer geben wird, die die heute üblichen Verschlüsselungen knacken können. Also müssen wir und andere anfangen, andere Schlüssel auszugeben und anders zu verschlüsseln, sodass diese Quantencomputer das dann nicht entschlüsseln können.

Wie akut ist das schon?
Das ist im Moment noch in den Fachgremien, unmittelbar bevor steht dieser Umstieg nicht. Unser Ziel ist, dass wir spätestens ab 2030 mit unserem Trust Center quantensichere Zertifikate vergeben können. Was wir schon gemacht haben, ist, dass wir die bisher dreijährige Laufzeit unserer Zertifikate auf eine einjährige Laufzeit umgestellt haben. Damit können wir im Zweifel relativ zügig auf quantensichere Zertifikate wechseln, falls es schneller gehen sollte als gedacht.

Letztes Thema: GesundheitsID. Krankenkassen geben GesundheitsIDs aus, die bisher aber kaum genutzt werden. Gleichzeitig steht auf europäischer Ebene die Einführung der EUDI-Wallet an, in der eine an den Personalausweis gekoppelte GesundheitsID abgelegt werden könnte, ohne dass das bisher schon abschließend beschlossen wäre. Wo geht die Entwicklung in diesem Bereich aus Ihrer Sicht hin?
Als Privatperson, als Bürger, würde ich mir schon wünschen, dass es eine natürliche Identität, die der des Personalausweises entspricht, auch im digitalen Bereich gibt. Die EUDI-Wallet ist da, glaube ich, der richtige Ansatz, auch technisch. Wenn ich so eine Identität habe, dann würde ich sie natürlich auch gerne in möglichst vielen Bereichen nutzen, in der öffentlichen Verwaltung, im Geschäftsleben, aber eben auch in der Sozialversicherung. Denn Authentifizierungsbedarf gibt es in der Sozialversicherung bzw. der medizinischen Versorgung ja an sehr vielen Stellen.

Also digitale GesundheitsID in die EUDI-Wallet?
Aus meiner Sicht muss sich die Krankenversichertennummer in der EUDI-Wallet andocken. Klar ist aber auch, dass Krankenkassen und auch Rentenversicherungen von ihren heutigen Ordnungsbegriffen nicht wegwollen. Aber die Verknüpfung der Krankenversicherten- oder auch der Rentenversicherungsnummer zur natürlichen Person lässt die EUDI-Wallet zu, das ist ja gerade ihre Stärke. Und dann könnte man die ganzen Insellösungen, die es heute bei der digitalen GesundheitsID gibt, wegschmeißen. Das wäre schon extrem gut. ■

» Die Verknüpfung der Krankenversicherten- oder auch der Rentenversicherungsnummer zur natürlichen Person lässt die EUDI-Wallet zu, das ist ja gerade ihre Stärke. «

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



DMEA 2026: IMPULSE FÜR DIE GESUNDHEITSVERSORGUNG

Vom 21. bis 23. April 2026 wird Berlin erneut zum Treffpunkt der digitalen Gesundheitsbranche. Zur DMEA 2026 werden mehr als 900 Aussteller und über 20 000 Fachbesucher:innen erwartet. Vertreter:innen aus Politik, Selbstverwaltung, Versorgung, Wissenschaft und Industrie kommen zusammen, um über aktuelle Entwicklungen der Digitalisierung im Gesundheitswesen zu diskutieren und neue Lösungen kennenzulernen.

Veranstaltet wird die DMEA vom Bundesverband Gesundheits-IT – bvitg e. V., der die inhaltliche Ausrichtung verantwortet. Das Programm greift zentrale Themen der digitalen Transformation auf – darunter Künstliche Intelligenz, datenbasierte Versorgung, Interoperabilität, digitale Pflegeanwendungen sowie den Europäischen Gesundheitsdatenraum (EHDS). Zu den beliebten bvitg-Formaten gehören auch in diesem Jahr wieder der Hot Seat oder der Debattierclub.

Auf mehreren Bühnen diskutieren Fachleute aus Politik, Wirtschaft und Wissenschaft über regulatorische Rahmenbedingungen, technologische Entwicklungen und Erfahrungen aus der Praxis. Ergänzt wird das Programm durch Solutions Hubs, Seminare und Diskussionsformate, die konkrete Anwendungen und Projekte vorstellen.

Zu den Impulsgebern der diesjährigen DMEA zählen zahlreiche hochkarätige Keynote-Speaker:innen wie Louisa Specht-Riemenschneider, Bundesbeauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit, Unternehmer und Digitalexperte Philipp Westermeyer sowie Wissenschaftsjournalistin Nina Ruge. Bundesgesundheitsministerin Nina Warken, die auch die Schirmherrschaft der DMEA innehat, eröffnet die Veranstaltung mit einem gesundheitspolitischen Blick auf die digitale Transformation.

Auch der Branchennachwuchs und junge Unternehmen spielen auf der DMEA eine wichtige Rolle. Mit Formaten wie DMEA sparks und DMEA nova fördert der bvitg gezielt Studierende, Start-ups und innovative Projekte der Gesundheits-IT.

Die Ausgabe 2026 wird die letzte DMEA in Berlin sein. Ab April 2027 findet die Veranstaltung in München statt. Gemeinsam mit der Messe München entwickelt der Bundesverband Gesundheits-IT – bvitg e. V. das Format weiter, um zusätzliche Wachstums- und Internationalisierungspotenziale zu erschließen. ■

Save the date: 13. bis 15. April in München! https://dmea.digital/de/

FOTO: © DMEA / MESSE BERLIN

INHALT

44 EHDS praxistauglich umsetzen
46 bvitg-Vorstandsstatements
48 Interview: Sascha Raddatz

Der **BVITG MONITOR** auf den Seiten 42 bis 49 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



KICK-OFF-MEETING DER ARBEITSGRUPPE „TI-BASIERTE VERSORGUNGSPROZESSE (AG TIV)“

Ende Februar fand in der bvitg-Geschäftsstelle in Berlin die erste Sitzung der AG TIV statt. Ziel der Arbeitsgruppe ist es, einen Beitrag zur Weiterentwicklung der Telematikinfrastruktur zu leisten, die Interoperabilität zu stärken und gemeinsam mit der gematik praxisnahe Lösungen zu erarbeiten, die das Gesundheitssystem nachhaltig entlasten. Die AG beinhaltet vier Taskforces: ePA, TI 2.0, IT-Betrieb und Architektur sowie Use Cases und Versorgungsprozesse.

Wir danken allen engagierten Mitgliedsunternehmen und sind gespannt auf die Impulse aus der Arbeitsgruppe! ■

AKTUELLE PUBLIKATION

Der bvitg hat eine Stellungnahme zum Verordnungsentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit „Zweite Verordnung zur Änderung der Gesundheits-IT-Interoperabilitäts-Governance-Verordnung (RefE 2. GIGVÄndV)“ veröffentlicht. Der Verband befürwortet die Förderung von Interoperabilität im Gesundheitswesen, sieht jedoch den im Entwurf dargestellten Erfüllungsaufwand für die Wirtschaft nicht realistisch abgebildet. Wiederholte Änderungen von Spezifikationen und ungelöste Probleme führten zu erheblichen Zusatzaufwänden und beeinträchtigten Planungssicherheit sowie Wirtschaftlichkeit. Gefordert werden verlässliche Rahmenbedingungen, die die konkrete Ausgestaltung technischer Lösungen jedoch dem Markt überlassen. Außerdem sei eine frühzeitige und verbindliche Einbindung der Gesundheits-IT-Unternehmen bei der Entwicklung von Spezifikationen und Vorgaben nötig, um praxistaugliche, effiziente und innovative Lösungen zu ermöglichen. ■

TI-SCORE NEU AUFGESTELLT – JETZT TEILNEHMEN!

Der TI-Score, das Bewertungsportal der gematik, das den Umsetzungsstand und die Benutzerfreundlichkeit (Usability) von Anwendungen der Telematikinfrastruktur (TI) zeigt, wurde weiterentwickelt, um mehr Transparenz für Pflegeeinrichtungen zu schaffen. Für Softwareanbieter bietet sich damit die Möglichkeit, ihre Leistungen und Anwendungen klar und nachvollziehbar gegenüber Bestands- und Neukunden darzustellen. Der bvitg und FINSOZ e. V. waren an der Neuausrichtung beteiligt. Mit Ihrer Teilnahme an der aktuellen Abfrage leisten Sie einen wichtigen Beitrag, um die Telematikinfrastruktur gemeinsam weiter voranzubringen.

Hier geht´s zur Abfrage:
www.ti-score.de/abfrage-pflege

FOTOS © BVITG



NICHTS IST SO BESTÄNDIG WIE DER WANDEL

Die DMEA, die vom 21. bis 23. April 2026 in Berlin stattfindet, wird wieder ein besonderes Ereignis sein – ein Ort des Austauschs, der

» Digitalisierung heißt, Wandel aktiv zu gestalten – technologisch, strukturell und kulturell. «

Innovation und der gemeinsamen Standortbestimmung für die digitale Gesundheitsversorgung. Zugleich markiert sie einen Übergang: Ab 2027 findet die DMEA, Europas wichtigstes Event für Digital Health, in München statt. An einem Standort mit einer hervorragenden Infrastruktur, globaler Vernetzung und internationaler Strahlkraft.

Veränderung bedeutet Bewegung: Sie eröffnet Chancen, schafft neue Perspektiven und fordert uns heraus, Bestehendes weiterzuentwickeln. Als Branche leben wir von diesem Anspruch. Digitalisierung heißt, Wandel aktiv zu gestalten – technologisch, strukturell und kulturell.

Die DMEA bleibt das Original und der zentrale Treffpunkt unserer Community – künftig in München, mit frischer Dynamik und bewährter Stärke. ■

MATTHIAS MEIERHOFER
bvitg-Vorstandsvorsitzender

EUROPEAN HEALTH DATA SPACE EHDS PRAXISTAUGLICH UMSETZEN: GOVERNANCE, FINANZIERUNG UND INTEROPERABILITÄT JETZT VERBINDLICH KLÄREN

Der European Health Data Space (EHDS) soll die grenzüberschreitende Versorgung stärken und Gesundheitsdaten sicher sowie interoperabel nutzbar machen. Damit das gelingt, fordert der bvitg klare Zuständigkeiten, verbindliche technische Vorgaben und eine langfristig gesicherte Finanzierung.



Der EHDS soll die grenzüberschreitende Versorgung verbessern und Gesundheitsdaten so verfügbar machen, dass sie sicher und interoperabel genutzt werden können. Für die Primärdatennutzung werden die Leitplanken derzeit im Projekt Xt-EHR im sogenannten Konsiliarverfahren konkretisiert. In seinem Positionspapier betont der bvitg, dass der EHDS nur mit praxistauglicher Governance, klaren technischen Vorgaben und verlässlicher Finanzierung erfolgreich umgesetzt werden kann.

Der Verband fordert eine schnelle Klärung der Zuständigkeiten. Die nationale Kontaktstelle sollte ein klares Mandat, ausreichende Ressourcen und transparente Verfahren erhalten, damit Informationen zu Umsetzungsstand, zugelassenen Komponenten und Betriebsfragen verlässlich bereitgestellt werden. Zudem braucht der EHDS eine realistische Roadmap, die mit der nationalen Digitalisierungsstrategie abgestimmt ist. Übergangsfristen sollten im Dialog festgelegt werden. Ergänzend sind transnationale Testumgebungen erforderlich, in denen komplette Prozessketten entlang priorisierter Anwendungsfälle geprüft werden.

Ein Schwerpunkt ist die Finanzierung: Der EHDS ist eine Infrastrukturaufgabe mit dauerhaftem Betriebsbedarf. Deshalb sind langfristige, öffentlich abgesicherte Mittel für Entwicklung, Betrieb, Pflege, Prüfungen und Rollout notwendig. Nach Auffassung des bvitg dürfen Pflichten nicht zu einer Verlagerung von Kosten auf die Leistungserbringer führen. Um die Primärsysteme nicht zusätzlich zu belasten, spricht sich der Verband für zentrale nationale Dienste aus. Dazu zählen Dienste für Dokumentenstrukturen, für das Mapping zwischen Codesystemen sowie für standardisierte Konvertierungen.

Im Hinblick auf den Zugang sollte der EHDS auf bewährten Mechanismen aufbauen. Die Identifikation von Leistungserbringenden kann an etablierte Verfahren anknüpfen und patientenseitige Prozesse sollten verständlich und einheitlich geregelt werden. Für Interoperabilität genügen aus Sicht des bvitg bloße Standardverweise nicht – erforderlich sind abgestimmte Terminologien, Value Sets und Mappings, unterstützt durch zentrale Terminologieserver. Ebenso wichtig sind klare Vorgaben zur Nutzung von HL7 FHIR sowie ein planbarer Migrationspfad für Implementation Guides. Integrationstests müssen zeigen, dass das Zusammenspiel der Systeme im Versorgungsalltag funktioniert.

Schließlich plädiert der Verband für eine schlanke, transparente und möglichst automatisierbare Konformitätsbewertung. Doppelzertifizierungen sollten vermieden und vorhandene Nachweise anerkannt werden. Gut zugängliche Testsysteme sind besonders dann notwendig, wenn gesetzliche Pflichten umgesetzt werden. Ebenso wichtig sind Beteiligung, Information und Qualifizierung. Der EHDS verändert Abläufe, daher braucht es refinanzierte Schulungsformate und eine Aufklärung, die Anwender:innen erreicht.

Der Europäische Gesundheitsdatenraum ist ein zentraler Schritt hin zu einer vernetzten, innovativen und patientenzentrierten Gesundheitsversorgung in Europa. Der bvitg unterstützt dieses Vorhaben ausdrücklich und wird die Umsetzung weiterhin engagiert begleiten, damit sein volles Potenzial für Versorgung, Forschung und Innovation realisiert werden kann.

Das Positionspapier steht hier zum Download zur Verfügung: https://www.bvitg.de/publikationen/positionspapiere/

BILD: © ALMAHYRA – STOCK.ADOBE.COM, 1303129727, STAND: LIZ.

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

NEUE IMPULSE FÜR DIE DIGITALE GESUNDHEITSVERSORGUNG – TEIL 2 DER VORSTANDSSTATEMENTS

Im November 2025 hat die bvitg-Mitgliederversammlung ein neues Vorstandsteam für die kommenden zwei Jahre gewählt.

Nachdem wir Ihnen in der letzten Ausgabe bereits drei Vorstandsmitglieder vorgestellt haben, lernen Sie in diesem Heft die weiteren Vertreter:innen kennen:

Wir haben auch ihnen zwei Fragen gestellt – zu ihren Prioritäten, ihren Zielen und ihren Impulsen für die digitale Gesundheitsversorgung.



MATTHIAS MEIERHOFER (VORSTANDSVORSITZENDER)

Du wurdest als Vorstandsvorsitzender wiedergewählt. Was motiviert dich persönlich am meisten, die digitale Transformation des deutschen Gesundheitswesens weiterhin an vorderster Front mitzugestalten?

Meine Motivation, erneut zu kandidieren, lag vor allem in der Sicherung personeller und inhaltlicher Kontinuität. Der bvitg steht im engen Austausch mit politischen Entscheidungsträgern, deren Zuständigkeiten und Ansprechpartner sich in regelmäßigen Vier-Jahres-Zyklen verändern. In einem solchen Umfeld ist es entscheidend, als Verband dauerhaft ansprechbar zu bleiben und als verlässlicher, klar positionierter Gesprächspartner wahrgenommen zu werden. Über die Jahre ist ein belastbares Vertrauensverhältnis entstanden, das wesentlich zur klaren und konsistenten Außenwirkung des bvitg beiträgt. Diese Verlässlichkeit in der externen Kommunikation und die eindeutige Positionierung des Verbandes weiterzuführen, war für mich ein zentraler Beweggrund, mich erneut für das Amt des Vorstandsvorsitzenden zur Verfügung zu stellen.

Der bvitg vertritt eine sehr heterogene Mitgliederstruktur. Was ist dein wichtigstes Ziel als Vorsitzender, um die unterschiedlichen Interessen der Unternehmen zu bündeln und dem Verband gegenüber der Politik eine noch stärkere, einheitliche Stimme zu verleihen?

Der bvitg ist *die* Stimme der Gesundheits-IT in Deutschland. Die Heterogenität unserer Mitgliedsunternehmen ist eine große Stärke des bvitg. Sie fördert Innovation und freien Wettbewerb – beides braucht ein leistungsfähiges Gesundheitswesen. Gleichzeitig ist klar: Diese Vielfalt muss orchestriert werden. Als Verband machen wir unterschiedliche Interessen sichtbar, führen, konsolidieren und vertreten sie so, dass sie sich sinnvoll ergänzen. Nur im Zusammenspiel der verschiedenen Akteure entsteht eine ganzheitliche digitale Gesundheitsversorgung, die echte Mehrwerte schafft.



DR. VIOLA HENKE (STELLVERTRETENDE VORSITZENDE)

Die Nutzung von Gesundheitsdaten ist ein Kernthema für Forschung und Innovation. Was muss aus Sicht des bvitg passieren, damit Deutschland hier wettbewerbsfähig bleibt?

Die Verfügbarkeit und Nutzbarkeit von Gesundheitsdaten ist einer der wichtigsten Innovationstreiber für Medizin und Versorgung. Mit europäischen Verordnungen wie dem European Health Data Space oder dem EU Data Act wurden dafür bereits zentrale Rahmenbedingungen geschaffen. Entscheidend ist jetzt, dass diese Vorgaben in der Praxis so umgesetzt werden, dass Daten tatsächlich sicher und verantwortungsvoll für Forschung und Innovation genutzt werden können.

Dafür braucht es klare und konsistente Leitplanken für die Datennutzung und Rechtssicherheit für alle Akteure – also Forschungseinrichtungen, Unternehmen und Datenliefernde gleichermaßen. Gleichzeitig müssen Dateninfrastrukturen und

FOTOS: © BVITG E.V.

Datenplattformen so gestaltet werden, dass Daten sicher zusammengeführt und ausgewertet werden können. Gesundheits-IT schafft dafür die technischen Voraussetzungen, um Daten strukturiert, interoperabel und sicher nutzbar zu machen. So lassen sich die heute oft verteilten Datenbestände besser für Forschung, Prävention und eine bessere Versorgung erschließen.

Interoperabilität wird oft als Schlüssel für die Digitalisierung genannt. Was muss passieren, damit sie im Praxisalltag der Behandelnden spürbar ankommt?

„Funktionierende" technische Interoperabilität wird für Behandelnde dann spürbar, wenn für sie relevante Informationen aus verschiedenen IT-Systemen, die beispielsweise Diagnose-, Behandlungs- oder Dokumentationsprozesse unterstützen, zuverlässig und ohne Medienbrüche verfügbar sind.
Auf technischer Ebene unterstützt der Einsatz internationaler Standards und Profile diesen Austausch. Werden extern Spezifikationen oder technische Vorgaben gemacht, ist es wichtig, dass diese praxisnah entwickelt und die Hersteller von Gesundheits-IT frühzeitig in deren Entwicklung einbezogen werden. Entscheidend sind stabile und planbare Rahmenbedingungen, realistische Umsetzungsfristen sowie ausreichend Möglichkeiten, neue Lösungen im Versorgungsalltag zu erproben.



DR. DANIEL DIEKMANN (FINANZVORSTAND)

Ein Vorstandsamt im bvitg ist zeitintensiv, besonders in einer so bewegten Phase der Branche. Was treibt dich persönlich an, die digitale Transformation zusätzlich zum Tagesgeschäft auf Verbandsebene voranzubringen?

Die digitale Transformation in der Medizin beschäftigt mich bei ID seit sehr langer Zeit. Im bvitg-Vorstand habe ich die Möglichkeit, die unterschiedlichen Akteure besser kennenzulernen und die vielfältigen Themen näher mitzugestalten.

Daten sind die Brücke zwischen Technik und Therapie. Wie möchtest du deine Erfahrung im Vorstand nutzen, damit die Digitalisierung des Gesundheitswesens endlich dort ankommt, wo sie am meisten gebraucht wird: als echte Unterstützung in der täglichen Patientenversorgung?

Medizinische Daten, ob als Freitext oder in unterschiedlichen Strukturierungsebenen, können dazu beitragen, die Versorgung zu verbessern. Daten qualifiziert zu erzeugen, zu managen und verfügbar zu halten – all das ist eine zentrale Aufgabe für die Health IT und damit zentrale Aufgabe für sehr viele bvitg-Mitgliedsunternehmen. Mit meiner Erfahrung in diesem Bereich hoffe ich, dass hierfür auch zukünftig attraktive Angebote im Markt gemacht werden können. ■

INTERVIEW
»WIR SIND DIE SCHNITTSTELLE ZWISCHEN VERSORGUNG UND DIGITALISIERUNG«

Seit Januar 2026 ist **Sascha Raddatz** Hauptgeschäftsführer des bvitg und übernimmt Verantwortung in einer Phase, in der gesundheitspolitische Weichen neu gestellt werden. Zwischen Digital-Gesetz, Weiterentwicklung der elektronischen Patientenakte und Fragen der TI-Stabilität fordert er verlässliche Roadmaps und verbindliche Zeitpläne. Im Interview spricht er über politische Erwartungen, die strategische Rolle der DMEA und darüber, warum die Gesundheits-IT-Branche jetzt vor allem eines braucht: klare Entscheidungen statt vager Ankündigungen.



Sascha Raddatz ist Hauptgeschäftsführer des bvitg.

Sascha, du bist neuer Geschäftsführer des bvitg. Was hat dich an dieser Aufgabe gereizt?
Mich hat besonders gereizt, dass der bvitg mit seinen Mitgliedsunternehmen eine zentrale Schnittstelle zwischen Versorgung und Digitalisierung bildet. Die Verschränkung zur Versorgung mit Leistungserbringenden, Stakeholdern aus der Politik, Selbstversorgung, den nachgeordneten Behörden usw. ist ein spannendes und weites Feld. Nicht zuletzt besteht unsere Aufgabe darin, die Digitalisierung des Gesundheitswesens aktiv und umfassend voranzutreiben.

Wo siehst du die größten Herausforderungen – und Chancen – für die Gesundheits-IT-Branche in Deutschland?
Wir erwarten mit Spannung das Digital-Gesetz, dort werden Interoperabilitätsaspekte, TI-Stabilität und die Weiterentwicklung der elektronischen Patientenakte enthalten sein; alles Themenbereiche, die seit Langem im Fokus der Verbandsarbeit stehen.
Die größten Herausforderungen sehen wir dabei vor allem in der konsequenten Umsetzung dieser Vorhaben: Eine stabile Telematikinfrastruktur, verbindliche Interoperabilitätsstandards und realistische Zeitpläne sind entscheidend, um die Digitalisierung nachhaltig voranzubringen. Gleichzeitig liegt genau darin auch eine große Chance für die Gesundheits-IT-Branche, durch innovative Lösungen die Versorgung spürbar zu verbessern und effizienter zu gestalten.
Ansonsten sind für uns zuverlässige Rahmenbedingungen für die Branche unerlässlich. Dabei geht es beispielsweise um verlässliche Roadmaps und die frühzeitige Einbindung unserer Mitglieder bei der Erstellung von Spezifikationen.

Die DMEA ist Europas führendes Event für Digital Health und findet vom 21. bis 23. April 2026 zum letzten Mal in den Berliner Messehallen statt. Welche strategische Bedeutung hat die DMEA für den bvitg?
Für den Verband ist die DMEA als unsere Leitveranstaltung ausgesprochen wichtig. Wir haben 19 unterschiedliche Gremien beim bvitg und diese Gremien haben die Gelegenheit, während der DMEA ihre Arbeit abbilden zu können sowie eigene Akzente und Highlights zu setzen. Und natürlich ist ein Großteil unserer Mitgliedsunternehmen auch als Aussteller auf der DMEA vertreten. Darüber hinaus sind natürlich auch der Communitycharakter und die Gelegenheit, neue Kontakte zu knüpfen, Markenzeichen der DMEA.
Beim aktuellen Call for Papers für das Kongressprogramm hatten wir fast 600 Einreichungen. So viele Einreichungen hatten wir noch nie. Das spricht auch für die Relevanz der Veranstaltung, auf der die zentralen Themen und Trends der Digital-Health-Branche diskutiert und maßgeblich gesetzt werden.

Auf welche Highlights freust du dich besonders?
Da gibt es viele Highlights. Wenn ich einige herausgreifen soll, ist das sicherlich die Keynote am Eröffnungstag von Nina Warken, die auch die Schirmherrschaft übernommen hat. Besonders gespannt bin ich zudem auf Philipp Westermeyer, Unternehmer, Medienmacher und Gründer von OMR – einer der bekanntesten Plattformen für digitales Marketing und Innovation in Europa. Seine Keynote dürfte wichtige Impulse geben und den Blick der Health-IT-Branche über den eigenen Tellerrand hinaus erweitern. Darüber hinaus

FOTO: © BVITG E.V.

steht für mich vor allem der Austausch mit bekannten und neuen Gesichtern im Mittelpunkt.

Ab 2027 wird die DMEA in München stattfinden. Welche Ziele verfolgt der Verband mit diesem Schritt?
Primär geht es um die Weiterentwicklung der DMEA. Das bezieht sich zum einen auf das Wachstum der Ausstellerflächen und zum anderen auch auf die Erweiterung der Kongressflächen. Das war mit der Messe Berlin leider nicht mehr möglich. Zudem hat München eine große Attraktivität für internationale Besucher:innen. Wenn man weltweit unterwegs ist und die Menschen fragt, was sie mit Deutschland verbinden, ist es häufig Bayern und speziell München. Wir haben zudem den die Anschlussfähigkeit zum DACH-Raum, und wenn wir in den Süden Deutschlands gucken, waren 31 Prozent der Besucher:innen 2025 in Baden-Württemberg und Bayern zu verorten, was natürlich auch noch mal für den neuen Standort spricht. Kurzum: Es gibt eine Menge Argumente für München.

Die Bundesgesundheitsministerin Nina Warken hat vor Kurzem die Weiterentwicklung der Digitalisierungsstrategie für das Gesundheitswesen und die Pflege vorgestellt. Wie bewertest du diese?
Die erste Digitalisierungsstrategie war ein Meilenstein. Jetzt ist es eine Fortführung auf knapp 15 Seiten. Theoretisch liest sich alles gut. Es fehlen allerdings Prioritätensetzungen und verlässliche Zeitpläne zu den einzelnen Projekten. Wenn ich zum Beispiel an die Themen elektronische Patientenakte und TI-Stabilität denke, vermisse ich auch eine gewisse Detailtiefe in der Ausarbeitung. Möglicherweise kommt das aber auch mit der Veröffentlichung des Digitalgesetzes. Alles in allem ist es für mich eher eine Nachbereitung der ersten Digitalisierungsstrategie, die ja mit dem Massen-Roll-out der elektronischen Patientenakte eine enorme Bedeutung hatte. Jetzt geht es um deren Weiterentwicklung mit dem digital gestützten Medikationsprozess sowie der Volltextsuche.

Der bvitg hat im letzten Jahr sein 30-jähriges Jubiläum gefeiert und hat mittlerweile über 110 Mitglieder. Was spricht denn für eine Mitgliedschaft im Verband?
Ein wesentlicher Benefit ist die DMEA, auf deren Vorteile ich bereits hingewiesen habe. Darüber hinaus bietet der bvitg jedoch einen entscheidenden strategischen Mehrwert: Eine professionelle politische Interessenvertretung direkt im Zentrum des Geschehens in Berlin.
Durch unsere heterogene Mitgliederstruktur und die enorme inhaltliche Tiefe in unseren rund 20 Arbeits- und Projektgruppen bündeln wir die Expertise der gesamten Branche. Das ermöglicht uns eine Zusammenarbeit mit zentralen Stakeholdern – wie der KBV, gematik oder der DKG – auf einem fachlichen Niveau, das uns von anderen Verbänden abhebt. Wir verleihen der Gesundheits-IT eine starke, einheitliche Stimme gegenüber der Politik und der Selbstverwaltung. Zusätzlich profitieren unsere Mitglieder von unseren weitreichenden Netzwerkmöglichkeiten und exklusiven Veranstaltungsformaten. Ob bei politischen Hintergrundgesprächen, den bvitg-Digitalsprechstunden oder beim informellen Austausch auf dem Sommerfest: Wir vernetzen unsere Mitgliedsunternehmen untereinander sowie mit relevanten Entscheidungsträgern. Dieser direkte Zugang zu einem Netzwerk aus Politik, Wirtschaft und Wissenschaft ist nicht nur für die Verbandsarbeit essenziell, sondern bietet jedem einzelnen Mitgliedsunternehmen einen handfesten Vorteil.

Und ganz persönlich: Was motiviert dich im Alltag – und wie hältst du in einem politisch dynamischen Umfeld die Balance?
Das ist eine spannende Frage. Im Alltag motiviert mich vor allem die Gewissheit, dass wir mit unserer Verbandsarbeit an der digitalen Infrastruktur für eine bessere Gesundheitsversorgung von morgen bauen. Das ist eine große Aufgabe, die viel Energie freisetzt.
Um in diesem politisch oft sehr dynamischen und fordernden Umfeld die Balance zu halten, ist mir ein bewusster Ausgleich wichtig: Ich lege großen Wert darauf, mich regelmäßig mit Menschen außerhalb meines beruflichen Umfelds zu treffen. Meine Familie und meine Freund:innen bieten mir hier einen wichtigen Gegenpol und eine ganz andere Perspektive als die gewohnte Gesundheitsbubble. Dieser externe Resonanzraum hilft mir dabei, die Dinge wieder einzuordnen und mit frischem Fokus an die Arbeit zu gehen.

Um noch mehr von dir zu erfahren, habe ich zum Abschluss unseres Gesprächs noch einen Entweder-Oder-Block mit der Bitte um spontane Antworten:
Frühaufsteher oder Nachtarbeiter?
Eher Nachtarbeiter.

Strukturierter Plan oder spontane Entscheidungen?
Im Hinblick auf die Arbeit lieber mit strukturiertem Plan.

E-Mail oder kurzer Anruf?
Mit einem kurzen Anruf lässt sich viel schnell und unkompliziert regeln.

Stadtleben oder Natur?
Der Mix macht´s: Wenn man in Berlin lebt, braucht man ab und zu eine Auszeit in der Natur. Am liebsten am Wasser...

Buch oder Podcast?
Wenn ausreichend Zeit vorhanden ist, auf jeden Fall ein Buch. In der Zwischenzeit geht auch mal ein Podcast. ■

DIGITALISIERUNGSSTRATEGIE: CHANCEN KI-BASIERTER MEDIZINPRODUKTE BESSER NUTZEN

Der Bundesverband Medizintechnologie (BVMed) unterstützt die vom Bundesgesundheitsministerium (BMG) im Februar 2026 vorgestellten Ansätze, mit der Weiterentwicklung der Digitalisierungsstrategie KI-Systeme in der Gesundheitsversorgung schneller einzuführen. „Dabei sollten aber auch die bereits existierenden KI-basierten Medizinprodukte einbezogen werden, um einen schnelleren Zugang zu fortschrittlichen Lösungen zu ermöglichen", so BVMed-Digitalexpertin Natalie Gladkov.

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

Nach dem BMG-Papier will die Bundesregierung mit der Weiterentwicklung der Digitalisierungsstrategie die nötigen Rahmenbedingungen schaffen, „um den schnellen und sicheren Transfer neuer Innovationen in die Gesundheitsversorgung zu unterstützen". Positiv bewertet der BVMed beispielsweise den Vorschlag, das Forschungsdatenzentrum (FDZ) Gesundheit zu erweitern, „sodass es KI-fähig ist und sukzessive zu einem Akteur für einen sicheren, interoperablen Datenraum wird, der verantwortlich für die Bereitstellung qualitätsgesicherter, repräsentativer Trainings-, Validierungs- und Testdatensätze für KI-Anwendungen und Modelle für das Gesundheitswesen und die Pflege ist".

Der BVMed schlägt zudem vor, insbesondere die Rahmenbedingungen für Schrittinnovationen bereits existierender KI-basierter Medizinprodukte zu verbessern. Denn die Weiterentwicklung KI-basierter Medizinprodukte werde aktuell durch starre, auf analoge Lösungen ausgerichtete Bewertungsverfahren benachteiligt. Daher fordert der BVMed neben der Anerkennung schrittweiser Verbesserungen digitaler Medizinprodukte eine beschleunigte Bewertung und Integration von Innovationen in die Regelversorgung sowie die Stärkung von Innovationsanreizen und Planungssicherheit für Hersteller und Anwender:innen.



BVMed-Digitalexpertin Natalie Gladkov

FOTO: © BVMED

„Wir setzen uns für ein auf maximal drei Monate verkürztes und gut planbares Bewertungsverfahren für digital unterstützte Diagnostik und Therapieverfahren ein", so Gladkov. Dabei müssten im Bewertungsverfahren auch Real World Data als Evidenzbasis anerkannt werden.

Ein weiterer wichtiger Schritt sei, den Einsatz von KI in der Gesundheitsversorgung transparent zu erfassen und qualitätsgesichert zu vergüten. Hier schlägt der BVMed die Einführung eines Zusatz-OPS-Codes zur verpflichtenden Dokumentation von KI vor. Zusätzlich könnte der KI-Einsatz im ambulanten Sektor durch neue oder ergänzende EBM-Ziffern oder Qualitätszuschläge sichtbar gemacht werden.

Ein weiteres wichtiges Anliegen des deutschen MedTech-Verbandes ist es, die Potenziale von Telemonitoring besser zu nutzen. Hier sei die Beschränkung auf digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA) nicht ausreichend. Der BVMed fordert, Telemonitoring indikationsübergreifend in der Regelversorgung zu verankern.

Weitere Informationen zum Thema gibt es auf der BVMed-Themenseite unter www.bvmed.de/digitalisierung.

TELEMEDIZIN – FÜR EINE GESELLSCHAFT IM UMBRUCH

Am 4.–5. Mai 2026 findet unser 16. Nationaler Fachkongress Telemedizin (NFT) im Kaiserin-Friedrich-Haus in Berlin statt. Sich über neueste Themen informieren, mit Expert:innen diskutieren, das eigene Netzwerk vergrößern – dafür steht der NFT.

Unter dem Motto „Telemedizin – Für eine Gesellschaft im Umbruch" werden in diesem Jahr folgende Themen diskutiert:

KI: GEKOMMEN, UM ZU BLEIBEN

KI hält zunehmend Einzug in die Versorgung: von Diagnostik über Entscheidungsunterstützung bis hin zur Organisation von Behandlungsabläufen. Wo liegen Chancen für bessere Versorgung, Entlastung von Fachpersonal und mehr Patientensicherheit und welche Herausforderungen sind zu bewältigen?

Ein Blick auf eine Technologie, die nicht mehr Zukunftsmusik ist, sondern die Versorgung von morgen bereits heute mitgestaltet.

PREPAREDNESS! MIT TELEMEDIZIN VOR DIE WELLE KOMMEN

Pandemien, Versorgungsengpässe, drohende internationale Bündnisfälle oder regionale Krisenlagen stellen das Gesundheitswesen vor Herausforderungen, die schnelles und koordiniertes Handeln erfordern. Telemedizin kann helfen, Versorgungskapazitäten flexibel zu erweitern, Wege zu verkürzen und medizinische Expertise auch unter schwierigen Bedingungen verfügbar zu machen.

Ein Blick darauf, wie Telemedizin nicht nur reagiert, sondern hilft, der nächsten Welle einen Schritt voraus zu sein.

NOTFALL- UND KRANKENHAUSREFORM: HEUTE VERNETZEN, MORGEN BESSER VERSORGEN

Die Reformen von Notfallversorgung und Krankenhausstrukturen gehören zu den größten aktuellen gesundheitspolitischen Vorhaben. Ziele: eine bessere Patientensteuerung, eine stärkere Spezialisierung der Kliniken und eine verlässliche Versorgung – auch in der Fläche. Telemedizin kann eine Schlüsselrolle übernehmen, um Versorgungsstufen sinnvoll zu vernetzen und Ressourcen effizient einzusetzen.

Ein Blick darauf, wie die Ziele beider Reformen durch digitale Vernetzung umgesetzt werden können – und wie Telemedizin hilft, gemeinsam wirksam zu werden.

VERSORGUNG IM FOKUS: TELEMONITORING ALS GAMECHANGER

Steigender Versorgungsbedarf bei limitierten personellen und finanziellen Ressourcen stellt das Gesundheitswesen vor strukturelle Herausforderungen. Telemonitoring bietet die Chance, Patient:innen kontinuierlich zu begleiten, um Therapieabbrüche zu verhindern und Verschlechterungen zu vermeiden. Alle Berufsgruppen und Leistungserbringer sind dabei prinzipiell einzubinden. So kann eine optimale Verteilung und Koordination der Aufgaben organisiert werden, wozu auch die kostensparende Skalierung der Datenbearbeitung und -auswertung gehört. Dafür müssen aber noch Voraussetzungen geschaffen werden.

Ein Blick auf ein Instrument, das Versorgung vom reaktiven Handeln hin zu proaktiver, datenbasierter Betreuung weiterentwickelt – Potenzial für eine echte Strukturveränderung.

Traditionell verleihen wir im Rahmen des Kongresses den Telemedizinpreis an innovative Projekte und/oder Unternehmen. In einem Science Slam haben die Finalist:innen die Chance, sich einem größeren Publikum zu präsentieren. Auch schon eine Tradition: Beim Kongress öffnen wir unsere Arbeitsgruppen für Nicht-Mitglieder. Einfach reinschauen, mitdiskutieren – und vielleicht im Anschluss Mitglied werden (https://dgtelemed.de/arbeitsgruppe)!

Nähere Infos zum Programm sowie Anmelde- und Sponsoring-Möglichkeiten stehen unter https://telemedizinkongress.de/ bereit.

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

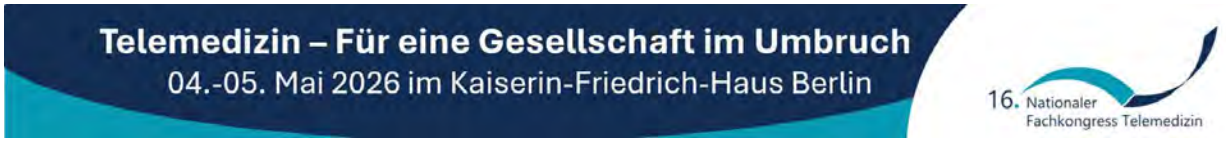


BILD: © DGTELEMED

ANBINDEN STATT ABWARTEN: TELERADIOLOGIE UNABHÄNGIG VOM DIGITALISIERUNGSGRAD

Krankenhäuser stehen unter wachsendem Druck – zugleich muss die Versorgung jederzeit gesichert sein. Teleradiologie ist dafür eine geeignete Hilfe. Entscheidend ist jedoch, wie sie in der Praxis umgesetzt wird.

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

Der Druck auf deutsche Krankenhäuser wächst spürbar: Fachkräftemangel, wirtschaftliche Engpässe und steigende Qualitätsanforderungen in der Patientenversorgung. Gerade in diesen Bereichen bietet die Teleradiologie spürbare Unterstützung, insbesondere in der radiologischen Versorgung im Notfall und an Wochenenden.

Als Vorsitzender der Deutschen Gesellschaft für Teleradiologie (DGfTr) und Vorstand von reif & möller – Netzwerk für Teleradiologie erlebe ich allerdings tagtäglich, wie groß die Spannweite in der digitalen Reife unserer Krankenhäuser ist: Während einige Häuser über vollständig integrierte RIS-, KIS- und PACS-Strukturen verfügen, arbeiten andere mit Insellösungen, papiergestützten Prozessen oder nur teilintegrierten Systemen. Um jedoch trotzdem für jedes Krankenhaus eine teleradiologische Anbindung und somit Patientinnen und Patienten eine flächendeckende, qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung zu ermöglichen, ist es zwingend notwendig, dass Teleradiologie-Anbieter Lösungen zur Verfügung stellen, die unabhängig vom Digitalisierungsgrad des jeweiligen Hauses funktionieren. Die Lösungen müssen sich an die Realität der Einrichtungen anpassen – nicht umgekehrt. Entscheidend darf nicht sein, ob ein Krankenhaus bereits vollständig digitalisiert ist. Entscheidend muss sein, dass es angebunden ist – und zwar zuverlässig, rechts- und datensicher sowie flexibel ausbaufähig.

Gerade in strukturschwachen Regionen oder bei kleineren Trägern entscheidet die einfache, pragmatische Umsetzbarkeit darüber, ob Teleradiologie tatsächlich genutzt werden kann. Wenn technische Hürden zu hoch oder Investitionen zu umfangreich sind, geht wertvolle Zeit verloren. Deshalb brauchen wir Konzepte, die einen niederschwelligen Einstieg ermöglichen und gleichzeitig eine klare Entwicklungsperspektive bieten.

Wir brauchen moderne, modulare Konzepte, die interoperabel und flexibel skalierbar sind. Ob HL7-Anbindung, Teleradiologie-Gateway, Fax-Integration oder Betrieb in einer privaten Cloud: Lösungen müssen bestehende Strukturen integrieren und Entwicklung ermöglichen, ohne Brüche zu erzeugen. Auch Häuser mit begrenzter IT-Infrastruktur müssen sofort starten und ihre Prozesse Schritt für Schritt weiterentwickeln können. Es darf keine technischen Sackgassen, keinen Investitionsdruck geben, sondern skalierbare Lösungen mit klarer Perspektive. Einige Teleradiologie-Anbieter berücksichtigen dies bereits heute, andere noch nicht.

Teleradiologie darf kein Luxus für digital führende Zentren sein – sie muss ein Versorgungsinstrument für alle sein. Wer Produkte anbietet, die Kliniken dort abholen, wo sie stehen, stärkt nicht nur einzelne Häuser, sondern die Stabilität unseres gesamten Gesundheitssystems. Genau darin liegt unsere gemeinsame Verantwortung – heute und in Zukunft.



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

FOTO: © REIF & MÖLLER / HAUS & GROSS

GESUNDHEITSPOLITIK WILL KI – ABER ERLAUBT SIE IHRE ENTWICKLUNG UND NUTZUNG?

Die Digitalisierungsstrategie für das Gesundheitswesen und die Pflege setzt auf Daten und Künstliche Intelligenz. Doch ohne klare Regeln zur Datennutzung und einen innovationsfreundlichen Rahmen bleibt das Ziel eines menschenzentrierten, digital gestützten Ökosystems unerreichbar.

Mit der weiterentwickelten Digitalisierungsstrategie formuliert die Bundesregierung einen klaren Transformationsanspruch, der von der elektronischen Patientenakte bis zum Einsatz KI-gestützter Diagnostik reicht und die Nutzung hochwertiger Daten ins Zentrum stellt. Um diesen Anspruch umzusetzen, sollen der Europäische Gesundheitsdatenraum und das Forschungsdatenzentrum Gesundheit den notwendigen Rahmen schaffen.

Der Anspruch ist richtig. Doch er wirft eine entscheidende Frage auf: Dürfen Forscherinnen und Forscher aus Wissenschaft und Industrie diese Daten auch so nutzen, wie sie es brauchen, um Künstliche Intelligenz zu entwickeln?

In der Praxis zeigt sich, worum es geht. KI-Systeme in der Medizintechnik analysieren Bilddaten, erkennen gesundheitliche Risiken früh oder assistieren in der Diagnose. Dafür brauchen sie große, strukturierte Datensätze, mit denen Unternehmen ihre Systeme entwickeln, testen und validieren. Ohne Zugang zu pseudonymisierten oder anonymisierten Gesundheitsdaten bleibt KI im Projektstatus. Das lernende Gesundheitssystem bleibt Theorie.

Die anstehenden Digitalisierungsgesetze müssen deshalb Klarheit schaffen und einen ausdrücklichen Erlaubnistatbestand zur Nutzung von Behandlungsdaten für Forschung und Entwicklung verankern. Auch Unternehmen müssen pseudonymisierte und anonymisierte Daten für Forschung und Entwicklung nutzen dürfen. Das ist in sicheren Umgebungen und unter Einhaltung der Datenschutzvorgaben möglich. Entscheidend ist die Rechtssicherheit. Wenn unklar bleibt, ob und unter welchen Bedingungen Datennutzung zulässig ist, verzögern sich Projekte oder finden nicht statt. Forschung und Entwicklung wandert dann in Länder ab, in denen klare Regeln definiert wurden, z.B. Singapur, Australien, Finnland oder Großbritannien.

Doch Datennutzung allein reicht nicht. Die Strategie betont zudem, dass KI in die Regelversorgung einziehen soll. Im stationären Bereich gilt ein Verbotsvorbehalt. Anwendungen sind zulässig, solange sie niemand ausdrücklich untersagt. Dieses Prinzip eröffnet Spielräume für Innovation und fördert Investitionen. Im ambulanten Bereich gilt dagegen faktisch ein Erlaubnisvorbehalt, der für jede neue Anwendung zunächst eine Genehmigung vorsieht. Die Praxis zeigt: Unterschiedliche Maßstäbe bremsen Innovation. Der Gesetzgeber sollte den Verbotsvorbehalt daher auf den ambulanten Sektor ausweiten.

Die Digitalisierungsstrategie skizziert den Weg in ein datenbasiertes Gesundheitssystem. Dazu gehört, Register-, Versorgungs- und Forschungsdaten zu verknüpfen. Für die Medizintechnik ist das wichtig. Viele Innovationen entstehen auf Basis von medizinischen Bild- oder Vitaldaten aus der Versorgung. National sind solche Datentypen bislang jedoch kaum strukturiert und systematisch für Forschung und Entwicklung verfügbar. Der Europäische Gesundheitsdatenraum eröffnet hier erstmals eine strukturierte Perspektive. Hersteller benötigen reale Versorgungsdaten, um neue Produkte oder neue Funktionen für vorhandene Produkte zu entwickeln. Wenn Versorgungs-, Register- und Studiendaten zusammengeführt werden, lassen sich Algorithmen gezielt verbessern und Versorgungslücken erkennen. So schließt sich der Kreislauf zwischen Versorgung und Entwicklung. Ein lernendes System entsteht.

Jetzt entscheidet der Gesetzgeber, ob aus dem skizzierten Weg ein tragfähiger Rahmen wird oder ob es bei guten Absichten bleibt. Die kommenden Digital-Gesetze regeln die Richtung der digitalen Versorgung. Wenn Unternehmen pseudonymisierte und anonymisierte Daten nutzen dürfen und digitale Anwendungen einfach sektorenübergreifend genutzt werden können, entsteht Raum für Innovation. Dann profitieren Patientinnen und Patienten von genauer Diagnostik und gezielten Therapien, und der Standort Deutschland stärkt seine medizintechnische Wertschöpfung. Bleiben Rechtslage und Zuständigkeiten dagegen unklar, stockt der medizinische Fortschritt und der Transfer in die Versorgung.

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

ETHICAL PERSPECTIVES ON ARTIFICIAL INTELLIGENCE IN BIOMEDICAL ENGINEERING

Ein neues Fachbuch der Deutschen Gesellschaft für Biomedizintechnik im VDE gibt eine Perspektive auf die Rolle der KI im Gesundheitswesen.

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



Künstliche Intelligenz (KI) gilt derzeit als eine bahnbrechende Schlüsseltechnologie im Bereich der biomedizinischen Technik. Dieses Buch beleuchtet weit mehr als nur Anwendungen, Vorteile und Herausforderungen von KI, es bietet eine umfassendere Perspektive auf die Rolle der KI im Gesundheitswesen.

Im ersten Teil werden grundlegende Überlegungen aus historischer, technischer, sozialwissenschaftlicher, rechtlicher und ethischer Sicht vorgestellt. Der zweite Teil ergänzt diese Betrachtungen durch konkrete Anwendungen in der biomedizinischen Technik. Dabei wird ein breiter Überblick gegeben, ohne Anspruch auf Vollständigkeit, und die relevanten Herausforderungen werden thematisiert. Der abschließende Teil widmet sich Rahmenbedingungen, Regulierung von KI und möglichen Geschäftsmodellen.

Abgerundet wird das Buch durch Stellungnahmen des Bundesministeriums für Forschung, Technologie und Raumfahrt sowie der DGBMT, um die Bedeutung von KI in der Biotechnologie und im Gesundheitswesen zu unterstreichen.



PREISE 2026

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-ehrungen/preis-fuer-innovation-in-der-medizintechnik

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-ehrungen/preis-fuer-patientensicherheit

DR. WILHELMY VDE 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-ehrungen/wilhelmy-vde-preis/wilhelmy-vde-preis-preisaufruf

BILD LINKS: © GORENGBAKAR – STOCK.ADOBE.COM, 1614215393, STAND: LIZ.; BILD OBEN: © DE GRUYTER

17. TMF-JAHRESKONGRESS 2026

Unter dem Motto „Data powers Science: Wie datengetriebene Forschung Innovationen ermöglicht“ bringt der TMF-Jahreskongress am 16. Juni 2026 führende Köpfe zusammen.

Die digitale Transformation des Gesundheitswesens nimmt an Fahrt auf. Doch wie nutzen wir Gesundheitsdaten bestmöglich und welche Voraussetzungen braucht es, damit daraus spürbare Innovationen für Versorgung und Forschung entstehen? Auf dem 17. TMF-Jahreskongress am 16. Juni 2026 treffen sich führende Expertinnen und Experten aus Wissenschaft, Politik und Industrie. Sie zeigen auf, wie Lösungen für eine vernetzte und digitale Medizin der Zukunft entstehen – durch leistungsfähige Infrastrukturen, passende regulatorische Rahmenbedingungen und ein lernendes Gesundheitssystem.

Der TMF-Jahreskongress findet in diesem Jahr in Berlin mit zwei starken Partnern statt: dem Berlin Institute of Health (BIH) der Charité sowie dem Deutschen Rheuma-Forschungszentrum Berlin, ein Leibniz-Institut. Es erwarten Sie hochrangige Impulse führender Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler, interaktive Panels sowie spannende Führungen und Workshops.

TMF e.V.

Charlottenstraße 42/Dorotheenstraße
10117 Berlin

Tel.: +49-(0)30-22002470
E-Mail: info@tmf-ev.de

www.tmf-ev.de



BILD: © TMF E.V.

Programm und Anmeldung:

TMF AUF DER DMEA 2026

Die TMF ist vom 21. bis 23. April 2026 auf der DMEA in Berlin mit Vorträgen, Panels und einem Stand der Medizininformatik-Initiative (MII) vertreten. Wir würden uns freuen, Sie in unseren Sessions oder an unserem Stand zu begrüßen.

SEMINAR „EHDS GEMEINSAM VERSTEHEN UND UMSETZEN“
21. April 2026 | 10:15 – 13:15 Uhr | Seminar Room | Halle 6.3

SESSION „EHDS 2 – DIE ZUKUNFT VON FORSCHUNG, VERSORGUNG UND PATIENT:INNENZUGANG“
21. April 2026 | 15:20 – 16:20 Uhr | Stage 5.2 | Halle 5.2

LONGCARE-SESSION „DIGITALE ERKRANKUNGS-MODELLE, WEARABLES UND KI-BASIERTE TOOLS BEI LONG COVID“
23. April 2026 | 12:15 – 13:00 Uhr | Box 1, Halle 4.2

MESSESTAND DER MEDIZININFORMATIK-INITIATIVE UND DIGIHUBS
Halle 3.2 am Stand E-113



FOTO: © DMEA/MESSE BERLIN

KH-IT FRÜHJAHRSTAGUNG: KI, ROBOTIK UND FUTURE WORK

Der Bundesverband der Krankenhaus-IT-Leiter:innen (KH-IT) e.V. veranstaltet seine Frühjahrstagung vom 20. bis 21. Mai in Kassel zu den Zukunftsthemen KI, Robotik und Future Work.

Bundesverband der Krankenhaus-IT-Leiter:innen e.V.

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

www.kh-it.de

Die IT und die Medizintechnik werden zukünftig noch stärker zusammenrücken. Und eines Tages werden sie eine unzertrennbare Einheit bilden. Die IT wird auch näher an die medizinischen Fachbereiche heranrücken, um gemeinsam die digitalen Workflows zu gestalten. Und: Die Angriffsfläche und Verwundbarkeit der IT im Krankenhaus steigt durch die zunehmende Digitalisierung.

Die Umsetzung dieser Technologien bringt neue Herausforderungen für das IT-Management mit: Es muss auch zu KI, Robotik und Future Work sprachfähig sein und die Anforderungen aus den Fachbereichen kompetent beurteilen. Das A und O dabei ist die Digitalisierungsstrategie. Sie gibt Orientierung und befreit uns aus der Falle der Anlassgetriebenheit.

Dabei ist es sehr empfehlenswert, entsprechend der EU-KI-Verordnung die Systeme der Risikoklassifizierung zu unterziehen. Daraus kann eine Positivliste entstehen, welche Anwendungen man zur Nutzung ganz oder mit gewissen Einschränkungen freigibt. Je früher man die Führungskräfte der Klinik ins Boot holt, um Regeln für eine verantwortungsvolle und ethische Nutzung zu vereinbaren, desto höher die Chance für eine gelungene Digitalisierung. Digitalisierung darf nicht einfach „passieren“, sie muss transparent und strukturiert ablaufen.

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.

Das Agendateam, bestehend aus Csilla Imre, Alexandra Heimel und Bastian Stockhausen, ist sich einig: Die Mitarbeitenden müssen sensibilisiert werden für einen verantwortungsbewussten und ethischen Umgang mit den neuen Technologien. Digital mündige Mitarbeitende ermöglichen es der IT-Organisation überhaupt erst, Digitalisierungsprojekte erfolgreich umzusetzen. Wer in die digitale Souveränität der Mitarbeitenden nicht investiert, kann sich das Geld für die Digitalisierungsprojekte sparen.

Unsere Vereinsmitglieder sind Enabler und selbst auch Teil der digitalen Transformation. Im Tagesgeschäft bleibt für die IT-Leitung allerdings kaum Zeit, sich mit den Innovationen zu beschäftigen. Auf der Frühjahrstagung zeigen wir einige inspirierende Projekte. Und wie immer ist es uns ein besonderes Anliegen, dass die Geschichten von Kollegen aus Kliniken erzählt werden – auf ihre Erfahrungen kommt es uns an. Das kommt bei allen Tagungsgästen gut an – wir sind zuversichtlich, dass das auch in Kassel so sein wird.



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

BILD: © KH-IT

DER NEUE TI-SCORE: MEHR TRANSPARENZ FÜR DIE PFLEGE

Die Telematikinfrastruktur (TI) ist für ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen verpflichtende Realität. Doch wer glaubt, mit der Installation der technischen Grundkomponenten sei die Arbeit getan, irrt. Der eigentliche Mehrwert entsteht erst, wenn die TI konsequent in die Prozesse des Pflegealltags integriert wird. Doch selbst, wer die eigenen Abläufe strukturiert analysiert hat, steht vor einer weiteren Frage: Wie gut ist die TI in unsere eingesetzte Primärsoftware integriert?

DIE PRIMÄRSOFTWARE ALS ENTSCHEIDENDE SCHNITTSTELLE

Kommunikation im Medizinwesen (KIM) ist aktuell die einzige verpflichtende TI-Anwendung für Pflegeeinrichtungen. Ist KIM nicht direkt ins Primärsystem eingebunden, müssen Einrichtungen auf parallele E-Mail-Clients zurückgreifen – mit umständlichen Parallelstrukturen und eingeschränkter Effizienz. Besonders die Umsetzung strukturierter Nachrichten wie z. B. das E-Rezept oder der elektronische Leistungsnachweis (eLNW) ist relevant. Nur wenn diese adäquat in die Primärsoftware eingebettet sind, lassen sich Prozesse automatisieren und Medienbrüche vermeiden.

TRANSPARENZ ALS SCHLÜSSEL: DER TI-SCORE

Damit Pflegeeinrichtungen fundierte Entscheidungen treffen können, braucht es daher Transparenz über den tatsächlichen Funktionsumfang der Anbieter. Genau hier setzt der TI-Score der gematik an – ein Instrument, das den Umsetzungsgrad der TI bei Softwareanbietern messbar machen soll.

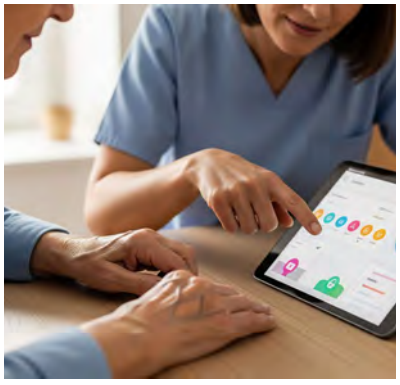
Die bisherige Version wies jedoch erhebliche Schwächen auf. Die Einstufungen A bis D lieferten kaum aussagekräftige Informationen darüber, ob und wie KIM tatsächlich in das Primärsystem integriert ist. Welche weiteren Anwendungen konkret unterstützt werden und ob diese vollständig automatisiert, das heißt direkt aus der Pflegesoftware, versendet/empfangen werden können, blieb für End User lange im Dunkeln.

FINSOZ e.V. hat sich daher aktiv für die und bei der Weiterentwicklung des TI-Scores eingesetzt. Das Ziel: Ein transparentes Instrument, das den tatsächlichen Funktionsumfang für alle Beteiligten eindeutig und vergleichbar darstellt. Im neuen TI-Score werden nun explizite Usability-Kriterien für den Versand und Empfang von KIM-Nachrichten abgefragt, insbesondere mit Blick auf das E-Rezept und den eLNW. Mit Blick auf den elektronischen Medikationsprozess ist auch die Integration der elektronischen Patientenakte (ePA) bereits Teil der Abfrage.

Grundlage des TI-Scores ist eine Selbstauskunft der Softwareanbieter. Nach einer standardisierten Auswertung der Befragung der Softwareanbieter durch die gematik werden die Ergebnisse, in Form des neuen TI-Scores, auf der gematik-Website transparent für alle zugänglich gemacht. Pflegeeinrichtungen erhalten so den Überblick, welchen sie für ihren Transformationsprozess benötigen. Softwareanbieter gewinnen ein wertvolles Instrument, um ihren Leistungsumfang klar am Markt zu positionieren. Die Umfrage unter den Softwareherstellern läuft derzeit noch. Der neue TI-Score wird für deutlich mehr Klarheit rund um die tatsächlichen Anwendungsmöglichkeiten sorgen.

ENGAGEMENT FÜR STANDARDS UND TRANSPARENZ

Das Eintreten für Transparenz und klare Standards ist kein neues Thema für den FINSOZ e.V. Beispielsweise wurde mit dem TI-Standardangebot gemeinsam mit der BAGFW ein Muster entwickelt, das Angebote für den TI-Anschluss transparent vergleichbar macht – eine Hürde, die insbesondere in der Vergangenheit zu Herausforderungen geführt hat. Darüber hinaus hat der FINSOZ e.V. mit vielfältigen kostenfreien Schulungsangeboten, von der Kartenbestellung über die technische Anbindung bis zur Praxisimplementierung und Anbieterforen, Aufklärung geleistet, Akteure verbunden und Hemmschwellen abgebaut.



FINSOZ e.V. wird sich auch künftig dafür einsetzen, dass Standards weiterentwickelt und Transparenz gefördert wird. Denn mit den richtigen Standards, kompetenten Anwendenden und gemeinsamem Umsetzungswillen wird die TI zu dem, was sie sein soll – ein spürbarer Mehrwert für das Gesundheitswesen.

FINSOZ e.V. –
Fachverband Informationstechnologie in Sozialwirtschaft und Sozialverwaltung
Ostseestraße 109, 10409 Berlin
Tel.: +49-(0)30-42084-512
E-Mail: info@finsoz.de
www.finsoz.de

BILD: © RDKCHO – STOCK.ADOBE.COM, 1949398910, STAND: LIZ.

DMEA

Connecting Digital Health

2026

Die Messehighlights im Überblick

Mehr Inhalt finden Sie in der Digital-ausgabe unter www.e-health-com.de

DMEA 2026 – KI, DIGITALE ÖKOSYSTEME UND SMARTE PFLEGE

Europas führendes Event für Digital Health bringt vom 21. bis 23. April wieder Expert:innen aus Medizin, Wirtschaft, Wissenschaft und Politik in Berlin zusammen.

Auf den Bühnen der DMEA 2026 dreht sich erneut alles um die digitale Zukunft des Gesundheitswesens. Die DMEA präsentiert ein Kongressprogramm, das die gesamte Bandbreite von innovativen Technologien, praxisnahen Anwendungen und zukunftsweisenden Konzepten abbildet – von KI-gestützten Klinikprozessen über smarte Lösungen in der Pflege bis hin zu datengetriebener Forschung.

Das gesamte Programm gibt es auf der DMEA Website:

▻ **www.dmea.de/de/programm/gesamtprogramm/**

DIGITALISIERUNG IM FOKUS DER POLITIK

Die digitale Transformation des Gesundheitswesens ist längst ein zentrales Thema der Gesundheitspolitik: Die DMEA 2026 rückt sie vom 21. bis 23. April 2026 in Berlin erneut in den Mittelpunkt der gesundheitspolitischen Diskussion. Zahlreiche hochrangige politische Vertreter:innen haben ihre Teilnahme an Europas führendem Event für Digital Health angekündigt.

Die Schirmherrschaft übernimmt erneut das Bundesministerium für Gesundheit. Bundesgesundheitsministerin Nina Warken wird am ersten Messetag eine Keynote halten.

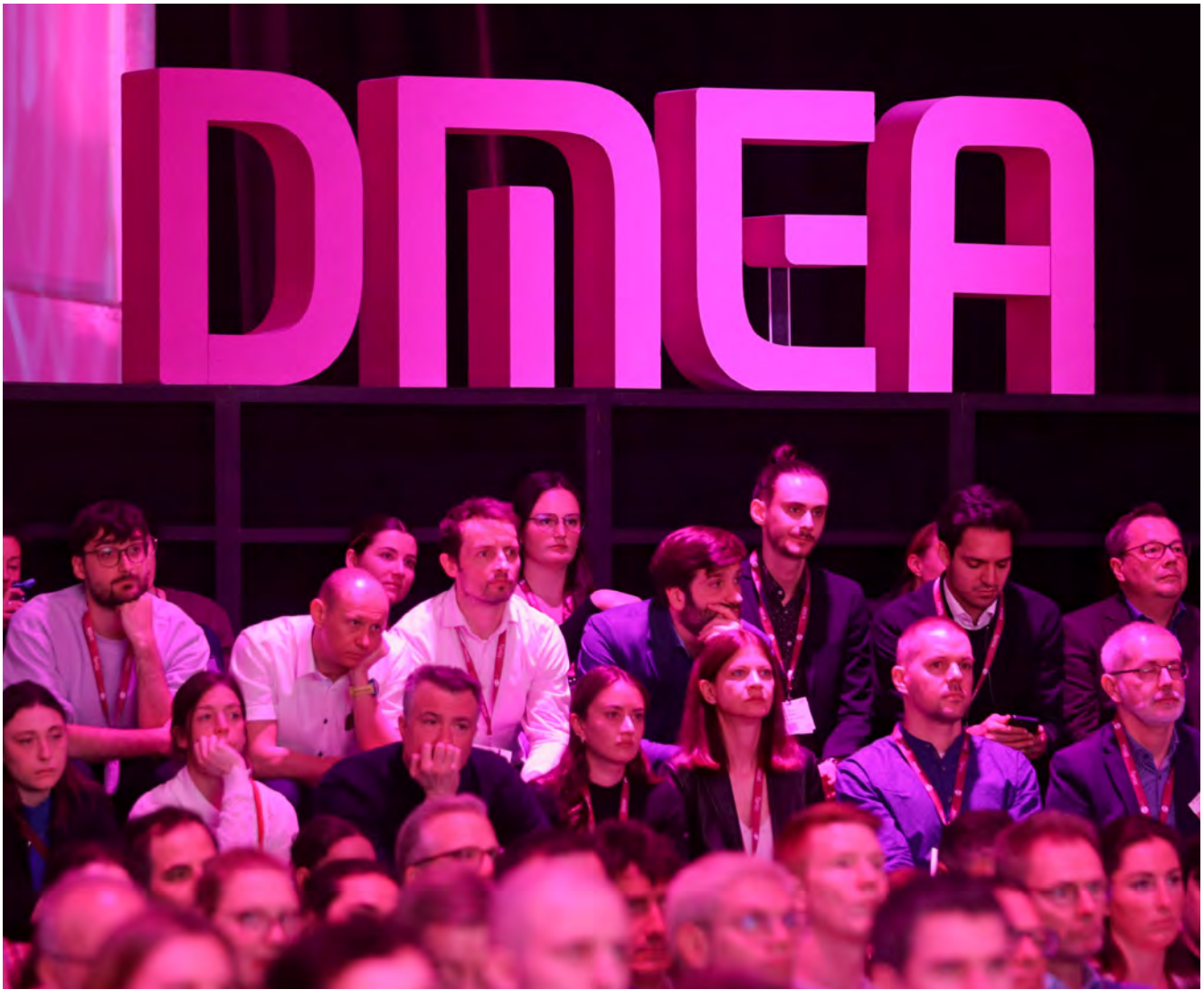


FOTO: © MESSE BERLIN



Darüber hinaus werden unter anderem Prof. Dr. Louisa Specht-Riemenschneider, Bundesbeauftragte für den Datenschutz, Judith Gerlach, Bayerische Staatsministerin für Gesundheit, Pflege und Prävention, sowie Prof. Dr. Kristina Sinemus, Hessische Ministerin für Digitalisierung und Innovation, auf der DMEA vertreten sein.

Ergänzt wird das politische Programm durch weitere Teilnehmer:innen aus der Landespolitik: darunter Dr. Andreas Philippi, Gesundheitsminister von Niedersachsen, Jürgen Barke, Minister für Wirtschaft, Innovation, Digitales und Energie des Saarlandes sowie Katharina Schenk, Thüringer Ministerin für Soziales, Gesundheit, Arbeit und Familie.

Zusätzlich setzt die DMEA 2026 mit hochkarätigen Keynote-Speakern starke Impulse über die politische Perspektive hinaus. Dazu zählen Rettungssanitäter und Autor Luis Teichmann, Philipp Westermeyer, Digitalexperte und Gründer der OMR, Mediziner und KI-Experte Dr. Justus Wolff, sowie Newsfluencer Fabian Grischkat und Longevity-Expertin Nina Ruge, die den Bogen zwischen gesellschaftlichen Erwartungen und gesundheitspolitischer Gestaltung spannen.

SECHS KERNTHEMEN & ZENTRALE FRAGESTELLUNGEN DER DMEA

Inhaltlich greift die DMEA 2026 die zentralen Fragen der digitalen Gesundheitsversorgung auf: Sechs Kernthemen bilden den Rahmen des Kongressprogramms – von regional vernetzten Versorgungsmodellen über E-Medizin und E-Pflege, Patient:innen-Empowerment und resiliente IT-Infrastrukturen bis hin zu effizienten Prozessen sowie europäischen Rahmenbedingungen. Querschnittsthemen wie Künstliche Intelligenz, Interoperabilität, Cloudservices, Datensicherheit und der Umgang mit Gesundheitsdaten ziehen sich durch alle Programmformate.

TOP-SESSIONS IM ÜBERBLICK

Im Fokus des Kongressprogramms stehen datenbasierte Innovationen und die Frage, wie Gesundheitsdaten künftig sicher, souverän und sinnvoll genutzt werden können – insbesondere im Kontext des European Health Data Space (EHDS). Diskutiert werden dabei sowohl der Aufbau nationaler und europäischer Infrastrukturen als auch der konkrete Mehrwert von Daten für Forschung, Versorgung und Patient:in-nenzugang.

Ein weiterer inhaltlicher Schwerpunkt liegt auf souveränen Cloud-Lösungen, IT-Sicherheit und vertrauenswürdigen Betriebsmodellen für das Gesundheitswesen – von regulatorischen Anforderungen bis zur praktischen Umsetzung in Kliniken und

ALLE FOTOS: © MESSE BERLIN

Versorgungsorganisationen. Ergänzend widmen sich zahlreiche Sessions der digitalen Transformation im Versorgungsalltag: Künstliche Intelligenz, elektronische Patientenakte und Telemedizin werden sowohl aus regulatorischer Perspektive als auch mit Blick auf Praxistauglichkeit, Integration und Nutzen für Patient:innen beleuchtet.

Politische Diskussionsformate – unter Beteiligung des Bundesministeriums für Gesundheit, der gematik und des bvitg – ordnen die Entwicklungen gesundheitspolitisch ein. Damit verbindet das DMEA Programm strategische Zukunftsfragen mit konkreten Lösungsansätzen.

Der Bereich DMEA nova richtet sich speziell an Digital-Health-Startups, und so thematisieren diese Panels auch all das, was Unternehmensgründer:innen bewegt: Am ersten Messetag geht es unter anderem darum, worauf es bei Healthcare-Investoren wirklich ankommt. Am zweiten Messetag wird ein Fokus auf Vitamin B – Business Angels – für erfolgreiche Healthcare-Gründungen gelegt.

Die DMEA sparks Panel reichen in diesem Jahr von Inklusion bis Vernetzung der nächsten Generation: so werden beispielsweise Gender Medicine, barrierefreie digitale Gesundheitslösungen oder auch Brücken zwischen Studium, Forschung und Industrie in den Blick genommen.

SEMINARPROGRAMM, SOLUTIONS HUBS & FACHRUNDGÄNGE

Ergänzend zum Hauptprogramm bietet die DMEA 2026 ein Seminarprogramm mit praxisnahen Sessions, in dem Fachwissen vertieft und aktuelle Entwicklungen diskutiert werden. Die Themen der diesjährigen Seminare lauten: „EUDI-Wallet in der Praxis – Anwendungsfälle und Umsetzung“, „C5-Zertifizierung für Leistungserbringer“, „Versorgungsqualität steigern durch Telemedizin: Chancen & Anwendungsbeispiele“ und „EHDS gemeinsam verstehen und umsetzen“. Tickets für die exklusiven DMEA Seminare gibt es im Online-Ticketshop auf der DMEA Website.

In den Solutions Hubs präsentieren ausstellende Unternehmen ihre innovativen Produkte und Lösungen live vor Ort – vom digitalen Praxismanagement bis zu KI-gestützten Kliniktools und vielem mehr.

Fachbesucher:innen können zudem an mehr als 40 DMEA Rundgängen, verteilt über die drei Veranstaltungstage, teilnehmen. Im Fokus stehen dieses Jahr:





1. Gemeinsam stark für die Versorgung von morgen – regional vernetzt, nah am Menschen
2. Digital. Wirksam. Zukunft. – E-Medizin & E-Pflege gestalten
3. Patient:innen im Fokus: Empowerment als Schlüssel zu besseren Entscheidungen
4. Resiliente Technik für sichere digitale Lösungen – Vertrauen und Stabilität in der Praxis
5. Value & Qualität als Schwerpunkt – Prozesse effizient und wirkungsvoll denken
6. Europäische Rahmenbedingungen & Strategien

Darüber hinaus finden auch Rundgänge der Zusatzkategorie „Beyond the Horizon: Impulse für das digitale Gesundheitswesen“ statt.

NACHWUCHS IM FOKUS

Ein besonderer Fokus liegt auch 2026 auf Nachwuchs und Innovation: In der DMEA sparks Careers Area kommen Young Professionals, Studierende und Absolvent:innen mit Unternehmen, Kliniken und Forschungseinrichtungen ins Gespräch und lernen ihre potenziellen Arbeitgeber von morgen kennen. Der DMEA sparks Award zeichnet herausragende Bachelor- und Masterarbeiten aus dem Digital-Health-Bereich aus und wird am zweiten Messetag verliehen.

Alle Informationen zur DMEA sparks Area & zum DMEA sparks Award finden Sie hier:

▻ **www.dmea.de/de/programm/dmea-sparks/about-dmea-sparks**

Der DMEA nova Award bietet Start-ups im Digital-Health-Bereich die Bühne, ihre bahnbrechenden Ideen und zukunftsweisenden Konzepte direkt vor einem Fachpublikum live zu präsentieren. 20 Start-ups haben es geschafft und sind mit ihren innovativen

ALLE FOTOS: © MESSE BERLIN

Ideen in die Finalrunde des DMEA nova Award 2026 gekommen.

Die Themenschwerpunkte 2026:

- Gemeinsam stark für die Versorgung von morgen – regional vernetzt, nah am Menschen
- Digital. Wirksam. Zukunft. – E-Medizin & E-Pflege gestalten
- Patient:innen im Fokus: Empowerment als Schlüssel zu besseren Entscheidungen
- Resiliente Technik für sichere digitale Lösungen – Vertrauen und Stabilität in der Praxis
- Value & Qualität als Schwerpunkt – Prozesse effizient und wirkungsvoll denken
- Wildcard

Alle Informationen zum DMEA nova Award finden Sie hier:

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

INNOVATION, PRAXIS UND INTERNATIONALE AUSSTELLER

Parallel zum Kongress präsentieren rund 900 Aussteller aus Deutschland und der Welt ihre Lösungen und Produkte. Darunter Branchengrößen wie CompuGroup Medical, Dedalus, ID Information und Dokumentation im Gesundheitswesen, Meierhofer AG, medatixx, nexus AG oder Telekom Healthcare Solutions. Start-ups und Anbieter für digitale Gesundheitsanwendungen sowie Mobile Health präsentieren sich auf exklusiven Gemeinschaftsflächen. Die DMEA bleibt damit zentraler Marktplatz für digitale Gesundheitsversorgung sowie Treffpunkt von Politik, Praxis und Innovation.

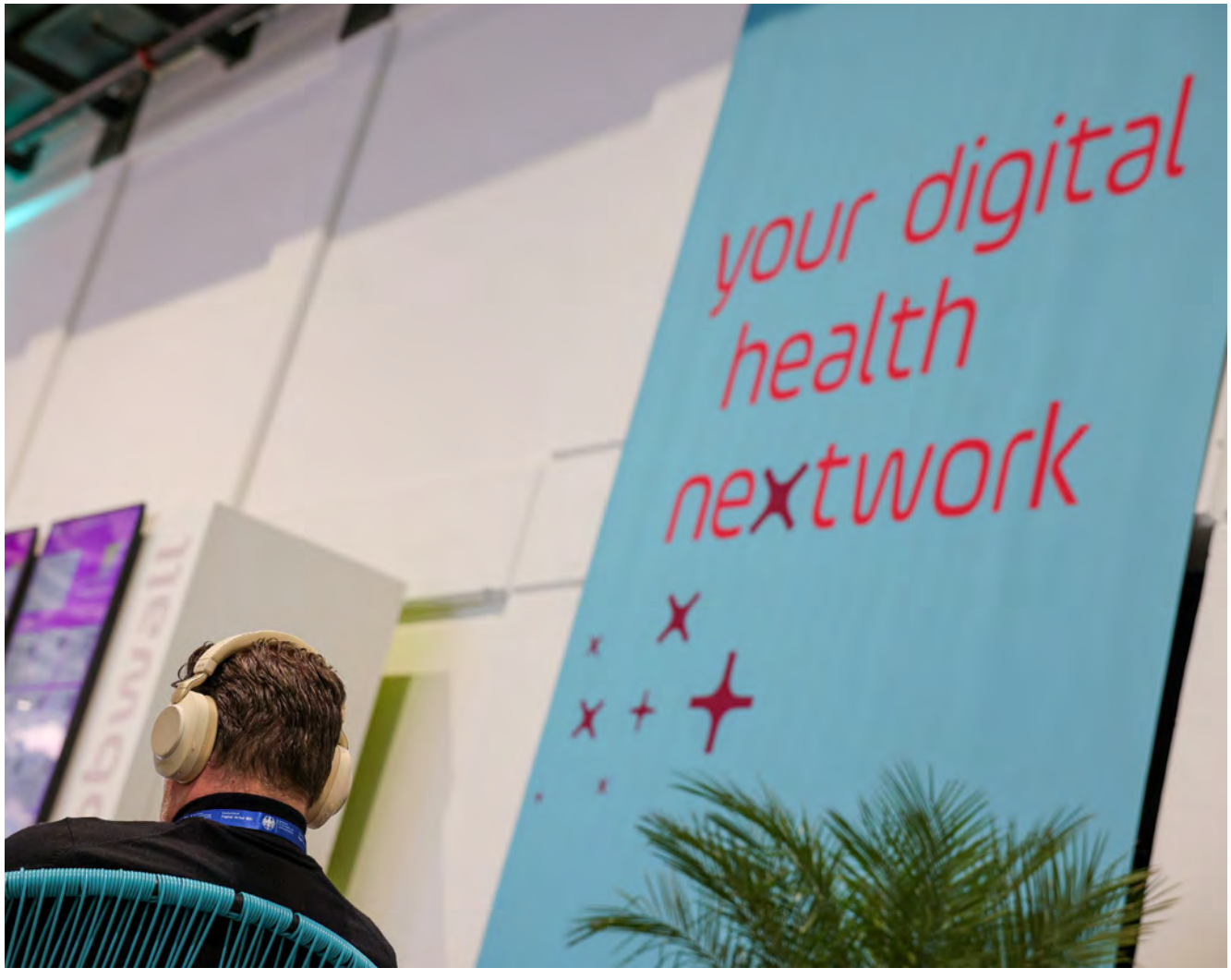
Tickets für die DMEA gibt es im Online-Ticketshop:

► **www.dmea.de/de/besuchen/tickets/**

INTERAKTIVER HALLENPLAN

Mit dem DMEA Hallenplan können Sie Ihren persönlichen DMEA Rundgang planen und schauen, wer 2026 dabei ist. Entdecken Sie alle sechs Programmflächen und die Recharge-Areas zum „Auftanken“ auch Ihrer Devices und zum Networken!

► **https://plus.dmea.de/hallplan**



KLINISCHE INTELLIGENZ STATT DATENFLUT

Künstliche Intelligenz wird zur Klinischen Intelligenz. Unter diesen Fokus stellt Dedalus HealthCare seinen diesjährigen Auftritt auf der DMEA. Dabei erwartet die Besucher allerlei Neues rund um KI für unterschiedliche Gesundheitsanwendungen, von Cloud-Lösungen und aus anderen Bereichen. Mit ORBIS U führt das Unternehmen KI, verlässliche Technologie und tief integrierte Prozesse in einem leistungsfähigen Krankenhausinformationssystem (KIS) zusammen – für sichere Entscheidungen, effiziente Prozesse und eine optimale Versorgung.



OPERATIONEN SIND MEHR ALS EIN TERMIN

Effiziente OP-Planung ist für Krankenhäuser weit mehr als reine Terminorganisation. Sie bildet einen zentralen Steuerungsprozess, in dem Patientenversorgung, Ressourceneinsatz und Wirtschaftlichkeit eng miteinander verknüpft sind. Insbesondere bei elektiven Eingriffen müssen zahlreiche Abhängigkeiten berücksichtigt werden – von präoperativen Untersuchungen über Aufklärung und Aufnahme bis hin zu OP, Anästhesie und Nachsorge. Kommt es an einer Stelle zu Änderungen, wirkt sich das in der Regel auf die weiteren Prozessschritte aus.

Mit dem ORBIS U Planungsassistenten setzt Dedalus HealthCare auf eine integrierte, digitale Unterstützung der OP-Planung. Ziel ist es, sämtliche beteiligten Bereiche in einem durchgängigen Workflow zusammenzuführen, Transparenz zu schaffen und manuelle Abstimmungen zu reduzieren. Das System berücksichtigt dabei auch kritische Ressourcen wie Sterilgut und prüft automatisch mögliche Termin- und Prozesskonflikte. Eine erfolgreiche OP-Planung ist vor allem ein Kommunikationsprozess, der alle Beteiligten und Abläufe verlässlich miteinander verbindet.

KI VERBESSERT PATIENTENVERSORGUNG

Große Sprachmodelle (LLM) spielen eine wichtige Rolle in den KI-Lösungen von Dedalus HealthCare. Der ORBIS Speech Assistant beispielsweise hört bei Arzt-Patienten-Gesprächen mit und transkribiert die Anamnese – und zwar direkt in die entsprechenden Felder im KIS. Das lässt sich für andere Szenarien jenseits der Anamnese ausbauen, etwa Befundungen.

Andere Beispiele sind eine KI-gestützte Epikrise und der ORBIS BUDDY, ein LLM-basierter Chatbot, der Abfragen an medizinische Wissensportale wie Thieme und Elsevier ermöglicht. Somit wird der Chatbot mehr und mehr zu einer Hilfe im Alltag für das medizinische Personal.

Auch in der Kodierunterstützung und im Bereich des digitalen Bildarchivs (PACS) finden sich zunehmend LLM-basierte Tools. Mit DeepUnity Synopsis etwa können sich Radiologinnen und Radiologen per LLM eine Zusammenfassung der kompletten Patientenhistorie generieren lassen.

BIG DATA FÜR DIE FORSCHUNG

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

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

Dedalus HealthCare
Konrad-Zuse-Platz 1-3, 53227 Bonn
Tel.: +49-(0)228-26 68-000
E-Mail: martina.goetz@dedalus.com
www.dedalusgroup.de

DIE DIGITALE TRANSFORMATION DER ERLÖS-STEUERUNG: HYBRIDE CLOSED-LOOP-CODIERUNG ALS ANTWORT AUF DIE SEKTORENKONVERGENZ

Die deutsche Krankenhauslandschaft befindet sich an einem entscheidenden Wendepunkt. Die strikte Trennung zwischen ambulanten und stationären Vergütungswelten löst sich zusehends auf. Für Kliniken bedeutet dies jedoch nicht nur medizinische Chancen, sondern vor allem eine massive Zunahme der administrativen Komplexität. In diesem dynamischen Umfeld präsentiert ID auf der DMEA 2026 mit der „hybriden Closed-Loop-Codierung" einen technologischen Lösungsansatz, der den gesamten Patientenpfad – von der Aufnahme bis zur Abrechnung – digital verzahnt.

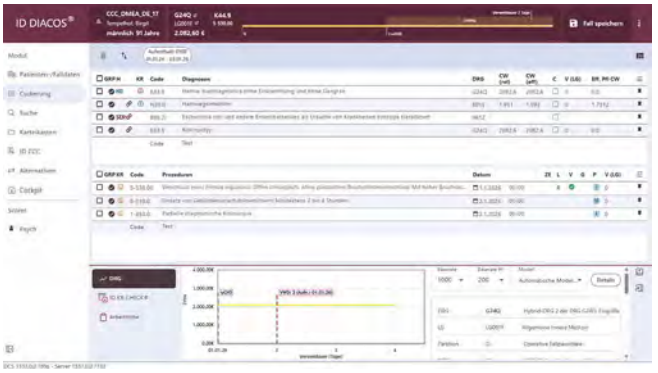
Eine große Herausforderung liegt in der frühen Entscheidung. Während früher die stationäre Aufnahme oft der Standardpfad war, müssen Kliniken heute bereits während der elektiven Aufnahme bewerten, welche Abrechnungsform – ambulant /AOP, Hybrid-DRG oder stationäre DRG – regulatorisch korrekt und ökonomisch sinnvoll ist. Hier setzt der ID Portalmanager an. Durch eine integrierte Fallsimulation können Mitarbeiter in der Patientenaufnahme verschiedene Szenarien durchspielen. Diese interoperable Plattform dient als Steuerungsinstrument, das nicht nur die Abrechnungsform prüft, sondern auch die Vernetzung mit ambulanten Leistungserbringern sicherstellt. Ein wesentlicher Innovationssprung ist die KI-basierte Verweildauervorhersage. Indem bereits bei der Aufnahme die voraussichtliche Liegezeit prognostiziert wird, kann das Entlassmanagement proaktiv geplant werden.

Im Zentrum des klinischen Alltags steht die webbasierte Lösung ID DIACOS® 9. Die Software bricht die Silos der Codierung auf, indem sie die ambulanten Kodierrichtlinien direkt mit der stationären Logik verknüpft. Durch die Darstellung von Leistungsgruppen und die Kennzeichnung von Hybrid-DRGs kann eine sachgerechte Kodierung gewährleistet werden. Intelligente Vorschlagssysteme für ICD- und OPS-Codes sowie die Hinterlegung passender EBM-Leistungen reduzieren den manuellen Rechercheaufwand drastisch.

Besonders hervorzuheben ist die Funktion „Rapid Coding", die auf Basis statistischer Häufigkeitsverteilungen Diagnosen und Prozeduren vorschlägt. Für die Anwender bedeutet dies eine signifikante Entlastung: Sie erhalten kontextsensitive Hinweise, die die Prüfsicherheit gegenüber dem Medizinischen Dienst (MD) massiv erhöhen.

Den nächsten Evolutionsschritt markiert ID CCC. Durch die Integration von Large Language Models (LLM) und modernen Schnittstellen wie HL7 FHIR wird der Codierprozess zu einem geschlossenen Kreislauf. Dank der KI-gestützten Analyse von medizinischen Texten wie Arztbriefe, Laborwerte u.a. mit Hilfe des ID Batchprozessors können einfache Standardfälle mittlerweile vollautomatisch kodiert werden, was die knappen personellen Ressourcen schont. Die Integration reicht dabei tief in die klinische Infrastruktur (KIS, RIS, LIS) hinein und ermöglicht sogar die Abfrage komplexer Aufwände oder Zusatzentgelte (ZE/NUB).

Damit die administrative Leitung den Überblick behält, bündelt das ID DASHBOARD alle relevanten Kennzahlen. Durch die Verweildauersteuerung, präzise Filterungen und MD-Warnungen wird auf einen Blick deutlich, wo Optimierungspotenziale liegen und wo interveniert werden muss.



Darstellung Hybrid-DRG in ID DIACOS® 9

Besuchen Sie uns auf der DMEA:
Halle 4.2 | Stand A-105

ID Information und Dokumentation im Gesundheitswesen

ID Information und Dokumentation im Gesundheitswesen GmbH & Co. KGaA

Platz vor dem Neuen Tor 2, 10115 Berlin

Tel.: +49-(0)30-24626-0
E-Mail: info@id-berlin.de
www.id-berlin.de



Wir sagen von Herzen Dankeschön.

Für 18 Jahre partnerschaftliche Zusammenarbeit,
Vertrauen und Glauben an die Idee der DMEA.
Gemeinsam mit dem Team der Messe Berlin
und engagierten Partnern haben wir die DMEA
zu dem gemacht, was sie heute ist:

bvitg

Europas wichtigste Veranstaltung für Digital Health.

UNTERNEHMEN	ANSCHRIFT	KURZPORTRÄT	LEISTUNGSÜBERSICHT
AMC	**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.	Krankenhausinformations-system (KIS) – Als Lokalinstallation – Aus der Cloud (AWS, Telekom, weitere)
AOK systems	**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 oscare® 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®	**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 1 900 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 CompuGroup Medical	**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	**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	**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 mbH	**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 Telematikinfrastrukur, 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-Infra-strukturen (KIM2Mail) – TI-Komponenten für B2B (VSDM, KIM, NFDM, ePA etc.)
GOVERNIKUS Gemeinsam digital voraus.	**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-Sicherheits-spezialist für sichere Online-Identifizierungen und beweis-werterhaltende 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 16a 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 – Krankenhaus-informationssystem plus Fachlösungen – Migrationskonzepte
Mesalvo	**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	**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 imaging & radiology solutions	**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	**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 information technologies	**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 qualitätsvoll zu organisieren.	– Medizinisches Universalarchiv – PACS und Multiformat-Viewer – Webportal für Patienten und Zuweiser – Video, Bild & Scanning – FHIR & E-Health
TELEPAXX	**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	**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
xtention IT with care.	**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 1 000 Kunden in den Bereichen Consulting, Softwareentwicklung, Data Science, Delivery, Managed Services und Cybersecurity.	– Patientenportale – Interoperabilitätsplattformen – Cybersecurity & Datenschutz – Managed Services – Data Science

WENN PERSONAL KNAPP WIRD, BRAUCHT FÜHRUNG KLARHEIT STATT BAUCHGEFÜHL

KEMB macht Ihre Daten zur Entscheidungsgrundlage.

Der Personalmangel ist für viele Unternehmen längst Realität. Dienste müssen kurzfristig angepasst werden, Teams arbeiten am Limit, Personalentscheidungen werden zur strategischen Managementfrage. Doch während der Druck steigt, fehlt vielen Organisationen die Grundlage für fundierte Entscheidungen: eine integrierte Sicht auf ihre Daten. Hier setzt Kemb an.

Der Hebel ist selten ein weiteres Tool, sondern ein Datenfundament, das KI ermöglicht und Teams befähigt, statt sie zu bremsen. Die Informationen sind vorhanden – im KIS, in Dienstplanungssystemen, im Controlling oder in der Abrechnung. Doch sie liegen in getrennten Systemen, liefern nur Teilperspektiven und werden selten gemeinsam analysiert. Zentrale Managementfragen bleiben unbeantwortet. Welche Auswirkungen haben Personalausfälle auf Leistungsvolumen und Wirtschaftlichkeit? Wie stabilisiert man Auslastung und Versorgung? Wann entstehen Engpässe und wo sind Kapazitäten ungenutzt? Kemb integriert etwa Daten aus KIS, Personalplanung sowie Leistungs- und Finanzsystemen. So ermöglichen wir konsistente KPIs und Analysen sowie fundierte Entscheidungen zu Personal, Leistung und Wirtschaftlichkeit.

Ihr Start: ein kompakter Data-Maturity-Check, der Datensilos sichtbar macht, Use Cases identifiziert und eine Roadmap für datenbasierte Steuerung liefert.

Jetzt QR-Code scannen und loslegen.

WE ARE KEMB

Kemb GmbH
Ulrichstraße 74, 60433 Frankfurt am Main
Tel.: +49(0)69 770 44 500
Mail: we@wearekemb.com
wearekemb.com/e-health/

ANZEIGE

16. Nationaler Fachkongress Telemedizin

TELEMEDIZIN: Für eine Gesellschaft im Umbruch

4.-5. Mai 2026
Kaiserin-Friedrich-Haus in Berlin

Jetzt anmelden
https://telemedizinkongress.de

TERMINE Kongresse und Messen

16. Nationaler Fachkongress Telemedizin 4. – 5. Mai 2026 I Berlin	Sich über neueste Themen informieren, mit Expertinnen und Experten diskutieren, das eigene Netzwerk vergrößern – dafür steht der Nationale Fachkongress Telemedizin der Deutschen Gesellschaft für Telemedizin e. V. (DGTelemed), der in diesem Jahr unter dem Motto „Telemedizin – Für eine Gesellschaft im Umbruch“ stattfindet.	**Kaiserin-Friedrich-Haus** www.telemedizinkongress.de
60. Diabetes Kongress 13. – 16. Mai 2026 I Berlin	Unter dem Motto „Revolution der Mittel – Realität der Menschen.“ möchte die Deutsche Diabetes Gesellschaft auf dem 60. Diabetes Kongress gemeinsam reflektieren, welche Entwicklungen tatsächlich wirksam bei den Patientinnen und Patienten ankommen, wo Versorgung Lücken zeigt und welche Verantwortung Fachgesellschaften, Behandelnde, Forschende und Gestaltende tragen.	**City-Cube** www.diabeteskongress.de
8. Frühjahrstagung – Krankenversicherung neu gedacht 19. Mai 2026 I Leipzig	Im Fokus der diesjährigen Frühjahrstagung der Gesundheitsforen Leipzig stehen Themen wie der verantwortungsvolle Einsatz von Künstlicher Intelligenz, der Aufbau digitaler Gesundheitskompetenz, neue Möglichkeiten der Datennutzung für eine gezielte Versorgungssteuerung sowie Strategien für mehr Kundennähe und Bindung in einer zunehmend digitalen Versicherungswelt.	**Salles de Pologne Events & Konferenzen** www.gesundheitsforen.net
KI in der Krankenversicherung 9. Juni 2026 I Leipzig	Die Frage ist nicht mehr, ob KI für Krankenversicherungsunternehmen eine Rolle spielen wird, sondern wie und in welchen Bereichen darauf zurückgegriffen werden kann und darf. Insbesondere die Use Cases der einfach und schnell verfügbaren Technologien und die damit einhergehenden datenschutzrechtlichen Herausforderungen beschäftigen die Branche schon jetzt.	**Salles de Pologne Events & Konferenzen** www.gesundheitsforen.net
IT-Sicherheit im Gesundheitswesen 16. Juni 2026 I Leipzig	Stakeholder im Gesundheitswesen sind kontinuierlich mit dem Problem konfrontiert, den Schutz und die Sicherheit der Daten zu wahren. Auch der Bund erarbeitet gesetzliche Rahmenbedingungen, die die Anforderungen zu Resilienz und Cybersicherheit konkretisieren. Nutzen Sie den Fokustag, um Ihr Wissen zu erweitern, Kontakte zu knüpfen und gemeinsam an einer robusten und widerstandsfähigen IT-Sicherheitslandschaft für das Gesundheitswesen zu arbeiten.	**Salles de Pologne Events & Konferenzen** www.gesundheitsforen.net
Hauptstadtkongress 2026 23. – 25. Juni 2026 I Berlin	Der Hauptstadtkongress Medizin und Gesundheit wird mit rund 400 Speakern in ca. 80 Veranstaltungen nicht nur die brandaktuellen Reformvorhaben in den Bereichen Gesundheit und Pflege in den Fokus nehmen, sondern auch alle Innovationen und Entwicklungen näher beleuchten, die unsere Gesundheitsversorgung besser machen.	**hub27 Berlin** www.hauptstadtkongress.de

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

BÜCHER



ERFOLGSMODELL MODERNES KRANKENHAUS

Gesundheit braucht Verlässlichkeit, Innovation und starke Partnerschaften. Doch wie können Krankenhäuser diesen Ansprüchen gerecht werden? Dieses Buch gibt fundierte Einblicke in die Philosophie und Arbeitsweise eines modernen Krankenhausverbunds, der sich aktiv den Herausforderungen der Gesundheitsversorgung stellt – mit einem klaren Fokus auf Vernetzung, Fortschritt und exzellente Versorgungsqualität.

Moderne Krankenhausstrukturen setzen auf enge Kooperationen, den Austausch von Wissen und eine gezielte Digitalisierung, um Prozesse zu optimieren und eine bestmögliche Patientenversorgung sicherzustellen. Durch eine intelligente Organisation entstehen Synergien, die es ermöglichen, Ressourcen effizient einzusetzen, innovative Behandlungsmethoden zu fördern und gleichzeitig eine menschliche, patientenzentrierte Versorgung zu gewährleisten.

Dieses Buch illuminiert ein zukunftsweisendes Erfolgsmodell, das zeigt, wie eine nachhaltige und qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung gelingen kann. Es richtet sich an Fachkräfte im Gesundheitswesen, Entscheidungsträger, aber auch an alle, die sich für die Weiterentwicklung unseres Gesundheitssystems interessieren. Es beleuchtet nicht nur die Chancen und Möglichkeiten moderner Krankenhausstrukturen, sondern liefert auch konkrete Beispiele aus der Praxis.

Strukturen, Strategien und Versorgung im Verbund
Vernetzte Versorgung neu gedacht
Knappschaft Kliniken (Hrsg.)
Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft
Berlin, 2026
59,95 Euro



FÜR EINE BESSERE VERSORGUNGSSTEUERUNG

Wie können digitale Angebote im Care und Case Management clever genutzt werden? Welche neuen Möglichkeiten ergeben sich daraus für eine verbesserte Versorgungssteuerung? Das Buch „Digitalisierung im Care und Case Management“ beleuchtet Chancen und Grenzen digitaler Lösungen und diskutiert ethische Fragen.

Der erste Teil dieses Buchs widmet sich der theoretisch-konzeptionellen Verortung digitaler Entwicklungen im Care und Case Management. Dabei werden zentrale Begriffe, normative Leitbilder, ethische Reflexionsperspektiven sowie technische und systemische Grundlagen diskutiert sowie aktuelle Studienergebnisse und Wirkungsweisen aufgefächert.

Im zweiten Teil des Buchs werden ausgewählte Praxisprojekte vorgestellt, die konkrete Erfahrungen mit digitalen Lösungen im Care und Case Management dokumentieren.

Dank erfahrener Expert:innen bietet das Buch – editiert von Prof. Dr. Stefan Schmidt, Professor für Klinische Pflege und Prodekan am Fachbereich Gesundheit, Pflege, Management an der Hochschule Neubrandenburg – eine differenzierte Sichtweise auf Big Data, Robotik, Künstliche Intelligenz und Assistenzsysteme. Nationale und internationale Praxisprojekte werden vorgestellt, um praktische Einblicke in die Anwendung digitaler Angebote zu geben. Ein unverzichtbares Grundlagenwerk für alle, die sich mit der digitalen Zukunft des Care und Case Managements befassen.

Digitalisierung im Care und Case Management
Innovative digitale Lösungen für eine bessere Versorgungssteuerung
Prof. Dr. Stefan Schmidt (Hrsg.)
medhochzwei
Heidelberg, 2025
59,00 Euro

FINDEX

NAMEN

Altpeter, Bernd	10
Asfour, Tamim	7
Brock, Oliver	7
D'Amelio, Roberto	12
Diekmann, Daniel	47
Elfering, Ingo	10
Fan, Wei	12
Gladkov, Natalie	50
Griewing, Sebastian	13
Hager, Lutz	8
Haibach, Stefan	36
Henke, Viola	46
Jarosch, Inga	10
Jones, Malia	12
Korff, Alexandra von	10
Langer, Thomas	12
Laumann, Karl-Josef	16
Lichtner, Gregor	13
Liu, Weiwei	12
Meierhofer, Matthias	43, 46
Möller, Torsten	52
Müller, Ina	12
Müller, Susanne	17
Raddatz, Sascha	48
Specht-Riemenschneider, Louisa	10
Speidel, Stefanie	7
Sundar, Lalith Kumar Shiyam	10
Warken, Nina	16
Winter, Felix	10
Winter, Melanie	10
Zheng, Yi	12

FIRMEN & ORGANISATIONEN

Avelios	8
AWMF	12
BfDI	10
BMC	8
BMVZ	17
Boehringer Ingelheim Vetmedica	10
bvitg	10, 11, 43
BVMed	50
Charité	7
Dedalus HealthCare	64
Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin (DGP)	10
Deutsche Krebsgesellschaft	12
Deutsche Krebshilfe	13
Deutsches Krankenhausinstitut	27
DGBMT	54
DGfT	52
DGTelemed	51
Doctolib	19
DSAG	8
_fbeta	9
FINSOZ	57
gematik	7, 11, 39
ICPO	10
ID Berlin	65
ITSG	36
Johnson & Johnson	10
Kemb	70
KH-IT	56
Klinikum Rheine	27
Medical Valley EMN	10
Medizinische Hochschule Hannover (MHH)	6
Philips	10
Reesi	10
reif & möller	52
Robert Bosch Krankenhaus	27
SAP	8
Schwarz Digits	7
SRH Fernnhochschule	8
TMF	55
vzbv	19
ZVEI	53

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:
Prof. Dr. Dr. Christian Dierks, Farid Kanbari, Dr. Christopher Karwetzky, Torsten Kunz, Dr. Torsten Möller, Patrick Oestringer, Prof. Dr. Sylvia Thun

BVITG MONITOR (S. 42-49):
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 Fax: +49-(0) 6123-92 38-244
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

INTEROPERABILITÄT ALS BEITRAGSSATZBREMSE

Deutschland leistet sich, trotz Digitalstrategie, digitale Parallelwelten. Rund 95 gesetzliche Krankenkassen betreiben teure eigene Versicherten-Apps, obwohl die Kernfunktionen praktisch identisch sind: Authentifizierung, Dokumenten-Upload, Zugriff auf die elektronische Patientenakte (ePA), dazu punktuell medizinische Anwendungen wie Telemedizin, Decision Support, Impfpässe oder Hautkrebs-Checks. Dieses Fragmentierungsmodell ist strukturell ineffizient – und es bremst die ePA-Nutzung, weil Nutzerführung, Prozesse und Schnittstellen je nach Kasse variieren.

Besonders sichtbar wird das beim digitalen Impfnachweis: Wenn 95 Krankenkassen und zugleich ca. 200 Praxis- und Krankenhaussysteme (PVS/KIS) jeweils eigene Umsetzungen und Datenformate pflegen, entsteht zwangsläufig ein Interoperabilitätsbruch. Ergebnis: redundante Entwicklung, redundante Wartung, fehlende Skaleneffekte – und am Ende höhere Beitragssätze statt besserer Versorgung.

Die neue Digitalisierungsstrategie des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) setzt genau hier an: Sie betont als Grundvoraussetzung stabile, sichere Infrastruktur und fordert die Harmonisierung der Daten auf Basis internationaler IT-Standards (FHIR, SNOMED und Co) sowie eine Interoperabilitäts-Roadmap mit verbindlicheren Vorgaben, um digitale Mehrwerte schneller in die Versorgung zu bringen. Im EHDS wird explizit das Ziel genannt, Doppelstrukturen zu vermeiden und europäische sowie nationale Ansätze optimal zu verzahnen – kompatibel zum EHDS.



■ **PROF. DR. SYLVIA THUN**

ist Director Digital Medicine and Interoperability am Berlin Institute of Health der Charité Berlin. Sie ist außerdem Vorsitzende des Interop Councils der gematik und engagiert sich seit vielen Jahren im Bereich Standardisierung, aktuell u.a. als stellvertr. Vorsitzende des Vorstands von HL7 Deutschland.

Was heißt das für die Krankenkassen und ihre Apps?

1. **„Build once, use many“**: Gemeinsame Basiskomponenten als wiederverwendbare Module nutzen, und zwar konkret Open-Source-Bausteine unter der Governance der gematik ähnlich USCDI und HL7 Europa. Wettbewerb gehört beschränkt auf Service-Qualität und Zusatznutzen, er sollte nicht auf Ebene der Grundfunktionalität ausgetragen werden.
2. **„FHIR first“**: Es braucht eine Semantikstrategie mit Vorgaben des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM). Das Ziel sind einheitliche, FHIR-basierte Datenmodelle für Use Cases wie z. B. Impfnachweis, Onko-Datensatz und Arztbrief – inklusive Einsatz etablierter Terminologien und klarer Profilierung mit Abstimmung über HL7. Dann erst arbeiten PVS/KIS, Apps, Krankenkassen und ePA mit derselben semantischen Architektur.
3. **Evidenz & Qualität**: Für digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA) ist ein Nachweis positiver Versorgungseffekte vorgesehen. Viele kassenindividuelle Service-Apps fallen jedoch außerhalb dieses Evidenz-Regimes – obwohl sie Versorgungsprozesse prägen. Hier braucht es mindestens verbindliche Mindestanforderungen an Nutzbarkeit, Interoperabilität, Informationssicherheit und – wo medizinische Entscheidungen beeinflusst werden – Evaluation ähnlich DiGA-Verordnung. Zudem sind Kosten-Nutzen-Bewertungen vorzulegen.

Der ökonomische Nutzen dieser einfachen Maßnahmen wäre immens: Schon die gemeinsame Entwicklung interoperabler Impfpass-Funktionalitäten verspricht Einsparungen im hohen dreistelligen Millionenbereich. Zusätzlich zeigen internationale Analysen, dass interoperables Teilen von Daten Effizienzgewinne in der Größenordnung von mehreren Prozentpunkten der Gesundheitsausgaben im jeweiligen Anwendungsbereich ermöglichen kann.

Interoperabilität ist damit kein „Nice to have“, sondern gelebte Beitragssatzstabilisierung, gelebte Patientensouveränität und gelebte EHDS-Fähigkeit in einem. Wer weiterhin Insellösungen zulässt, zementiert Doppelstrukturen, erhöht laufende Kosten und verhindert Skalierung. Notwendig sind verbindliche Interoperabilitätsvorgaben, die Innovation fördern, und kein Krankenkassen-App-Flickenteppich. Wir brauchen endlich eine nationale, modulare Plattformlogik mit wiederverwendbaren Kernkomponenten – auch für Krankenkassen, nicht nur für die Primärsysteme der Leistungserbringer:innen. ■

DMEA München
13 – 15 April 2027
Connecting Digital Health

Save the Date

Hallo München!

bvitg

MESSE MÜNCHEN

2027 mit dabei:

CGM CompuGroup Medical · D·M·I · ID Information und Dokumentation im Gesundheitswesen · medatixx Damit die Praxis läuft. · Meierhofer · NRSIT INSTITUTE · 25 YEARS xtention IT with care.

Dedalus



DMEA
Berlin
21.–23.04.2026

Halle 3.2
B-103 · B-103a

Klinische Intelligenz
statt Datenflut

Aus Daten wird klinische Klarheit

- Strukturierte, relevante Informationen zur richtigen Zeit
- Kontextbezogene Hinweise statt isolierter Daten
- Ein ganzheitlicher Blick auf den Patienten

dedalusgroup.de